

Guilde Nationale  
du médecin

chef de district  
stratégies et  
conduites à tenir  
à l'intention de  
l'équipe de santé  
1993

## INTRODUCTION

Deux ans après la mise en place des nouvelles normes sanitaires nationales, par la circulaire MSPAS n° 01753 du 15 Mars 1991, et en particulier la redéfinition des districts de santé, il a semblé judicieux au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de bénéficier de l'expérience acquise pour élaborer des recommandations à l'intérêt des agents de santé pour atteindre les meilleures performances souhaitables dans l'exercice de leur fonction.

D'où la décision de confectionner des Guides Nationaux de Santé, auxquels les professionnels pourront se référer pour trouver des stratégies et des conduites à tenir, ce qui leur permettra de mieux répondre aux questions posées dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes.

La confection de quatre guides nationaux a été décidée (\*). Celui du Médecin de district (MCD) revêt une importance majeure, en raison du rôle joué par le "District", qui se présente comme un véritable pivot du Nouveau Programme Sanitaire du Pays.

Ce qui fait l'intérêt de ce guide, c'est d'avoir été élaboré en se situant à l'écoute des Nationaux eux-mêmes. Il est le fruit d'un travail qui a visé à ne pas dénaturer les réalités nationales, mais à s'appuyer sur des concepts et des thèmes issus du contexte local.

Malgré les contraintes entraînées par une telle démarche, l'ISED a tenu à réunir autour de ses Experts des praticiens de santé publique, à enregistrer leurs suggestions, à y réfléchir longuement, et ce faisant à passer au crible de leur expérience le contenu de ce guide.

Ce guide a l'intérêt d'être présenté sous une forme fonctionnelle, ce qui permet de l'utiliser comme matériau d'apprentissage. C'est, en fait, un support de formation continue qui répond au schéma ci-joint, qui met en évidence les relations étroites entre la formation permanente et les activités.

C'est un usuel, et une entrée thématique en permet un usage plus aisé.

Il ne peut être exhaustif, en raison du champ très étendu des activités des Médecins-Chefs de Districts. Ceux-ci auront intérêt à le compléter par les informations recueillies dans les autres Guides Nationaux et dans les Guides Nationaux Auxiliaires.

Il est prévu que désormais, il serve de base à la formation des MCD et des MCD adjoints. Il est évident et même souhaitable que des améliorations puissent lui être apportées ainsi que des mises à jour : leur système d'édition a été réalisé dans ce but d'une mise à jour permanente. Celles-ci résulteront de la confrontation des MCD avec les réalités de terrain qui ne cessent d'évoluer en permanence et aux quelles celui-ci est tenu de s'adapter.

Que muni de ce guide, le MCD transforme ces réalités quotidiennes en réussites permanentes.

---

(\*) - Les autres guides sont celui du Médecin-Chef de Région, de l'ICP, des partenaires du Comité de Santé.

## CHAPITRE I. -

### 1. - LE DISTRICT DE SANTE

Le District de santé en tant qu'unité de gestion a été mis en place par la circulaire Ministérielle n° 01753 du MSPAS, en date du 15 Mars 1991, avec comme objectifs "la rationalisation et le développement harmonieux des structures sanitaires, en vue d'améliorer qualitativement et quantitativement les services offerts". Etant donné l'importance, de ce texte qui contient les normes de planification actuellement en cours dans les Services de santé, le texte en est donné en fin de ce chapitre (p.10).

Le District est une unité territoriale opérationnelle adaptée aux situations locales, dont la mise en place répond au processus de développement de la santé recommandé par l'OMS. C'est l'unité opérationnelle la plus périphérique du système de santé. Il est composé d'un ensemble de postes de santé et d'un centre de santé qui assurent la couverture sanitaire d'une population donnée. Il repose sur des principes généraux qui conditionnent les activités au sein des structures et qui seront rappelés en premier lieu. Ensuite sera exposé la situation du district.

C'est un niveau opérationnel orienté vers la mise en oeuvre des actions de santé.

Il lui appartient :

- d'assurer l'intégration des activités et des ressources liées aux programmes nationaux au niveau des structures locales ;
- de promouvoir les activités de l'Equipe de santé afin d'assurer un service optimum, le meilleur pour la population la plus large ;
- de susciter auprès des autres secteurs qui contribuent au développement les actions propres au développement de la santé qui ne relèvent pas directement du domaine des services de santé ;
- d'assurer la représentation de l'Etat au niveau local en ce qui concerne la gestion des ressources publiques ainsi que le respect des lois relatives au domaine de la santé.

#### 1.1. - LES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU DISTRICT DE SANTE

Les activités de l'Equipe de Santé du District peuvent être regroupées en cinq grandes fonctions : trois fonctions de production et deux fonctions de soutien.

##### 1ère Fonction

Une fonction liée à l'intégration des soins dans le milieu familial et l'environnement. Elle détermine :

. d'une part, l'état de santé de l'individu ou des membres de la famille : alimentation, habitat, potabilité de l'eau, hygiène ;

. d'autre part, la résolution immédiate de certains problèmes de santé par le recours à des tradipraticiens, l'utilisation d'une boîte à pharmacie, des recettes familiales, l'automédication, les prises en charge psychologiques et socio-culturelles.

##### 2ème Fonction

Une fonction "de premier niveau" assurée par des Postes de Santé publics, privés ou communautaires, relayée éventuellement par des satellites, les cases de santé et les maternités rurales.

Ces formations de premier niveau sont capables non seulement d'assurer la prise en charge de malades, mais aussi de mener de véritables activités de santé vers la population.

## 2ème Condition

Le responsable de l'Equipe du district, c'est-à-dire le MCD, doit être capable de mettre en oeuvre cette gestion. Pour cela, il doit avoir :

- . une vocation à assumer cette fonction
- . les capacités de les assumer
- . la formation requise : à ce titre, il doit nécessairement maîtriser les techniques d'analyse des problèmes de santé et celles de la gestion des services de santé.

### **Au niveau régional**

## 3ème Condition

Une véritable décentralisation, qui permette à la Région d'appuyer les Districts et de tenir compte de leurs contraintes lors de l'élaboration des programmes nationaux.

C'est au niveau de la Région que le District peut trouver un appui à une intégration qui tienne compte des directives provenant du niveau central et des contraintes liées aux situations locales.

### **Au niveau central**

## 4ème Condition

Une adaptation permanente de la programmation sanitaire aux évolutions de la situation locale et une gestion du personnel et des ressources en raison de la spécificité de chaque district.

## **1.3. - LES DISTRICTS DE SANTE AU SENEGAL**

Les Districts de Santé sont le résultat d'un découpage du pays selon des critères administratifs, géographiques et démographiques.

Ces critères sont les suivants :

- . au moins un District par département
- . les limites géographiques correspondent à un ou plusieurs arrondissements
- . la population d'un district est de 50 à 100.000 hbts en zone rurale et de 100 à 250.000 hbts en zone urbaine
- . existence d'un Centre de Santé pouvant servir de Centre de Référence.

Le Sénégal compte 45 districts : ce nombre n'est pas définitif et d'autres districts peuvent être créés à l'avenir par la subdivision de districts actuels trop grands ou trop peuplés.

Toutes les structures socio-sanitaires existantes dans l'aire géographique ainsi définie font partie du district sanitaire et contribuent à la couverture sanitaire :

- . Centre de Santé
- . Centre de promotion et de réinsertion sociale
- . Sous-brigade d'hygiène
- . Postes de santé et maternités rurales attenantes
- . Cases de santé (extensions des Postes de Santé au niveau des communautés)

Les structures de soins et les services techniques sont :

a) - les structures de 1er échelon

- . les postes de santé
- . les maternités rurales
- . la consultation externe du centre de santé
- . les services de SMI/PF
- . les postes de santé et les dispensaires confessionnels
- . les postes de santé et les dispensaires privés.

b) - les services de référence

- . la consultation médicale
- . l'hospitalisation
- . la maternité
- . le laboratoire
- . la chirurgie d'urgence (existante ou prévue)
- . l'imagerie médicale.

c) - les services techniques

- . la brigade d'hygiène
- . le service d'éducation pour la santé
- . le centre de promotion et de réinsertion sociale
- . la pharmacie de district
- . le secrétariat
- . la gestion
- . la maintenance

d) - les normes

Elles sont données dans le décret ministériel n° 01753 (p. 10 )

## ORGANISATION

### Généralités

Le district sanitaire a trois domaines d'intervention :

- . Assurer le bon déroulement et l'organisation optimale des activités de soins existantes au niveau des structures de 1er échelon (en particulier les postes de santé) et des services de référence du centre de santé
- . Donner un appui à ces structures et services d'un point de vue technique et gestionnaire ;
- . Assurer le développement quantitatif et qualitatif des prestations de soins dans ces structures, y compris la recherche opérationnelle.

## 2. - LE MEDECIN CHEF DE DISTRICT

Depuis la mise en application du décret Ministériel, la situation des Médecins-chefs de district s'est précisée.

Certes, il reste encore certains points à éclaircir parmi ceux-ci :

- . le processus de leur nomination et de celle du personnel de santé qui leur est affecté ;
- . le déroulement de leur carrière et les profils des différents postes
- . la place du MCD adjoint pour laquelle des propositions sont formulées dans ce document.

Par contre le rôle et les fonctions du MCD se concrétisent de jour en jour.

### Rôle du Médecin-chef de district

Le Médecin-chef de district est le responsable de toutes les activités de santé mises en oeuvre au niveau du district conformément à la politique nationale de santé.

### Fonctions du Médecin-chef de District

1. - Planifier et mettre en oeuvre les activités curatives, préventives, de dépistage précoce et d'éducation sanitaire dans le district ;
2. - Administrer et gérer les activités de santé, et les ressources y afférentes au niveau du district et assurer les fonctions de conseil auprès des autorités administratives ;
3. - Assurer la formation complémentaire et la formation continue des personnels socio-sanitaires et communautaires du district ;
4. - Assurer la prise en charge médicale et chirurgicale des patients référés par les Postes de Santé et la prise en charge des patients référés par le centre de santé vers l'Hôpital régional.
5. - Participer à la mise en oeuvre de la participation communautaire et aux activités des structures de concertation intersectorielles, et participer aux activités de développement liées à la santé.
6. - Promouvoir et mettre en oeuvre des projets de recherche opérationnelle au niveau du district.

### Propositions formulées

\* Processus de nomination des Médecins-chefs de District et du personnel de santé.

1. - Il serait souhaitable que les MCD soient nommés avant tout sur des critères professionnels, excluant le favoritisme à tous les niveaux, et qu'ils puissent bénéficier d'une formation préparatoire à l'exercice de leur fonction.

2. - Le MCD ne maîtrise ni l'affectation, ni le transfert des agents de santé fonctionnaires, qui lui sont affectés. Ses pouvoirs sont très restreints en ce domaine. Ils se limitent à la notation et aux congés. Il serait nécessaire qu'ils soient étendus et que le personnel soit responsabilisé à son égard.

\* Déroulement de la carrière du MCD

Celle-ci devrait se faire en tenant compte de critères de performance.

Alors que dans un souci de décentralisation et de déploiement des ressources humaines, le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale met actuellement en oeuvre une politique visant à pourvoir tous les districts de deux médecins, aucun texte ne définit leur rôle et leur place. La tendance actuelle est de consacrer les situations suivantes :

## Préambule

Le Gouvernement Sénégalais a pris l'engagement, à l'occasion de la Conférence d'Alma-Ata, de développer le système de santé en se basant sur la stratégie des soins de santé primaires. Les axes principaux de cette stratégie sont :

- le renforcement du premier échelon des services de santé ;
- le développement des services de santé selon une approche participative ;
- la réorientation des activités hospitalières vers plus de technicité, en complément des services rendus par les services du premier échelon.

La programmation sanitaire par pays (PSP) a, depuis 1981 régi la planification sanitaire. L'expérience accumulée depuis cette date et les nouvelles options de politique sanitaire contenues dans la "Déclaration de la Politique Nationale de Santé" justifient que soient mise à jour cette PSP. Ainsi, depuis 1987 et avec l'appui des bailleurs de fonds en général et de la Banque Mondiale en particulier et dans le cadre de la préparation de la composante santé du Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH) plusieurs éléments de PSP ont été revus et corrigés.

La PNS a mis l'accent sur la rationalisation et le développement des activités et des ressources des formations sanitaires qui doivent permettre d'améliorer la quantité et la qualité des services offerts .

Deux enjeux majeurs caractérisent notre politique de santé dans les cinq (5) prochaines années :

- l'élaboration des PDDS et des PRDS en cours par les régions médicales ;
- la mise en oeuvre du plan de développement et de recrutement des ressources de santé déjà élaboré.

Les régions médicales (y compris l'hôpital) qui sont en train d'élaborer ces plans devront obligatoirement y intégrer des éléments suivants :

- les normes de planification en matière d'infrastructures ;
- les normes de planification en personnels de santé ;
- le découpage en districts du pays et ses conséquences ;

### I. - Principes et Définition de Base

Fondement : le Sénégal a participé à la conférence d'Hararé et s'est engagé à suivre la politique sanitaire des districts préconisée par l'OMS.

Ainsi, au Sénégal, la superposition administrative (le département) et opérationnelle (ensemble centres et postes de santé) n'adhère pas actuellement à la définition du district de l'OMS à cause de la taille variable des districts des départements (exemple le département d'Oussouye comprend 35.000 habitants, celui de Kaffrine 320.000 et celui de Pikine 700.000).

Chaque département peut donc comprendre une ou plusieurs zones opérationnelles de dimension comparable, composée chacune d'un seul centre de santé (CS) et de plusieurs postes de santé (PS). Cet ensemble 1 CS + quelques PS constitue le district. Une Circonscription Médicale (CM) qui est superposable au département administratif peut comprendre plusieurs districts ou zones opérationnelles.

L'intérêt d'avoir des zones opérationnelles est énorme. En effet, en ayant des zones plus homogènes, la supervision devient plus efficiente et plus rationnelle, les zones de responsabilité sont mieux connues avec la délimitation géographique des districts. Les ressources seront par conséquent mieux utilisées.

Les centres de santé ne devraient désormais traiter que les cas référencés des postes de santé avec une certaine tolérance aux habitants riverains, quitte à mettre en place un infirmier jouant le rôle d'ICP dans les centres de santé.

### 3. - DES POSTES DE SANTE (PS)

Le poste de santé est le fondement du système. L'expérience a montré que c'est au niveau du poste de santé que les soins sont les plus intégrés que partout ailleurs. En outre, le poste de santé est la formation sanitaire où l'auto-financement peut être intégral (à l'exception du salaire de l'ICP) ceci est sans doute dû au fait que le poste de santé est très proche de la population.

Le MSAS admet désormais de créer en milieu urbain et suburbain y compris les communes, un poste de santé pour 10.000 (dix mille) habitants. Il en sera de même en milieu rural sauf dans les zones rurales peu denses (Tambacounda par exemple), la norme sera de un poste de santé pour 5.000 habitants. Les zones urbaines en général ont été des laissés pour compte dans la planification. Il est temps d'assurer une couverture sanitaire adéquate sans pour autant négliger les zones rurales.

Ces normes de 5.000 et 10.000 habitants respectivement en milieu peu dense et dans les zones urbaines se justifient doublement :

- nécessité de normaliser et de rationaliser le personnel dans le cadre des plans de redéploiement et de recrutement et donc des contingences d'effectif ;
- volonté d'harmoniser et de planifier le personnel de santé pour une meilleure maîtrise de sa gestion et en plus volonté de limiter l'anarchie des constructions de poste de santé sans lien avec la politique des ressources humaines.

N.B. - Les constructions des postes de santé de la part des collectivités locales ou des populations devront être conformes aux normes définies et intégrées dans les PDDS et les PRDS ; à défaut, la construction, l'équipement et le budget de fonctionnement seraient à leur charge sans l'appui du MSPAS.

La liste en annexe donne l'effectif actuel des postes de santé dans chaque CM et région. Les Médecins-chefs de Région devront, dans le cadre de la préparation des PDDS et des PRDS appliquer ces normes en fonction de la population existante et estimée dans les cinq prochaines années. Il va sans dire qu'il y aura des CM et des RM excédentaires et déficitaires (Région de Saint-Louis surtout) une politique de découragement devra être engagée. Le MSPAS ne peut dans tous les cas pourvoir et un budget et un ICP à des postes de santé très proches et qui ne se justifient vraiment pas, à moins que les collectivités locales et les populations en prennent la charge ; à défaut, les normes doivent s'appliquer. Il est prévu que les CPMI, isolés seront transformés en PS afin que des soins intégrés puissent y être offerts aux populations.

\* Fonctions minimales d'un poste de santé

#### 1. - ACTIVITES OPERATIONNELLES

- Prise en charge des malades chroniques incluant les visites à domicile ;
- Consultation prénatale ;
- Vaccination
- Récupération nutritionnelle ;
- Planification Familiale ;
- Supervision des cases de santé (\*) dans les villages et les quartiers ;

---

(\*) Le nombre de cases de santé à superviser doit être compris entre 5 et 10 par poste de santé. Actuellement, il est en moyenne de 5 cases autour d'un poste de santé. Cette supervision est nécessaire mais l'ICP est seul dans sa structure.

## 2. - AU NIVEAU CENTRE DE SANTE

### a) - Centre de santé de référence des districts (voir tableau des districts)

- Médecins : il est souhaitable d'avoir deux médecins, l'un assurant la permanence du CS et l'autre la supervision des PS.
- Infirmiers d'Etat ou Agents Sanitaires : 10 (dix)
- Sages-femes d'Etat : 04 (quatre)
- Aides-infirmiers : 03 (trois)
- Agent d'hygiène : 01 (un)
- Technicien d'Assainissement : 01 (un)
- Technicien d'Odonto : 01 (un)
- Matrones : 03 (trois)

### b) - Centre de santé dits secondaires et centres de santé des capitales régionales (voir tableau des districts).

Les premiers sont au nombre de dix (10). La technique suivante doit être adoptée. Ils ne seront pas renforcés ni en personnel, ni en rénovation ou équipement.

Le personnel de santé dont ils disposent actuellement :

- s'il est inférieur ou égal à la norme du personnel des CS de référence, sera maintenu tel quel.
- si le personnel en place dans ces CS secondaires est supérieur en terme de catégorie aux normes des CS ci-dessus énumérés, une réduction s'impose jusqu'à la limite des normes en attendant que les PS soient créés et que l'hôpital joue pleinement son rôle dans la région.

Puisque des PS vont être multipliés dans les quartiers des villes et que l'hôpital régional va être rénové et rééquipé, il n'est pas question pour le moment de réduire l'activité des CS secondaires et des capitales régionales. Ils ne seront pas non plus renforcés. Bien au contraire, il s'agit désormais de créer des postes de santé nouveaux dans les quartiers et de renforcer le plateau technique des CS de référence en dehors des CS des capitales régionales (sauf Dakar), de doter ceux-ci de deux médecins en les formant à la chirurgie d'urgence et des soins intensifs, etc...

Au fur et à mesure que ce renforcement se fait, l'ICP devant servir à un poste de santé dans un quartier devra être prélevé du CS de la capitale régionale et/ou du CS dit secondaire dans un second temps.

Lorsque le réseau du poste de santé prévu selon les normes est complet (couverture adéquate) et que le plateau de l'hôpital est fonctionnel et peut servir de référence, alors un minimum strict des fonctions du CS dits secondaires et des CS des capitales régionales (sauf Dakar) sera adopté comme suit :

- maintien du staff gestionnaire et administratif du district des capitales régionales ;
- présence de deux (2) médecins dans ledit district ;
- présence du superviseur des soins de santé primaires du district ;
- réduction du budget de fonctionnement à un strict minimum concernant les activités administratives, de supervision, de médecine et d'orientation des patients vers l'hôpital régional qui sera en fait la référence du district du chef-lieu de la région.

NB. - Le poste de Médecin-Chef de Région ne peut pas être cumulé avec celui d'un District. Le Médecin-Chef de CM est en même temps Médecin d'un District.

## 2. - EQUIPE TYPE

Le personnel des RM doit être composé de l'équipe suivante :

2.1. - Un groupe de coordination doit regrouper le MCR, le Médecin-Chef de l'HR, le Directeur de l'HR, le MGE (adjoint du MCR), un pôle technique regroupant les médecins spécialistes hospitaliers chargés d'améliorer le niveau technique des prestations des médecins des CS dans le domaine qui est le leur (chirurgie, gynécologie, ORL, etc...) doit conseiller le groupe de coordination de la région médicale dans certains domaines. Il est nécessaire que les chirurgiens des hôpitaux régionaux supervisent les MCS en matière d'activités chirurgicales.

2.2. - L'équipe administrative de la région médicale est constituée en outre d'un gestionnaire, d'un adjoint administratif et technique (le "superviseur des SSP", dont le titre indique mal les fonctions réelles) devant être titulaire d'un diplôme du CESSI, d'un secrétaire et d'un chauffeur.

2.3. - L'équipe devra être étoffée des compétences des autres services régionaux. Il est souhaitable que le MCR soit nommé par décret, afin de concrétiser son autorité sur l'ensemble des structures sanitaires de la région, et en particulier sur l'HR.

Il serait approprié que les MCR prennent une consultation de référence à l'HR, afin d'y évaluer les performances des PS et l'efficacité du système de référence, d'y établir des contacts avec les médecins hospitaliers et d'essayer de réintégrer l'HR dans le système de santé.

## IV. - Comment élaborer les PDDS et les PRDS

La planification doit partir de la base, c'est-à-dire de l'unité opérationnelle que nous avons précédemment décrite comme étant le district, c'est-à-dire un centre de santé et environ 15 à 25 postes de santé. Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'un découpage géographique des zones de responsabilité qui est fondamental.

La démarche suivante complète celle adoptée lors des journées de Saly.

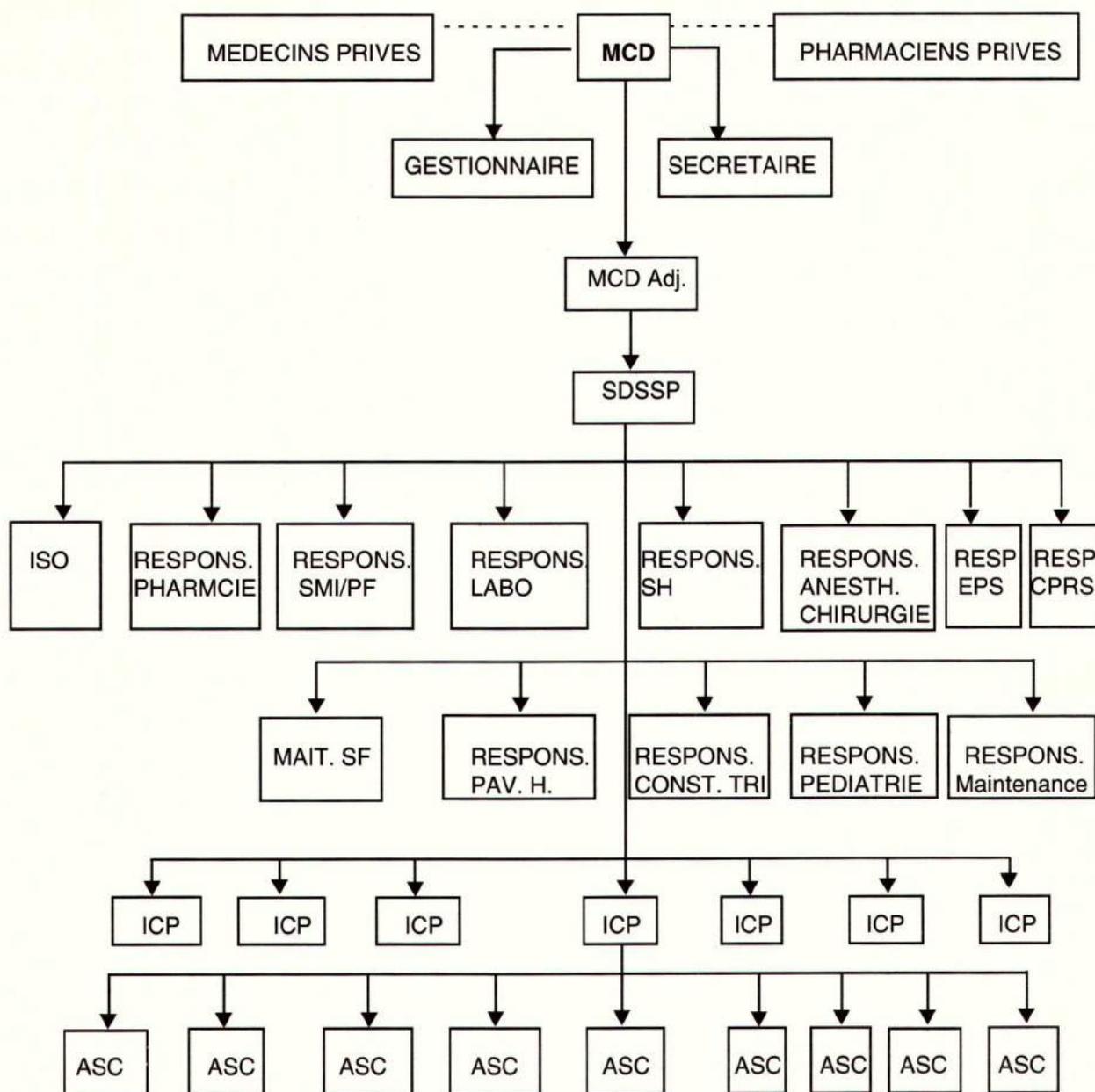
Le district doit élaborer un plan de couverture de sa zone de responsabilité (qui devra être définie rapidement par l'équipe régionale sous la coordination du Médecin-Chef de Région).

Ce plan de couverture doit être intégré au plan du département (synthèse) (PRDS) - l'ensemble des PDDS d'une région donnée en plus des structures communes dont l'hôpital régional constitue le PDDS.

Trois documents principaux seront préparés :

- les PDDS intégrant les plans de couverture des districts tenant compte des éléments rappelés dans ce document ;
- un PRDS faisant la synthèse des PDDS avec une intégration de certaines activités liées à la polyvalence des structures communes.
- un plan d'action dans chaque district.

N.B. - En ce qui concerne les activités de recherche et de formation, l'échelon central du MSPAS est en train de finaliser l'intégration des volets de formation des programmes dans le cadre d'un plan national de formation. Les PDDS et les PRDS ainsi que les objectifs et stratégies des principaux programmes idoines seront portés à la connaissance des médecins dans le cadre des séminaires portant sur la finalisation des PDDS et des PRDS prévue en Décembre 1990.



**DISTRICT SANITAIRE : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL**

## **CHAPITRE II**

### **PREMIERE FONCTION**

#### **Planifier et mettre en oeuvre des activités curatives, préventives, de dépistage précoce, d'Hygiène et d'éducation sanitaire dans toutes les zones de responsabilité du district.**

##### **PREALABLE : précisions sur le sens de "planifier"**

Le terme "planifier" est utilisé dans plusieurs sens. Nous choisirons le suivant :

"Planifier c'est le processus de décision pour définir ce qu'il faut faire : en l'occurrence, c'est utiliser de façon optimale les ressources limitées dont le Médecin-chef de district dispose pour améliorer l'état sanitaire de son district au cours d'une période donnée, que ces ressources se situent dans le domaine de la santé ou ailleurs".

