

**REPUBLIC DU CAMEROUN**

**Paix - Travail - Patrie**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**SECRETARIAT GENERAL**

**DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE**

**REPUBLIC OF CAMEROON**

**Peace - Work - Fatherland**

**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

**GENERAL SECRETARIAT**

**DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH**



# **NORMES ET STANDARDS EN SR/PF AU CAMEROUN**

MINSANTE MARS 2018



## TABLE DES MATIERES

PREFACE .....	5
REMERCIEMENTS.....	6
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 : GENERALITES.....	10
1.1.    DEFINITION DES NORMES .....	10
1.2.    DEFINITION DE LA SR ET DE SES COMPOSANTES .....	10
1.3.    DEFINITION DES SERVICES DE SR .....	10
1.4.    LES PRESTATIONS.....	11
1.5.    PYRAMIDE SANITAIRE .....	12
PARTIE 2 : DROITS DES CLIENTS ET BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES..	13
2.1.    DROITS DES CLIENT (E) S EN SR .....	13
2.1.1.  Droit à l'information .....	13
2.1.2.  Droit à l'accès aux services.....	13
2.1.3.  Droit au choix du service.....	14
2.1.4.  Droit à la sécurité .....	14
2.1.5.  Droit à la l'intimité et à la confidentialité .....	15
2.1.6.  Droit à la dignité et au confort .....	15
2.1.7.  Droit à la continuité des prestations .....	15
2.2.    LES BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SR .....	16
2.2.1.  Besoins en information, formation et développement individuel .....	16
2.2.2.  Les profils des prestataires .....	16
2.2.3.  L'organisation de la formation .....	17
2.2.4.  Besoins en gestion et supervision.....	18
PARTIE 3 : NORMES DES SERVICES SPECIFIQUES PAR COMPOSANTEe .....	20
3.1.    NORMES POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	21
3.1.1.  Définition.....	21
3.1.2.  Objectifs de la politique nationale de PF .....	21
3.1.3.  Composantes des services de PF.....	21
3.1.4.  Cibles de la PF .....	23
3.1.5.  L'organisation du travail .....	23
3.1.6.  Décentralisation et accessibilité des services de PF .....	25
3.1.7.  Qualité des services de PF .....	25
3.1.8.  Système d'information .....	25
3.1.9.  Référence en PF.....	26
3.1.10.  Planification familiale de post-partum.....	26
3.2.    LA PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE.....	29
3.2.1.  Définition.....	29
3.2.2.  Objectifs.....	29
3.2.3.  Bénéficiaires .....	29
3.2.4.  Stratégies .....	29
3.2.5.  Activités .....	29
3.2.6.  Prestataires.....	29
3.2.7.  Référence/ Contre-référence .....	29
3.2.8.  Prise en charge de l'infertilité .....	30

3.3.	SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM .....	31
3.3.1.	Objectif général.....	31
3.3.2.	Objectifs spécifiques .....	31
3.3.3.	Composantes.....	31
3.3.4.	Cibles.....	34
3.3.5.	Organisation du travail .....	34
3.3.6.	Système de référence / contre-référence .....	47
3.3.7.	Accessibilité et décentralisation des services de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum.....	48
3.3.8.	Qualité des services de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum.....	48
3.3.9.	Système d'information de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum...	48
3.3.10.	Référence en suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum .....	48
3.4.	NORMES DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU).....	49
3.4.1.	Définition.....	49
3.4.2.	Justification de la stratégie de SONU.....	49
3.4.3.	Composantes des SONU.....	49
3.4.4.	Objectifs.....	49
3.4.5.	Organisation du travail .....	50
3.4.6.	Système d'information et de gestion .....	50
3.5.	NORMES POUR LA SANTÉ PERINATALE ET NEONATALE.....	51
3.5.1.	Définition.....	51
3.5.2.	Justification et intérêt des interventions en santé néonatale.....	51
3.5.3.	Objectifs et stratégies de réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale .	51
3.5.4.	Les composantes du paquet de soins .....	51
3.5.5.	L'offre de services de santé périnatale et néonatale .....	52
3.5.6.	Organisation du travail .....	52
3.5.7.	Référence-contre référence .....	57
3.5.8.	Le système d'information .....	57
3.5.9.	Composantes.....	58
3.5.10.	Les composantes du paquet de soins des prématurés et des nouveau-nés de faible poids de naissance.....	61
3.5.11.	Les composantes du paquet de Consultation Post Natale du Nouveau-né .....	66
3.6.	NORMES DES SOINS APRES AVORTEMENT (SAA).....	70
3.6.1.	Définition .....	70
3.6.2.	Composantes des SAA.....	70
3.6.3.	Les bénéficiaires.....	72
3.6.4.	Les prestataires .....	72
3.6.5.	Le système d'information et de gestion.....	72
3.6.6.	La formation .....	72
3.6.7.	Supervision.....	73
3.7.	NORMES DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE.....	74
3.7.1.	Définitions.....	74
3.7.2.	Aspects légaux des avortements thérapeutiques.....	74