Les étapes à mettre en oeuvre pour réaliser ce processus sont les suivantes :

1. - Analyser la situation
2. - Identifier les priorités
3. - Définir les objectifs
4. - Programmer les activités et les ressources au niveau du district
5. - Etablir un plan d'action
6. - Mettre en oeuvre le plan d'action
7. - Superviser les agents engagés dans la mise en oeuvre
8. - Evaluer les résultats des activités engagées et reprogrammer celles-ci en conséquence.

N.B. - Il ne suffit pas de planifier derrière un bureau, il faut aussi "mettre en oeuvre".

C'est cette mise en oeuvre, qui montrera les difficultés ou les impossibilités à appliquer certains éléments de la planification projetée et à les modifier en conséquence : c'est le principe de la "planification mobile" ou encore de la "rétro-planification" dont nous donnons les éléments en Annexe VII.

##### **LISTE DES ACTIVITES GLOBALES A METTRE EN OEUVRE**

1. - Tenir à jour le plan de couverture sanitaire du district : structures et ressources humaines, matérielles et financières ;
2. - Définir des méthodes de consultations curatives, préventives et de dépistage précoce humanisées et rationalisées à mettre en oeuvre ;
3. - Définir les méthodes à mettre en oeuvre pour la prise en charge des maladies chroniques : tuberculose, lèpre, handicapés, SIDA, etc...
4. - Identifier les activités d'Hygiène à mettre en oeuvre et définir leur méthodologie ;
5. - Identifier les activités de nutrition à mettre en oeuvre et définir leur méthodologie ;
6. - Identifier les activités d'Education pour la Santé à mettre en oeuvre et définir leur méthodologie ;
7. - Elaborer des stratégies de prise en charge et de suivi par les agents de santé des activités curatives, préventives et de dépistage précoce, y compris la supervision.

Activités spécifiques	Tâches
c. - Répertorier les données recueillies	c.1. - Vérifier les fiches et les mettre à jour c.2. - Créer des fiches en cas d'absence c.3. - Utiliser l'ordinateur s'il y en a et coller les tirages sur des fiches de carton pour une consultation rapide.
d. - Tenir à jour la carte sanitaire du district	d.1. - Utiliser comme carte de base la carte au 1/50.000 utilisée pour les PDDS. d.2. - L'agrandir éventuellement. d.3. - La reproduire en plusieurs exemplaires. d.4. - Localiser sur des cartes différentes les principales données recueillies.
e. - Définir le profil épidémiologique du district.	e.1. - Etablir la liste des pathologies dominantes e.2. - Recenser les causes et les facteurs favorisants e.3. - Déterminer l'ampleur et la gravité des problèmes de santé (morbidité et mortalité) en fonction des localités
f. - Evaluer les moyens disponibles et utilisables	f.1. - Les identifier f.2. - Lister les activités essentielles f.3. - Déterminer la population-cible

Tenir à jour les indicateurs du SIG concernés :

- . Le nombre de nouveaux cas pour 100 hts
- . Le nombre de consultations par malade
- . Le pourcentage de consultants vus par un médecin, une sage-femme, un infirmier
- . Le pourcentage de consultants de 0 à 11 mois
- . Le pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive
- . Le pourcentage de femmes inscrites en CPN1
- . Le taux d'achèvement des CPN
- . Le taux de dépistage des grossesses à haut risque par rapport aux femmes enceintes attendues.
- . Le nombre d'accouchements par lit de maternité
- . Le pourcentage d'accouchements assistés
- . Le pourcentage de césariennes
- . Le taux d'occupation moyen des lits
- . La durée moyenne de séjour par malade
- . Le nombre de consultants en cabinet dentaire
- . Le nombre de consultations en cabinet dentaire
- . Le nombre d'habitants par type de personnel considéré
- . Le nombre de malades ou de consultants par le type de personnel considéré.
- . Le nombre d'enquêtes à mener par aide-social
- . Le pourcentage d'enfants complètement vaccinés
- . Le taux de couverture par antigène des enfants
- . Le pourcentage d'enfants malnutris récupérés.
- . Le pourcentage d'accouchées ayant eu une consultation.
- . Nombre de concessions pour un auxiliaire d'Hygiène.

## ACTIVITE GLOBALE 2. -

**Définir les méthodes de consultations curatives, préventives et de dépistage humanisées et rationalisées à mettre en oeuvre.**

N.B. - On séparera ces activités en 3 sections.

Activités spécifiques	Tâches
	<p>e.5. - S'intéresser à résoudre les plaintes les plus récentes pour gagner la confiance du malade.</p> <p>e.6. - Choisir la plainte la plus spécifique des affections possibles.</p> <p>e.7. - Faire un examen clinique complet</p> <p>e.8. - Choisir un symptôme objectif plutôt qu'un subjectif.</p> <p>e.9. - Choisir un symptôme spécifique, qui se retrouve dans peu d'affections plutôt qu'un symptôme général qui se retrouve dans beaucoup.</p> <p>e.10. - Choisir un symptôme d'apparition récente plutôt qu'un symptôme ancien.</p> <p>e.11. - S'intéresser au symptôme qui est le plus important pour le malade.</p> <p>e.12. - Savoir identifier le symptôme dominant qu'il soit subjectif ou objectif.</p> <p>e.13. - Etablir la liste des plaintes et des symptômes essentiels.</p> <p>e.14. - Regrouper les plaintes et les symptômes par système.</p> <p>e.15. - Suivre le chemin indiqué dans l'ordinogramme.</p> <p>e.16. - Prescrire le traitement prévu dans l'ordinogramme.</p> <p>e.17. - Enregistrer plainte, symptôme, examen clinique, traitement et autres données</p>

## 2.2. - CONSULTATIONS PREVENTIVES

Elles seront surtout étudiées dans les domaines suivants :

- la SMI/PF
- la Médecine scolaire

### 2.2.1. - La SMI/PF

Activités spécifiques	Tâches
a. - Améliorer la prise en charge des femmes enceintes	<p>a.1. - Estimer la population cible représentée par les grossesses attendues</p> <p>a.2. - Assurer au moins 3 CPN au cours de la grossesse</p> <p>a.3. - Assurer la chloroquinisation</p> <p>a.4. - Assurer une supplémentation en Fer et en acide Folique</p> <p>a.5. - Immuniser contre le tétanos</p> <p>a.6. - Etablir une fiche d'examen et de suivi</p> <p>a.7. - Utiliser le registre CPN prévu à cet effet</p>
b. - Assurer un suivi des grossesses à risque dépistés	<p>b.1. - Dépister les risques</p> <p>b.2. - En avertir les femmes et l'entourage</p> <p>b.3. - les reconvoquer en temps voulu</p>

Activités spécifiques	Tâches
	f.8. - Choisir la méthode la mieux adaptée à la santé de la consultante, à son accessibilité géographique, sociale et financière.  f.9. - Etablir une fiche.  f.10. - Lui donner un prochain rendez-vous.
g. - Suivre la croissance et le développement des nourrissons et des enfants de moins de 3 ans.	g.1. - Consulter 1 fois par mois les enfants à risque et 1 fois tous les 3 mois les enfants normaux.  g.2. - Vérifier la fiche de l'enfant  g.3. - Demander à la mère ou à l'accompagnante si l'enfant a été malade depuis la dernière consultation.  g.4. - Avant de peser l'enfant, prendre la taille et enregistrer les informations sur la courbe de poids.  g.5. - Mesurer le périmètre brachial.  g.6. - Faire un examen général avec une attention particulière pour les muqueuses.  g.7. - Rechercher les signes de malnutrition.  g.8. - Interroger la mère sur l'alimentation donnée à l'enfant et sur les modalités de sevrage.  g.9. - Remplir le registre consultation  g.10. - Donner un prochain rendez-vous.

Tenir à jour les indicateurs du SIG concernés

- . Pourcentage de femmes inscrites en CPN1
- . Taux d'achèvement des CPN
- . Couverture au VAT2
- . Pourcentage de grossesses à haut risque (GHR) dépistées par rapport aux femmes enceintes inscrites aux CPN1
- . Taux de dépistage des GHR par rapport aux femmes enceintes attendues
- . Pourcentage des GHR arrivés par rapport aux GHR attendues.
- . Pourcentage de femmes décédées
- . Pourcentage d'accouchés récents ayant eu une consultation.
- . Nombre de naissances vivantes
- . Nombre d'enfants nés-vivants avec un poids inférieur à 2.500 g.
- . Nombre de morts-nés
- . Nombre de décès d'enfants de 0 à 28J
- . Taux de mortalité infantile.
- . Taux de mortalité juvénile
- . Nombre de cas de fièvres chez les enfants de 0-4ans
- . Nombre de cas de maladies bucco-dentaires.
- . Morbidité proportionnelle pour les maladies cibles du PEV
- . Mortalité proportionnelle pour les maladies cibles du PEV
- . Morbidité proportionnelle pour le paludisme
- . Pourcentage d'enfants malnutris de 0-4 ans pour une période donnée.
- . Pourcentage de consultantess pour stérilité
- . Pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive moderne dans les structures de santé.
- . Pourcentage des acceptantes par méthode utilisée.
- . Pourcentage d'acceptantes inactives
- . Pourcentage d'acceptantes inactives par méthode utilisée

### 2.3. - CONSULTATIONS DE DEPISTAGE PRECOCE

Elles seront étudiées dans les domaines suivants :

- la Tuberculose
- la Lèpre
- les MST et le SIDA

#### 2.3.1. - TUBERCULOSE

Activités spécifiques	Tâches
a. - Identifier les sujets susceptibles d'avoir une tuberculose	a.1. - Identifier les tousseurs chroniques, en particulier ceux atteints de SIDA.  a.2. - Identifier les sujets vivants dans un foyer où des cas de tuberculose viennent d'être détectés.
b. - Faire un examen clinique orienté des sujets suspects.	b.1. - Faire un examen clinique général b.2. - Rechercher un amaigrissement b.3. - Rechercher des douleurs thoraciques b.4. - Rechercher une toux persistante et productive, une expectoration teintée de sang.
c. - Rechercher un élément diagnostique certain	c.1. - Faire une bacilloscopie sur crachats quand c'est possible c.2. - Faire un test tuberculinique chez l'enfant c.3. - Sinon référer à un centre de diagnostic.
d. - Déboucher sur une décision thérapeutique pour un sujet positif.	d.1. - Faire une fiche au malade d.2. - Lui expliquer sa situation d.3. - Lui donner une prescription d.4. - Remplir le registre prévu à cet effet

N.B. - Se référer au Manuel du Programme National contre la Tuberculose.

Activités spécifiques	Tâches
c. - Conseiller et suivre le patient	c.1. - Expliquer au patient les risques de contamination c.2. - Lui demander d'informer ses contacts sexuels pour qu'ils soient pris et traités. c.3. - Revoir le patient après traitement pour contrôle. c.4. - Le référer à un centre spécialisé en cas de persistance de la symptomatologie après traitement. c.5. - Conseiller le patient pour l'adoption de mesures de prévention au cours de ses comportements sexuels.
d. - Identifier les malades qui ont des signes cliniques évocateurs de SIDA	d.1 - Les examiner de façon soigneuse d.2. - Les référer à un laboratoire pour examen diagnostique d.3. - Les suivre et leur conseiller les méthodes de prévention appropriées.

N.B. - Pour les MST, le MCD peut se référer aux guides thérapeutiques nationaux du MSAS.

Tenir à jour les indicateurs concernés :

- . Nombre de cas de MST dépistés par mois
- . Nombre de cas de SIDA dépistés par mois

### ACTIVITE GLOBALE 3. -

**Définir les méthodes de prise en charge des maladies chroniques dans les domaines suivants.**

#### 3.1. - TUBERCULOSE ET LEPRE

Activités spécifiques	Tâches
a. - Assurer des soins réguliers aux malades	a.1. - Inscrire le malade sur une fiche a.2. - Le consulter régulièrement a.3. - Lui donner toutes les indications nécessaires pour continuer son traitement, s'il change d'adresse.
b. - Lui donner une prescription adaptée	b.1. - Lui donner un traitement conforme au schéma national. b.2. - Lui assurer un traitement régulier. b.3. - Modifier le traitement en cas d'évolution de son état de santé. b.4. - Modifier le traitement en cas de la survenue d'effets secondaires.

Tenir à jour les indicateurs du SIG concernés

. Taux de guérison des malades à microscopie positive

. Pourcentage d'handicapés à appareiller

. Nombre de cas de Lèpre réguliers par rapport au nombre de cas sous traitement

. Pourcentage de Toxicomanes suivis.

## ACTIVITE GLOBALE 4. -

### Identifier les activités d'hygiène à mettre en oeuvre et définir leur méthodologie.

Le MCD doit veiller à l'application des dispositions du code de l'hygiène. Les activités à mettre en œuvre concernent en priorité les volets suivants :

- Approvisionnement en eau potable
- Evacuation des excréta, des eaux usées et des matières usées
- La lutte antivectorielle
- l'Hygiène alimentaire
- la tenue d'un inventaire suivant le SIG.

#### 4.1. - APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

Activités spécifiques	Tâches
<p>a. - Vérifier régulièrement les réseaux de distribution d'eau potable des agglomérations et garantir la potabilité de l'eau fournie.</p>	<p>a.1. - Se renseigner sur les types de réseau existants dans les administrations concernées.</p> <p>a.2. - Archiver les informations obtenues sur ces réseaux réservoirs, tuyauterie de distribution,, robinets publics.</p> <p>a.3. - Vérifier le bon fonctionnement des systèmes de traitement mis en oeuvre et en particulier ses trois temps principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. planification ou sédimentation</li> <li>. filtration</li> <li>. désinfection.</li> </ul> <p>a.4. - Prélever régulièrement, au moins une fois par mois des échantillons et les analyser.</p> <p>a.5. - Vérifier la qualité des bornes fontaines</p> <p>a.6. - Communiquer les résultats aux responsables de la distribution et éventuellement aux usagers.</p> <p>a.7. - Faire les traitements nécessaires.</p>
<p>b. - Vérifier et garantir la viabilité des puits et des forages</p>	<p>b.1. - S'assurer d'un revêtement étanche sur au moins 3 mètres à partir du haut.</p> <p>b.2. - S'assurer de l'existence d'une margelle de protection d'au moins 1 mètre de haut et de 20 cm d'épaisseur.</p> <p>b.3. - S'assurer de l'existence d'une plateforme circulaire cimentée d'au moins 1 m de large et de 3 m d'épaisseur.</p> <p>b.4. - Instaurer un périmètre de protection quand c'est possible.</p>

## 4.3. - LUTTE ANTIVECTORIELLE

Activités spécifiques	Tâches
a. - Promouvoir la lutte défensive contre les mouches et les insectes (arthropodes)	a.1. - Veiller à la propreté à l'intérieur des maisons et des lieux publics, en supprimant particulièrement les recoins sales. a.2. - Promouvoir l'usage des moustiquaires surtout imprégnées. a.3. - Promouvoir la pose de grillages de protection aux fenêtres, portes, tuyaux d'évacuation.
b. - Promouvoir la lutte offensive contre les mouches et les insectes (arthropodes)	b.1. - Promouvoir la lutte antilarvaire peridomestique, en asséchant les formations d'eau stagnante et en utilisant les larvicides. b.2. - Détruire les gîtes larvaires. b.3. - Promouvoir la lutte contre les insectes adultes au moyen d'insecticides. b.4. - Tester régulièrement, au moins une fois par mois, la résistance des moustiques aux insecticides. b.5. - Débroussailler autour des habitations et planter des plantes qui repoussent les insectes (Eucalyptus)
c. - Promouvoir la lutte contre les mollusques vecteurs de bilharziose	c.1. - Analyser les conditions de vie locale des mollusques et leur sensibilité à des modifications possibles des paramètres de l'environnement. c.2. - Mettre en oeuvre suivant les cas, les modifications de ces paramètres.
d. - Etudier les possibilités de lutte biologique antivectorielle.	Cf. Chapitre VIII - Recherche Opérationnelle
e. - Promouvoir la lutte contre les rongeurs	e.1. - Supprimer l'accès aux sources de nourriture pour les rongeurs. e.2. - Supprimer les possibilités de refuge pour les rongeurs. e.3. - Détruire les rongeurs par des pièges, des rodenticides ou de fumigations.





## ACTIVITE GLOBALE 5. -

### Identifier les activités nutritionnelles à mettre en oeuvre et définir leur méthodologie.

#### Préalable

Les activités nutritionnelles à mettre en oeuvre sont destinées évidemment à la population. Certes, le MCD peut de temps à autre être en relation avec la population pour ce type d'activité, mais il doit surtout passer par des relais ; le premier est le personnel de santé et ensuite les divers groupes associatifs et les animateurs sociaux de toutes catégories.

Avant de les mettre en oeuvre, le MCD doit identifier les populations cibles et les activités à entreprendre : la méthode pour y parvenir relève de la recherche opérationnelle (cf. Chapitre VIII).

Leur réalisation concerne l'EPS et la formation ( cf. Chapitre V.)

Ces activités doivent être suivies et les résultats doivent être enregistrés : ceci concerne le monitoring et la tenue d'informations sur la base du SIG.

Suivant les districts, il peut y avoir des activités spécifiques à mettre en oeuvre, mais il y en a aussi des générales qui concernent tous les districts. Deux contenus de formations qui concernent des activités nutritionnelles générales prioritaires sont présentés ici :

- la promotion nutritionnelle du couple Mère-Enfant
- la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Elles peuvent aussi servir de modèle pour confectionner d'autres modules.

#### 5.1. - LA PROMOTION NUTRITIONNELLE DU COUPLE MERE/ENFANT

Elle comporte les 3 volets suivants :

- les principes de base en nutrition maternelle et infantile
- la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel
- la malnutrition

Le but de cette formation est de renforcer les compétences des Personnels de santé et d'action sociale dans la lutte contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 3 ans, les mères allaitantes et les femmes enceintes. Tous les éléments de base de cette formation peuvent être trouvés dans le Guide National de l'Infirmier Chef de Poste.

##### 5.1.1. - LES PRINCIPES DE BASE EN NUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE

Activités spécifiques	Tâches
a. - Présenter la structure de la consommation et les associations alimentaires	a.1. - Définir un aliment et sa décomposition en 6 nutriments a.2. - Classer les aliments en 3 groupes principaux : énergétiques, constructeurs, protecteurs ou d'énergie, de construction, de protection a.3. - Définir un aliment de base a.4. - Définir un aliment complémentaire

## 5.1.2. - LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET DE L'ETAT NUTRITIONNEL

Activités spécifiques	Tâches
a. - Définir les concepts et les méthodes	a.1. - Expliquer le concept de surveillance de la croissance a.2. - Définir les objectifs de la surveillance a.3. - Présenter les indices anthropométriques standardisés pour mesurer la croissance des enfants et leur état nutritionnel. a.4. - Expliquer la signification biologique de ces indicateurs.
b. - Présenter les outils et les méthodes de surveillance.	b.1. - Expliquer la pesée : technique, avantages, limites. b.2. - Expliquer le diagramme de maigreur : technique, avantages, limites b.3. - Expliquer le périmètre brachial : technique, avantages, limites b.4. - Indiquer des règles en surveillance de la croissance et de leur état nutritionnel.
c. - Mettre en pratique les indicateurs.	c.1. - Faire prendre des indices des mesures précédentes c.2. - Vérifier la qualité des mesures obtenues. c.3.- Evaluer les résultats c.4. - Analyser les raisons des erreurs
d. - Présenter les conduites à tenir avec les Mères	d.1. - Décrire le comportement opérationnel lors du contact avec les Mères. d.2. - Indiquer les divers éléments de l'interrogatoire d.3. - Indiquer les interprétations à donner aux mères des résultats de chaque mesure. d.4. - Indiquer l'état nutritionnel de l'enfant

## 5.1.3. - LA MALNUTRITION

Activités spécifiques	Tâches
a. - Présenter les principaux types de malnutrition au Sénégal.	a.1. - Donner une définition opérationnelle de la malnutrition a.2. - Présenter le Kwashiorkor a.3. - le marasme a.4. - La malnutrition protéino-énergétique : MPE a.5. - Présenter l'anémie a.6. - Présenter l'avitaminose A a.7. - Définir les troubles de la carence en iode (TDCI)

Activités spécifiques	Tâches
f. - Indiquer les méthodes de prévention des maladies diarrhéiques	f.1. - Décrire la transmission hydrique f.2. - Décrire la transmission de contact f.3. - Décrire le rôle du péril fécal f.4. - Insister sur le rôle du sevrage.
g. - Présenter les méthodes de formation des ASC.	Cf. Guide de l'ICP

### 5.3. - TENIR À JOUR LES PRINCIPAUX INDICATEURS.

Cette mise à jour se fait suivant les recommandations du SIG, c'est-à-dire à partir des registres des nourrissons sains qui intègrent à la fois les vaccinations et le suivi nutritionnel.

Indicateurs mensuels :

- Pourcentage d'enfants malnutris
- Pourcentage d'enfants malnutris récupérés
- Pourcentage de cas de diarrhées traitées par SRO
- Pourcentage de cas de diarrhées traités par SSS
- Pourcentage de cas traités par ATB
- Pourcentage de cas de diarrhées traités par voie parentérale.

## ACTIVITE GLOBALE 6. -

**Définir les méthodes des activités d'Education pour la Santé (EPS) à mettre en oeuvre.**

Préalable :

L'EPS doit être axée non seulement sur des problèmes de santé spécifiques, mais être intégrée aux différents programmes de santé. Les activités du MCD doivent être orientées dans ce sens, ceci en accord avec la définition dynamique que l'OMS en donne : "c'est toute une combinaison d'expériences, d'apprentissages planifiés, destinés à faciliter l'adaptation volontaire de comportements conduisant à "la santé".

Dans tous les cas, ces activités doivent donner lieu à une démarche active et rationalisée.

Les actions d'EPS doivent être décidées de préférence au niveau du district ou de la région. Les actions verticales se sont souvent avérées inefficaces, sauf s'il est possible de les intégrer totalement au niveau local.

Elles comprennent plusieurs volets qui se succèdent de façon chronologique.

Activités spécifiques	Tâches
c. - Choisir les moyens et les méthodes à utiliser en fonction des résultats de l'enquête	c.1. - Déterminer le message à faire passer c.2. - Déterminer les médias à utiliser : . soit moyens audio-visuels . soit moyens oraux et sonores . soit moyens imprimés ou écrits . soit moyens visuels graphiques. c.3. - Choisir les méthodes à utiliser : . soit des méthodes de communication : mass-médias, exposés, enseignement individualisés, T.V. éducative, matériel audio-visuel. . soit des méthodes de formation : développement d'aptitudes, jeux de rôles, enquête/apprentissage. . soit des méthodes organisationnelles : développement.

### 6.3. - METTRE EN PLACE LES ACTIVITES EPS

Activités spécifiques	Tâches
a. Définir des objectifs traduisant une modification de comportement	a.1. - Inventorier des objectifs mesurables a.2. - Tenir un état de la situation actuelle
b. - Tenir informés les partenaires techniques et sociaux	b.1. - Les réunir en groupes de travail et les informer des choix effectués. b.2. - Leur présenter un programme de déroulement des activités.
c. - Déléguer les tâches aux responsables retenus.	c.1. - Retenir comme responsables de ces actions des partenaires naturels des actions de santé du district. c.2. - Mettre à leur disposition les moyens décidés. c.3. - Demander des comptes-rendus d'activité.
d. - Mettre en oeuvre des activités d'IEC	d.1. - Sensibiliser d.2. - Informer d.3. - Diffuser l'information d.4. - Confectionner des supports d.5. - Procéder à des communications interpersonnelles d.6. - Procéder à des réunions de groupe d.7. - Utiliser les médias divers : Radio, Télé, Théâtre, Musique.

4. - Promouvoir de façon intensive et permanente l'EPS en milieu scolaire, en liaison avec le MCR (cf. guide du MCR).

5. - Promouvoir l'EPS près des Comités d'Hygiène des Entreprises (cf. guide du MCR).

6. - Développer les compétences du personnel à faire de l'EPS, (cf. Chapitre V. - Formation)

- soit à l'occasion des consultations curatives
- soit à l'occasion des consultations préventives
- soit à l'occasion de séances d'EPS.
- soit à l'occasion des réunions de coordination et des tournées de supervision.

7. - Etre en relation permanente avec le Bureau Régional d'EPS pour mener des actions coordonnées et intégrées, et par son intermédiaire avec le Bureau National.

## ACTIVITE GLOBALE 7. -

**Elaborer des stratégies de prise en charge et de suivi par les agents de santé des activités curatives, préventives et de dépistage précoce, y compris la supervision et la mise en place des stratégies correctrices.**

### 7.1. - ELABORATION DE STRATEGIES

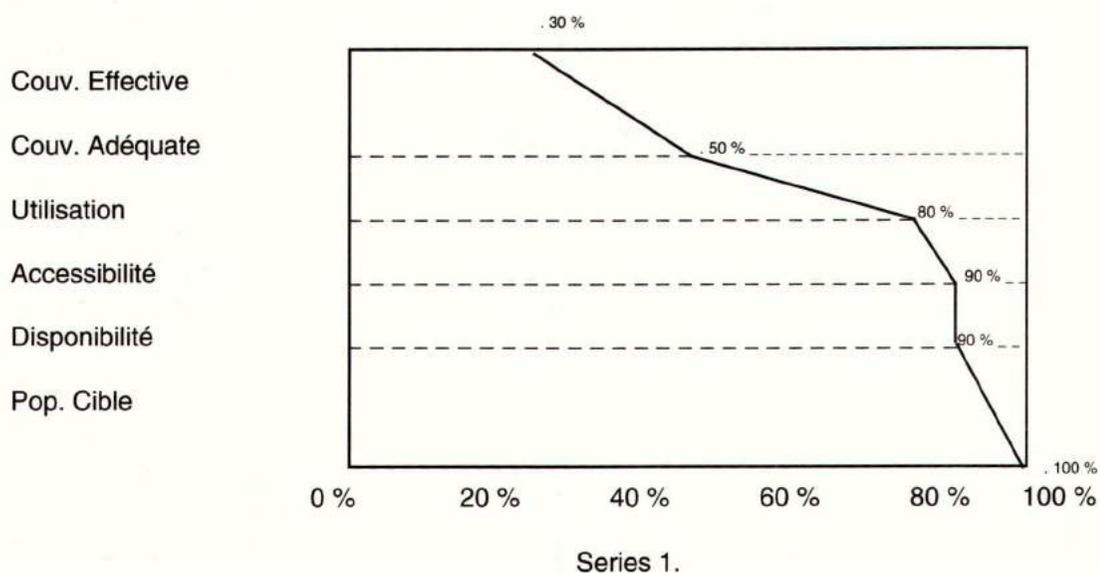
Activités spécifiques	Tâches
a. - Elaborer des stratégies de prise en charge des activités curatives et évaluer la mise en place des activités, sinon revoir les objectifs à la baisse.	<p>a.1. - Définir le paquet minimum d'activités curatives : cases de santé, postes de santé, centres de santé.</p> <p>a.2. - Intégrer les programmes nationaux verticaux dans ce paquet minimum.</p> <p>a.3. - Définir pour chaque niveau le personnel nécessaire.</p>
b. - Elaborer des stratégies de prise en charge des activités préventives et évaluer la mise en place des activités, sinon revoir les objectifs à la baisse.	<p>b.1. - Déterminer les groupes-cibles : SMI/PF, zones de paludisme, de schistosomiase, de trypanosomiase, d'arboviroses, etc...</p> <p>b.2. - Intégrer les programmes nationaux verticaux dans le paquet minimum d'activités.</p> <p>b.3. - Intégrer les activités préventives dans les activités curatives.</p> <p>b.4. - Définir pour chaque niveau le personnel nécessaire.</p> <p>b.5. - Décrire et répartir les tâches pour chaque type d'agent.</p> <p>b.6. - Impliquer la population (cf. activités d'Hygiène)</p>
c. - Elaborer des stratégies de dépistage précoce et évaluer la mise en place des activités, sinon revoir les objectifs à la baisse.	<p>c.1. - Définir les groupes-cibles : SMI/PF, groupes déshérités</p> <p>c.2. - Intégrer les programmes nationaux verticaux dans le paquet minimum d'activités.</p> <p>c.3. - Intégrer les activités de dépistage précoce dans les autres activités de base des unités de santé.</p>

Activités spécifiques	Tâches
d. - Identifier les sources des données, c'est-à-dire les supports où trouver les données nécessaires au calcul de la valeur des indicateurs.	d.1. Vérifier l'existence des supports d.2. Vérifier s'ils sont correctement remplis d.3. Recueillir et exploiter les données provenant des registres et fiches mis en place.
e. - Programmer les activités du monitoring	e.1. Spécifier les activités à mener en répartissant les tâches dans le temps et dans l'espace entre les différents membres de l'équipe et en identifiant les ressources nécessaires.
f. - Exécuter le monitoring	f.1. Collecter les données à partir des supports identifiés. f.2. Faire la synthèse des données et les reporter sur les fiches de calcul. f.3. Calculer la valeur des indicateurs. f.4. Représenter graphiquement les résultats.

Pour comparer les résultats du monitoring avec les objectifs du programme, et pour identifier les goulots d'étranglement (obstacles entre 2 déterminants), il est utile de construire une courbe de couverture ou de monitoring, suivant l'exemple ci-dessous :

### COURBE DE MONITORING

District de .....  
Poste de Santé.....  
Période du Monitoring : du ..... au .....



En abscisse se trouve une échelle de pourcentage de 0 à 100 %, en ordonnée les différents déterminants, en commençant en bas par la disponibilité.

Le point correspondant à chaque déterminant est l'intersection de la ligne horizontale partant de ce déterminant et de la ligne verticale correspondant à la valeur calculée de son indicateur.

Dans l'exemple ci-dessus, on peut facilement identifier les goulots d'étranglement, qui se situent là où la courbe s'incline beaucoup plus vers la gauche : entre la disponibilité et l'utilisation, entre l'utilisation et la couverture adéquate, entre la couverture adéquate et effective.

### 7.3. - METTRE EN OEUVRE DES STRATEGIES CORRECTRICES

Cette activité s'exécute à travers la micro-planification.

La micro-planification consiste en la planification détaillée des stratégies choisies au niveau périphérique pour résoudre les problèmes identifiés au cours du monitoring.

Au moyen de la micro-planification, les responsables des structures sanitaires pourront, ensemble avec les responsables des Comités de Santé :

- \* Répartir les tâches entre les différents membres de l'équipe de la structure sanitaire.
- \* Etablir un calendrier d'activités pour les six mois qui seront concernés par le prochain monitoring.
- \* Elaborer pour chaque activité une liste des tâches à suivre dans un ordre chronologique.
- \* Déterminer les ressources nécessaires et identifier les sources de financement.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Déterminer les stratégies adaptées aux problèmes identifiés	a.1. Identifier les différentes stratégies, à partir des résultats du monitoring et en particulier de la courbe de couverture, où on peut identifier les goulots d'étranglement. a.2. Analyser la faisabilité des stratégies aux 3 plans : * Technique, c'est-à-dire le personnel disponible doit avoir les capacités techniques de la mettre en oeuvre. * Economique, c'est-à-dire le coût pour exécuter cette stratégie doit être abordable pour la communauté. * Sociale, la stratégie doit être socialement acceptable par la communauté. a.3. Choisir la stratégie à mettre en oeuvre, en tenant compte : * De sa capacité à résoudre plusieurs problèmes identifiés * De son efficacité par rapport aux ressources nécessaires * De sa réponse aux critères de faisabilité.
b. - Fixer des objectifs de couverture réalisables	b.1. Tenir compte des taux de couverture précédents b.2. Tenir compte des résultats obtenus précédemment avec les objectifs alors choisis. b.3. Tenir compte des PDDS et des PRDS
c. - Etablir un microplan	c.1. Etudier comment ces stratégies peuvent-elles être mises en oeuvre. c.2. Définir le lieu où elles sont opérationnelles c.3. Fixer le calendrier d'exécution des activités c.4. - Choisir les personnes-ressources responsables c.5. Identifier les ressources nécessaires.
d. - Assurer un système de soutien	d.1. Donner par une formation appropriée les compétences voulues au personnel responsable de chaque activité à exécuter. d.2. Instaurer un calendrier de supervision. d.3. Contrôler les tâches réalisées par les différentes personnes au moyen d'une grille de supervision. d.4. Apporter le soutien logistique nécessaire aux déroulement des activités qui doivent être mises en place.
e. - Faire du monitoring un processus permanent.	

## CHAPITRE III.

### DEUXIEME FONCTION

#### **Administrer et gérer les activités de santé et les ressources de l'ensemble du district et assurer les fonctions de conseil auprès des autorités administratives.**

##### LISTE DES ACTIVITES GLOBALES A METTRE EN OEUVRE

Les activités du MCD, qui constituent cette deuxième fonction, peuvent être regroupées dans les neuf rubriques suivantes :

1. - Gérer le personnel administratif, le personnel technique soignant : ICP, SF, personnel du C.S., brigade d'hygiène, CPRS, personnel de maintenance et de soutien : chauffeurs, manoeuvres, etc...
2. - Organiser la gestion des ressources matérielles, financières, y compris la participation financière des populations, le matériel roulant, les médicaments, les infrastructures, et en assurer la maintenance.
3. - Mobiliser d'autres ressources en faveur du développement sanitaire du district.
4. - Superviser le personnel des postes de santé publics et privés, du CS, des cabinets et des cliniques privés, des divers services de la brigade d'hygiène, du CPRS, de l'infirmerie de Garnison, du secteur parapublic et des ONG qui opèrent dans le district.
5. - Coordonner les activités socio-sanitaires du district
6. - Mettre en place le SIG
7. - Elaborer des plans opérationnels annualisés en collaboration avec les autres secteurs de développement.
8. - Assurer le suivi régulier de la mise en oeuvre de tous les programmes de santé au niveau du district.
9. - Evaluer les activités : efficacité, efficience, couverture, etc...

#### ACTIVITE GLOBALE 1. -

**Gérer le personnel technique soignant : ICP, SF, personnel du CS, brigade d'hygiène, CPRS, maintenance, le personnel administratif et le personnel de soutien : chauffeurs, manoeuvres, etc...**

##### Préalables

Avant de présenter les activités et les tâches, il est important de connaître à qui, elles s'appliquent et les principes sur lesquels s'appuient cette gestion.

L'Equipe du District

Le personnel du district comprend les agents du Centre de Santé, de la Brigade d'Hygiène, des Postes de santé, des Maternités diverses, des cases de santé, des divers services sociaux rattachés à la Santé.

Une description de poste doit être explicite et pour ce faire contenir les données suivantes :

- le titre du poste
- la date de l'établissement de la description, car les besoins et donc la nature du poste peuvent changer
- le résumé du poste : c'est un résumé des principales responsabilités qu'il comporte
- les tâches : ce sont les composantes essentielles de la description du poste. Chaque tâche doit constituer une unité de travail identifiable.
- les relations verticales et horizontales du titulaire du poste avec les autres membres de l'équipe : relations hiérarchiques et de coopération dans le travail.
- les qualifications exigées : formation de base et niveau d'expérience
- l'évolution : la progression du titulaire peut être liée à un complément de formation et de perfectionnement
- observation et appréciation du titulaire : ceci est fait habituellement par un superviseur. Il apprécie la performance du titulaire sous forme d'un rapport confidentiel ou d'une simple annotation. Ceci peut déboucher sur un statu quo, une proposition de promotion du titulaire ou une modification du profil au poste.

La délégation des tâches fait aussi partie d'une bonne répartition de celles-ci. Elle présente des avantages et des inconvénients. Elle nécessite des modalités de mise en oeuvre précises.

#### Avantages

- elle évite des retards d'exécution
- elle libère de certaines tâches
- elle responsabilise l'exécutant
- elle permet de s'adapter aux circonstances.

#### Inconvénients

- elle peut aboutir à des malfaçons
- elle peut déresponsabiliser le chef d'équipe

#### Modalités de mise en oeuvre

- préciser clairement son objet
- choisir quelqu'un de compétent et de disponible
- informer les autres membres de l'équipe
- apporter le soutien nécessaire à l'exécutant
- ne pas intervenir sans une demande de l'intéressé ou motivée d'un tiers.

#### FACILITER LES RELATIONS PERSONNELLES

La communication entre dans toutes les fonctions de gestion et dans toutes celles d'un service de santé. Elle dépasse les mots, faisant appel au comportement et à ses différents modes d'expression.

## COORDONNER LES ACTIVITES DE L'EQUIPE

Coordonner des activités consiste à les articuler entre elles de façon harmonieuse.

Pour cela, il est nécessaire que chaque action soit située et réponde aux questions suivantes :

- Quoi ? qu'est-ce qui doit être fait ?
- Où ? à quel endroit ?
- Quand ? à quel moment ?
- Comment ? de quelle façon ?
- Par qui ? avec quelles personnes ?

Pour rendre une coordination efficace, il faut appliquer les sept principes d'organisation de base :

1. - définir un objectif en accord avec les objectifs généraux de l'action
2. - identifier les activités à mettre en oeuvre pour atteindre cet objectif
3. - délimiter ces activités
4. - assigner des responsables pour chacune de ces activités
5. - cerner leurs rôles respectifs
6. - préciser les relations entre chacun de ces responsables
7. - rééquilibrer en permanence les déviations qui pourraient se produire.

## APPLIQUER DE BONS PRINCIPES D'ORGANISATION

Appliquer de bons principes d'organisation peut être parfois difficile. En effet, il ne suffit pas de les connaître. Il faut savoir les appliquer, mais ceci nécessite de savoir s'ils sont appliqués.

Un bon responsable doit être capable d'être juge de son action. Pour cela, il doit savoir écouter, apprendre et comprendre. Ceci lui permet d'évaluer sa propre performance et de détecter les raisons pour lesquelles, elle n'est pas atteinte en cas d'échec. A toute action, doit être annexé un "feed-back", une information par rétroaction qui permet à chaque moment de comparer objectifs proposés et résultats obtenus.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Gérer les archives du personnel	a.1. - Tenir à jour le fichier du personnel : nom, prénom, date de naissance, date d'entrée dans le service et la fonction publique, fonctions antérieures, fonction actuelle, grade, différentes affectations.  a.2. - Tenir à jour les dossiers individuels du personnel : date de naissance, statut matrimonial, grade
b. - Tenir à jour ou établir une description des postes.	b.1. - Faire une enquête dans les structures pour identifier les postes de travail.

## ACTIVITE GLOBALE 2. -

**Organiser la gestion des ressources matérielles, financières, y compris la participation financière des populations, le matériel roulant, les médicaments, les infrastructures et en assurer la maintenance.**

Cette activité se décompose en 4 volets :

- . les ressources matérielles
- . les médicaments
- . les ressources financières
- . la maintenance.

### 2.1. - LA GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES OU COMPTABILITE "MATIERES"

Elles comprennent :

- . les infrastructures
- . le matériel fixe non consommable
- . le matériel roulant.

Le MCD, étant un agent de l'Etat doit suivre les directives développées dans les textes de base : décret n° 81-844 du 20 Août 1981 et instruction générale n° 04 du 8 Mars 1988. De ces textes que chaque service administratif doit posséder, on peut extraire les activités et tâches suivantes.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Mettre en oeuvre les objectifs de la comptabilité des matières	a.1. - Tenir un inventaire a.2. - Décrire les mouvements des matières a.3. - Faire des contrôles inopinés et instantanés
b. - Connaître la nomenclature du compte des matières	Se reporter à l'Instruction générale n° 4 du 8 Mars 1988
c. - Inventorier les matières du groupe I	c.1. - Inventorier le mobilier et le matériel de bureau c.2. - Inventorier le mobilier de logement et des appareils électro-ménagers. c.3. - Inventorier les voitures automobiles c.4. - Inventorier les motocycles et vélocipèdes c.5. - Inventorier les machines et matériels d'exploitation c.6. - Inventorier les installations c.7. - Inventorier les autres immobilisations.
d. - Inventorier les matières du Groupe II	d.1. - Inventorier les fournitures de bureau d.2. - Inventorier les combustibles d.3. - Inventorier les produits d'entretien d.4. - Inventorier les produits pharmaceutiques d.5. - Inventorier les autres produits.
e. - Tenir à jour les mouvements des matières	e.1. - Réceptionner les matières e.2. - Réformer les matières
f. - Tenir à jour les pièces justificatives	f.1. - Tenir à jour un document d'entrée f.2. - Tenir à jour un document de sortie.

### FICHE INVENTAIRE DE MEDICAMENTS

POSTE DE SANTE : \_\_\_\_\_

POUR LA PERIODE DU \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6
Noms des Produits	Stock au début	Entrée	Sortie	Stock à la fin de la période considérée	Seuil de réapprovisionnement
1. - Asprine					
2. - Chloroquine					
3. - Auréomycine 1 %					
4. - Auréomycine 3 %					
5. - Parégorique					
6. - Pipérazine					
7. - Fer					
8. - Ascabiol					
9. - Poudre réhydratante					
10. - Alcool					
11. - Compresse					
12. - Bandes					

(Les noms des produits sont donnés à titre d'exemple)

### CARNET DE COMMANDE/LIVRAISON

DATE : .....

NUMERO DE LA COMMANDE

A : .....

DE : .....

1	2	3	4	5	6
Nom des Produits	Quantité commandée	Quantité livrée	Prix Unitaire	Prix total commandé	Prix total livré

Somme reçue en FCFA : .....  
Date de livraison : .....

Prénom, Nom et Signature de l'expéditeur : .....  
Prénom, Nom et Signature du destinataire : .....

Tous les bons seront imprimés en 3 feuillets dont 2 sont détachables.

FICHE DE LA DISPONIBILITE HEBDOMADAIRE DES MEDICAMENTS

PRA DE : .....

SEMESTRE : .....

Médicaments	SEMAINES																											
	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9	1 0	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6		
1. - Aspirine																												
2. - Chloroquine																												
3. - Auréomycine 1 %																												
4. - Auréomycine 3 %																												
5. - Parégorique																												
6. - Pipérazine																												
7. - Fer																												
8. - Ascabiol																												
9. -Poudre réhydratante																												
10. - Alcool																												
11. - Compresse																												
12. - Bandes																												

(Les noms des produits sont donnés à titre d'exemple).

## 2.3. - LA GESTION FINANCIERE

En raison de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et des apports de fonds extérieurs par divers organismes de coopération, le MCR va se trouver astreint à une activité de gestion financière importante à superviser.

Il est même habituel que plusieurs comptabilités existent simultanément au sein du district :

- celle du CoSH
- celle de la PRA
- celle des CoS
- celle de la gestion propre du centre.

Il est souvent plus facile de les traiter de façon isolée, mais il est nécessaire de les rapprocher à chaque trimestre, si ce n'est tous les mois.

Dans la pratique, on peut utiliser 3 volets :

- la gestion des fonds publics
- la gestion des fonds de l'Initiative de Bamako
- la gestion traditionnelle.

### **2.3.1. - Gestion des fonds publics**

Dans ce cas, il faut utiliser le système de la comptabilité publique, les fiches recommandées par le SIG et incluses à la page suivante.

## 2. - AUTRES FORMES DE PARTICIPATION

### 2.1. - POPULATION

Ce point concerne les ressources provenant des tickets de consultation et de la vente de médicaments essentiels

Rubrique	Au niveau du Centre de santé						des Postes de santé		Total District	
	Tickets Consult. Méd. Essentiels				Total (Tickets + Méd.)					
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
(1) Solde antérieur										
(2) Recettes										
(3) Dépense totales										
(a) Cotisations CoS										
(b) Carburant										
(c) Evacuations										
(d) Médicaments										
(e) Motivation personnel										
(f) Appui aux autres programmes										
(g) Investissement										
Total Dépenses :										
Dispon. Fin du Trim.										
Fonds de Roulement										

\* Mettre dans cette colonne le pourcentage pour chaque type de dépenses par rapport aux dépenses totales du type d'infrastructures considéré (PS, Cases)

Exemple : % de cotisation comité de santé au niveau PS =  $(a)/(3) \times 100$

a) = Montant des cotisations comité de santé au niveau des PS

3) = Montant des dépenses totales au niveau des PS

Le même calcul doit être fait pour (b), (c), (d), (e) (f) (g)..

## FICHE DE COMMANDE EN GROS (Dépôt)

Formation : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

N°	Produit	Présentation	Prix Unitaire	Quantité	Total

Prénom et Nom expéditeur : .....

Prénom et Nom du Responsable de la  
formation sanitaire

.....

.....

Signature

Signature

Date : .....

Date : .....

## CARNET DE COMMANDE/LIVRAISON

Numéro de la Commande : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

De : \_\_\_\_\_

N°	Nom des Produits et Présentation	Quantité		Prix Unitaire	Prix Total	
		Commandée	Livrée		Commandé	Livré
Prix Total :						

Somme reçue CFA : \_\_\_\_\_

Date de Livraison : \_\_\_\_\_

Prénom, Nom et Signature de l'Expéditeur : .....

Prénom, Nom et Signature du Destinataire : .....

Tous les bons seront imprimés en 3 (trois) feuilles, dont 2 (deux) feuilles détachables.

**FICHE JOURNALIERE DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS**  
(ou Cahier ou Registre)

Etablissement : \_\_\_\_\_  
Mois de : \_\_\_\_\_

MEDICAMENTS												TOTAL MOIS
Aspirine												
Chloroquine												
Auréomycine 1 %												
Auréomycine 3 %												
Parégorique												
Pipérazine												
Fer												
Ascabiol												
Poudre à réhydrater												
Alcool												
Compresse												
Bandes												

## 2.3. - LA GESTION TRADITIONNELLE

Il est souvent utile de tenir une comptabilité traditionnelle, dont les modalités sont présentées ici. Il s'agit d'une comptabilité de base dont la tenue est simple et peut être appliquée à toute activité comptable, d'où l'intérêt de sa présentation ici.

Il ne faut pas oublier d'y rattacher les relevés préconisés dans le SIG.

## TENUE D'UNE COMPTABILITE DE BASE

Activités spécifiques	Tâches		
a. - Mettre en oeuvre la budgétisation des recettes	a.1. - Etablir les tarifs des actes de santé curatifs, préventifs, d'hygiène, etc... avec les partenaires sociaux, compte-tenu des recommandations ministérielles. a.2. - Faire connaître les tarifs. a.3. - Etablir des fiches valant quittance a.4. - Etablir éventuellement des reçus a.5. - Etablir des Bons pour les bénéficiaires de soins gratuits (B.P.) a.6. - Ouvrir un cahier de comptabilité journalière : le livre de caisse a.7. - Veiller à une bonne perception des recettes par le Trésorier du comité de santé		
b. - Effectuer les dépenses courantes	b.1. - Les effectuer contre des reçus b.2. - Les inscrire sur le livre de caisse.		
c. - Gérer la caisse	c.1. - Vérifier la bonne tenue du livre de caisse c.2. - Vérifier la caisse tous les jours c.3. - Faire un contrôle chaque semaine.		
d. - Arrêter la situation mensuelle	d.1. - Etablir le rapport de caisse suivant le modèle ci-dessous  d.2. - Inscrire dans le compte débit les sommes versées soit à des fournisseurs, soit au gestionnaire, soit à un compte bancaire.  d.3. - Faire la balance mensuelle : le montant en caisse est égal à la différence entre les crédits et les débits.		
Debits	Caisse du Mois de .....		Crédits
	Montant		Montant
Dépenses courantes		En caisse mois précédent	
Versement n° .... du .....		Consultations Enfants	
Versement n° .... du .....		Consultations Adultes	
Versement n° .... du .....		Vaccinations	
Versement n° .... du .....		CPN	
B.P. accordés		Médicaments vendus	
		Divers	
		B.P. remboursés	
TOTAUX EN CAISSE			

\* NB. Les activités et les tâches de tenue d'une comptabilité de base relèvent du Comité de santé, bien qu'elles doivent être supervisées par le MCD.

## 2.4. - ASSURER LA MAINTENANCE

Assurer la maintenance est une fonction noble. Elle s'exerce à tous les niveaux du district par une surveillance et un entretien régulier des structures et du matériel du district. Elle inclut l'inventaire.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Assurer la surveillance du matériel	a.1. - Tenir à jour des fiches et des registres des structures et du matériel. a.2. - S'assurer de l'existence d'extincteurs en état de marche a.3. - S'assurer d'une inspection quotidienne du matériel fragile frigidaires, inhalateurs, etc... a.4. - S'assurer d'une inspection hebdomadaire de l'environnement et en particulier des jardins. a.5. - S'assurer d'une inspection mensuelle du matériel roulant a.6. - S'assurer d'une inspection semestrielle des bâtiments.
b. - Assurer l'entretien du matériel	b.1. - Assurer l'entretien du matériel roulant b.2. - Assurer l'entretien des bâtiments avec l'aide des partenaires sociaux.
c. - Faire participer le personnel à la maintenance	c.1. - Responsabiliser les divers agents des Services régionaux c.2. - Coordonner des entretiens périodiques. c.3. - Récompenser ou pénaliser les responsables
d. - Tenir les inventaires	d.1. - Recenser périodiquement au moins une fois par an les fiches et les registres du matériel d.2. - Etablir des procès-verbaux d'inventaire.

Activités spécifiques	Tâches
c. - Recenser la liste des bailleurs	c.1. - Recenser les organismes de coopération des pays étrangers c.2. - Recenser les ONG c.3. - Choisir des Bailleurs potentiels.
d. - Rechercher des introductions près des Bailleurs	d.1. - En parler aux autorités administratives et leur demander un éventuel appui. d.2. - En parler aux notables susceptibles d'apporter une introduction.
e. - Mettre en place les ressources	e.1. - Signer une convention d'allocation des ressources e.2. - Veiller à leur mise en place e.3. - Désigner un responsable au sein du district chargé de veiller à leur bonne utilisation.
f. - En assurer le suivi	f.1. - Assurer un suivi de leur utilisation f.2. - Faire un compte-rendu au bailleur f.3. - Déboucher éventuellement sur des propositions d'extension ou de prolongement.

### 3.2. - LES RESSOURCES TRADITIONNELLES

Il est fréquent que des bailleurs les mieux intentionnés possibles, mais s'appuyant sur des schémas éloignés de la réalité ignorent l'existence d'une administration sanitaire très bien implantée sur tout le territoire national et entreprennent des activités de promotion de la santé sans en avertir le MCD.

Il peut arriver aussi que l'administration centrale ait décidé de l'attribution de ressources sans en inférer à la Région, car le principe de la décentralisation est récent et de ce fait n'est pas encore entré dans la tradition.

Dans les deux cas, le MCD doit, malgré les entorses de procédure, être réceptif et accueillant pour ces démarches, dont l'intentionnalité première est orientée vers la population. Toutefois, il doit rappeler à ces intervenants qu'il existe une administration locale, et qu'elle dispose de compétences naturelles pour donner un avis sur les besoins du district. Il doit les amener à discuter avec lui du contenu des ressources allouées, de leur bien-fondé, des charges susceptibles d'être entraînées et éventuellement si elles s'avèrent inadaptées d'en modifier le contenu et la destination.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Les identifier	a.1. - Entrer en relation avec les promoteurs a.2. - Leur réserver un accueil empathique a.3. - S'informer du contenu et des procédures
b. - Les analyser	b.1. - En évaluer l'intérêt avec les partenaires sociaux b.2. - En calculer les coûts récurrents s'il y en a.
c. - Les intégrer aux PDDS, ou au PDH ou au PRDS	c.1. - Les situer dans les PDDS ou le PDH ou le PRDS c.2. - En prévenir l'équipe du district c.3. - Y apporter le concours voulu
d. - Tenir les promoteurs informés de leur réalisation	d.1. - Entretenir des relations confiantes avec les promoteurs d.2. - Leur envoyer des compte-rendus d.3. - Susciter d'autres aides.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Aide aux lépreux	a.1. - Visiter les lépreux ou les convoquer de façon régulière a.2. - Visiter leurs familles a.3. - S'enquérir de leurs besoins a.4. - Les orienter vers des travaux qui permettent de les intégrer dans la vie active.
b. - Aide aux handicapés	b.1. - Tenir un fichier des handicapés b.2. - Les suivre régulièrement b.3. - Les orienter vers des centres de prothèse si c'est possible b.4. - Les orienter vers des associations spécialisées dans l'aide aux handicapés.
c. - Aide aux démunis et aux isolés	c.1. - Etablir des bons gratuits pour consultations et soins médicaux pour les démunis. (B.6.)  c.2. - Les orienter vers des associations qui permettent leur réinsertion dans la société.  c.3. - Organiser des déplacements pour visiter les isolés et mettre si c'est nécessaire des équipes mobiles (cas du Ferlo)
d. - Aide aux jeunes de la rue	d.1. - Promouvoir les activités des associations qui s'occupent des jeunes de la rue.  d.2. - Aider à les orienter vers des actions de salubrité.
e. - Aide aux toxicomanes	e.1. - Faire des conférences orientées vers ces domaines e.2. - Dépister les toxicomanes et les traiter e.3. - Surveiller les sujets à risque e.4. - Se tenir en relation permanente avec les autorités religieuses, de police et de gendarmerie.
f. - Aide aux prisonniers	f.1. - Visiter régulièrement les prisons f.2. - Soigner gratuitement les prisonniers
g. - Aide aux victimes des catastrophes	g.1. - Répondre immédiatement à l'appel des autorités en cas de catastrophe naturelle.  g.2. - Porter les premiers secours d'urgence  g.3. - Etudier la situation créée pour évaluer les risques possibles  g.4. - Alerter les autorités de ces risques.
h. - Aide aux réfugiés	h.1. - Accueillir les réfugiés en transit et les soigner  h.2. - Visiter les réfugiés temporaires pour s'enquérir de leur état de salubrité.  h.3. - Veiller à ce qu'ils ne soient pas à l'origine d'une épidémie dangereuse.  h.4. - Prévenir des organismes susceptibles de les aider sur le plan alimentaire.

## ACTIVITE GLOBALE 7. -

### **Elaborer des plans opérationnels annualisés en collaboration avec les autres secteurs de développement.**

L'élaboration de plans opérationnels annualisés revient à suivre l'évolution permanente des PDDS.

Il est donc nécessaire de reprendre pour ce faire les démarches déjà empruntées pour réaliser les PDDS, en utilisant les documents établis comme base de référence.