3.7.3. Le cadre de réalisation de l'avortement thérapeutique.....	75
3.7.4. Les étapes indispensables précédant l'avortement thérapeutique .....	76
3.7.5. Protocole de l'avortement thérapeutique.....	77
3.7.6. Droits des clientes .....	77
3.7.7. Les prestataires des soins dans les services offrant l'avortement thérapeutique .	78
3.8.        NORMES SUR LA PEC DES FISTULES OBSTETRIQUES .....	79
3.8.1. Définition .....	79
3.8.2. Causes et facteurs favorisants.....	79
3.8.3. Objectifs et stratégies .....	79
3.8.4. Organisation du travail.....	80
3.8.5. Accessibilité et décentralisation des services .....	81
3.8.6. Système d'information et de gestion .....	81
3.8.7. Formation .....	81
3.8.8. Coordination .....	81
3.9.        NORMES EN SRAJ.....	82
3.9.1. Définition .....	82
3.9.2. But/Objectifs .....	82
3.9.3. Bénéficiaires.....	82
3.9.4. Stratégies .....	82
3.9.5 Activités.....	82
3.9.6. Prestataires .....	83
3.9.7. Structures.....	83
3.9.8. Référence/contre-référence.....	83
3.9.9. Responsables.....	84
3.10.       NORME POUR PEC DES IST/VIH/Sida .....	85
3.10.1. Définitions.....	85
3.10.2. La politique nationale de lutte contre les IST/VIH/Sida.....	85
3.10.3. Composantes des services de lutte contre les IST/VIH.....	85
3.10.4 Prestataires .....	87
3.10.5. Paquet minimum de services pour la PEC des patients vivant avec le VIH.....	88
3.10.6. Système d'information .....	89
3.10.7. Suivi et référence.....	90
3.11.       NORMES DE PRISE EN CHARGE DES MGF .....	91
3.11.1. Définition .....	91
3.11.2 Classification des MGF (OMS) .....	91
3.11.3. Objectifs .....	91
3.11.4. Personnel .....	91
3.11.5. Composantes .....	91
3.11.6. Coordination des activités.....	92
3.12.       NORMES POUR PEC DES VIOLENCES SEXUELLES .....	93
3.12.1. Définition .....	93
3.12.2. Les composantes .....	93
3.12.3. Principes.....	93
3.12.4. Organisation du travail.....	93
3.13.       NORMES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS GENITAUX.....	96
3.14.       NORMES DE LA PTME.....	98
3.14.1. Définition de la PTME .....	98

3.14.2.	Objectif de la politique nationale de la PTME du VIH .....	98
3.14.3.	Les cibles et piliers de la PTME .....	98
3.14.4.	Composantes des services de PTME .....	99
3.14.5.	Délégation des tâches .....	100
3.14.6.	Organisation des services.....	101
3.14.7.	Organisation du travail .....	102
3.14.8.	Décentralisation et accessibilité des services de PTME .....	102
3.14.9.	Qualité des services de PTME .....	102
3.14.10.	Système d'information .....	103
3.14.11.	Références-en PTME .....	103
3.14.12.	PTME en post-partum/postnatal du couple mère-enfant .....	104
3.15.	Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR) .....	105
3.15.1.	Définition de la SDMPR .....	105
3.15.2.	But et objectifs de la SDMPR .....	105
3.15.3.	Définition des cas.....	105
3.15.4.	Composantes de la SDMPR .....	106
3.16.	NORMES DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ DE REPRODUCTION .....	107
3.16.1.	Définitions des concepts .....	107
3.16.2.	Objectifs.....	107
3.16.3.	Composantes du paquet intégré d'intervention de l'ASC.....	108
3.16.4.	Formation des ASC.....	112
3.16.5.	Le Prestataire Communautaire dans le cadre de l'intégration .....	113
3.16.6.	Mécanismes de pérennisation des activités des ASC .....	113
3.16.7.	Supervision des ASC .....	113
3.16.8.	Le suivi/évaluation des activités des ASC .....	114
3.16.9.	La motivation de l'ASC.....	114
3.16.10.	Le financement des ISDC .....	114
3.17.	NORMES POUR LA CONSULTATION PRESCLAIRE.....	115
3.17.1.	Définition.....	115
3.17.2.	But/Objectifs de la politique nationale de la consultation Préscolaire : .....	115
3.17.3.	Composantes des services de Santé Préscolaire : .....	115
3.17.4.	Prestataires.....	116
3.17.5.	Structures .....	116
3.18.	COMMUNICATION EN FAVEUR DE LA SRMNIA.....	118
3.18.1.	Définition.....	118
3.18.2.	La Communication pour le Changement de Comportement.....	118
3.18.3.	La mobilisation sociale ou communautaire.....	120
3.18.4.	Plaidoyer/Partenariat .....	120
	Personnes ayant participé à l'actualisation du document de Normes et Standards en SR .....	126
ANNEXES	.....	127
	Annexe 1 : Fiche d'évaluation de qualité des CS/CMA pour la SRMNIA .....	127
	Annexe 2 : Fiche d'évaluation de qualité des HD/HR pour la SRMNIA.....	142
	Annexe 3 : Médicaments et consommables médicaux utilisés en sante de la reproduction .....	155

## PREFACE


Depuis 2016, le Cameroun s'est doté d'une nouvelle stratégie sectorielle de santé, a souscrit aux ODD et a adopté les nouvelles recommandations de l'OMS en Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, en santé de l'adolescent ainsi que la prise en charge du VIH. Face aux innovations et changements constants des recommandations sur le plan international, il était temps que le Cameroun actualise ses normes et standards en matière de Santé de reproduction. Il s'agit là d'un élément essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La présente édition fait suite à celle produite en 2011 qui ciblait la santé maternelle, la planification familiale, le SRAJ sans prendre véritablement compte la santé du nouveau-né et la consultation préscolaire. Le prestataire ou l'évaluateur de la qualité des soins trouvera dans ce document en plus des thématiques suscitées, des indications sur les soins du nouveau-né, la PTME du VIH et de l'hépatite B, la surveillance des décès maternels.

En outre, selon le niveau des soins, il y est défini les normes en matière de personnel, d'équipements, d'activités, de système d'information et de gestion ainsi qu'un rappel des aspects légaux de certaines interventions telles que l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Au vu des avancées rapides de la science, les normes et standards en SR doivent être dynamiques, susceptibles d'être révisées en tenant compte des nouvelles évidences scientifiques et des politiques en matière de SR de l'heure.

J'exhorte toutes les parties prenantes à s'en approprier et à en faire un bon usage.

  
**André MAMA FOU DA**  
**André MAMA FOU DA**

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique tient à remercier les partenaires qui ont contribué au processus du développement des normes et standards en Santé de Reproduction au Cameroun depuis 2009. Il s'agit en l'occurrence de : UNFPA, UNICEF, GIZ/PASAR, ACMS.