Il est essentiel pour établir ces plans de prendre contact avec les autres secteurs du développement en particulier : la Mère et l'Enfant, l'Agriculture, l'Hydraulique, les Travaux Publics, l'Education Nationale, la Recherche Scientifique. A titre d'exemples :

- . la création de mouvements associatifs féminins peut avoir un impact important sur le Planning Familial ;
- . la mise en valeur de cultures maraîchères va améliorer la nutrition ;
- . la mise en oeuvre de forages peut permettre une alimentation en eau potable ;
- . la réalisation de routes va permettre de désenclaver des villages et de les alimenter régulièrement en médicaments ;
- . une conception dynamique de la scolarité va permettre d'y mener des actions d'EPS.
- . des projets de recherche scientifique mis en place par la DAST vont servir de rôle d'entraînement.

Les Plans annuels ne contiennent que les activités susceptibles d'être menées au cours de l'année par l'équipe du district.

Son contenu comprend :

- les objectifs opérationnels de l'équipe du district
- les activités qu'elle compte mener
- les lieux
- les responsables pour chaque type d'activité
- les ressources nécessaires
- leur provenance
- les dates et les durées des activités
- l'évaluation des activités
- les contraintes et les obstacles potentiels
- un calendrier d'exécution avec un diagramme de GANTT.

L'élaboration du plan annuel comporte les activités spécifiques et les tâches suivantes :

Activités spécifiques	Tâches
a. - Définir les objectifs	a.1. - Identifier les objectifs généraux a.2. - Expliciter les objectifs opérationnels
b. - Inventorier les activités à mener	b.1. - Les identifier b.2. - Les inventorier et les classer en : . activités de service . activités de soutien . activités de développement b.3. - Analyser les contraintes et les obstacles

## ACTIVITE GLOBALE 9. -

### Evaluer les activités : efficacité, efficience, couverture, etc...

En fait, il faut apprendre à concevoir l'évaluation comme un processus permanent. Les outils fournis par le SIG et le monitoring sont les moyens de procéder à cette évaluation permanente : nous renverrons donc pour cela aux activités mises en jeu au cours de ces procédures (Chap.IV et activité globale 6 précédente).

Toutefois, il ne suffit pas de réaliser ces évaluations, il faut les faire connaître en aval et en amont :

\* en aval, c'est le feed-back, afin que les exécutants puissent en bénéficier.

\* en amont, au niveau de la Région, au niveau central et au niveau des divers partenaires sociaux et des autorités, mais en tenant toujours la Région avertie.

Ces informations doivent toujours donner lieu à une correspondance. Elles doivent être précises, mais succinctes. Si elles doivent faire l'objet d'un rapport, un résumé devra en être établi.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Evaluer les activités	a.1. - Faire des opérations de monitoring (Chap. III) a.2. - Etablir régulièrement les relevés du SIG
b. - En faire le feed-back	b.1. - Près du responsable désigné et du personnel exécutant b.2. - En discuter avec l'équipe du district b.3. - En faire part aux partenaires sociaux : comités de santé, mairie,
c. - En donner l'information en amont	c.1. - Informer la Région Médicale c.2. - Informer les autorités administratives du district c.3. - Informer les bailleurs de fonds éventuels
d. - Proposer des modifications compte-tenu des résultats	d.1. - Aux membres de l'Equipe d.2. - A la Région Médicale d.3. - Aux partenaires sociaux d.4. - Aux bailleurs de fonds

## CHAPITRE IV. -

### TROISIEME FONCTION . -

#### **Assurer la formation complémentaire et la formation continue des personnels socio-sanitaires et communautaires du district.**

Assurer la formation de l'équipe de santé est une fonction essentielle du MCD. Il est évident que le formateur ne peut non seulement bien enseigner que ce qu'il sait mais surtout que ce qu'il sait faire : le contenu en est donné dans ce guide et dans les Guides Nationaux utilisés actuellement au MSAS.

Mais cette condition majeure n'est pas suffisante, le MCD doit entreprendre toute une démarche, dont les grandes lignes vont conditionner l'efficacité des formations données.

Il doit d'abord déterminer le contenu et la destination de l'enseignement. Ceux-ci dépendent des compétences du personnel, mais aussi des incitations centrales : c'est ainsi que le déclenchement d'une action nationale de vaccination va entraîner des formations dans ce domaine.

Une fois, déterminées les formations à réaliser, le MCD doit trouver les moyens matériels nécessaires à ces réalisations.

Une fois ceux-ci trouvés, il doit assurer la mise en oeuvre des formations décidées, c'est-à-dire exécuter ces formations.

Enfin il est indispensable d'en évaluer l'impact. Ce sont uniquement les comportements du personnel de santé et les modifications des indicateurs de santé qui en témoignent.

Les divers éléments de cette démarche générale peuvent être regroupés en 6 activités globales.

- Evaluer les besoins en formation. Ce peut-être un besoin de formation spécifique de l'agent
- Elaborer des programmes
- Mobiliser les ressources
- Programmer l'exécution
- Exécuter les programmes
- Evaluer les résultats.

#### ACTIVITE GLOBALE 1. -

##### **Evaluer les compétences de toutes les catégories du personnel socio-sanitaire du district.**

Plusieurs critères permettent de procéder à cette évaluation : ce peut être tout d'abord l'analyse des archives. C'est ainsi qu'une morbidité palustre très élevée chez les enfants fera penser à une déficience de la prévention du paludisme. Elle peut être due à un manque de chloroquine, mais aussi à une défaillance du personnel, sous-tendue par une incompétence.

Bien entendu, la supervision et en particulier le monitoring mettent en évidence les déficiences possibles dans la réalisation de certaines activités et ils permettent de les attribuer à certaines catégories de personnel dans des zones géographiques précises. Ce peut être le cas, par exemple, pour la mise en oeuvre de la RVO ou pour la chloroquinisation, etc...

Ce peut être le résultat d'observations effectuées au cours de visites dans diverses structures de santé, par exemple l'observation de l'organisation de consultations de SMI/PF ou de consultations courantes dans les PS.

En fait, une bonne tenue des indicateurs du SIG permet d'évaluer les défaillances des activités et de les localiser. L'observation peut en confirmer l'exactitude, mais en attribuer la cause à un manque de compétence

**Besoins de formation des ICP en activités éducatives  
favorables à la chloroquinisation des enfants de 0 à 4 ans : exemple**

SITUATION SOUHAITABLE	SITUATION ACTUELLE	BESOINS
<p>Les ICP devraient pouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- établir le diagnostic social et épidémiologique du paludisme</li> <li>- établir le diagnostic des comportements face à la chloroquinisation</li> <li>- établir le diagnostic éducationnel des mères.</li> </ul>	<p>Les ICP ne peuvent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- établir le diagnostic social et épidémiologique du paludisme</li> <li>- établir le diagnostic des comportements face à la chloroquinisation</li> </ul>	<p>Les ICP doivent connaître et utiliser un modèle éducationnel pour faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le diagnostic social* et épidémiologique du paludisme</li> <li>- le diagnostic des comportements</li> <li>- le diagnostic éducationnel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- planifier et mettre en oeuvre une activité éducationnelle</li> <li>- démontrer des habiletés en communication verbale et non verbale</li> <li>- manifester un intérêt pour les activités éducatives relatives à la chloroquinisation des enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- planifier et mettre en oeuvre une activité éducationnelle</li> <li>- démontrer des habiletés en communication verbale et non verbale</li> </ul> <p>Certains manifestent un manque d'intérêt pour les activités éducatives relatives à la chloroquinisation chez les enfants de 0 à 4 ans en soutenant que toutes les femmes savent qu'elles doivent chloroquiniser leur enfants.</p>	<p>Les ICP doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir planifier et mettre en oeuvre une activité éducationnelle</li> <li>- démontrer des habiletés en communication verbale et non verbale.</li> <li>- connaître certaines théories sur la modification du comportement et les modèles éducationnels qui en découlent.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les aides visuelles au cours des séances éducatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup n'utilisent pas de supports didactiques au cours des séances éducatives</li> </ul>	<p>Les ICP doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disposer d'aides-visuelles</li> <li>- connaître leurs caractéristiques pédagogiques</li> <li>- savoir choisir les aides visuelles en fonction de l'objectif et du contexte.</li> <li>- savoir les utiliser</li> </ul>

\* Le terme de "diagnostic social" signifie : Appréhender les comportements de la communauté favorisant l'éclosion et la gravité du paludisme et les moyens d'y faire face

Activités spécifiques	Tâches
a. - Lister les formations à programmer	a.1. - Lister les besoins du district en tenant compte des informations obtenues lors de l'activité globale 1. a.2. - Lister les formations en tenant compte des programmes régionaux et nationaux. a.3. - Etablir une première proposition de programme qui fasse coïncider les deux relevés.
b. - Etablir une programmation	b.1. - Etablir une première proposition avec l'équipe de santé du district b.2. - La soumettre ensuite au MCR b.3. - Lui demander de la transmettre à la DSP.
c. - Faire connaître la programmation	c.1. - Faire connaître la programmation acceptée aux membres de l'équipe de santé.  c.2. - Transmettre la programmation au Préfet, aux Présidents du CoSD et des Comités de Santé et aux Bailleurs de Fonds.

## ACTIVITES GLOBALES 3 ET 4. -

### **Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en oeuvre des programmes de formation élaborés.**

### **Programmer les différentes activités de formation et de stages en fonction du temps et des lieux choisis, en collaboration avec la Région Médicale.**

Si la programmation est la première activité à mettre en oeuvre pour mettre en place le volet Formation, l'obtention des ressources est indispensable pour en assurer la réalisation.

Or cette activité est très difficile à réaliser. Elle nécessite de tenir compte de plusieurs paramètres. En tout premier lieu, il est nécessaire que le MCD ait l'appui des autorités administratives et évidemment du MCR. C'est donc en étroite collaboration avec lui que va s'exercer cette activité.

Tout d'abord, il est nécessaire d'évaluer les ressources nécessaires à la réalisation de chaque séminaire. Une fois établi le budget, il faut le soumettre à divers partenaires et, à cette étape, plusieurs possibilités peuvent se présenter.

1. - Il s'agit de formations d'agents de santé communautaires (ASC), de matrones ou d'autre personnel communautaire.

Dans ce cas, les Comités de Santé ont les ressources suffisantes, les besoins peuvent être pris en charge par les ressources communautaires.

Il est recommandé à ce qu'il en soit de même pour les Agents d'Hygiène. Ces formations se font dans les PS, les MR et les CS.

Si les Comités de Santé n'ont pas les ressources suffisantes, il est nécessaire de faire appel aux possibilités suivantes, toutefois les formations sont faites dans les mêmes lieux.

2. - Il s'agit de formations qui font partie de Programmes Nationaux. A ce moment là, il peut être intéressant de les regrouper au niveau Régional et c'est donc avec le MCR que le MCD doit envisager les modalités de tenue de ces formations : lieux, dates, approche pédagogique.

3. - Il s'agit de formations appuyées par un bailleur de fonds. Si le bailleur de fonds appuie la Région, la situation est la même que dans le cas de figure précédent.

En l'occurrence, un module de formation est un ensemble pédagogique centré sur des activités professionnelles se regroupant aisément par sujet. Il contient toutes les activités nécessaires à l'apprentissage de ces activités professionnelles. Ainsi, si l'apprentissage d'une activité ou d'une tâche demande une partie d'enseignement théorique, des travaux de groupe, de la recherche bibliographique, des stages sur le terrain, toutes ces activités pédagogiques doivent être étroitement coordonnées et se situer dans un plan géographique cohérent. Ceci évite les traditionnels découpages entre "théorie", "pratique" et "exercices" et intègre les différentes composantes de la formation dans le cadre des activités professionnelles.

Ainsi on peut concevoir pour un module :

- une formation théorique de 10 jours au district ou à la Région (1er stage)
- un stage sur le terrain de 3 à 9 mois coïncidant avec les activités professionnelles, avec un suivi de ce stage.
- un nouveau stage de 5 à 10 jours au district ou à la Région permettant de juger l'efficacité de la formation donnée lors des premier et deuxième stages.

Un tel module est autonome, c'est-à-dire qu'il comprend son propre système d'évaluation/validation. Au cours et à la fin du 1er stage, il y a une première validation en utilisant des pré et des posts-tests pour vérifier l'acquisition des connaissances de base nécessaires à l'apprentissage des tâches professionnelles. Au cours et à la fin du deuxième stage, l'évaluation se fait au moyen d'une grille de suivi. A l'issue du troisième stage, a lieu une évaluation globale qui tient compte des précédentes.

### **Exemple de construction d'un module**

Pour construire un module, il est recommandé de suivre le schéma suivant, pour lequel nous donnons un exemple: "Faire appliquer régulièrement par les mères la RVO chez un enfant atteint de diarrhée aiguë".

#### **1. - INTRODUCTION**

Le module est resitué dans le cadre général de la formation en SMI/PF et dans la lutte contre les maladies diarrhéiques.

#### **2. - OBJECTIF GENERAL**

Il est exprimé sous forme de performance le situant bien dans le cadre des activités professionnelles. "En l'occurrence : le Personnel de santé est capable de faire appliquer régulièrement, par les mères, la RVO chez un enfant atteint de diarrhée aiguë".

#### **3. - RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE**

Pour expliquer le choix du sujet et donc sa pertinence, un bref rappel est fait sur les raisons qui l'ont motivé, en l'occurrence le nombre élevé de diarrhées aiguës enregistrées et la faible utilisation de la RVO, avec de nombreux témoignages à l'appui.

#### **4. - LES OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Ils sont obtenus par une décomposition séquentielle des activités professionnelles : ils visent le "savoir-faire". Toutefois, ils doivent reposer sur un "savoir" préalable.

#### **5. - LES CONTRAINTES OU LES CONDITIONS DE FAISABILITE RENCONTREES**

Elles doivent être indiquées pour chercher les moyens de les contourner : en l'occurrence, ce peut être le manque d'approvisionnement en sachets.

#### **6. - LES CONTENUS**

Ils sont établis en tenant compte des objectifs spécifiques et du pré-requis des participants.

## Plan de cours : 1er Stage

OBJECTIF GENERAL : Faire appliquer régulièrement, par les mères, la RVO\* chez un enfant atteint de diarrhée aiguë

OBJECTIFS SPECIFIQUES	CONTENU	METHODOLOGIE	TEMPS ALLOUE	RESSOURCES REQUISES	EVALUATION
1. - Connaître le mécanisme de la diarrhée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition de la diarrhée aiguë.</li> <li>- Mécanisme de la diarrhée</li> <li>- Rappel de l'anatomie de l'appareil digestif.</li> <li>- Phénomène de la sécrétion.</li> <li>- Phénomène de la malabsorption.</li> </ul>	Exposé sur le mécanisme de la diarrhée, rappel anatomique de l'appareil digestif phénomène de la sécrétion et de la malabsorption	1H55 mn	Tableau Craie	Question orale - Expliquez le mécanisme de la diarrhée
2. - Savoir interpréter le phénomène de la déshydratation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition de la déshydratation</li> <li>- Signes cliniques des différents stades de déshydratation.</li> </ul>	Brain-storming : à la suite de la projection d'une série de diapositives illustrant les signes de déshydratation, demander aux participants d'indiquer les différents stades de déshydratation, les signes cliniques pour chaque stade. Faire la synthèse.	1H30 mn	Tableau Craie Diapositives	Questions orales - Citez les différents stades de déshydratation. - Indiquez les signes cliniques de chaque stade.
3. - Connaître l'intérêt et les limites des divers médicaments antidiarrhéiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Classification des différents médicaments antibactériens selon leur action thérapeutique.</li> <li>- Action de la SRO dans la diarrhée.</li> </ul>	Faire un exposé sur les différents types de médicaments anti-diarrhéiques, leur classification selon l'action thérapeutique et l'action de chaque type de produit sur la diarrhée.	1H 35 mn	Tableau Craie	Question orale - Citez cinq produits anti-diarrhéiques et expliquez leur mode d'action dans la diarrhée
5. - Savoir utiliser la RVO	Les différents protocoles de thérapie par rapport au stade de déshydratation	Rappel des différents stades de déshydratation et les signes cliniques de chaque stade.	10H 00 mn	Tableau Craie Plan de traitement de la déshydratation	Etude de cas

\* RVO : Réhydratation par Voie Orale

### Plan d'Action pour l'atteinte des objectifs : 2ème stage

OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODES D'EXECUTION DES ACTIVITES	RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES MATERIELLES	EVALUATION
1. - Organiser des réunions de mères pour leur apprendre à appliquer la RVO	- Planifier les dates des réunions - Faire la répartition des quartiers où auront lieu les réunions	- Expliquer aux mères les rapports entre la diarrhée et la déshydratation. - Vérifier si les mères ont compris	- Le personnel soignant - Le superviseur des SSS	flanellologue	Les mères arrivent à identifier les liens entre la diarrhée et la déshydratation. Elles arrivent à comprendre la nécessité de réhydrater.
2. - Préparer la SSS en respectant le dosage des différents éléments de la composition.	- Démonstration de la préparation de SSS (sachet) et celle du sel, sucre.	- Expliquer aux mères des enfants atteints de diarrhée les avantages de la RVO. Leur demander si elles utilisent la RVO à domicile et comment la préparer Désigner une ou deux mères pour faire la démonstration devant leurs collègues. Puis répéter la démonstration si il y a des erreurs.	- les mères - le personnel soignant - le superviseur	- sel - sucre - eau propre - pot d'un litre - cuillère à café - cuillère à soupe - SRO (sachets)	Question Comment préparez-vous la SSS * ?
3. - Administrer la SSS à un enfant suivant le degré de déshydratation et à la présence d'autres signes comme les vomissements.	Technique de l'administration de la solution de réhydratation par voie orale d'un enfant de 0 à 5 ans. atteint de diarrhée	Expliquer aux mères la technique de l'administration de la RVO d'un enfant diarrhéique sans vomissements et celui qui présente des vomissements. Puis montrer comment administrer la SSS	- les mères - des enfants atteints de diarrhée, dont un présente des vomissements. - personnel soignant - superviseur.	- SSS déjà préparée - verres	Question pratique Vérifiez si les mères administrent la SSS chez un enfant diarrhéique ou qui vomit selon la technique apprise
4. - Alimenter l'enfant atteint de diarrhée à des horaires réguliers.	Technique de l'alimentation d'un enfant de 0 à 5 ans atteint de diarrhée.	Faire un exposé Expliquer aux mères la nécessité d'alimenter l'enfant quand il a la diarrhée. Contrairement à certaines croyances qui mettent l'enfant à la diète.	- les mères des enfants 0-4ans - un enfant atteint de diarrhée - le personnel soignant - le technicien	- cuillère à café - assiette - viande ou poisson cuit - eau potable	Question orale Vérifiez si les mères comprennent la nécessité d'alimenter un enfant diarrhéique.
5. - Emmener l'enfant atteint de diarrhée aiguë avec déshydratation prononcée à l'hôpital.		Faire un exposé Expliquer aux mères la nécessité d'emmener l'enfant atteint de diarrhée aiguë à l'hôpital en cas de gravité. Leur expliquer qu'à ce stade, il faut que la réhydratation ait lieu par voie interne.	- les mères des enfants 0-4ans - le personnel soignant - le technicien		Question Vérifiez si les mères comprennent la nécessité d'emmener l'enfant diarrhéique à l'hôpital en cas de gravité.

(\*) - SSS : Solution Salée Sucrée

Activités spécifiques	Tâches
f. - Exécuter le 1er stage de formation	f.1. - Accueillir les participants f.2. - Installer les participants f.3. - Procéder à l'ouverture  f.4. - Discuter du contrat de travail  f.5. - Prétester les participants  f.6. - Présenter les objectifs et la méthodologie  f.7. - Conduire les activités spécifiques de formation  f.8. - Evaluer la formation : connaissances et compétences requises  f.9. - Evaluer la session : organisation, accueil, hébergement, restauration  f.10. - Présenter les résultats de l'évaluation  f.11. - Procéder à la clôture de ce premier stage  f.12. - Elaborer le rapport sur sa tenue  f.13. - Diffuser le rapport aux divers intéressés.
g. - Exécuter le 2ème stage de formation : stage sur le terrain	g.1. - Prévenir les agents que ce stage fait partie de leur activité professionnelle et de la méthode de supervision utilisée, en l'occurrence une grille.  g.2. - Superviser régulièrement chaque participant.  g.3. - Leur demander d'établir un rapport de fin de stage.
h. - Exécuter le 3ème stage de formation : stage d'évaluation.	h.1. - Reprendre les mêmes tâches que pour le 1er stage  h.2. - Evaluer les grilles et les rapports de stage sous forme d'auto-évaluation collective.  h.3. - Rédiger un rapport définitif, destiné à tous les participants, aux divers partenaires et aux autorités administratives.

**N.B.** - Il est indispensable d'associer le MCR à tout le processus de cette formation.

## CHAPITRE V

### QUATRIEME FONCTION

**Assurer la prise en charge médicale et chirurgicale des patients référés des PS au CS et la référence du CS vers l'Hôpital Régional pour les cas le nécessitant.**

La référence est une activité essentielle dans le processus du Système des Soins de Santé Primaires, car il ne sert à rien de prescrire des actes médicaux, s'ils ne peuvent être pris en charge : c'est le cas, par exemple, pour les accouchements dystociques, qui entraînent actuellement une mortalité élevée du fait qu'ils ne peuvent être pris en charge dans les CS des districts.

La prise en charge exige :

- des moyens matériels
- des compétences
- un suivi.

On peut regrouper son exécution en 6 activités globales.

#### ACTIVITE GLOBALE 1. -

##### **Organiser le CS : urgences, médicaments, etc...**

La prise en charge des cas référés par les formations sanitaires de base fait partie des missions essentielles du Centre de Santé.

Un CS fonctionnel doit répondre à certains critères, en particulier un certain nombre de locaux avec des affectations précises.

De même, il est nécessaire de disposer d'un équipement de base.

Les services d'un CS, le schéma de leur disposition et la liste de base du matériel figurent en Annexe III. Ils sont donnés à titre indicatif et sont modifiables suivant les indications données en cas d'élaboration de listes nationales.

### ACTIVITE GLOBALE 3. -

#### Améliorer la qualité des soins et la prise en charge des cas référés au niveau du CS.

Cette activité a déjà été envisagée dans le cadre général du district au chapitre IV. L'étude présente se limitera à en préciser les éléments dans le cadre des activités de référence et donc du CS.

Il faut insister sur la nécessité de considérer essentiellement le CS comme une structure de référence et d'adapter son plateau technique à ses activités, de veiller à la qualification de son personnel dans ce sens et d'organiser les activités dans ce but.

Il est important de bien connaître le profil des tâches des principaux agents qui travaillent dans un C.S : Voir Annexe IV.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Organiser un service de tri fonctionnel et de consultation CPN	a.1. - Créer une consultation de tri et de CPN fonctionnelles a.2. - Informer en permanence la population sur la nécessité pour le CS de pouvoir remplir le rôle d'un service de référence. a.3. - Appliquer une discipline très stricte qui limite l'accès du CS pour les soins courants. a.4. - Songer pour cela à appliquer une politique de dissuasion des coûts des consultations.
b. - Améliorer les plateaux techniques des PS et du CS	b.1. - Standardiser les diagnostics et les traitements b.2. - Détecter les faux positifs et les faux négatifs. b.3. - Doter chaque niveau de l'équipement technique adapté b.4. - Référer en temps opportun vers l'Hôpital
c. Procéder à des évaluations régulières	c.1. - Mettre en place un système de monitoring c.2. - En faire connaître les résultats c.3. - Corriger en conséquence les défauts de fonctionnement.

Dans le cadre de cette activité d'amélioration de la qualité des Soins, le MCD pourra s'appuyer sur les critères conseillés par le SIG à savoir :

- |   |  |
|---|--|
| . Pourcentage des malades référés à la structure de référence | . Pourcentage des césariennes  |
| . Taux d'occupation moyen des lits                            | . Nombre d'habitants pour un lit du CS                                   |
| . Durée moyenne de séjour par service                         | . Nombre de grossesses à risque attendues pour un lit de maternité du CS |
| . Mortalité dans les services d'hospitalisation               | . Nombre d'accouchements attendus pour un lit de maternité du CS         |
| . Pourcentage d'accouchements assistés                        | . Nombre de lits par manoeuvre   |
| . Taux de mortalité périnatale                                | . Nombre d'ambulances pour le CS.  |
| . Taux de mortalité maternelle                                |  |

Il est conseillé au MCD de remplir les Registres d'hospitalisation, d'évacuation et de décès préconisés par le SIG.

N.B. - Les cas référés par les PS ne doivent pas transiter par le Tri ou la CPN du CS, mais ils doivent avoir accès direct au médecin.

Situations	Tâches
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Etat de choc               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Anaphyléctique</li> <li>. Cardiogénique</li> <li>. Hypovolémique</li> <li>. Septique</li> </ul> </li> <li>* Hémorragies digestives</li> <li>* Infarctus du myocarde</li> <li>* Intoxication</li> <li>* Morsures de serpent</li> <li>* Polytraumatismes</li> <li>* Poussé aiguë d'HTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pose d'une voie veineuse centrale</li> <li>* Sérum antivenimeux</li> <li>* Surveillance et monitoring</li> <li>* Trachéotomie</li> <li>* Ventilation artificielle</li> <li>* Vessies de glace</li> </ul>
<p><b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Accouchement dystocique</li> <li>* Déchirure du col</li> <li>* Déchirure périnéale</li> <li>* Etat de choc à l'accouchement               <ul style="list-style-type: none"> <li>. crise éclamptique</li> <li>. rupture utérine</li> </ul> </li> <li>* Fièvre puerpérale</li> <li>* Fistules</li> <li>* Hémorragies de l'accouchement</li> <li>* Hémorragies autres               <ul style="list-style-type: none"> <li>. post-abortum</li> <li>. du premier trimestre (GEU)</li> <li>. du deuxième/troisième trimestre</li> </ul> </li> <li>* Infection post-abortum</li> <li>* Meno-métrorragies</li> <li>* P.F.</li> <li>* Prématurité</li> <li>* Retard de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Césariennes</li> <li>. Episiotomie</li> <li>. Extraction par ventouse</li> <li>. Symphysectomie</li> <li>. Version-extraction</li> <li>. Suture du col</li> <li>. Suture du périnée</li> <li>. Perfusion</li> <li>. Hystérectomie d'urgence</li> <li>* Antibiothérapie I.V.</li> <li>* Chirurgie des fistules</li> <li>* Révision utérine</li> <li>. Curetage</li> <li>. Laparotomie</li> <li>. Expectative ou curetage</li> <li>* Antibiothérapie I.V.</li> <li>. Observation</li> <li>. Curetage</li> <li>. Stérilet</li> <li>. Ligature tubaire</li> <li>* Couveuse</li> <li>* Ocytociques</li> </ul>

## La Planification Familiale

La Planification Familiale est une méthode dont le but est de permettre aux couples d'avoir le nombre d'enfants voulus au moment voulu.

Elaboré en 1990 et approuvé par le Gouvernement en Mars 1991, le Programme National de SMI/PF comprend trois volets :

- l'espacement des naissances
- la lutte contre les MST
- la lutte contre la stérilité.

Sa stratégie repose sur :

- \* la fourniture de services de PF aux populations-cibles prioritaires et la satisfaction des demandes spontanées
- \* l'extension de l'accessibilité des services de PF à toutes les structures de santé dans le cadre des Soins de santé Primaires.

Ainsi, les MCD sont donc bien concernés.

Comme il s'agit d'une action de santé qui, plus que beaucoup d'autres, met en jeu des valeurs morales, sociales et religieuses, le MCD doit agir avec beaucoup d'humanisme.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Connaître les populations-cibles	a.1. Identifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>. les couples dont le dernier enfant a moins de 2 ans ou est malnutri.</li> <li>. les couples dont la femme a subi 2 césariennes</li> <li>. les couples dont la femme est atteinte de maladie grave</li> <li>. les couples souffrant de stérilité</li> </ul> a.2. Les enregistrer sur un fichier
b. - Motiver les femmes précédemment identifiées	b.1. Les motiver : <ul style="list-style-type: none"> <li>. au cours des CPN</li> <li>. à la maternité après l'accouchement</li> <li>. au CS, lors de l'inscription du nouveau-né</li> <li>. au CS, lors des consultations curatives</li> <li>. occasionnellement</li> </ul> b.2. Leur proposer : <ul style="list-style-type: none"> <li>. soit des consultations</li> <li>. soit des séances d'information</li> </ul>
c. - Tenir des séances d'information sur la P.F	c.1. Fixer les objectifs suivants <ul style="list-style-type: none"> <li>. la santé de la mère</li> <li>. la santé des enfants</li> <li>. le bien-être de la famille</li> <li>. le bien-être de la communauté.</li> </ul> c.2. Utiliser comme supports des exemples vécus, des histoires concrètes.           c.3. Expliquer les dangers courus par les femmes à risque.           c.4. Présenter les moyens dont dispose le CS avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Activités spécifiques	Tâches
	<p>f.2. Connaître les contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. petit utérus de moins de 5 cm</li> <li>. antécédents de GEU</li> <li>. femme n'ayant jamais accouché</li> <li>. règles abondantes avec caillots</li> <li>. infection utérine aiguë ou chronique</li> <li>. femme ayant une anémie grave</li> <li>. femme ayant un souffle cardiaque</li> <li>. femme ayant une anomalie de la cavité du col</li> <li>. femme ayant subi une césarienne il y a moins de 4 ans</li> </ul> <p>f.3. Connaître les complications</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. l'infection pelvienne</li> <li>. l'expulsion</li> <li>. l'adhérence</li> <li>. les règles douloureuses, abondantes et prolongées</li> <li>. des crampes</li> <li>. une syncope lors de l'insertion</li> <li>. une perforation utérine lors de l'insertion</li> <li>. des saignements anormaux</li> </ul>
g. - Connaître les indications et les contre-indications des injections contraceptives	<p>g.1. Connaître les indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. les femmes qui allaitent</li> <li>. les femmes qui ont plus de 4 enfants vivants</li> <li>. les femmes ayant une TA minimale supérieure à 9</li> <li>. les femmes qui attendent une stérilisation chirurgicale</li> </ul> <p>g.2. Connaître les contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. les femmes enceintes</li> <li>. les femmes qui ont moins de 6 enfants en vie</li> <li>. les femmes qui veulent absolument avoir des règles régulières chaque mois.</li> <li>. les femmes qui ont des saignements anormaux</li> <li>. les femmes diabétiques</li> <li>. les femmes qui souffrent d'ictère</li> <li>. les femmes qui souffrent d'une tumeur au sein.</li> </ul>
h. - Connaître les indications et les contre-indications des condoms	<p>h.1. Connaître les indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. les couples qui attendent de savoir si la femme est enceinte</li> <li>. les femmes qui attendent l'application ou l'efficacité d'une autre méthode</li> <li>. dans le post-partum</li> <li>. dans le cas de relations occasionnelles</li> </ul> <p>h.2. Connaître les contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. sensation désagréable.</li> </ul>
i. - Connaître les indications et les contre-indications des spermicides	<p>i.1. Connaître les indications</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. femmes qui allaitent</li> <li>. femmes pour qui les autres méthodes sont contre-indiquées</li> <li>. femmes qui ont besoin de protection temporaire et peu fréquente</li> </ul>

## FICHE DE PLANNING FAMILIAL

District de : ..... N° .....

NOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... Nom du conjoint : .....

Nombre d'accouchements : ..... Nombre d'enfants en vie : .....

Date dernier accouchement : ..... Date dernières règles : .....

METHODE DEMANDEE : .....

## Premier examen pour Pilule, Injection, DIU

Date : .....

ANAMNESE	Méthode contre-indiquée		
	Pilule	Injection	DIU
- Nullipare :	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aménorrhée post-partum			
Allaitement maternel seul :			
enfant < 2 mois	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
enfant > 2 mois	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Allaitement mixte :			
enfant > 1 mois	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Moins de 6 enfants en vie	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfant au sein de moins de 6 mois	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
- Souffre de diabète	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Souffre de HTA	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
- a souffert de grossesse ext.-utérine	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a souffert d'infection pelvienne	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plusieurs partenaires sexuels	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Saignements anormaux	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- a souffert de phlébite	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SCA	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
- Migraines	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	

## CHAPITRE VI.

### CINQUIEME FONCTION

#### **Participer à la mise en oeuvre de la participation communautaire et aux activités des structures de concertation intersectorielles.**

Beaucoup a été écrit sur la participation communautaire des populations à l'effort de santé, décrivant ce système comme une "panacée" pour résoudre les problèmes de santé du Tiers-Monde : malheureusement il n'en a rien été. Il faut dire que ce concept a été forgé par des Experts étrangers ignorant des réalités locales et attribuant ensuite leurs échecs aux locaux, alors qu'ils ne relèvent que d'eux-mêmes.

C'est donc avec une grande circonspection que le MCD doit aborder cette fonction et, au préalable, il est bon d'avoir présentes à l'esprit les réflexions suivantes qui résultent d'analyses faites au Sénégal (\*)

#### **Le mythe de la Communauté**

"L'Afrique des villages, ce serait le continent du collectif, le royaume du consensus. L'individu s'y fondrait, voire s'y dissoudrait, dans la communauté. Ce mythe a engendré, ou en tout cas légitimé, un certain type de réalité non tant celle des développés que celle des développeurs, dont les opérations tendent de préférence à se déployer à l'échelle du village par le biais d'actions "communautaires". Des "groupements paysans" aux "pharmacies villageoises", des coopératives aux associations rurales, les niveaux privilégiés d'intervention des organismes de développement (publics ou ONG) coïncident en fait avec ceux des anciennes administrations coloniales qui ne voulaient déjà que des "interlocuteurs collectifs". L'idéologie "communautariste" des institutions de développement (issue tant des mouvements catholiques que du militantisme politique) recoupe ainsi paradoxalement les exigences d'une commode administration des populations !

Mais c'est ignorer la multiplicité des niveaux de décision, largement emboîtés : le jeune ou le "cadet", l'épouse, le chef de famille, le lignage, le groupe d'âge, la confrérie religieuse, etc..., et, certes aussi, mais étant loin d'avoir la pertinence principale, le village et les associations para-officielles créées à ce niveau. La plupart des décisions opératoires dans le domaine économique ou dans celui de la santé sont prises par des individus précis (qui sont loin d'être les porte-parole d'un quelconque "intérêt collectif"), à d'autres niveaux que celui du village et de la communauté.

Faut-il rappeler les stratifications sociales multiples qui parcourent les villages africains, aussi "égalitaires" qu'ils puissent paraître pour l'observateur extérieur ? Inégalités entre sexes, entre âges, entre groupes familiaux, d'un côté : différences de statut, de pouvoir, de richesse, selon l'appartenance sociale ou la trajectoire personnelle, d'un autre côté.

Faut-il évoquer aussi les rivalités individuelles, les querelles de personnes, les antagonismes de groupes, qui divisent aussi sûrement un village africain qu'un village européen (même si les raisons ou les occasions en sont différentes) ?

Il est facile d'en déduire quelques conséquences au niveau plus particulier de la santé : il n'existe pas "une" pratique thérapeutique autochtone, qui serait le bien commun de la communauté villageoise, mais bien "des" itinéraires thérapeutiques variés, complémentaires et/ou contradictoires. Les magiciens, prêtres et guérisseurs locaux, qui tous aident, à des titres divers et selon des procédures spécifiques, les individus à faire face aux aléas de l'existence, et donc aux problèmes de santé, sont des spécialistes concurrents. Et c'est dans ce champ concurrentiel que le praticien des services de santé publique vient s'insérer à son tour. Les usagers ou clients vont alors combiner selon les opportunités ou les stratégies personnelles ou familiales ces différentes filières "thérapeutiques" à leur disposition.

Ne peut-on alors jamais parler ni de "culture" traditionnelle ni de "culture" commune ? N'y a-t-il pas des liens tant avec le passé qu'avec les autres, dont la compréhension serait nécessaire ?

---

(\*) FASSIN (Didier) et JAFFRE (Yannick). - Développement et Santé  
Ellipses/AUPELF Parix XVème, Vol., 1990

Il n'y a pas donc de "modèle" théorique applicable au Sénégal. Plusieurs modalités d'actions peuvent être conceptualisées, en s'appuyant sur des principes généraux, certes, mais dont les activités et les tâches sont spécifiques aux contextes locaux.

Quatre activités globales ont été identifiées

1. - Assurer la mise en place et le fonctionnement des Comités de Santé dans le district : comités des Postes de Santé, éventuellement des Cases de Santé, du Centre de Santé, du district
2. - Promouvoir la mobilisation sociale à tous les échelons du district.
3. - Promouvoir la collaboration intersectorielle CDD, CLD, relations avec les ONG, les collectivités locales et les Tradipraticiens.
4. - Assurer pleinement le rôle de Conseiller technique auprès des autorités administratives : Préfet, Sous-Préfet.

## ACTIVITE GLOBALE 1. -

**Assurer la mise en place et le fonctionnement des comités de santé dans le district : comités des Postes de Santé, éventuellement des cases de santé, du Centre de Santé, du District.**

### Préalables

Dans le cadre de la réforme administrative et de la nouvelle politique de santé du MSPAS, les Comités de santé occupent une place essentielle.

Leur mise en place repose sur des fondements traditionnels, économiques, politiques et juridiques, et trouve leur place dans la stratégie des Soins de Santé Primaires préconisée par l'OMS et à laquelle a largement souscrit le Sénégal.

C'est en 1972, que les premiers Comités de santé ont été mis en place, de façon informelle, par les populations de plusieurs villages situés autour de Guinguéno, sous l'impulsion du Poste de Santé Privé Catholique de cette ville. Puis une association de participation à la santé a vu le jour de façon officielle à Pikine en 1978.

Trois documents de base ont successivement organisé la participation des populations à l'effort de santé. Le premier a paru en 1980 et s'intitulait : "Participation des populations à l'effort de santé : Principes et directives méthodologiques". Un deuxième lui a succédé en 1983. Il s'agit de la circulaire n° 01396/AAAF/2 du 25 Février 1983 portant sur la gestion des Comités de Santé.

Actuellement les textes juridiques sur lesquels repose le fonctionnement des Comités de santé sont contenus dans le décret n° 92-118/MSPAS dont nous donnons le texte dans ce chapitre étant donné son importance.

Compte-tenu des prescriptions, principes et règles contenus dans ce décret et des modalités en vigueur qui s'appuient sur les textes antérieurs, les comités de santé fonctionnent de la manière suivante.

Pour mettre sur pied un Comité de Santé, la procédure la plus fréquente est la suivante.

Dans une première phase a lieu une information et une sensibilisation des notables des deux sexes représentant tous les villages ou quartiers situés dans la zone de responsabilité géographique de la structure. Ce sont habituellement des délégués de village ou de quartier, des chefs religieux, des personnes représentatives des travailleurs des différents secteurs professionnels, etc... Ils constituent des personnes influentes qui peuvent coopérer activement à la réalisation des projets du Comité de Santé, soit par leur impact social, soit par des prestations effectives.

Activités spécifiques	Tâches
	a.4. - Connaître les solutions susceptibles d'être apportées à certains problèmes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. suivre les comités</li> <li>. conseiller et responsabiliser les membres du Bureau</li> <li>. les former</li> <li>. alerter les autorités administratives.</li> </ul>
b. - Tenir à jour les Archives des Comités de Santé du district	b.1. - Disposer de classeurs de rangements pour les archives des Comités.  b.2. - Etablir un système de fiches mentionnant quelques informations significatives sur chaque comité.
c. - Animer et conseiller les Comités de Santé du district	c.1. - Visiter régulièrement chaque Comité de Santé du district  c.2. - Assister ou se faire représenter aux deux Assemblées annuelles et aux Assemblées extraordinaires.  c.3. - Assister ou se faire représenter aux réunions de bureau jugées nécessaires.  c.4. - Veiller au renouvellement tous les deux ans des membres du Bureau.  c.5. - Veiller à l'utilisation rationnelle des ressources.  c.6. - Veiller à la tenue de comptes d'exploitation au moins mensuels.  c.7. - Détenir le chéquier du CoSD  c.8. - Veiller à la bonne tenue des chèquiers des divers CS du district.  c.9. - Informer les Comités de Santé des problèmes sanitaires du district.  c.10. - Convoquer les représentants des Comités de Santé aux réunions de coordination.  c.11. - Présenter au moins une fois par an des exposés généraux sur la situation des Comités de Santé du district.  c.12. - Solliciter des projets de développement de chaque Comité de Santé.  c.13. - Informer le MCR et les autorités administratives du fonctionnement des Comités de Santé.
d. - Mettre en place des Comités de Santé dans les structures où il n'y en a pas.	d.1. - Tenir une ou plusieurs réunions préparatoires avec les personnes-ressources de la population utilisatrices de la structure, avec l'agent de santé responsable, dans le but d'informer la population sur l'intérêt de créer un Comité de Santé.  d.2. - Leur donner tous les éléments d'information voulus.

Situations	Tâches
. Indemnités d'heures supplémentaires excessives	
. Frais de transport excessifs	. Fixer des forfaits
. Frais de repas abusifs	. Fixer des forfaits
* Vente de tickets parallèles	* Commander un seul type de tickets numérotés
	* Vérification comptable des souches
* Soins gratuits "aux amis"	* Exiger le remboursement.

## Décret N° 92-118/MSPAS

Analyse : DECRET fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités.

Le Président de la République,

VU la constitution, notamment en ses articles 37 et 65 ;  
 VU la loi n° 66-70 du 13 Juillet 1966 portant code des obligations civiles et commerciales ;  
 VU la loi n° 92-07 du 15 Janvier 1992 modifiant le code des obligations civiles et commerciales ;  
 VU le décret n° 79-416 du 12 Mai 1979 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, modifié par le décret 90-349 du 27 Mars 1990, modifié par le décret n° 91-437 du 8 Avril 1991 ;  
 VU le décret n° 91-423 du 7 Avril 1991 portant nomination du premier Ministre ;  
 VU le décret n° 91-429 du 8 Avril 1991 portant nomination des Ministres ;  
 VU le décret n° 91-430 du 8 Avril 1991 portant répartition des services de l'ETAT ;  
 VU la circulaire n° 01753/MSPAS/du 15 Mars 1991 relative à la planification des services de santé ;  
 SUR le rapport du Ministre de la Santé Publique et de l'Action Sociale.

Décète

### PREMIERE PARTIE

**Obligations particulières auxquelles sont  
 soumises les associations de participation  
 à l'effort de la santé publique  
 dénommées comités de santé.**

Article Premier. - Les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique visées à l'alinéa premier de l'article 821 du code des obligations civiles et commerciales dénommées ci-après Comités de Santé, sont fixées conformément aux dispositions des articles suivants ;

Article 2. - La participation à l'effort de santé publique est un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur santé comme ceux de la communauté depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation des programmes. Elle couvre des domaines multiples et variés allant des activités préventives et curatives à la réalisation et à l'équipement d'infrastructures, à la participation financière en passant par la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des projets de programmes de santé.

Article 12. - Le Comité de Santé de ..... a pour but :

- \* La promotion de la santé des individus, des familles et des communautés
- \* La mobilisation des collectivités locales pour le développement sanitaire
- \* L'amélioration des prestations de service de santé pour mieux répondre aux besoins des populations

Article 13. - Le Comité de santé de ..... oeuvre au service de tous. Il est ouvert à tous, dans le respect des convictions individuelles, dans l'indépendance à l'égard des partis politiques et des groupes de pression, en excluant toute discrimination de race, de religion et de classe sociale.

## TITRE II. - COMPOSITION

Article 14. - Sont membres du Comité de santé, les populations desservies par la formation sanitaire.

## TITRE III. - ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 15. - Le Comité de santé se compose des instances suivantes :

- \* L'Assemblée Générale
- \* Le Bureau

Article 16. - L'Assemblée Générale comprend :

- \* Pour les Comités des postes de santé en milieu rural, les chefs de carré des villages ou leurs représentants et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes ;
- \* Pour les Comités des postes de santé en milieu urbain : les délégués de quartiers et les représentants des groupements de femmes et association de jeunes ;
- \* Pour les Comités des districts sanitaires : les représentants des Comités de postes et du Comité des riverains du centre de santé ;
- \* Pour les Comités des hôpitaux : les représentants des Comités de districts.

Toutefois, seules les personnes âgées d'au moins 18 ans sont éligibles et chaque membre a droit à une voix.

Article 17. - L'Assemblée Générale se réunit en session ordinaire deux fois par an sur convocation du bureau et en session extraordinaire à la demande du responsable de la formation sanitaire autant de fois que l'intérêt du Comité de santé l'exige.

L'Assemblée Générale se réunit à la majorité absolue de ses membres. Si ce quorum n'est pas atteint, il est convoqué avec le même ordre du jour, une deuxième Assemblée Générale sous huitaine. Si ce quorum n'est pas atteint, une dernière Assemblée Générale est convoquée et délibère quelque soit le nombre de présents.

Tout membre peut se faire représenter aux votes de l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale élit son Président et son Secrétaire de séance.

L'Assemblée Générale délibère sur les rapports relatifs à la gestion du Comité de santé. Elle définit les priorités. Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget du plan de l'exercice suivant et approuve la nature et le montant de la contribution aux prestations de service proposées par le bureau. Elle approuve le règlement intérieur, procède s'il y a lieu au renouvellement du bureau et délibère sur toutes les questions mises à l'ordre du jour par le bureau.

Article 23. - Les délibérations du bureau relatives aux acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles nécessaires au but poursuivi par le Comité de santé, constitutions d'hypothèques sur lesdits immeubles, baux excédant neuf années, aliénation de biens rentrant dans la dotation et emprunts doivent être soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale.

Article 22. - Le Comité de santé est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par le Président du bureau. En cas d'empêchement ou de défaillance, le bureau peut donner mandat à tout membre pour représenter le Comité en justice. Le représentant du Comité doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

#### TITRE IV. - RESSOURCES - DOTATION

Article 25. - Les ressources du Comité de santé proviennent :

- \* des contributions aux soins ;
- \* des activités génératrices de fonds (activités socio-culturelles)
- \* des cotisations et des libéralités des membres de l'Assemblée Générale
- \* des subventions
- \* des revenus de ses biens.

Article 26. - Les Comités perçoivent et gèrent à leur niveau la totalité des recettes générées.

Article 27. - La dotation comprend :

- \* Les meubles et les immeubles nécessaires au but recherché par le Comité de santé.

Article 28. - Il est tenu au jour le jour une comptabilité deniers pour recettes et dépenses et s'il y a lieu une comptabilité matière distincte qui forme un chapitre spécial de la comptabilité d'ensemble du Comité de santé.

#### TITRE V. - DISPOSITIONS FINALES

Article 29. - L'Assemblée Générale convoquée spécialement pour se prononcer sur la dissolution du Comité de santé, doit comprendre au moins les quatre cinquièmes (4/5) de ses membres.

Tout membre peut se faire représenter aux votes de l'Assemblée Générale par procuration.

Pour la validité des délibérations, la majorité absolue des membres présents est requise, le cas échéant, l'Assemblée Générale est convoquée de nouveau à quinze jours d'intervalle et peut valablement délibérer quelque soit le nombre de membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être prononcée qu'à la majorité des deux tiers (2/3) des membres présents.

Article 30. - Les délibérations de l'Assemblée Générale portant dissolution du Comité de santé sont adressées au Ministre de l'Intérieur et au Ministre de la Santé Publique et l'Action Sociale.

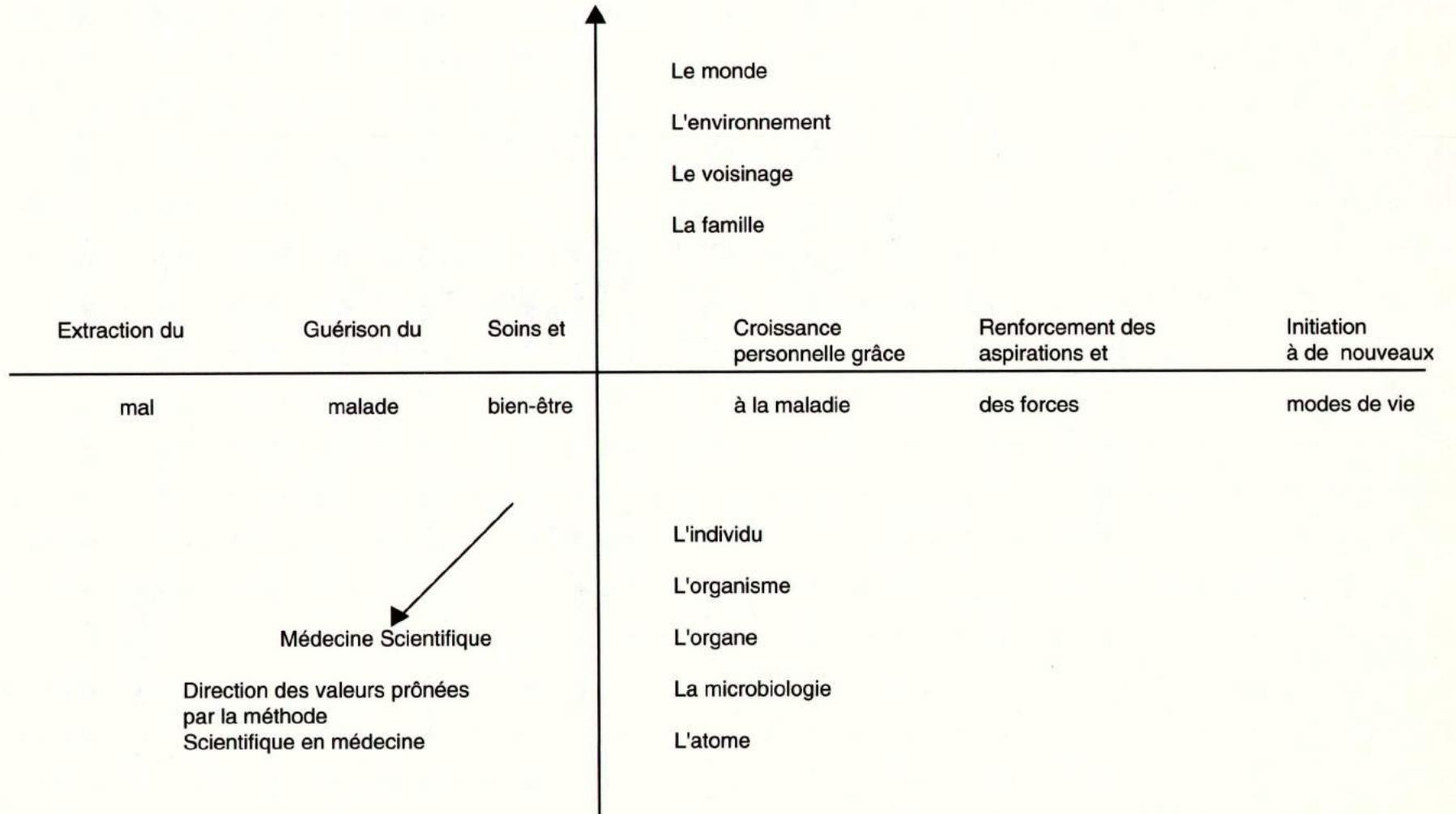
Article 31. - En cas de dissolution, le patrimoine du Comité est reversé à l'organisme de même nature qui en prend la succession.

Article 32. - Un règlement intérieur définissant les modalités de fonctionnement du Comité de santé est établi par le bureau. Adopté par l'Assemblée Générale, il est soumis pour approbation au Ministre de la Santé Publique et de l'Action Sociale.

Article 33. - Le présent décret abroge et remplace toutes dispositions contraires antérieures.

Carte de concept de Santé d'après le Docteur LAMBOURNE (University of Birmingham)

Tendance actuelle de la médecine



Il est intéressant de rappeler ici les grandes questions auxquelles doit répondre un Communicateur face à une population.

1. - Qu'est-ce-que l'information ?
2. - Qu'est-ce-que la communication ?
3. - Quelles sont les attitudes possibles devant l'information et la communication ?
4. - Quels sont les buts de la communication ?
5. - Qu'est-ce-qu'une rumeur ?  
Pourquoi des rumeurs ?
6. - Qu'est-ce-qu'un cadre de référence ?  
Quelles difficultés sont à vaincre pour harmoniser les cadres de références ?
7. - Qu'est-ce-que l'empathie  
A quoi sert l'empathie ?
8. - Qu'est-ce-que le filtrage de la communication ?  
A quoi est lié ce filtrage ?
9. - Qu'est-ce-que l'interprétation ?
10. - Qu'est-ce-qu'une opinion ?
11. - Qu'est-ce-que la dissonance cognitive ?  
Comment s'illustre le malentendu ?
12. - Qu'est-ce-que la redondance ?
13. - Qu'est-ce-que l'information en retour ? (feed-back)
14. - Pourquoi est-ce difficile de dialoguer ?
15. - Qu'est-ce-que la notion de rôle ?
16. - Comment rendre efficaces l'information et la communication descendantes ?
17. - Que faut-il communiquer ?
18. - Combien faut-il communiquer ?
19. - Comment rendre efficaces l'information et la communication latérales ?
20. - Comment rendre efficaces l'information et la communication ascendantes ?
21. - A quoi servent les réunions de feed-back ?

Enfin le MCD doit essayer d'intégrer ces divers mécanismes dans un processus de participation communautaire, bien mis en oeuvre puisqu'il s'agit d'objectifs définis à l'origine par la communauté.

Activités spécifiques	Tâches
a. - Entretenir des rapports suivis avec les autorités locales administratives et élues	a.1. - Entretenir de bonnes relations individuelles avec les Préfets, sous-Préfets, Maires et Présidents de C.R.  a.2. - Assister régulièrement et de plein droit aux CDD, CLD et en tant qu'invité à des réunions de Conseil Municipal et de Conseil des C.R  a.3. - Adresser aux Autorités administratives des rapports d'activité de façon régulière.  a.4. - Présenter à ces Autorités des demandes d'appui justifiées  a.5. - Etudier leurs suggestions pour mettre en oeuvre des actions de santé.  a.6. - Demander à être partie prenante dans les opérations de jumelage.
b. - Mettre sur pied des actions de mobilisation sociale.	b.1. - Identifier des thèmes de mobilisation sociale  b.2. - En apprécier la pertinence  b.3. - En apprécier la mesurabilité  b.4. - Les présenter aux Autorités  b.5. - Impliquer les populations  b.6. - Les faire appliquer par celles-ci
c. - Donner un suivi à ces actions de mobilisation	c.1. - En évaluer l'impact  c.2. - Informer les Autorités des évaluations réalisées  c.3. - Renforcer ces actions si les résultats sont favorables.