Pr MBU Robinson	Directeur de la Santé Familiale / MINSANTÉ
Dr MOLUH Seidou	Sous-Directeur de la Santé de Reproduction / MINSANTÉ
Mr NTAW Godlove	Directeur Exécutif ACMS
Mrs NSOBIRKA J. FAI	Coordonnatrice Senior projet WHP ACMS
Dr BEGNE Joëlle Dominique	Pharmacienne chargée des approvisionnements ACMS
Mr NFONGUE ELATE	Coordonnateur sénior de la communication ACMS
Pr NANA Philip	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr FOUELIFACK YMELE	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr DOHBIT SAMA	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr ESSIBEN Felix	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr FOUEDJO Jeanne	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
NGO ETAME Odette	Formateur superviseur national SR/PF, Trésorière nationale ASFAC (Association des Sages-femmes accoucheuses du Cameroun)
TCHASSEM Bertrice	Major bloc accouchement Hôpital Général de Yaoundé, Chargée des formations continues ASFAC - Cameroun
Dr BAYI Pierre Franklin	Coordonnateur du Programme de promotion de l'Accès aux Soins Intégrés en Santé de la Reproduction et droits afférents (PASISARD), Directeur de la clinique CAMNAFAW de Mimboman
Dr EKO Filbert	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun/Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

## LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATB	Antibiotique
ATCD	Antécédents
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CMPJ	Centre Multi fonctionnel de Promotion des Jeunes
CMS	Centre Médico-Social
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion du District
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé du District
CPF	Cancer Primitif du Foie
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation Post Natale
CS	Centre de Santé
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
ECD	Equipe cadre du District
FOSA	Formation Sanitaire
GEU	Grossesse Extra Utérine
HC	Hôpitaux Centraux
HD	Hôpitaux de District
HELLP	Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelet
HG	Hôpitaux Généraux
HGOP	Hôpitaux Gynéco-Obstétriques et Pédiatriques
HPV	Human Papilloma Virus
HR	Hôpitaux Régionaux
IBA	Infirmier Breveté Accoucheur
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMS	Infirmierie Médico-Scolaire
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaires
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAPE	Maladies à Potentiel Epidémiques
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action



## Cameroun

ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant
PCR	Polymerase Chain Reaction
PECP	Prise en Charge Pédiatrique du VIH
PF	Planning Familial
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PI	Prévention de l'Infection
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RPM	Rupture Prématurée des Membranes
SA	Santé des Adolescents
SAA	Soins Après Avortement
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRMNIA	Santé de Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
TARV	Traitement Anti Retro Viral
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

D'après la CIPD (Caire 1994), la Santé de la Reproduction est définie comme un état de bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu qu'elle le désire. Cette dernière condition implique que les hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser les méthodes de planification familiale de leur choix, de réguler les naissances qui ne soient pas contraires à la loi, des méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables.

Les Objectifs du Développement Durable (ODD) 3 et 5 qui portent respectivement sur la bonne santé et le bien-être, et l'égalité entre les sexes ont été pris en compte dans la Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun (2016 – 2027). Ceci a induit la revue des documents cadres de Santé de la Reproduction, maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun, dont les normes des services de la Santé de la Reproduction. Ce document précise le niveau minimum acceptable de performance attendu pour chaque composante des services de SR définie dans la politique des services. A cet effet, elles sont définies pour l'amélioration de la qualité des services.

Les normes sont les critères qui définissent les activités qui doivent être exécutées par chaque catégorie de prestataire de services et à chaque niveau de la pyramide sanitaire du pays, pour offrir des services de qualité. Elles indiquent les domaines de formation et les profils requis pour les prestataires, le type d'équipement minimum (technique et logistique), de médicaments essentiels, consommables médicaux, réactifs et infrastructures qui doivent être disponibles pour offrir les services. Elles incluent aussi les activités et les responsabilités de gestion-planification, supervision, suivi évaluation- et de recherche opérationnelle.

Le présent document est subdivisé en trois parties :

- Les généralités
- Les droits des clients et les besoins des prestataires en SR
- Les normes des services spécifiques par composante

## **PARTIE 1 : GENERALITES**

### **1.1. DEFINITION DES NORMES**

Les normes des services de la Santé de la Reproduction précisent le niveau minimum acceptable de performance attendu pour chaque composante des services de la SR définie dans la politique des services.

Les normes sont les critères qui définissent les activités qui doivent être exécutées par chaque catégorie de prestataire de services et à chaque niveau de la pyramide sanitaire du pays, pour offrir des services de qualité. Elles indiquent aussi les domaines de formation et profils requis pour les prestataires, le type d'équipement minimum (technique et logistique), de médicaments essentiels, consommables médicaux, réactifs et infrastructures qui doivent être disponibles pour offrir les services. Elles incluent aussi les activités et les responsabilités de gestion-planification, supervision, suivi évaluation- et de recherche opérationnelle.

### **1.2. DEFINITION DE LA SR ET DE SES COMPOSANTES**

*“La santé de la reproduction est définie comme un état de bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité”.*

La Santé de la Reproduction ainsi définie comporte 4 volets :

- santé de la mère ;
- santé de l'enfant ;
- santé des adolescents/jeunes ;
- santé de l'homme.

Les composantes prioritaires de la Santé de la Reproduction au Cameroun sont :

1. la santé maternelle et infantile (maternité à moindre risque, soins du post-partum, soins du nouveau-né, soins liés à l'avortement, nutrition, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) ;
2. la planification familiale (IEC, contraceptions et services en matière de SR) ;
3. la lutte contre les IST et le VIH et Sida ;
4. la lutte contre l'infécondité / infertilité et les dysfonctionnements sexuels ;
5. la lutte contre les pratiques néfastes à la santé (l'excision, violences sexuelles et physiques, mariage précoce etc...) ;
6. la santé de la reproduction des adolescents/jeunes (SRAJ) ;
7. la lutte contre les cancers génitaux et mammaires
8. la prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées (ménopause/ andropause, sexualité)

### **1.3. DEFINITION DES SERVICES DE SR**

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes techniques et services qui contribuent à la santé et au bien être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine. Ceci inclut aussi les soins liés à la santé sexuelle, qui ne doivent pas se limiter aux conseils ; les soins relatifs à la procréation et aux IST, VIH/Sida, PTME/PECP, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

Ils comprennent : (i) les prestations de service ; (ii) La catégorie professionnelle du personnel qui peut offrir le service de SR, (iii) le moment ou la périodicité de la fourniture du service de SR, (iv) les cibles ou les bénéficiaires du service de SR.