#### ACTIVITE GLOBALE 4.

##### **Assurer pleinement son rôle de conseiller technique auprès des Autorités administratives : Préfet, sous-Préfet.**

Le MCD est le Conseiller privilégié du Préfet ou suivant les cas du sous-Préfet en ce qui concerne les affaires de santé.

Quand il y a plusieurs districts dans un département, c'est le MCD du district où se situe la Préfecture qui est le Conseiller du Préfet, toutefois celui-ci peut faire appel au médecin d'un autre district si certains problèmes lui semblent relever plus particulièrement de sa spécificité.

Dans un district où il n'y a pas de préfecture, le MCD est le Conseiller du sous-Préfet.

Ces activités de conseil peuvent s'exercer pour les affaires courantes ou en cas de situations exceptionnelles.

## CHAPITRE VII

### SIXIEME FONCTION

#### **Promouvoir et mettre en oeuvre la recherche opérationnelle dans le district.**

##### **1. - PRINCIPES DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE.**

Compte tenu de l'évolution rapide des composantes économiques de nos pays, de leur situation démographique, voire de leur mouvance socio-culturelle, une révision permanente des problèmes de santé et des réponses à y apporter s'impose.

Pour y répondre de façon efficace, il est indispensable d'éviter les solutions théoriques qui viennent de l'extérieur et qui s'appuient souvent sur des principes très éloignés de la réalité. Seules doivent être prises en compte des réponses pragmatiques, qui ne peuvent provenir que d'une recherche opérationnelle constante et assidue.

Le District en est le premier échelon et le MCD étroitement associé aux Infirmiers Chefs de Poste, aux Sages-Femmes, à toute son équipe et aux tradithérapeutes en est le chercheur de base.

Certes, la recherche est une activité permanente de tout individu : quel est celui qui ne cherche pas à diminuer ses charges de travail ou encore à améliorer la qualité de son environnement ? Toutefois le terme de recherche pris dans un sens conceptuel plus vaste s'appuie sur un processus, conditionné d'abord par la mise en oeuvre des critères propres au chercheur.

##### **Critères indispensables à la mise en oeuvre d'une action de recherche.**

La première qualité du chercheur est une curiosité intellectuelle, qui se conjugue avec une aptitude à l'observation attentive. Certes, ce sont des qualités innées, mais elles peuvent être développées. Curiosité et observation lui permettent de rechercher et de trouver le moyen de répondre "autrement" à une situation qui ne donne pas satisfaction.

Il est rare que la réponse "autre" soit trouvée immédiatement. Il est nécessaire de mettre en oeuvre une deuxième qualité qui est la méthode. La démarche du chercheur doit s'appuyer sur une méthode rigoureuse. Sa première étape, même si elle implicite, est d'imaginer une hypothèse et de la définir avec précision. La deuxième étape est de construire un protocole de vérification du bien-fondé de l'hypothèse. Le protocole de vérification est l'ensemble des opérations, qui réalisées dans un ordre chronologique donné et avec les précisions requises, va conduire à confirmer ou à infirmer l'hypothèse retenue.

La troisième étape est de mettre en oeuvre le protocole avec les moyens disponibles, suivant l'enchaînement prévu, la description des techniques retenues et un calendrier donné. Son aboutissement est la réponse à l'hypothèse : elle va donner lieu à un rapport d'exécution.

Il est nécessaire que l'élaboration comme la mise en oeuvre du protocole soient exécutées avec rigueur. C'est la troisième qualité du chercheur : c'est le respect absolu des termes opérationnels décrits dans le protocole.

Enfin, pour être mises en oeuvre avec succès, ces trois qualités en nécessitent une quatrième : la tenacité. Elle est nécessaire à la confection du protocole, à la recherche de ressources pour le réaliser et à son exécution.

##### **Intérêt et particularités du processus de mise en oeuvre de la recherche opérationnelle**

Tout d'abord, que faut-il entendre par recherche opérationnelle ? A l'origine, ce terme signifie un ensemble de techniques rationnelles d'analyse et de résolution de problèmes concernant notamment l'activité économique, visant à élaborer les décisions les meilleures possibles vis à vis d'un ou de plusieurs critères, tout en respectant les contraintes inhérentes à ces problèmes.

L'état de santé est la résultante d'un système complexe d'interrelations entre certains éléments. Ce modèle qui tente de représenter le système réel a quatre composantes : la population, les ressources, l'agent et les services. Ces quatre composantes sont liées entre elles par des relations de type épidémiologique, économique, sociale, technique et opérationnelle.

## **2. - MISE EN OEUVRE DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE**

### **Les thèmes**

Toutes les activités sanitaires du district et la mise en oeuvre de tous les facteurs qui les conditionnent peuvent constituer des sujets de recherche opérationnelle.

Citons :

- la qualité, y compris, la couverture des soins curatifs et préventifs
- les activités d'Hygiène et d'Assainissement
- les activités nutritionnelles
- les activités d'Education pour la Santé
- la qualité de l'utilisation des ressources (inputs) :
  - . matérielles : bâtiments, équipements, fournitures
  - . financières : ressources propres et extérieures
  - . humaines : le personnel et l'apport communautaire
  - . techniques : le savoir-faire (Know-how), les connaissances, les normes.

### **Les concepts de l'évaluation**

Pour choisir l'activité qui sera le thème de la recherche opérationnelle, il faut l'évaluer, et donc mettre en oeuvre les trois concepts fondamentaux de l'évaluation : la pertinence, l'efficacité et l'efficience.

#### **LA PERTINENCE (relevancy)**

Elle évalue la cohérence de l'action par rapport au problème posé par une situation précise. Deux termes synonymes sont la congruité (appropriateness) et l'adéquation (adequacy). Le MCD se pose la question : les activités mises en oeuvre ou les tâches réalisées sont-elles appropriées à l'action étudiée ? Par exemple : le MCD doit-il faire lui-même tous les accouchements normaux ?

#### **L'EFFICACITE (effectiveness)**

Elle évalue la comparaison des résultats avec les objectifs. Par exemple, si l'objectif du taux de couverture au BCG était de 90 % chez les enfants de 0 à 4 ans, et que 70 % seulement ont été vaccinés, l'efficacité aura été de  $70 \times 90 \% = 63 \%$ .

#### **L'EFFICIENCE**

Elle évalue les résultats par rapport aux coûts : coûts financiers, matériels, sociaux.

Il est évident que ces indicateurs doivent être valides, c'est à dire qu'ils mesurent ce qu'ils sont censés mesurer.

Il doivent aussi être fiables, c'est à dire qu'ils donnent des indications auxquelles on peut faire confiance.

### Les aspects particuliers à l'évaluation économique

Etant donné le poids de l'incidence économique sur les programmes de santé, il est évident qu'ils sont un des éléments moteurs de la recherche opérationnelle dans ce domaine. Il est nécessaire d'en préciser certains éléments.

#### 1. - LE CONCEPT DE COUT-BENEFICE

La mise en œuvre consiste à comparer l'efficacité relative de différentes méthodes pour un coût donné.

Deux situations peuvent se présenter avec ou sans contrainte budgétaire.

Deux exemples en sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

1er exemple : Avec une contrainte budgétaire de 3.000.000 F CFA pour un traitement de cas de paludisme chez l'adulte.

Traitement proposé	Coût unitaire du traitement	Nombre de malades pouvant être traités	Efficacité du traitement	Nombre de malades guéris
Traitement n° 1	2.000 F	1.500	95%	1.425
Traitement n° 2	500 F	6.000	80%	4.800

On voit qu'un malade guéri a coûté 2.125 F dans le premier cas et 625 F dans le deuxième. Le coût/bénéfice est donc meilleur dans le deuxième cas.

#### 2. - LE CONCEPT DE COUT-EFFICACITE

2ème exemple : Sans contrainte budgétaire, pour un traitement de tuberculose chez l'adulte.

Traitement proposé	Coût unitaire du traitement	Coût total du traitement de tous les malades	Efficacité du traitement	Nombre de malades guéris
Traitement n° 1	100.000 F	12.500.000 F	80%	100
Traitement n° 2	50.000 F	6.250.000 F	80%	100

On voit dans le tableau ci-dessus qu'il y a une différence de 6.250.000 F entre les deux coûts à efficacité égale, donc le deuxième traitement est beaucoup plus opportun.

Dans le cas du traitement n° 1, le coût du traitement d'un malade guéri est de 125.000 F, dans le cas du traitement n° 2, le coût du traitement d'un malade guéri est de 62.500 avec le même pourcentage de réussite. Le concept, qui apparaît alors, est celui de coût-efficacité.

#### 3. - LE CONCEPT DE COUT-MARGINAL

C'est la différence entre le coût initial d'une activité et le coût additionnel entraîné par une nouvelle activité qui permet d'améliorer une performance.

Hypothèses retenues	Solutions préconisées
A. -Mauvaise couverture	Améliorations de la couverture
1. - Mauvaise accessibilité géographique	- décentralisation : ouverture des centres de Birkilane et Malem Hoddar.
2. - Manque d'intérêt et de motivation de la part des populations	- utilisation effective des animatrices sociales déjà formées - utiliser toutes les occasions pour sensibiliser les femmes (CPN, PEV, ...) - éducation sexuelle dans les écoles
3. - Mauvaises prestations de service	- formation du personnel et suivi - améliorer l'accueil - bien gérer les stocks
4. - Mauvaises prises en charge des effets secondaires et des complications	- formation du personnel
5. - Cloisonnement de la P.F.	- polyvalence du personnel - unité de lieu et de temps
6. - Absence d'un contact étroit avec les populations à haut risque	- établir un réseau de communication : sage-femme, animatrices sociales.
7. - Absence de motivation des populations à haut risque vis à vis de la P.F.	- aller au devant du besoin non exprimé - sélection des populations - intégration
8. - Assurer la continuité chez les acceptantes	- suivi étroit au début pour s'assurer de l'adéquation de la méthode. - dialogue et empathie pour maintenir la motivation - organiser des visites domiciliaires et de "relancement"
B. - Mauvaise continuité dans la tenue des supports	Amélioration de la tenue des supports
1. - Mauvaise tenue des fiches individuelles	- bonne tenue des fiches individuelles
2. - Manque de suivi méthodique des fiches	- amélioration du suivi en appliquant la méthode des cohortes
3. - Manque d'un échéancier	- établir un échéancier
4. - Manque de système de relance	- établir un système de relance par le canal des animatrices sociales.
5. - Manque de cahier de visites domiciliaires	- établir un cahier de visites domiciliaires.

## DEUXIEME EXEMPLE D'ACTIVITE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

Recherche sur la défaillance d'un service hospitalier de médecine infantile

<b>Tâches de la 1ère séquence : les constats</b>	<b>Tâches de la 2ème séquence : les hypothèses</b>	<b>Tâches de la 3ème séquence : les solutions</b>
1. - Observer si les infirmiers prennent en charge valablement les problèmes de santé fréquents et graves	Manque de motivation	Rechercher les causes agir en conséquence
2. - Observer si les infirmiers accomplissent les gestes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique relevant de leur compétence.	Manque de connaissance	Leur donner une formation appropriée en vérifier l'efficacité
3. - Observer si les infirmiers utilisent les thérapeutiques à bon escient	id.	id.
4. - Observer si la charge de fonctionnement d'un service est correcte	Mauvaise planification (*)	Mettre en place une nouvelle planification et en vérifier l'efficacité

(\*) - Les hypothèses peuvent être différentes et les solutions le seront évidemment aussi.

#### QUATRIEME EXEMPLE D'ACTIVITE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

Recherche sur la défaillance de l'approvisionnement en médicaments essentiels d'une pharmacie de district selon le système des nouveaux cas (N.C).

<b>Tâches de la 1ère séquence : les constats</b>	<b>Tâches de la 2ème séquence : les hypothèses</b>	<b>Tâches de la 3ème séquence : les solutions</b>
1. - Analyser périodiquement l'inventaire de la pharmacie	Négligence	Sanctionner le personnel (*)
2. - Analyser les calculs de la consommation globale et par NC de la pharmacie pour une période donnée	id.	id.
3. - Analyser la concordance entre les sorties des médicaments et les commandes durant une période donnée.	id.	id.

(\*) - Dans le cas présent, recourir à une formation, serait une mauvaise solution.

## ANNEXES

## ANNEXE I. - LISTE DES 45 DISTRICTS PAR RÉGION (1992)

## Région de Dakar

Districts	Superficie	Population	Budget	Postes de santé fonctionnels	Cases de santé fonctionnelles	Organismes de soutien
Dakar-Centre (Bel-Air, Hann)				9		- DAHW
Dakar-Nord (Nabil Choucair)		1.183.847		6		- "
Dakar-Ouest (Philippe Senghor)				4		- "
Dakar-Plateau				6		- "
Guédiawaye		300.000	12.442.000	10		- Coopération Belge
Mbao			7.542.000	9	6	- "
Pikine			10.600.000	8		- "
Rufisque		189.966	13.000.000	12		
<b>TOTAL</b>	550 km2	1.673.813	43.684.000	64	6	

## Région de Diourbel

Districts	Superficie	Population	Budget	Postes de santé fonctionnels	Cases de santé fonctionnelles	Organismes de soutien
Bambey	1.351 km2	204.500	5.401.000	18	17	- F.N.U.A.P. - Croix Rouge - CARITAS
Diourbel	1.175 km2	188.950	7.951.000	15	23	- Corps de la Paix - DAHW
Mbacké	1.280 km2	101.220	7.202.000	11	15	- Croix Rouge - SOS SAHEL
Touba	977 km2	160.404	11.000.000	6	4	
<b>TOTAL</b>	4.783 km2	655.074	31.554.000	50	59	

## Région de Thiès

Districts	Superficie	Population	Budget	Postes de santé fonctionnels	Cases de santé fonctionnelles	Organismes de soutien
Joal	709 km2	3.877	3.101.000	4	-	
Khombole	548 km2	85.127	3.651.000	9	-	- ENDA Madesahel
Mbour	709 km2	150.846	3.611.000	15	10	
Méckhé	1.045 km2		2.251.000	8	-	- Mission Luthérienne
Thiadiaye	988 km2	88.925	11.950.000	7	31	Foster Plan International
Thiès	1.056 km2	282.063	5.701.000	27	26	
Tivaouane			14.477.000	15	5	
<b>TOTAL</b>	<b>5.055 km2</b>	<b>610.838</b>	<b>44.742.000</b>	<b>85</b>	<b>72</b>	

## Région de Ziguinchor

Districts	Superficie	Population	Budget	Postes de santé fonctionnels	Cases de santé fonctionnelles	Organismes de soutien
Bignona	5.295km2	184.416	3.390.000	37	77	- Coopérative Etres humains
Oussouye	891 km2	36.047	4.151.000	11	23	- Entraide Médicale Internationale
Ziguinchor	1.589 km2	176.040	10.302.000	22	7	DELIPRO
<b>TOTAL</b>	<b>7.775 km2</b>	<b>396.503</b>	<b>17.843.000</b>	<b>70</b>	<b>107</b>	

## Région de Kolda

Districts	Superficie	Population	Budget	Postes de santé fonctionnels	Cases de santé fonctionnelles	Organismes de soutien
Kolda	8.170 km2	184.027	12.103.000	18	27	- CELIM BERGAMO - VREDESEILANDEN (Ile de Paix) - A.F.V.P.
Sédhiou	7.293 km2	282.055	5.701.200	20	34	PRIMOCA
Vélingara	5.435 km2	130.676	5.301.000	14	26	- A.F.V.P.
<b>TOTAL</b>	<b>20.898 km2</b>	<b>596.758</b>	<b>23.105.200</b>	<b>52</b>	<b>87</b>	

ANNEXE II. - Personnel de santé, relevant de l'Etat, par district (1992)

Districts	Méd.	TSS	TSO	SFE	I et AS	T.A	AI	Matrones payées/Etats	Gestion.	Secrétaires	Chauffeurs
Bakel	1	0	2	4	13	0	0	1	1	0	0
Bamby	1	0	1	2	6	2	0	1	1	0	0
Bignona	1	0	2	3	19	2	4	0	1	1	2
Dagana	1	0	1	2	8	4	1	0	0	1	0
Dakar-Centre	2	1	0	14	11	22	3	0	0	0	0
Dakar-Nord	1	0	1	5	7	0	4	0	0	0	0
Dakar-Ouest	1	0	1	3	3	0	1	0	0	0	0
Dakar-Plateau	3	0	2	11	14	0	5	0	1	1	1
Diourbel	1	0	1	3	10	10	5	4	1	1	1
Fatick	1	1	1	5	11	7	3	1	0	0	1
Foundiougne + Sokone	2	0	1	4	11	2	4	2	0	1	1
Guédiawaye	3	0	2	3	12	0	2	0	1	2	0
Gossas + Guinguineo	2	0	2	4	10	1	2	1	0	0	0
Joal	1	0	1	3	11	1	3	0	0	0	0
Kaffrine	1	0	1	2	10	3	0	4	0	0	1
Kaolack	1	0	1	4	14	6	6	0	0	0	1
Kébémér	1	0	0	2	7	2	1	2	1	0	0
Kédougou	1	0	1	2	16	1	0	2	1	0	2
Khombolie	1	0	1	3	9	0	1	0	0	0	1
Kolda	1	0	1	4	15	1	0	3	1	2	2
Kounghéul	1	0	1	2	6	2	1	0	1	0	0
Linguère	2	0	1	3	12	2	6	0	1	0	0
Louga	1	0	1	5	11	0	2	1	0	0	0
Matam	1	0	0	3	5	2	2	1	0	0	1
Mbacké	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Mbao	1	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0
Mbour	1	0	2	8	25	4	3	0	0	0	0
Mékhé	1	0	1	2	7	0	1	0	0	0	1
Nioro	1	0	1	4	5	2	2	0	0	0	2
Oussouye	1	0	0	3	10	2	0	0	1	0	1
Pikine	1	2	0	12	15	10	4	0	0	0	1
Podor + Ndioum	3	2	1	5	24	1	6	0	2	0	2
Richard-Toll	1	0	0	2	5	1	2	0	0	0	0
Rufisque	2	1	2	7	11	2	6	0	0	0	1
Saint-Louis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sédiou	1	0	0	2	9	1	6	2	0	0	1
Tambacounda	1	0	0	7	29	3	2	1	0	0	0
Thiadiaye	1	0	0	3	8	1	2	0	0	0	0
Thiès	1	0	1	14	22	9	9	0	1	0	0
Tivaouane	2	0	1	8	15	2	5	1	1	0	0
Touba	1	0	0	4	9	0	1	0	0	0	1
Vélingara	1	0	1	2	11	1	1	0	0	0	0
Ziguinchor	1	1	1	11	37	6	5	0	0	0	0

Abréviations utilisées dans ce tableau :

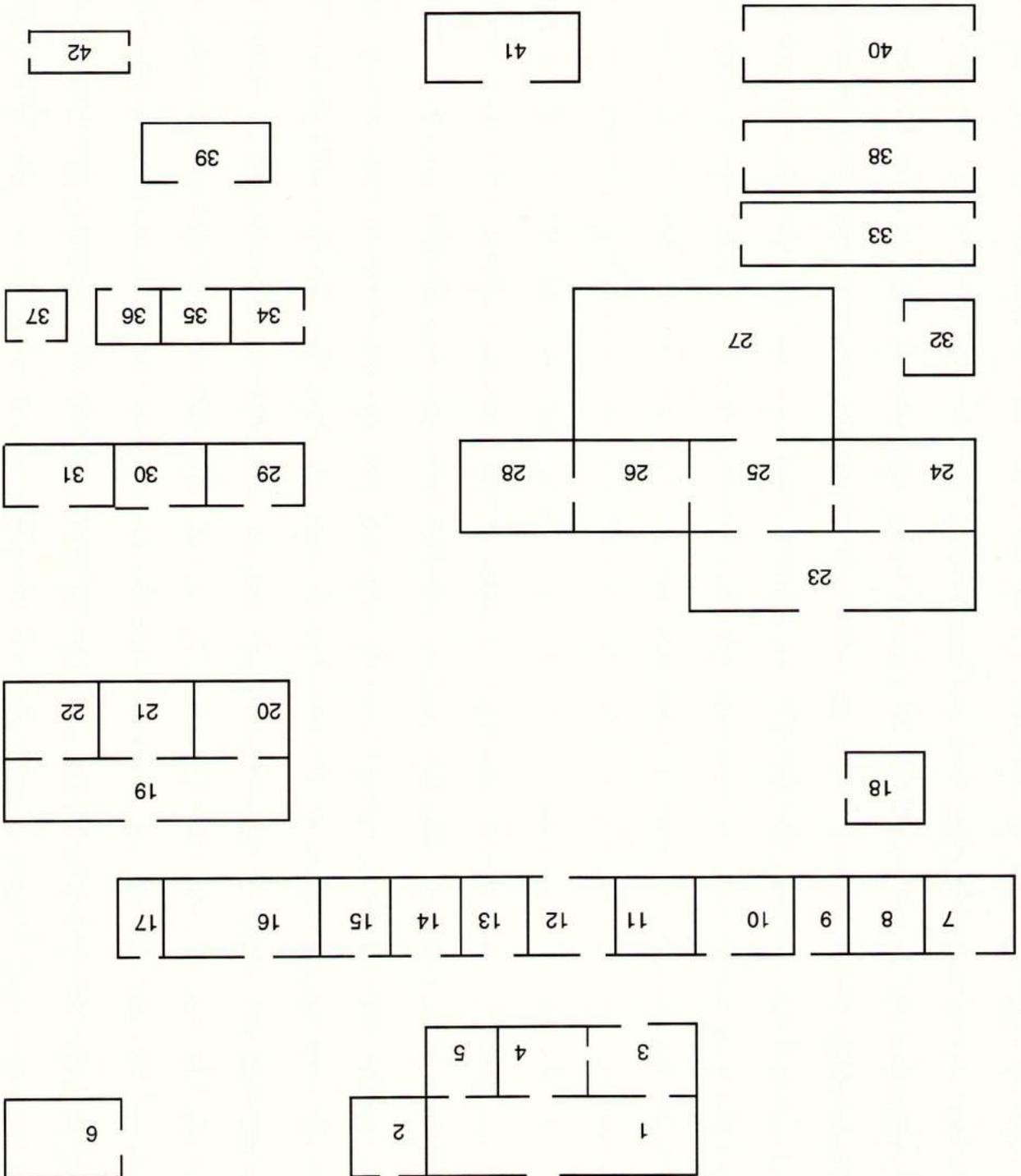
- Méd : Médecins
- TSS : Techniciens Supérieurs de Santé
- TSO : Techniciens Supérieurs Odonto
- SFE : Sages-femmes d'Etat
- I et A.S. : Infirmiers et Agents Sanitaires
- T.A. : Techniciens Assaisissement
- A.I. : Aides-Infirmiers
- Gestion. : Gestionnaires

## ANNEXE III. - SERVICES ET EQUIPEMENT DE BASE D'UN CENTRE DE SANTE

## Service d'un C.S. fonctionnel

1. - Salle d'attente	22. - Pesées, mesurations
2. - Salle de garde	23. - Accueil
3. - Triage	24. - Chirurgie d'urgence, réanimation
4. - Enregistrement	25. - Salle de travail
5. - Paiement	26. - Salle d'accouchement
6. - Garage	27. - Hospitalisation maternité
7. - Soins bucco-dentaires	28. - Chirurgie septique
8. - Radioscopie	29. - Dépôt pharmaceutique
9. - Bureau du médecin	30. - Bureau brigade d'hygiène
10. - Secrétariat	31. - Dépôt brigade d'hygiène
11. - Bureau du major	32. - Buanderie
12. - Soins, Pansements	33. - Hospitalisation femmes
13. - Stérilisation	34. - Dortoir matrones
14. - Petite chirurgie	35. - Dortoir stagiaires
15. - Laboratoire	36. - Dortoir chauffeurs
16. - Pharmacie de détail	37. - Isolement
17. - Education sanitaire	38. - Hospitalisation pédiatrie
18. - Salle de réunion	39. - Logement sage-femme
19. - Salle d'attente PMI	40. - Hospitalisation hommes
20. - Bureau de la sage-femme	41. - Logement médecin
21. - Vaccinations, soins ombilicaux	42. - Morgue

**Schéma fonctionnel d'un C.S.**



## ANNEXE : IV. - RAPPEL DU PROFIL DES TÂCHES DES PRINCIPAUX AGENTS DU CS

### TACHES DU CHIRURGIEN-DENTISTE

- superviser l'équipe de santé dentaire si des ASO ou des ISO sont présents
- faire l'éducation pour la santé dentaire en mettant l'accent sur l'utilisation du "Soccu", en suivant la méthodologie développée au Sénégal pour l'hygiène des dents.
- faire participer les groupes organisés de la communauté à l'amélioration de la santé dentaire d'un endroit donné ;
- dispenser les services dentaires prioritaires à la population qui le demande ;
- s'intégrer aux autres membres de l'équipe de santé et à d'autres secteurs qui participent à la santé ;
- faire des sorties en vue de jouer un rôle actif comme agent de développement, en profitant des différentes équipes mobiles qui agissent sur place ;
- faire des rapports standardisés dans les délais définis par les planificateurs d'après des fiches standardisées et si possible en suivant un manuel ;
- superviser et faire des enquêtes épidémiologiques dentaires à propos des maladies dentaires prioritaires en utilisant les indices standardisés dans les délais prévus par le sous-programme d'odontologie au Ministère de la Santé Publique.

### SAGE-FEMME D'ETAT

#### \* Tâches techniques

- organiser et exécuter les activités de PMI/PF
- surveiller des accouchements à risque
- assurer les accouchements

#### \* Tâches éducatives

- éducation nutritionnelle de la mère et de l'enfant
- éducation pour la santé (hygiène corporelle)

#### \* Tâches pédagogiques

- participer au perfectionnement du personnel notamment en matière de SMI/PF et des élèves stagiaires
- former les matrones

#### \* Tâches administratives

- gérer le personnel, les médicaments, le matériel
- établir les rapports statistiques de la maternité
- établir un calendrier de travail
- enregistrer les naissances, décès, entrées et sorties
- prévoir, organiser, diriger, coordonner, superviser et évaluer toutes les activités de SMI/PF.

### TACHES DU TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE (TSO)

- traiter les urgences dentaires
- faire la dentisterie opératoire
- programmer et exécuter la formation des ASO
- faire les extractions dentaires non urgentes

### LE SECRETAIRE MEDICAL

- exécuter les instructions du médecin en matière d'administration, de comptabilité
- classement des dossiers - correspondance.

### FILLES DE SALLE

- veiller à la propreté des malades
- s'occuper de la literie.

### CHAUFFEUR

- assurer les liaisons internes et externes sous ordre du médecin
- entretenir le matériel logistique mis à sa disposition

### MANOEUVRE, GARDIEN, LINGERE

assurer l'entretien, la garde et la mise en ordre du matériel mobilier et immobilier.

C'est compte-tenu de toutes ces informations et de leur prise en compte que pourra se faire l'amélioration de la qualité des soins et être mis en place un bon système de référence.

## ANNEXE V. - REGISTRES D'HOSPITALISATION, D'EVACUATION ET DÉCÈS

### I - REGISTRE D'HOSPITALISATION : INSTRUCTIONS

1. - Un numéro d'ordre est attribué à chaque malade entrant selon un numérotage séquentiel (par année)

Ainsi, le numéro d'ordre 1 est attribué au premier entrant de l'année considérée

2. - Ecrire les prénoms et nom du malade enregistré

3. - Porter le nombre de mois pour les enfants de 0 à 23 mois et à partir de 24 mois, porter le nombre d'années révolues :

- . soit en interrogeant le malade ou ses accompagnants
- . soit en examinant sa pièce d'état civil
- . soit en se référant au calendrier historique de la localité.

4. - Ecrire M pour le sexe masculin et F pour le sexe féminin.

5. - Indiquer le lieu de résidence habituelle : ville, village

6. - Porter la date d'entrée du malade

7. - Mentionner le diagnostic présumé à l'entrée du malade

8. - Porter la date de sortie du malade

9. - Indiquer en jours la durée de séjour en comptant tous les jours à partir de la date d'entrée du malade jusqu'à la date de sortie exclue.

Exemple :

\* Entrée 05-01-1987 sortie 09-01-1987 : DS = 4 J

\* Entrée 31-01-1987 sortie 03-02-1987 : DS = 4 J

10. - Préciser le diagnostic retenu à la sortie du malade

11. - Préciser la destination si le malade est évacué vers une autre formation sanitaire

12. - Ecrire en toutes lettres selon qu'il s'agit : d'une évacuation, d'une guérison, d'un décès ou autre fait à préciser

Pour obtenir le nombre d'hospitalisés sortis, il suffira de compter les malades pour lesquels la colonne "date de sortie" est remplie.

## II. - REGISTRE D'EVACUATION ET DE DECES : INSTRUCTIONS

### \* Evacuation

#### Colonnes

1. - Un numéro d'ordre est attribué à tout malade évacué
2. - Mentionner le prénom et le nom du malade évacué
3. - Mentionner l'âge
4. - Mentionner le sexe (M ou F)
5. - Porter l'adresse du malade évacué
6. - Mentionner le diagnostic d'évacuation
7. - Porter le nom de la structure de référence
8. - Mentionner les raisons de la référence
9. - Mentionner la date et l'heure de l'évacuation
10. - Mentionner les observations complémentaires utiles

### \* Décès

1. - Un numéro d'ordre est attribué à toute personne décédée
2. - Ecrire le prénom et le nom du défunt
3. - Mentionner le nombre de mois pour les enfants de 0 à 23 mois et à partir de 24 mois, porter l'âge en années révolues.
4. - Mentionner le sexe
5. - Mentionner la date de décès
6. - Mentionner le lieu de décès
7. - Décrire les signes ou mentionner la ou les causes de décès
8. - Mentionner les observations complémentaires utiles.



## **ANNEXE IV. - LE COMPTE-RENDU, LE PROCÈS-VERBAL, LE RAPPORT**

### **1. - LE COMPTE-RENDU**

Le compte-rendu est un document, qui présente à un ou à des destinataires connus d'avance une relation exacte, complète et succincte de faits précis, que le lecteur a besoin de connaître.

D'après la définition, le compte-rendu doit être un outil à l'usage du destinataire.

Tout dépend donc de ce dont celui-ci a besoin.

#### **Exemple**

Soit un groupe de personnes travaillant sur un thème donné. Un compte-rendu est demandé à l'intention des participants.

1er cas : il s'agit, pour les participants, d'avoir une trace de ce qui a été pensé, discuté et conclu en réunion.

Le rédacteur devra alors évaluer l'atteinte des objectifs par rapport à l'ordre du jour.

Il faudra un compte-rendu où chacun retrouve à la fois l'évolution du groupe, les solutions trouvées, les résultats du travail.

2ème cas : les participants veulent connaître uniquement leur degré d'évolution par rapport à la dynamique de groupe.

Le rédacteur ne fera aucune allusion au contenu de la réunion, mais s'appliquera à traduire les processus psychologiques qui se sont interpénétrés au cours de la réunion.

Dans les deux cas : Le compte-rendu sera une photographie fidèle et objective de ce qui s'est réellement passé en réunion. Car on peut à partir d'un même fait, faire deux comptes rendus différents, selon l'objectif poursuivi.

Ainsi, pour le même paysage, le photographe peut saisir sur sa pellicule :

- soit une fleur unique, en gros plan
- soit une touffe de fleurs dans la prairie
- soit une prairie en fleurs devant une forêt, etc...

Pour chaque photographie, il faut se placer à un point de vue différent.

Pour chaque compte-rendu, il faut se mettre à la place du destinataire.

Il y a des points communs à tous les types de compte rendu, qu'il s'agisse :

- d'un compte-rendu de réunion
- de la relation d'un accident, incident ou situation
- de l'exposé d'un évènement ou d'une mission.

Mais, vu la fréquence du compte-rendu dans les procédures administratives, il en sera fait mention spécialement.

#### **Le compte-rendu en général**

Il donne les faits tels qu'ils sont, sans interprétation ni avis personnel.

Il aide le lecteur à se faire une opinion, mais ne porte aucun jugement de valeur.

- écoute, curiosité aiguisée

- attention.

et les moyens nécessaires : prise de notes, sans tri ni choix.

- le rédacteur n'intervient pas au cours de la réunion, ou s'il intervient, quelqu'un doit prendre note de ce qu'il dit.

Composition du compte- rendu de réunion :

Classiquement, le compte-rendu de réunion est composé de la façon suivante :

- . le titre

- . le prologue :

- phase liminaire rappelant date, heure, lieu de la réunion
- nom et qualité de la personne qui préside
- nom et qualité des participants et des personnes excusées
- objet de la réunion.

Pour éviter toute erreur, le secrétaire peut faire circuler une liste d'émargement.

Si les dispositions réglementaires l'exigent, il faut mentionner ceux qui ont voix consultative, et ceux qui ont voix délibérative.

Le texte du compte-rendu lui-même doit être succinct, mais doit demeurer intelligible.

Aucune équivoque ne peut subsister sur le sens de l'intervention des personnes.

S'il y a eu prise de décision, dire si c'est à l'unanimité, ou donner les résultats exacts du vote.

La fin du compte-rendu précise :

- . si l'ordre du jour a été épuisé

- . donne l'heure du lever de séance

- . indique l'heure, la date et le lieu de la prochaine réunion.

Le compte-rendu de réunion est envoyé aux participants et aux personnes excusées. Il est joint éventuellement à la convocation pour la réunion suivante.

A noter :

Le compte-rendu de réunion est souvent la seule façon de faire appliquer les décisions prises.

## 2. - LE PROCES-VERBAL DE REUNION

Le procès-verbal de réunion est une forme particulière de compte-rendu, qui expose les débats d'une assemblée ou d'une réunion.

Plus résumé que le compte-re ndu, seuls y sont mentionnés, après le titre et le prologue, les principaux points examinés et les décisions arrêtées.

Le procès-verbal de réunion est signé par le Président de séance, et parfois par les participants.

- définir ce qui n'est que secondaire
- définir ce qui est inutile (à supprimer)

tout ceci en fonction de la proposition que le rapporteur veut défendre.

### Classer

Selon les critères ainsi définis, le plan répond à une nécessité logique.

Les règles de proportion sont abolies dans le plan du rapport. Le rédacteur peut fort bien utiliser les trois quarts du texte pour développer un seul point, alors qu'il peut ne réserver que quelques lignes à une partie qui lui semble moins importante.

### Règles de rédaction

\* Le style du rapport est convaincant mais impersonnel : certes, l'auteur donne son opinion, mais son but est de montrer quelle devrait être l'opinion de tout le monde.

Il n'est ni pédant, ni familier : il s'adresse à un supérieur. Il est dynamique, et laisse transparaître une parfaite connaissance du sujet et une compétence réelle en la matière.

\* Le vocabulaire est sobre et précis. Il faut exclure les termes techniques sauf à en donner le sens.

\* La phrase est nette, mais pas trop découpée.

\* L'orthographe révèle la culture et rend crédible.

\* Les paragraphes ont 12 ou 15 lignes, permettant un développement suffisant pour chaque idée.

\* Le développement est structuré en deux ou trois parties : l'important, c'est que l'exposé des informations soit classé dans un ordre logique, et que les développements soient proportionnés à la force des arguments. Il est habile de réserver la meilleure place à l'argument le meilleur.

\* Les propositions d'action sont des prises de position qui doivent découler du texte.

\* La conclusion doit résumer l'essentiel et ouvrir des perspectives.

\* Les annexes peuvent être très importantes (statistiques, schémas, tableaux, etc...). Elles soulagent le texte.

Elles sont strictes et précises.

Elles diffèrent selon que le rapport a une longueur moyenne (inférieure à 10 pages) ou grande (supérieure à 10 pages).

Quelle que soit la longueur, le titre sera en relief.

L'en-tête comprendra :

- l'origine du document
- le destinataire et sa qualité
- l'émetteur et sa qualité
- la nature et l'objet du rapport
- la date de l'envoi

**ANNEXE VII. - ELÉMENTS DU SIG**

République du Sénégal  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
 ET DE L'ACTION SOCIALE

**DIVISION DES STATISTIQUES**

Région de : ..... District de : .....  
 Période du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
 J / M / A / J / M / A

(Respect des mois du calendrier nécessaire pour les comparaisons non seulement au niveau des districts mais aussi sur le plan régional, national entre autres).

**RAPPORT GLOBAL DE LA ZONE DE RESPONSABILITE DU  
 POSTE DE SANTE DE : .....**

N.B. - Ce rapport inclut les données relatives à toutes les activités de santé de la zone de responsabilité du Poste de Santé y compris les informations provenant des cases de santé et toute autre formation sanitaire intervenant au bénéfice du District selon la périodicité retenue en fonction des réalités locales.

Dans tous les cas, la périodicité de remplissage ne peut dépasser le trimestre compte tenu de l'inclusion des données des postes de santé dans la synthèse du rapport trimestriel du district qui sera le travail de l'équipe cadre.

Son contenu doit servir de base à l'analyse de la situation sanitaire suivant le canevas du tableau de bord faisant ressortir les indicateurs de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation, de couverture, de qualité, de même que la situation épidémiologique et la gestion des ressources financières.

Ce rapport est un paquet semestriel de feuillets à remplir à la période indiquée dans la page de garde. Il s'agit de détacher les doubles et les envoyer à l'échelon supérieur accompagnés de votre analyse et recommandations.

Les feuilles à remettre au district sont les blanches, qu'il suffit de détacher au cours de la réunion de coordination ou lors de la supervision par l'équipe du district.

Les tableaux de bord intégrés à ce présent rapport doivent être remplis en précisant la population-cible et les résultats obtenus pour chaque type d'indicateur selon l'activité concernée.

## II. - QUELQUES OUTILS D'EVALUATION POUR L'ENREGISTREMENT DES DONNEES DE BASE

- \* Recensement des populations-cibles
- \* Etablissement de la carte sanitaire de la zone de responsabilité du district.

### I. - Population desservie par le Poste de Santé : donnée annuelles

1.1. - Population totale : ..... PT \* ..... = .....

1.2. - Enfants âgés de 0 - 11 mois = ..... PT x 0,048 ..... = .....  
(plus ou moins égal au nombre de femmes enceintes par an, soit : 48 % de la population totale)

1.3. - Grossesses attendues

$$\frac{\text{Population totale} \times 48}{100} = \dots\dots\dots$$

1.4. - Enfants âgés de moins de 5 ans =  $\frac{(PT \times 0,19)}{100}$  = .....

1.5. - Enfants âgés de moins de 15 ans =  $\frac{(PT \times 0,473)}{100}$  = .....

1.6. - Femmes âgées de 15 à 49 ans =  $\frac{(PT \times 0,23)}{100}$  = .....

1.7. - Personnes âgées de 60 ans =  $\frac{(PT \times 0,05)}{100}$  = .....

### II. - Nombre de villages

II.1. - Villages situés à moins de 5 kms = ..... Population = .....

II.2. - Villages situés entre 5 et 10 kms = ..... Population = .....

II.3. - Villages situés à 10 kms et plus = ..... Population = .....

## B. - LES MOYENS

### I. - MOYENS FINANCIERS DE LA REGION

#### 1.1. - Budget de l'Etat (montants en F CFA)

	Dotation	Montants alloués et livrés			% Dotation utilisée
		Au CS	Aux PS	CS + PS	
	1	2	3	4 = 2 + 3	5 = 4/1
MEDICAMENTS 1					

	Dotation	Montants alloués et livrés				% Dotation utilisée
		Au CS	Aux PS	CPRS	CS + PS + CPRS	
DEPENSES PERMANENTES 2	1	2	3	4	5 = 2 + 3 + 4	5 = 4/1
Eau a						
Electricité b						
Téléphone c						

	Dotation	Montants alloués et livrés				% Dotation utilisée
		Au CS	Aux PS	CPRS	CS + PS + CPRS	
CARBURANT 3	1	2	3	4	5 = 2 + 3 + 4	5 = 4/1
Liaison a						
Evacuation b						
c Campagne de masse						

	Dotation	Montants alloués et livrés				% Dotation utilisée
		Au CS	Aux PS	CPRS	CS + PS + CPRS	
	1	2	3	4	5 = 2 + 3 + 4	5 = 4/1
FONCTIONNEMENT 4						
MAINTENANCE 5						
FORMATION 6						

## 2.1.3. - Postes de santé en construction

Nom du poste de santé	Date d'ouverture	Construit par		
		Etat	Population	Collect. Locales

\* - Mettre une croix dans la colonne correspondante

Autres infrastructures en construction .....

**2.2. - Les Maternités**

a) - Dans les Communes

b) - Hors des Communes

Nombre de maternités rattachées au centre de santé : .....

Nombre de maternités rattachées géographiquement aux postes de santé : .....

Nombre de maternités isolées géographiquement : .....

**2.3. - Les Cases de Santé**

Nombre de cases de santé : ...../ dont fonctionnelles : .....

**2.4. - Autres infrastructures**

Nombre de Grandes Endémies ..... = .....

Nombre de Sous-brigades d'hygiène ..... = .....

Nombre de centres de PMI ..... = .....

Nombre de CPRS ..... = .....

Nombre de léproseries ..... = .....

Nombre de villages Psychiatriques ..... = .....

Nombre d'unités de réhydratation Orale (URO) ..... = .....

Nombre de CREN (1) ..... = .....

(1) - C.R.E.N. = Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle.



### 3.1.7. - Tuberculose et Lèpre

Rapport sur les cas nouveaux et les rechutes de tuberculose enregistrés pendant le ..... trimestre de l'année 19. ...

Nom du Centre de dépistage et de traitement .....

Date de remplissage du rapport .....

Nom de l'agent du Centre : .....

Bloc 1. - Les cas et les rechutes de tuberculose

Tuberculose pulmonaire						Tuberculose extra-pulmonaire		Total			
frottis positif				frottis négatif							
cas nouveaux 1			rechutes 2		3		4		5		
M	F	TOT	M	F	M	F	M	F	M	F	TOT

Bloc 2. - Les cas nouveaux à frottis positif : de la colonne (1) ci-dessus

Groupes d'âges (en années)														Total 5		
0 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 55		56 - 64		65 +				
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TO

Bloc 3. - Nombre de malades mis sous traitement

de Base 2 STH/10TH	Courts 2 SHRZ/6	Retraitement 2 SEHRZ/1EHRZ/5E3H3R3



### 3.3.2. - Informations relatives aux activités d'assainissement

Nombre de concessions dans le district	:	.....
Nombre de concessions visitées	:	.....
Nombre moyen d'infractions constatées par concession	:	.....
Nombre de concessions disposant d'un robinet à domicile	:	.....
Nombre de concessions s'alimentant à la borne fontaine	:	.....
Nombre de concessions s'alimentant aux puits	:	.....
Nombre de concessions branchées à l'égout	:	.....
Nombre de concessions disposant de F. septiques ou latrines	:	.....
Nombre de puits et de forages protégés	:	.....
Nombre de séances de désinfection	:	.....
Nombre de séances de désinsectisation	:	.....
Nombre de séances de dératisation	:	.....

### 3.3.3. - Informations relatives aux activités des CPRS

Nombre total de handicapés	Nombre de demandes d'assistance satisfaites
Nombre de handicapés par catégorie	Enquêtes réalisées
Nombre de toxicomanes enregistrés	Nombre de projets identifiés
Nombre de talibés mendiants recensés	Nombre de projets réalisés
Nombre de cas sociaux réinsérés	Autres activités
Nombre de demandes d'assistance	

## 3.4. - ACTIVITES PREVENTIVES

### 3.4.1. - Consultations prénatales

Nombre d'inscrites à la CPN1	:	.....
Nombre de CPN2	:	.....
Nombre de CPN3	:	.....
Nombre de CPN4	:	.....
Nombre total de consultations	:	.....
Nombre de grossesses à risques dépistées ... dont référés	:	.....

Nombre de vaccinations de VAT .... dont VAT 1 : ..... VAT 2 : ... VAT3 ..... VAT 4 : ..... VAT 5 : ....

### 3.4.2. - Consultations post-natales

Nombre d'accouchées reçues dans les 42 jours après l'accouchement	:	.....
Nombre total de consultations post-natales	:	.....

## c) - Produits contraceptifs

## RAPPORT TRIMESTRIEL DE STOCK ET DE DISTRIBUTION

Date du Rapport Période couverte de				à				Nom de Clinique : Rempli par :			
Méthode de contraception	Quantité au début	Quantité reçue	Quantité distribuée	Pertes	Solde à la fin	Quantité commandée	Observations et justifications des pertes				
PILULES Lo-Femenal (cycle)											
Ovrette (cycle)											
Neogynon (cycle)											
Autres											
DIUS Copper T. (unité)											
Autre											
BARRIERES Condom (unité)											
Conceptol (unité)											
Autre											
AUTRES METHODES Depo-Prov : (unité)											
Norplant (unité)											

Signé : .....

Date : .....

## 3.4.3.2. - Lutte contre la stérilité et les MST/SIDA

## a) - Stérilité

	Cas dépistés	Cas guéris
Hommes		
Femmes		
Total		

## b) - MST

	Affection	Cas dépistés
1ère Cause		
2ème Cause		
3ème Cause		
Autres MST sans précision	////////////////	
Total MST dépistées		

## c) - SIDA

	Nombre de cas
Hommes	
Femmes	
Enfants	
Total	

## d) - Séropositivité

Nombre de prostituées : .....

Nombre de MST/Hommes : .....

Nombre de tuberculeux : .....

Autres : .....

## IV. - LES NOUVEAUX REGISTRES

## 4.1. - LISTE

MSPAS/DHSP / DIV. STAT		REGISTRES DU NOUVEAU SIG			
REGISTRES	Couverture	Dimensions en millimètres			PRÉSENTATION
		Longueur de page en mm	Largeur de page en mm	Largeur de la ligne en mm	
<b>ACTIVITES CURATIVES</b>					
1. - CONSULTATION GÉNÉRALE	ROUGE	720	280	15	/2p
2. - MATERNITÉ	ROUGE	720	"	"	/2p
3. - CABINET DENTAIRE	ROUGE	720	"	"	/1p
4. - HOSPITALISATION	ROUGE	720	"	"	/2p
5. - DÉCÈS	ROUGE	410	"	"	/1p
6. - LÈPRE	ROUGE	410	"	"	/1p
7. - INJECTIONS	ROUGE	410	"	"	/1p
8. - PANSEMENTS	ROUGE	410	"	"	/1p
<b>ACTIVITES PREVENTIVES</b>					
9. - CONSULTATION PRÉ-NATALE	JAUNE	760	"	"	/2p
10. - CONSULTATION POST-NATALE	JAUNE	720	"	"	/2p
11. - NOURRISONS SAINS	JAUNE	940	"	"	/2p
12. - PF (CONTRACEPTION)	JAUNE	720	"	"	/2p
13 PF (STÉRILITÉ)	JAUNE	410	"	"	/1p
<b>ACTIVITES DE PROMOTION</b>					
14. - ACTIVITÉ HYGIÈNE ALIMENTAIRE	VERT	410	"	"	/1p
15. - ACTIVITÉ ÉDUCATIVE	VERT	410	"	"	/1p
16. - ENTOMOLOGIE	VERT	410	"	"	/1p
17. - ANALYSE MICROBIOLOGIQUE	VERT	410	"	"	/1p
18. - ANALYSE EAU ET DENRÉES ALIMENTAIRES	VERT	410	"	"	/1p
19. - OPÉRATIONS TECHNIQUES	VERT	410	"	"	/1p

#### 4.2. - Registre de consultations générales

1	2		3	4					
N° d'ordre	Prénom	Nom	Sexe	Ages					
				- 1 an	1 - 4 ans	5 - 14 ans	15 - 54 ans	55 ans +	Age non déterminé

5	6	7	8	9
Adresse	Symptômes plaintes et signes	Diagnostic	Traitement	Observations

#### Instructions de remplissage des colonnes (consultations générales)

1. Un numéro d'ordre séquentiel par mois est attribué à toute personne qui se présente dans la formation sanitaire pour une consultation.

Si une personne revient pour la même maladie : ex : le paludisme, et en présentant une nouvelle maladie : ex. la conjonctivite, il faut l'enregistrer 2 fois en ayant soin d'entourer le numéro d'ordre correspondant au paludisme. Le numéro d'ordre qui correspond à la conjonctivite ne sera pas entouré puisqu'il s'agit d'une nouvelle affection. A la fin de chaque mois, le dernier numéro d'ordre attribué vous donne le nombre de consultations.

Pour avoir le nombre de consultants (nouveaux cas), il vous suffit de soustraire du nombre de consultations, tous les numéros d'ordre qui ont été entourés durant le mois concerné.

2. - Ecrire lisiblement les prénoms et le nom du malade

3. - Ecrire M pour le sexe Masculin et F pour le sexe Féminin

4. - Indiquer le nombre de mois pour les enfants de 0 à 23 mois et à partir de 24 mois, porter le nombre d'années révolues dans la colonne correspondante.

\* Soit en interrogeant le malade ou l'accompagnant (e)

\* Soit en examinant sa pièce d'état-civil

\* Soit en se référant au calendrier historique ou répertoire des événements importants de la localité.

5. - Indiquer l'adresse précise : Domicile (rue et n° ou s/c de ..) quartier, ville, village

Préciser la communauté rurale, s'il s'agit d'un village.

6. - Mentionner les symptômes (plaintes) du malade ou les signes identifiés.

7. - Indiquer le diagnostic posé par examen clinique ou confirmé par examen complémentaire : labo ou radio

8. - Indiquer le traitement prescrit en précisant le ou les produits utilisés et leur quantité ou ordonnance même en cas d'ordonnance pour officine privée.

9. - Ecrire dans cette colonne :

\*\* Hospitalisé (e)

\*\* Evacué (e)

\*\* Examen de laboratoire

\*\* Examen de radiologie

\*\* Orienté (e) à la PMI

\*\* Orienté (e) à la Maternité

\*\* Orienté (e) chez le Médecin

Préciser tout autre renseignement utile.

N.B. - a) Ce registre est valable pour tous les services de consultations curatives (enfants et adultes), non compris le cabinet dentaire.

b) Au moment de l'enregistrement d'un malade, l'utilisateur peut écrire une ou plusieurs lignes si nécessaire.

16. - Préciser les types de lésions : déchirures, épisiotomie, etc...
17. - Indiquer l'état de l'enfant : VBP ou MN ou VMP
18. - Mentionner le sexe de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple
19. - Mentionner le poids de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple et en observations préciser si c'est un ou des prématurés
20. - Mentionner le numéro du VAT reçu et la date d'administration
21. - Indiquer la date de sortie de la femme
22. - Indiquer le nombre de journées d'hospitalisation
23. - Mentionner les informations complémentaires : Heure de sorties, avortement, etc...

Version 04/93 / DSP / DSTAT p. 2

2. Porter le numéro d'identification de l'acceptante  
Ex. : son numéro d'identification est 1/93 (la première femme de l'année 93)
3. Demander si c'est la première fois que la personne entre dans le programme et mettre une croix dans la case appropriée
4. Porter le prénom et le nom de l'acceptante
5. Mentionner l'âge de l'acceptante
6. Mentionner l'adresse précise : Domicile (rue et n° ou s/c de ...) quartier, ville, village...
7. Porter la quantité du produit contraceptif donné dans la colonne correspondante
8. Mettre une croix, si c'est la raison de la visite
9. Préciser la raison type de complication ou autre raison
10. Mentionner les observations complémentaires utiles

Version O4/93 DSP/DSTARTp.1.

MSPAS/DSP/DIV STAT

### REGISTRE DE CONSULTATION POST-NATALE (720 mm)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ordre	prénom-nom	âge	date et lieu naissance	adresse	parité	date accouchement	lieu accouchement	déroulement accouchement	enfant
20mm	60mm	10mm	50mm	60mm	10mm	20mm	30mm	60mm	20mm

constantes (11)				cliniques (12)				biologie (13)			vaccin. (14)		Observat (15)	
poids	température	pouls	T.A	E.G	MUQ	OED	SEIN	INV.	UTER	T.V	A.L.B.	SUCRE	VAT	
10mm	10mm	20mm	20mm	30mm	30mm	30mm	30mm	30mm	30mm	30mm	30mm	30mm	10mm	70mm

### INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE DES COLONNES

1. Un numéro d'ordre séquentiel par année est attribué à toute consultante
2. Indiquer le prénom et le nom de la consultante
3. Indiquer l'âge de la consultante
4. Indiquer la date et le lieu de naissance
5. Indiquer l'adresse précise
6. Indiquer la parité
7. Indiquer la date de l'accouchement
8. Indiquer le lieu de l'accouchement (dans une formation ou à domicile)
9. Préciser le déroulement de l'accouchement (eutocique ou dystocique)
10. Etat de l'enfant (viant ou non vivant)
11. Indiquer la mesure de la constante dans la case appropriée
12. Indiquer les résultats cliniques dans la case appropriée
13. Préciser si présence albumine ou sucre
14. Préciser si elle a été vaccinée au VAT
15. Mentionner tous renseignements complémentaires utiles.

Version O4/93 DSP/DSTAT p.1.

## c) - Dépouillement mensuel du registre

Pour avoir les enfants inscrits, et ceux qui se trouvent dans l'un des degrés de malnutrition suivants : (Rouge, Vert, Jaune) selon le poids.

1\* Pour le dépouillement mensuel, il faut considérer tous les enfants inscrits (depuis l'ouverture du registre jusqu'au dernier enfant inscrit du mois en cours) ;

2\* Repérer pour chaque enfant inscrit la date de sa dernière visite

3\* Le nombre d'enfants inscrits durant le mois en cours, est égal au nombre d'enfants dont la date de la dernière visite concerne le mois en cours.

Exemple : Si Juillet 1993 est le mois en cours, l'enfant dont la date de la dernière visite est 15/6/93 ne sera pas pris en compte lors du dépouillement.

Par contre, sera pris en compte l'enfant dont la date de la dernière visite est : 12/7/93.