#### **1.4. LES PRESTATIONS**

##### **a. Définition des prestations**

Il s'agit d'un ensemble de soins offert à la mère, à l'enfant, à l'adolescent et autres bénéficiaires en SR. Ils comprennent entre autre : la CPN, la surveillance du travail, l'accouchement, les soins post-nataux, les SONU, les SAA, la PF, PEC des fistules obstétricales, les SRAJ, PEC des IST-VIH/Sida, PEC des MGF, PEC des violences sexuelles, PEC des cancers génitaux, la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

##### **b. Les lieux des prestations**

Les prestations peuvent être dispensées au niveau des structures suivantes :

- Communauté (domicile, village, quartier)
- Formations sanitaires publiques
- Formations sanitaires privées, laïques et confessionnelles
- Etablissements sanitaires de la sécurité sociale et des entreprises
- Etablissements sanitaires des forces armées, polices et établissements pénitenciers

##### **c. La catégorie professionnelle du personnel qui peut offrir les services de SR**

###### **Au niveau communautaire :**

- Agent de santé communautaire formé (ASC);
- Pairs éducateurs ;
- Communicateurs.

###### **Au niveau des formations sanitaires :**

- Médecins (spécialistes et généralistes);
- Sages-femmes/Maïeuticiens
- Médico-sanitaire (infirmier diplôme d'Etat, infirmier spécialisé option SR, aide-soignant, technicien de laboratoire, travailleurs sociaux (assistants sociaux, psychologues, sociologues, etc.) selon leurs responsabilités définies dans les standards ;
- Autres : dispensateurs des intrants.

##### **d. Moment ou périodicité d'offre des services de SR**

Le moment et la période sont variables en fonction de la cible et du service

##### **e. les cibles ou les bénéficiaires des services de SR.**

1. Les Femmes
2. Les Enfants
3. Les Jeunes et les Adolescents
4. Les Hommes
5. Les Personnes Agées
6. Les Handicapés
7. Les Réfugiés, les Déplacés et autres populations clés (TS, MSM, ...)

### 1.5. PYRAMIDE SANITAIRE

La pyramide sanitaire du Cameroun comporte trois décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau I : Système de Santé au Cameroun

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP) Hôpitaux régionaux et assimilés ;	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	Appui technique aux Districts de santé	Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	189 Districts de Santé	Mise en œuvre des programmes	- Hôpitaux de District - Cliniques; - CMA; - CSI, Cabinet de soins	COSADI ; COGEDI COSA; COGE

**Source : MINSANTE. Cadre conceptuel du District de Santé complété à partir de l'organigramme de 2013**

Les services de SR sont offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :

- au niveau opérationnel dans les Hôpitaux de District (HD), les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les centres de santé (CS).
- au niveau intermédiaire les hôpitaux régionaux et assimilés.
- au niveau central dans les Hôpitaux Généraux, les Hôpitaux Centraux, CHU.

## **PARTIE 2 : DROITS DES CLIENTS ET BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES**

### **2.1. DROITS DES CLIENTS EN SR**

Les clientes en SR bénéficient du droit :

- à l'information ;
- à l'accès aux services ;
- au choix ;
- à la sécurité ;
- à l'intimité ;
- à la confidentialité ;
- à la dignité ;
- à avoir une opinion ;
- au confort ;
- à la continuité des services.

#### **2.1.1. Droit à l'information**

Le droit à l'information stipule que :

- les client(e)s potentiel(le)s de la SR trouvent auprès de toute personne travaillant dans une structure de santé les informations sur :
  - L'emplacement des services de SR ;
  - Les heures de services ;
  - Les méthodes disponibles ;
  - Les tarifs en vigueur.
  - Les interventions sous directives communautaires en SR ;
- Les femmes et les hommes soient sensibilisés en matière de SR à l'occasion de tout contact avec les services de santé ou les ASC.
- Toute femme ayant séjourné en maternité ou dans un service de gynécologie soit informée sur les services de PF pour éviter les occasions manquées de lui offrir le service et couvrir d'éventuels besoins non satisfaits.
- Tous les services de SR organisent les activités d'IEC permettant d'informer les client(e)s sur les services de SR disponibles
- Les services de SR doivent consacrer suffisamment de temps aux client(e)s pour répondre aux questions concernant :
  - Leur désir de fécondité
  - Les méthodes contraceptives
  - L'allaitement maternel
  - La sexualité
  - La prévention des IST/VIH-SIDA/ Hépatites virales
  - La prévention des cancers gynécologiques
  - Etc.

#### **2.1.2. Droit à l'accès aux services**

Le droit à l'accès aux services de SR stipule que :

- les services de SR doivent être accessibles aux client(e)s tous les jours et à toutes les heures.

- les protocoles de services de SR doivent être disponibles et affichés dans tous les services de SR et aux urgences.
- les services de SR doivent prendre en charge toutes les composantes de la SR telles que définies dans les politiques de SR pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.
- les clients doivent recevoir les services quel que soit leur sexe, leur principe, leur couleur, leur situation familiale, leur orientation sexuelle ou leur résidence.

### **2.1.3. Droit au choix du service**

Le droit du client(e) au choix des services de SR stipule que :

- Chaque individu décide librement de pratiquer la planification familiale ou non.
- Chaque individu décide librement de sa méthode contraceptive.
- Toutes les méthodes contraceptives autorisées au Cameroun doivent être disponibles dans chaque centre suivant les normes définies par le présent document.
- Les prestataires de services doivent présenter à tout client(e) la gamme complète de méthodes contraceptives pour lui permettre de faire son choix.
- Pour les méthodes non disponibles dans les points de prestation des services de SR, le personnel doit pouvoir orienter les client(e)s vers les centres habilités à les offrir.
- Une cliente qui a choisi une méthode à laquelle elle n'est pas éligible, doit en être informée et les méthodes alternatives devront lui être offertes.
- Tous les client(e)s doivent être informé(e)s qu'il est possible d'arrêter ou de changer de méthode temporaire à tout moment.
- Tout client(e) qui a choisi une méthode irréversible doit avant l'intervention chirurgicale, lire/remplir et signer une fiche de consentement libre et éclairé.

### **2.1.4. Droit à la sécurité**

Le droit à la sécurité stipule que :

- Tout service de SR utilise des équipements et du matériel adéquat.
- Le respect de la date de péremption des produits de SR vérifiée par un tiers est obligatoire.
- Tout prestataire de services de SR doit obligatoirement respecter les protocoles de services.
- Tout client(e) doit être informé de la nécessité de retourner au point de prestation de services de SR en cas de problème sans attendre la date de rendez-vous.
- Le calendrier de suivi doit respecter le protocole des prestations de services.
- En cas de complication, le prestataire doit recourir au besoin au système de référence suivant les normes définies dans le présent document.
- Pour la prévention des infections (PI), des directives soient élaborées et mises à la disposition des prestataires de services.

Elles portent notamment sur :

- Le port des barrières (tablier, bottes, lunettes, masques...)
- Le lavage des mains simple et chirurgical
- Le respect des mesures d'asepsie
- Le traitement de matériel à usage unique (décontamination, manipulation, élimination) ;
- Les procédures de décontamination du matériel réutilisable ;
- Les procédures de stérilisation du matériel réutilisable ;
- Les procédures d'élimination des déchets ;

- Toute formation sanitaire offrant des services de Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) doit disposer d'un équipement adéquat et d'une assistance efficace en cas de complications.

#### **2.1.5. Droit à la l'intimité et à la confidentialité**

Le droit à l'intimité et à la confidentialité stipule que :

- Les locaux doivent garantir l'intimité et la confidentialité des prestataires.
- Les prestataires doivent respecter l'intimité du client(e).
- L'accès au fichier médical doit être strictement réservé aux prestataires de services et aux autres personnes autorisées.
- Le prestataire veille dans la mesure du possible, à ne pas être perturbé durant la consultation.
- Tout le personnel doit respecter le secret professionnel.
- Le personnel médical doit toujours prendre soin d'expliquer la présence d'une tierce personne durant la consultation et solliciter l'avis du client(e) avant d'autoriser la présence de cette tierce personne.

#### **2.1.6. Droit à la dignité et au confort**

Cette droite stipule que :

- L'ensemble du personnel doit traiter les client(e)s avec égard et respecter leur dignité.
- Le client(e) doit pouvoir s'exprimer librement.
- Les client(e)s doivent être encouragés à faire des suggestions concernant l'amélioration de la qualité des services.
- Les structures offrant des services de SR doivent être bien entretenues et confortables.
- Le temps d'attente du client(e) doit être réduit au minimum possible.
- Les rendez-vous doivent être fixés en tenant compte de la disponibilité du client(e).
- Il doit être possible de procéder immédiatement à une ligature de trompes en post-partum chez les femmes qui le désirent, conformément aux protocoles en la matière.

#### **2.1.7. Droit à la continuité des prestations**

Cette droite stipule que :

- Pour assurer la continuité des prestations, tout service de SR doit avoir un système de gestion efficace, un personnel disponible, du matériel et des produits adéquats et suffisants.
- Tout prestataire de services doit mener des investigations en cas de non-retour d'un client(e).
- Le rendez-vous de contrôle doit être communiqué au client(e) oralement et par écrit.
- Tout client(e) a le droit d'arrêter une méthode et d'en choisir une autre (avec l'information adéquate sur les méthodes alternatives) à tout moment.



## 2.2. LES BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SR

### 2.2.1. Besoins en information, formation et développement individuel

#### 2.2.1.1. Les documents de référence des services

Tout centre offrant les services de SR devra mettre à la disposition du personnel au moins les documents de référence suivants :

- La politique nationale de santé ;
- Le programme national de santé de la reproduction ;
- Les documents de politique, standards, normes et procédures des services de SR ;
- La liste et les adresses des centres qui offrent les services de SR, les services qui y sont disponibles et la liste des laboratoires de référence.

#### 2.2.1.2. La transmission des nouvelles informations

Pour adapter la qualité des services offerts aux progrès, toute nouvelle information relative aux services de SR devra parvenir aux prestataires des services dans un délai maximum de trois (3) mois.

### 2.2.2. Les profils des prestataires

Le nombre et la catégorie du personnel exerçant dans les services de SR, dépendra de sa localisation urbaine ou rurale, de la variété et de l'importance des services à offrir en rapport avec le niveau de l'institution.

Le tableau ci-dessous récapitule le profil de prestataires des soins qu'on devrait retrouver dans des services de SR.

Tableau II : Profil de prestataires des soins dans des services de SR

Personnel	Santé maternelle, périnatale et néonatale												
	PF	Surveillance grossesse, accouchement, PP	SONU	SAA	Fistules obstétricales	SNN	SSRAJ	IST/VIH-SIDA/ Hépatites virales	SBC/SSR	MGF	PEC violences sexuelles	Affections génitales	CCC
Agent de santé communautaire	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Aide-soignant	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Infirmier	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sage-femme/maïeuticien	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Médecin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pharmacien	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Gynécologue-obstétricien	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pédiatre	++	-	+	-	-	=	+	+	+	+	+	+	+
Travailleurs sociaux							+	+	+	+	+	+	+
Chirurgien	-				+		-	-	+	-	-	+	+

### 2.2.3. L'organisation de la formation

L'organisation de la formation en matière de services SR nécessite la mise en place d'un certain nombre de dispositions. Les types de formation doivent être en corrélation avec le profil des participants.