Exemple de tableau de dépouillement (à la fin d'un mois de l'année 199..) Ce tableau doit être rempli de préférence à la fin de chaque journée.

Tranches d'âges --->	0 - 11 mois	12 - 23 mois	2 - 4 ans
Rouge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7	
Jaune	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8	
Vert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL	28	27	20

## Résultats du dépouillement

Inscrits (0 -11 mois) = 28 dont : R = 8 J = 4 V = 16

Inscrits (12 - 23 mois) = 27 dont : R = 7 J = 8 V = 12

Inscrits (2 - 4 ans) = 20 dont : R = 0 J = 0 V = 20

N.B. - Ce registre englobe les activités relatives à l'enfant, notamment le PEV et la surveillance nutritionnelle. Concernant la surveillance nutritionnelle, chaque enfant devra disposer d'une fiche de pesée intégrée à la vaccination. Les résultats des pesées successives doivent être mentionnées sur la fiche de suivi de l'enfant.

MSPAS/DSP/DIV. STAT.

## REGISTRE N° II DES ACTIVITES EPS (500 mm)

1 Activités	2 Numéros activités			3 Date	4 Prénom-nom	5 âge	6 sexe	7 Titre	8 Adresse	9 Thème	10 Objectifs visés	11 Résultats obtenus	12 Observ.
	1	2	3										
40mm	10mm	10mm	10mm	20mm	40 mm	10mm	10mm	40mm	40mm	40mm	40mm	40mm	40mm

Numéros activités

- 1 Entretiens individuels
- 2 Visites à domicile
- 3 Enquêtes

## INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE DES COLONNES (EPS2)

1. Noter l'activité effectivement menée
2. Mettre une croix dans la colonne correspondant au numéro d'identification de l'activité concernée
3. Indiquer la date d'exécution de l'activité
4. Porter le prénom et le nom de l'interlocuteur
5. Porter l'âge de l'interlocuteur
6. Porter le sexe de l'interlocuteur
7. Mentionner le titre de l'interlocuteur (leader, autorité religieuse, administrative, coutumière)
8. Mentionner l'adresse exacte : Domicile (rue et n° ou s/c de ..) quartier, ville, village
9. Mentionner le thème de l'activité
10. Préciser les objectifs visés
11. Mentionner les résultats obtenus
12. Porter tous renseignements complémentaires utiles.

Version 04/93 DPS/DSTAT p.1.

MSPAS/DSP/DIV. STAT.

## REGISTRE N° I DES ACTIVITES EPS (380 mm)

1 Activités	2 Numéros activités				3 Date	4 Lieu	5 Thème	6 Cible	7 Nbre participants	8 Supports didactiques utilisés	9 Observ.
	1	2	3	4							
50mm	10mm	10mm	10mm	10mm	20 mm	40mm	60mm	40mm	10 mm	40 mm	60mm
									20 mm	50 mm	

## INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE DES COLONNES (EPS1)

1. Noter l'activité effectivement menée
2. Mettre une croix dans la colonne correspondant au numéro de l'activité concernée
3. Porter la date et l'heure d'exécution de l'activité
4. Indiquer le lieu où se déroule l'activité
5. Mentionner le thème à traiter
6. Indiquer la cible à laquelle est destinée l'activité
7. Indiquer le nombre de participants
8. Indiquer le support didactique utilisé pour cette activité ou le type d'émission
9. Mentionner tous renseignements complémentaires utilisés.

Numéro de l'activité

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Réunion et démonstration | 3. Projections et débats |
| 2. Causeries                | 4. Diffusion de supports |

**MORBIDITE (suite)**

Nosologie (CIM 1993)	- 1 an	1 - 4 ans	5 - 14 ans	15 - 54 ans	55 et +	Total
380-389 Maladies de l'oreille						
390-392 Rhumatisme articulaire aigu						
401 Hypertension						
430-438 Maladies vasculaires cérébrales						
455 Hémorroïdes						
458 Hypotension						
460 Rhume						
463 Angine (amygdalite aiguë)						
480-486 Pneumonies						
487 Grippe						
490 Bronchite						
493 Asthme						
530-537 Maladies oesophage, estomac et duodénum						
540-543 Appendicite						
550-553 Hernie abdominale						
583 Néphrite et néphropathie						
484-486 Insuffisance rénale						
600-608 Maladies organes génitaux de l'homme						
614-629 Maladies organes génitaux de la femme						
709-9 Maladies de la peau						
729-0 Rhumatismes						
771-0 Tétanos du nouveau-né						
780-6 Fièvre d'origine indéterminée						
784-0 Mal de tête						
787-0 Vomissements						
797 Sénilité						
800-825 Fractures						
870-897 Plaies						
940-949 Brûlures						
960-979 Intoxication médicamenteuse						
SIDA : - Cas confirmé - Séropositif						
Autres causes de morbidité						
Total consultants par âge						

**D. - MORTALITE**

Le rapport de la mortalité comporte les mêmes rubriques que celui de la morbidité.

N.B. - Remplir les lignes vides par les causes dominantes que vous rencontrez dans votre zone de responsabilité.

TABLEAU DE BORD DE LA RÉGION (suite)

Types d'Activité	Indicateurs de disponibilité	Indicateurs d'accessibilité	Indicateurs d'utilisation	Indicateurs de couverture
7. (Activités curatives) Médicaments Essentiels Population cible = ....	% de malades satisfaits sur place (au niveau du dépôt de la formation : par rapport aux médicaments essentiels les plus utilisés)	% Population cible à moins de 5 km du centre où l'activité est menée. (activités curatives)	Nombre de nouveaux cas (consultants) pour 100 habts $\frac{\text{Nbre de consultants} * 100}{\text{Population totale}}$	% des consultants enregistrés ayant reçu le traitement prescrit
8. Surveillance nutritionnelle Population cible = .....	% de formations sanitaires dispensant la surveillance nutritionnelle	% Population cible à moins de 5 km du centre où l'activité est menée	% Population cible inscrit en surveillance nutritionnelle	% Population cible suivi tous les mois.
9. Lutte contre le paludisme chimio prophylaxie Population cible = .....	Nombre de mois avec stock suffisant de chloroquine par rapport au nbre de mois de la période considérée.	% Population cible à moins de 5 km du centre où l'activité est menée	% Population cible ayant eu recours au moins une fois (inscrites) la chimio prophylaxie)	% de la cible régulière
10. Prise en charge des Tuberculeux Population cible = .....	Nombre de mois avec stock médicaments antituberculeux suffisant par protocole pour les cas confirmés et suivis au centre.	% Population cible à moins de 5 km du centre où l'activité est menée	Nombre de nouveaux cas dépistés.	a- Taux de guérison des malades suivis. b- % de malades réguliers au traitement par rapport au nombre de cas en traitement.
11. Prise en charge des Lépreux Population cible = .....	Nombre de semaines avec stock médicaments antilépreux suffisant pour les cas confirmés et suivis au centre.	% Population cible à moins de 5 km du centre où l'activité est menée	% de malades réguliers au traitement par rapport au nombre de cas dépistés.	a -Taux de guérison des malades suivis. b - % de malades réguliers au traitement par rapport au nombre de cas en traitement. c - % de cas dépistés sans déformation.

## ANNEXE V. - Planification et pragmatisme : la rétro-planification

	Programmation planifiée "l'action suit la programmation"	La réalité "la programmation suit l'action"
Définition	Construction logique qui vise à donner un sens aux activités en les situant dans un calendrier, en les pondérant les unes par rapport aux autres et au besoin en les hiérarchisant et en les positionnant par rapport à des objectifs à court et long terme.	Construction pragmatique qui vise à repérer le sens global des activités résultant de l'interaction Organisme d'Appui/bénéficiaires, de manière à leur affecter les moyens les plus appropriés aux moments les plus opportuns.
Place des constats initiaux	Il résultent d'enquêtes strictes et aboutissent à des programmes précis conçus par l'Organisation d'Appui (OA) avec l'accord des bénéficiaires.	Ils sont les premières hypothèses que se donnent l'OA et les bénéficiaires.
Place de l'action	Le contenu et la forme des activités sont établis en détail, à l'avance en relation étroite ou non avec les responsables locaux.	Le profil des activités est défini dans la foulée des dynamiques provoquées à l'interface OA/bénéficiaires : ce que ces activités déclenchent sur le terrain ou chez l'OA est déterminant.
Place des objectifs	Ils sont déterminés avant l'établissement des programmes : ils sont "souverains", ce sont les véritables tuteurs des opérations, ils soutiennent toute l'action.	Ils sont déterminés dans le feu de l'action, en réponse aux situations qu'elle suscite. Ils constituent avant tout des hypothèses de travail susceptibles d'évoluer à tout moment.
Place des moyens	Condition sine qua non de l'action, ils sont fixés préalablement selon des procédures formelles.	Ils sont évolutifs et varient en fonction des objectifs qu'ils soutiennent.
Ce qui détermine l'action	La volonté des programmeurs, c'est-à-dire l'OA, les bénéficiaires ou les deux en interaction.	Les situations provoquées par les actions.
Critère de réussite	Conformité des réalisations : délais respectés, moyens utilisés selon les normes budgétaires prévues, résultats atteints.	Qualité, diversité, nouveauté des apprentissages dans la foulée des actions.
Place de l'imprévu	Une contrainte à gérer, l'idéal étant de l'éliminer entièrement du champ opérationnel.	Une ressource à exploiter pour saisir de nouvelles opportunités auxquelles on n'avait pas songé.
Place de l'incertitude	Source d'angoisse existentielle chez les agents de l'OA ; il s'agit de la neutraliser.	Une des valeurs fondatrices de l'action : rien n'est définitivement ni vrai, ni faux, la porte reste ouverte aux remises en cause.
Signification du plan	Ensemble d'opérations ou d'objectifs à réaliser, c'est l'ultime garde fou de programme.	Ensemble d'hypothèses de travail à vérifier, leurs contradictions peuvent être source d'innovations.

## BIBLIOGRAPHIE

1. - Amélioration du système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique  
MSPAS/DSP - Août 1991, 6 p.
2. - Analyse des principaux intrants des systèmes de santé des régions en 1991  
1991 - MSPAS/DSP - Février 1991, 35 p.
3. - Analyse du contenu des huit composantes des Soins de Santé Primaires  
OMS/Genève - Octobre 1981, 122 p.
4. - Appui opérationnel aux Soins de Santé Primaires - Le rôle du district dans l'accélération de la  
santé pour tous les Africains - OMS/AFRO - 1987, 86 p.
5. - Atelier sur la participation des populations à l'effort de santé  
MSPAS/DRPH - Novembre 1987, 34 p.
6. - Bien gérer les médicaments - MSH et Institut Universitaire d'Etudes et du Développement (IUED)  
Genève - Juillet 1984, 617 p.
7. - Circulaire n° 01396 MSP/IAAF1 du 13 Février 1983, 4 p.
8. - Comptabilité des matières. - Instruction générale n° 4 du 8 Mars 1988. Séminaire des Inspecteurs  
internes des départements ministériels par M.K. DIENG - Mars 1990, 44 p.
9. - Compte rendu des journées de réflexion sur le programme SMI/PF 1990/91 - Journées tenues à  
Saly Portudal du 31 Mai au 2 Juin 1990 - SPAS/DSP - 1990, 120 p.
10. - Conduite à tenir devant les affections courantes - Vol. II MSPAS/DSP/PDRH - 1991, 37 p.
11. - Curriculum de formation clinique des Sages-Femmes et Infirmières en planification familiale  
MSPAS/DSP - Mai 1992, 192 p.
12. - Déclaration de la politique de population - Ministère du Plan et de la Coopération - Avril 1990, 20p.
13. - Déclaration de politique nationale de santé : Information, Education, Communication  
MSPAS/DSP - 1990, 30 p.
14. - Déclaration nationale de politique de santé - MSPAS - Juin 1989, 51 p.
15. - Décret 83-28 du 5 Janvier 1983 portant application de loi fixant le statut du personnel dusevice  
national de l'Hygiène.
16. - Eléments de formation sur le nouveau SIG - MSPAS/DSP Avril 1992 - 295 p.
17. - Eléments de sociologie en Soins de Santé Communautaires  
CES de Santé Publique - ISED, 1992, 100 p.
18. - Etude sur la pollution de la nappe phréatique à Pikine et à Thiaroye  
MSPAS/DSP - Janvier 1991, 17 p.
19. - Evaluation des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2.000 - MSPAS/DSP - Janvier 1991, 136 p.
20. - Gestion et administration des plans de développement sanitaire des Districts et des Régions  
MSPAS/DSP - Août 1991, 13 p.
21. - Guide à l'usage du Médecin-chef de niveau intermédiaire - OMS/AFRO/SR2 - 1989, 13 p.
22. - Guide méthodologique de supervision à l'intention des agents des différents niveaux du système  
national de santé - MSPAS/DSP - Octobre 1992, 38 p.

49. - Loi 83-71 du 5 Juillet 1983, portant code de l'Hygiène
50. - Manuel de formation en nutrition pour les personnels de santé et de l'action sociale - MSPAS/DSP/SANAS et MSH - 1993, 80 p.
51. - Manuel de l'Equipe de Santé - Edit. Saint-Paul, 184, Avenue de Verdun - 92.130 Issy-les-Moulineaux (Fr.) -1979, 731 p.
52. - Manuel du Programme National de Lutte contre la Tuberculose - MSPAS/DSP/SNGE - 1993, 43 p.
53. - Manuel du Centre de Santé - Vol. I : soins curatifs - Vol. II : soins préventifs et promotion - Vol. III : gestion du Centre de Santé - Projet Santé Pour Tous BP 38.32 - Kinshassa-Gombe Zaïre - 1988, 235 p, 109 p, 140 p.
54. - Manuel de recyclage pour le personnel de santé et de l'action sociale - MSPAS et MSH - Pritech - 1991, 28 p.
55. - Médicaments essentiels - Guide pratique d'utilisation - MSPAS - Rép. du Tchad - Mars 1993, 59 p.
56. - Monographie des molécules - Vol. III - MSPAS/DSP/PDRH - 1991, 64 p.
57. - Ordinogramme - MSPAS/DSP et UNICEF - Juillet 1993, 82 p.
58. - Organisation d'un processus de planification et de programmation sanitaire au Sénégal - MSPAS/PSR et OCGR - Mars 1989, 134 p.
59. - Organisation d'un processus de planification et de programmation sanitaire au Sénégal MSPAS/PSR et OCGR - Vol. IV. - Mars 1989, 198 p.
60. - Organisation d'un processus de planification et de programmation sanitaire au Sénégal - Annexes, 138 p.
61. - Organisation et rôle du niveau intermédiaire dans la gestion des systèmes de santé de district MSPAS/RM de Fatick - 1992, 13 p.
62. - Participation des populations à l'effort de santé publique - Principes et directives méthodologiques MSP - Juillet 1980, 24 p.
63. - Plan d'action de la DSSP du 1er Juin 1991 au 31 Mai 1992, MSPAS/DSP - 1991, 10 p.
64. - Plan d'appui aux PRDS/PDDS - 1991 - 1996 MSPAS/SANAS - 14 p.
65. - Plan directeur du programme de lutte contre la cécité au Sénégal - MSPAS/DSP - Janvier 1991, 33p.
66. - Plan national de formation et de recyclage 1992-97 - MSPAS/BFR - Octobre 91, 47 p.
67. - Problématique de la gestion des Hôpitaux dans les pays en voie de développement MSPAS/DSP - 1993, 11 p.
68. - Problèmes d'information et de communication dans le développement de l'Afrique. Exemple : l'IEC dans l'Education pour la Santé - MSPAS/EPS - 1993, 9 p.
69. - Programmation sanitaire du Sénégal - MSPAS/DRPF - 1982, 44 p.
70. - Programme national de lutte contre la mortalité maternelle - MSPAS/DSP - Septembre 1990, 74 p.
71. - Programme national de lutte contre le SIDA - MSPAS/DSP - Novembre 91, 50 p.

## TABLES DES MATIERES

### INTRODUCTION

<b>CHAPITRE I.</b>	<b>1</b>
1. - LE DISTRICT DE SANTE	
1.1. - Les principes de fonctionnalité du district de santé	3
1.2. - Conditionnalité de réussite de ces principes	4
1.3. - Les districts de santé au Sénégal	5
2. - LE MEDECIN CHEF DE DISTRICT	9
3. - CIRCULAIRE MSPAS N° 01753 DU 15 MARS 1991	10
4. - ORGANIGRAMMES OPERATIONNEL ET FONCTIONNEL DU DISTRICT DE SANTE	17

### CHAPITRE II

#### PREMIÈRE FONCTION

Planifier et mettre en oeuvre des activités curatives, préventives, de dépistage précoce, d'Hygiène et d'éducation sanitaire dans toutes les zones de responsabilité du district

Préalable : Précision sur le sens de "planifier"	21
Liste des activités globales à mettre en oeuvre	21
Activité globale 1. - Tenir le plan de couverture sanitaire du district : structures et contenu du paquet minimum d'activités.	22
Activité globale 2. - Définir les méthodes de cumulation curatives, préventives et de dépistage humanisées et rationalisées à mettre en oeuvre.	23
2.1. - Consultations curatives	24
2.2. - Consultations préventives	25
2.2.1. - La SMI/PF	25
2.2.2. - La Médecine scolaire	28
2.3. - Consultations de dépistage précoce	
2.3.1. - La Tuberculose	29
2.3.2. - La Lèpre	30
2.3.3. - Les MST et le SIDA	30
Activité globale 3. - Définir les méthodes de prise en charge des maladies chroniques à mettre en oeuvre	
3.1. - Tuberculose et Lèpre	31
3.2. - SIDA	32

### CHAPITRE III. - DEUXIÈME FONCTION

Administrer et gérer les activités de santé et les ressources de l'ensemble du district et assurer les fonctions de conseil auprès des autorités administratives.

Liste des activités globales à mettre en oeuvre	55
ACTIVITE GLOBALE 1. - Gérer le personnel technique soignant : ICP, SF, personnel du CS, brigade d'hygiène, CPRS, maintenance, le personnel administratif et le personnel de soutien : chauffeurs, manoeuvres, etc...	
Préalables	56
Quelques principes de gestion de l'équipe de santé	56
ACTIVITE GLOBALE 2. - Organiser la gestion des ressources matérielles, financières y compris la participation financière des populations, le matériel roulant, les médicaments, les infrastructures et en assurer la maintenance.	
2.1. - La gestion des ressources matérielles ou comptabilité "matières"	61
2.2. - La gestion des médicaments	62
2.3. - La gestion financière	
2.3.1. - Gestion des fonds publics	69
2.3.2. - Gestion des fonds de l'Initiative de Bamako	73
2.3.3. - Gestion traditionnelle	77
2.4. - Assurer la maintenance	79
ACTIVITE GLOBALE 3. - Mobiliser d'autres ressources en faveur du développement sanitaire du district.	
3.1. - Les ressources intentionnelles	80
3.2. - Les ressources traditionnelles	82
ACTIVITE GLOBALE 4. - Superviser le personnel des postes de santé publics et privés du CS, des cabinets et des cliniques privés, des divers services de la brigade d'hygiène, du CPRS, de l'infirmerie de garnison et du secteur public	
82	
ACTIVITE GLOBALE 5. - Coordonner les activités socio-sanitaires du district	82
ACTIVITE GLOBALE 6. - Mettre en place le SIG	84
ACTIVITE GLOBALE 7. - Elaborer des plans opérationnels annualisés en collaboration avec les autres secteurs de développement.	86
ACTIVITE GLOBALE 8. - Assurer le suivi régulier de la mise en oeuvre de tous les programmes de santé au niveau du district.	86

## CHAPITRE VI.

### CINQUIÈME FONCTION

Participer à la mise en oeuvre de la participation communautaire et aux activités de structures intersectorielles

Le Mythe de la Communauté	115
<b>Activité globale 1.</b> - Assurer la mise en place et le fonctionnement des Comités de santé dans le district : comités des Postes de Santé, éventuellement des cases de santé, du centre de santé, du district	117
<b>Activités globales 2 et 3.</b> - Promouvoir la mobilisation sociale à tous les échelons du district	
Promouvoir la collaboration intersectorielle : CDD, CLD, relations avec les ONG et les collectivités locales, tradipraticiens, etc..	126
<b>Activité globale 4.</b> - Assurer pleinement le rôle de conseiller technique auprès des Autorités administratives : Préfet, sous-Préfet.	131
Pour les Affaires courantes	132
En cas de situation exceptionnelle	132

## CHAPITRE VII.

### SIXIÈME FONCTION

Promouvoir et mettre en oeuvre la recherche opérationnelle dans le district.

1. - Principes de la recherche opérationnelle	133
2. - Mise en oeuvre de la recherche opérationnelle	
. les thèmes	135
. les concepts	136
. les aspects particuliers à l'évaluation économique	137
. un exemple de recherche opérationnelle	138
. autres exemples	140
3. - Activités et tâches du MCD en recherche opérationnelle	144

## INDEX THEMATIQUE

- Accouchement : 26 107  
 Accueil : 24  
 Action sociale : 206  
 Adduction d'eau : 14  
 Agent d'Hygiène : 15, 100  
 Agent de Santé Communautaire : 14, 19  
 Agent Sanitaire : 15  
 Aide-Infirmier : 15  
 Aide-social : 157  
 Allaitement : 42  
 Ambulance : 104  
 Analyse de système : 134  
 Assainissement : 14, 15, 33, 185
- Bailleurs de fonds : 80, 81  
 Bilharziose : 35  
 Bloc opératoire : 104  
 Brigade d'hygiène : 55  
 Budget de l'Etat : 175
- Cabinet dentaire : 179  
 Carte sanitaire : 23  
 Cases de santé : 5, 177  
 Catastrophes : 132  
 Centre de Promotion et de réinsertion sociale : 5, 82, 83, 185  
 Centre de santé : 4, 5, 6, 11 à 19, 103 à 108  
 CESSI : 16, 17  
 Chéquier : 119, 120  
 Chirurgie : 14, 17, 18, 19  
 Chirurgien-dentiste : 155  
 Chloroquinisation : 25, 91  
 Circonscription médicale : 6, 11, 12, 16  
 Circuit de prise en charge : 8  
 Circulaire MSPAS n° 1753 du 15 Mars 1991 : 10  
 Cliniques privées : 82  
 Commission de contrôle : 118  
 Commission de promotion des femmes : 118  
 Commission de santé publique : 118  
 Comité départemental de développement : 130  
 Comité local de développement : 130  
 Comités de santé : 121 à 126  
 Comité de santé de district : 8, 52, 117  
 Comité régional de développement : 130  
 Communauté : 115, 116  
 Communauté rurale : 130, 176  
 Commune : 130  
 Communication : 129  
 Comptabilité matières : 60  
 Compte d'exploitation du CS : 60, 78  
 Compte rendu : 165, 166, 167  
 Conférence d'Hararé : 11  
 Consultations curatives : 7, 23, 24, 49, 178, 179, 180  
 Consultations de dépistage : 23, 49  
 Consultations prénatales : 13, 185  
 Consultations préventives : 23, 49  
 Consultations post-natales : 26, 197  
 Coordination départementale : 6

Laboratoire : 7, 14, 18, 19  
 Lèpre : 30, 31, 32, 83, 181  
 Lutte antivectorielle : 34

Maintenance : 79  
 Malnutrition : 26, 43, 44, 45  
 Maternité rurale : 5, 7  
 Matrones : 15  
 Médecin-Chef de CM : 12, 16  
 Médecin-Chef Adjoint : 8, 10  
 Médecin-Chef de District : 5, 8, 9, 10, 16, 18, 19, 130  
 Médecin-Chef de Région : 8, 16, 17, 46  
 Médecin des Grandes Endémies : 16  
 Médecin du Centre de Santé : 10  
 Médecine scientifique : 127  
 Médecine scolaire : 28  
 Médecine traditionnelle : 3, 6, 32, 126  
 Médicaments essentiels : 205  
 Micro-planification : 53, 55  
 Mobilisation sociale : 128  
 Monitoring : 50 à 52  
 Morbidité : 202  
 Mortalité : 203  
 MSPAS : 3, 10 à 16  
 MST : 30, 199

Nourrissons : 198  
 Nutrition : 11, 41 à 45, 190

Odontologie : 15  
 Ophtalmologie : 14  
 Ordinogramme : 23, 24,  
 Organigrammes du district : 18, 19  
 ORL : 14, 17

Paludisme : 203  
 Paquet minimum d'activités : 49  
 Participation communautaire : 9, 115 à 126  
 PDDS : 10, 12, 13, 14, 17  
 PDRH : 1  
 Pédiatrie : 14, 18, 19  
 Périmètre brachial : 27  
 Performance : 4  
 PEV : 16, 26  
 Pharmacie de district : 7, 18, 19  
 Planifier : 20  
 Planification Familiale : 7, 13, 23, 49, 81, 109 à 112  
 Plan de couverture sanitaire : 22.  
 Plan de développement sanitaire : 8, 10, 11, 85, 86  
 PMI : 16, 18, 19  
 Population : 173  
 Population du district : 173  
 Poste de santé : 3, 5, 7, 11, 13, 16, 18,  
 Postes de santé privés : 7, 82  
 Poste de santé urbains : 7, 82  
 Poste de travail : 57, 58, 59, 60  
 Préfet : 130  
 PRDS : 11, 12, 13, 14, 17  
 Prescrire : 24  
 Procès-verbal de réunion : 167  
 Profil épidémiologique : 23

### ABREVIATIONS UTILISEES

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
CAT	:	Conduite à tenir
CDD	:	Comité Départemental de Développement
CES	:	Certificat d'Etudes Spéciales
CESAG	:	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CESSI	:	Centre d'Etudes Supérieures en Soins de Santé Infirmiers
CLD	:	Comité Local de Développement
CM	:	Circonscription Médicale
CoS	:	Comité de Santé
CPMI	:	Centre de Protection Maternelle et Infantile
CPN	:	Consultations prénatales
CPRS	:	Centre de Promotion et de Réhabilitation Sociale
CS	:	Centre de Santé
DAST	:	Direction des Affaires Scientifiques et Techniques
DSP	:	Direction de la Santé Publique
ECV	:	Enfants Complètement Vaccinés
EPS	:	Education Pour la Santé
GE	:	Grandes Endémies
HR	:	Hôpital Régional
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
IEC	:	Information Education Communication
ISED	:	Institut de Santé et Développement
MCD	:	Médecin-Chef de District
MCR	:	Médecin-Chef de Région
MCS	:	Médecin-Chef de Centre de Santé
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MSPAS	:	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
PDDS	:	Programme de Développement Sanitaire de District
PDRH	:	Programme de Développement des Ressources Humaines
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PNS	:	Programme National de Santé
PRDS	:	Programme Régional de Développement Sanitaire
PS	:	Poste de Santé
PSP	:	Planification Sanitaire Programme
RM	:	Région Médicale
RVO	:	Réhydratation par Voie Orale
SF	:	Sage-Femme
SIG	:	Système Intégré de Gestions
SMI/PF	:	Soins Maternels et Infantile/Planification Familiale
SNH	:	Service National d'Hygiène
SRO	:	Solution de Réhydratation Orale
SSP	:	Soins de Santé Primaires
SSS	:	Solution Salée Sucrée
TRO	:	Thérapie de Réhydratation Orale.