Les formations suivantes sont destinées aux prestataires listés ci-dessous :

➤ **Prestation des services d'IEC/CCC en SR :**

Elle concerne les personnes des services médico-sociaux, ASC, aides-soignants, infirmiers, sages-femmes/maïeuticiens, médecins.

- **Prestation des services cliniques de SR :** Elle concerne les aides-soignants, les infirmiers, les sages-femmes/maïeuticiens, les médecins, et les ASC pour des prestations bien déterminées.
- **La formation en gestion des services :** Elle concerne les responsables de programmes et les superviseurs.
- **La formation en gestion des programmes :** Elle concerne les responsables de programmes et les superviseurs.
- **La formation des formateurs :** Elle concerne les prestataires des services d'IEC/CCC, les prestataires des services cliniques et les gestionnaires des services de SR expérimentés, selon les besoins et les critères spécifiques du MINSANTÉ. Les formateurs doivent être certifiés.
- **La méthodologie de la formation :** comportera une phase théorique avec des démonstrations sur mannequin et une phase pratique en milieu de travail. La durée des formations sera déterminée en fonction du profil des participants et de la possibilité d'atteindre les objectifs d'apprentissage. L'approche expérientielle exploitant les méthodes participatives et humanistes doit être utilisée.

Les niveaux acceptables de performances pour chaque type de formation sont d'au moins 80% de réussite aux tests théoriques et 70% de réussite aux tests pratiques.

Seuls les prestataires qui auront atteint les niveaux de performances requis auront droit une attestation de fin de formation.

- **Le profil des formateurs :** les formateurs devront justifier d'une expérience de terrain de deux ans au minimum dans l'offre de services de SR concernés et avoir des compétences en andragogie et ayant suivi une formation certifiante des formateurs dans les domaines ciblés.

L'invitation des participants aux différentes sessions de formation doit leur parvenir au moins deux semaines avant la date prévue du début de la session.

Le suivi de la formation doit être assuré dans un délai de trois mois après la formation

#### **Autres dispositions :**

- Les écoles médicales et paramédicales devront intégrer la SR dans leurs programmes de formation en se référant aux curricula nationaux de formation.
- Les différents intervenants en matière de services de SR devront développer des plans de formation et de recyclage basés sur les curricula de formation nationaux et des moyens de motivation des différentes catégories de leurs personnels.

## 2.2.4. Besoin en gestion et supervision

### 2.2.4.1. Le travail d'équipe

Pour une intégration efficace des services de SR, les membres du personnel doivent former une équipe solidaire et polyvalente.

### 2.2.4.2. Le suivi des activités

Un suivi permanent des activités de SR doit être assuré en vue de garantir des services de qualité. Pour ce faire, les activités suivantes seront initiées par les différentes équipes polyvalentes des services de SR au moins tous les trois (3) mois :

- L'auto évaluation de la qualité des services offerts
- L'entretien avec les client(e)s
- L'élaboration des plans d'action comprenant les problèmes identifiés, les solutions envisagées, les personnes chargées du suivi et le délai de mise en œuvre
- La mise en œuvre des solutions préconisées
- L'évaluation des résultats
- La production mensuelle des rapports d'activité et leur acheminement au DS.

### 2.2.4.3. La supervision

**La supervision** est un appui du niveau supérieur dans le lieu du travail visant à contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services.

Elle doit être formative et intégrée. Le but de la supervision est d'améliorer la qualité de l'offre de services.

### 2.2.4.4. Objectifs de la supervision formative intégrée

- Améliorer les compétences en SR des agents de santé dans les domaines de la clinique, de l'IEC/CCC et de la gestion logistique des médicaments essentiels ;
- S'assurer de l'adéquation entre les services offerts, politiques, normes et protocoles du programme SR ;
- Aider à la résolution des problèmes.

### 2.2.4.5. Périodicité de la supervision formative intégrée

Le calendrier suivant doit être observé en matière de supervision des services de SR.

Tableau III: Le calendrier de supervision des services de SR.

Supervision	Centre de santé intégré/ CMA	District de santé	Délégation régionale
Périodicité de la supervision	Tous les mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
Superviseurs	Equipe supervision de district	Equipe régionale de supervision	Equipe centrale de supervision

#### **2.2.4.6. Outils de supervision**

Les superviseurs utiliseront les outils suivants :

- Les plans d'action ;
- Les standards de normes et procédures des services de SR ;
- La description des postes des différentes catégories du personnel supervisé ;
- Le rapport de la dernière supervision et le plan de résolution des problèmes identifiés
- Une grille de supervision intégrée pour l'appréciation des conditions de travail, des connaissances et aptitudes du personnel, le niveau de satisfaction des clients(e)s ;

#### **2.2.4.7. Eléments de la supervision**

Les éléments suivant doivent faire l'objet de la supervision conformément à la grille :

- L'observation des infrastructures et des locaux ;
- La gestion des activités ;
- Le remplissage des supports de gestion ;
- Les compétences techniques des prestataires en PF, CPN, SAA, SONU, CPoN de la mère et du nouveau-né, le suivi de l'enfant et de l'adolescent(e), PI, CCC, logistique des médicaments ;
- L'analyse des statistiques de services de SR.

### **PARTIE 3 : NORMES DES SERVICES SPECIFIQUES PAR COMPOSANTE**

Il s'agit des composantes suivantes :

1. la planification familiale
2. la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum
3. les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
4. les soins après avortements (SAA)
5. la prise en charge des fistules obstétricales
6. la prise en charge de la SRAJ
7. la prise en charge des MGF
8. la prise en charge des violences sexuelles
9. la prise en charge des cancers génitaux
10. la communication en faveur de la SR
11. les ISDC
12. la SDMPR
13. consultation pré scolaire
14. PTME /VIH Hépatite B
15. Soins de nouveaux ne prématuré de faible poids de naissance
16. Consultation post natal des nouveaux nés

### **3.1. NORMES POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE**

#### **3.1.1. Définition**

La planification familiale est l'ensemble des moyens, des techniques qui permettent aux individus et aux couples d'anticiper le nombre d'enfants désirés et de planifier leur naissance. Ceci est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité.

#### **3.1.2. Objectifs de la politique nationale de PF**

La politique nationale de PF vise à améliorer l'état de santé de la population en général et la réduction de la mortalité maternelle, périnatale, néonatale et infantile en particulier, par la maîtrise de la fécondité pour la prévention des grossesses à risque et non désirées et la prise en charge de l'infertilité.

#### **3.1.3. Composantes des services de PF**

Les services de PF se déclinent en plusieurs composantes citées ci-dessous :

- counseling sur le choix de la méthode ;
- offre de services de PF ;
- le suivi et le système de référence ;
- la gestion des dossiers
- la supervision
- la logistique
- la CCC/mobilisation communautaire

##### **a. Counseling sur le choix de la méthode**

Le counseling en PF est un procédé qui aide un client à décider s'il veut pratiquer la planification familiale en lui fournissant des informations actualisées permettant une prise de décision éclairée. Si le client se décide, le counseling l'aide à choisir une méthode de contraception appropriée, l'aide à comprendre comment l'utiliser, et le rend capable de l'utiliser correctement pour une protection sûre et efficace.

Cette information doit permettre une bonne compréhension de l'efficacité des méthodes contraceptives. Elle doit permettre au client de bien comprendre comment les utiliser correctement, de quelle manière elles agissent, quels en sont les effets secondaires courants, quels sont les risques et les avantages pour la santé, quels sont les signes et symptômes nécessitant de revenir consulter, des informations sur le retour à la fécondité après arrêt des méthodes et des informations sur la prévention des IST. Les prestataires ne doivent pas imposer à un client l'adoption d'une quelconque méthode.

##### **b. L'offre de services de PF**

Elle comprend les éléments suivants :

- l'IEC/mobilisation communautaire
- la fourniture de contraceptifs et autres médicaments : les produits contraceptifs et autres médicaments de PF doivent être offerts aux clients selon les techniques approuvées et les directives spécifiques pour chaque niveau, par des prestataires formés et dans des locaux adéquats.
- la prise en charge des effets secondaires des méthodes contraceptives,
- la planification familiale dans le post-partum et le post-abortum,
- la planification familiale chez les adolescents et les femmes vivant avec le VIH
- la double protection

Tableau IV : La contraception – Taches/activités par niveau et catégorie de personnel

ACTIVITES	Qualification du personnel	NIVEAU					
		Com	CSI	CMA	HD	HR/HC/HC	HG
IEC/CCC	Agents de santé communautaires (ASC), travailleur social, Sage-femme/maïeuticien, Aides-soignants, infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
PF Naturelle	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, pharmacien	+	+	+	+	+	+
MAMA	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Administration de COC	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Administration de pilules à seuls progestatifs (PSP)	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Insertion des implants	aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue,		+	+	+	+	+
Administration de progestatifs injectables IM	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin, pédiatre, gynécologue,	+	+	+	+	+	+
Administration de progestatifs injectables (DMPA) SC	La femme elle-même, ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin, pédiatre, gynécologue	+	+	+	+	+	+
Insertion du DIU	infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, gynécologue.		+	+	+	+	+
Administration des méthodes barrières							
condoms (masc. et fém.)	ASC, travailleur social, Sage-femme/maïeuticien, Aide-soignant, infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
spermicides	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Pratique de la CCV	Médecin compétent, gynécologue, chirurgiens			+	+	+	+

**c. Le suivi et le système de référence**

Tous les clients qui adoptent une méthode de PF doivent être informés des exigences de suivi appropriés et être encouragés à revenir auprès du prestataire pour tout problème lié à l'utilisation de la méthode. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

**d. La gestion des dossiers des clients**

Tout client de PF doit avoir un dossier et les prestataires sont tenus de les conserver de façon adéquate. Dans le but de pouvoir identifier chaque client, et d'assurer un suivi, le prestataire doit veiller au classement adéquat et à la mise à jour des dossiers des clients.

**e. La supervision**

La supervision des services de PF doit faire partie intégrante de la supervision formative intégrée de SR.

**f. La logistique**

La gestion de la logistique permet d'éviter les ruptures de stocks ou les surplus de contraceptifs et médicaments de PF. Les prestataires doivent également veiller au respect des normes de stockage des contraceptifs et autres produits de SR.

**3.1.4. Cibles de la PF**

Il s'agit des femmes en âge de procréer, des hommes et des adolescent(e)s et des jeunes.

**3.1.5. L'organisation du travail**

**a. Les prestataires**

Les dispensateurs de services formés en PF sont :

- Les infirmiers
- Les sages-femmes/ maïeuticiens
- Les pharmaciens
- Les médecins
- Les ASC

**b. Infrastructures, équipements et matériels**

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services de PF. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité ainsi que le respect de la dignité des clientes depuis la consultation, l'achat des produits, jusqu'à l'administration de la méthode.



Tableau V: Normes d'un plateau technique d'un service de planification familiale

DESIGNATION	QUANTITE
<b>Locaux</b>	
1. Salle d'accueil avec 10 à 20 Chaises	1
2. Salle ou espace adéquat pour le counseling de PF (intimité, confidentialité, et discrétion assurée)	1
3. Salle de soins (Injection, Insertion implants, DIU etc.)	1
4. Source d'électricité	1
5. Sources d'eau dans la salle d'examen	1
6. Toilettes fonctionnelles (eau disponible, évacuation, fermeture de la porte)	1
<b>Equipement et matériel</b>	
7. Bureau et trois chaises	1
8. Table d'examen Gynécologique	1
9. Boîtes de spéculum (4 Grands, 4 Moyens et 3 petits)	4
10. Boîtes pour insertion et retrait du Dispositif Intra Utérin (Au moins 4 Kits de 6 instruments chacun)	4
11. Boîtes pour insertion et retrait d'Implant (Au moins 4 Kits de 3 instruments chacun)	4
12. Boîte pour mini laparotomie (ligature des trompes)	1
13. Tensiomètre et stéthoscope	4
14. Pèse personne adulte	2
15. Poupinel ou autoclave	1
16. Réchaud, bouteille de gaz et Cocote minute	1
17. Armoire	1
18. Echéancier	1
<b>Aides visuels</b>	
19. Boîtes à image sur la PF	1
20. Echantillons des produits contraceptifs	4
21. Affiches, brochures, dépliants sur la PF	Autant que possible
22. Modèles anatomiques par types	1
23. Matériel audiovisuel (téléviseur, lecteur CD)	1
<b>Outils de gestion</b>	
24. Registre de consultation PF	1
25. Fiche individuelle PF	Autant que possible
26. Fiche de stock pour chaque produit	Autant que possible
27. Bon de commande	Disponible
28. Carnet de bordereau de livraison	Disponible
<b>a. Produits et consommables</b>	
29. Produits contraceptifs	En fonction de l'utilisation
30. Chlore pour solution de décontamination (Eau de Javel)	Selon le besoin
31. Gants stériles	
32. Gants non stériles	
33. Coton/compresses	
34. Antiseptiques	
35. Alcool	
36. Dexamethasone	
37. Xylocaïne non adréalinée	
38. Eau bi distillée	
39. Solution de lugol	
40. Sparadrap	
41. Champs stériles	

42. Glycérine	
43. Savon liquide/Morceau	
44. Alèses jetables ou lavables	
45. Serviettes	
46. Serviettes hygiéniques/garnitures	
47. Gants de ménage	
48. Brosse à dents pour nettoyage du matériel	
49. Bassine/Seau pour solution de décontamination	2
50. Lunettes/visières	2
51. Autres	
<b>Manuels de référence</b>	
52. Manuel de référence en technologie contraceptive	1
53. Protocole PF	1
54. Algorithme de prise en charge des IST	1

### c. L'emploi du temps et l'intégration avec les autres services de SR

L'offre des services de PF doit s'intégrer aux autres services en particulier, la consultation pré et post natale, la surveillance du nourrisson, les soins post-avortement, la prise en charge du VIH, etc. et cela tous les jours ouvrables.

#### 3.1.6. Décentralisation et accessibilité des services de PF

L'offre de services de PF doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle doit être intégrée aux stratégies avancées et mobiles de SR dans le but d'améliorer l'accès à la PF dans certaines zones enclavées.

Les services de PF doivent également être fournis au niveau communautaire par les ASC, en particulier, pour la CCC/mobilisation communautaire, la fourniture de préservatifs (masculins et féminins), le réapprovisionnement des pilules et autres contraceptifs selon les directives nationales, ainsi que la référence des cas suspects d'infertilité.

#### 3.1.7. Qualité des services de PF

Pour que les services de planification familiale soient de qualité, les éléments suivants sont indispensables :

- Les soins doivent être personnalisés
- Les clients doivent être traités avec dignité et diligence
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les méthodes disponibles
- Les services de PF doivent être propres et avoir un circuit des clients bien organisé
- Les services doivent être offerts pendant les heures normales de travail, et si possible, essayer de se conformer aux besoins particuliers des clients.
- La supervision doit être intégrée et concerner tout le personnel impliqué.

#### 3.1.8. Système d'information

Dans le cadre du monitoring des activités de PF les indicateurs de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation et de couverture (prévalence contraceptive) doivent être calculés et transmis selon la chaîne de transmission des rapports d'activités.

### **3.1.9. Référence en PF**

Lorsque les services de PF choisis par le client à l'issue du counseling ne sont pas disponibles ou lorsque la gestion des effets secondaires nécessite une prise en charge particulière non disponible, le prestataire devra assurer la référence du client selon la pyramide sanitaire.

### **3.1.10. Planification familiale de post-partum**

#### **a. Définition de la planification du post partum**

La planification familiale du postpartum est l'ensemble des méthodes de PF offertes aux femmes au cours des 12 premiers mois qui suivent l'accouchement.

C'est l'initiation et l'utilisation des méthodes de la planification familiale durant la première année après la délivrance:

- post Placental- dans les 10 mn après la délivrance du placenta ;
- post partum immédiat- 48 heures après la délivrance ;
- post partum- 6 semaines après la délivrance initiale ;
- post partum tardif de 6 semaines à un an après la délivrance ;
- post partum prolongée un peu plus d'un an après la délivrance.

#### **b. Bénéfices pour la mère**

la PF du post-partum présente les avantages suivants pour la mère :

- réduit les risques de complications associés aux grossesses rapprochées ;
- laisse le temps pour prendre soins du bébé en l'absence de nouvelles grossesses ;
- permet d'allaiter longtemps. L'allaitement maternel de longue durée réduit les risques de cancer du sein et de l'ovaire ;
- permet à la mère de bien se reposer et se nourrir pour supporter la prochaine grossesse ;
- laisse à la mère plus de temps pour elle-même, ses enfants, et son partenaire, la participation aux activités éducationnelles, économiques et sociales ;
- laisse à la mère plus de temps pour se préparer physiquement, émotionnellement, financièrement pour sa prochaine grossesse.

#### **c. Bénéfices pour l'enfant**

- Les bébés naissent plus forts et en bonne santé ;
- Les bébés allaités pour une longue période; ce qui leur donne une bonne santé et un bon état nutritionnel ;
- L' Allaitement Maternel Exclusif pendant 6 premiers mois, promeut une bonne santé des enfants ;
- Le lien affectif mère-enfant est développé par l'AM ce qui facilite le développement harmonieux de l'enfant ;
- Les mères qui ne prennent pas soins des autres jeunes enfants de moins de 3 ans sont mieux capables pourvoir aux besoins de leurs nouveau-nés.

#### **d. Risques de grossesses rapprochées pour la mère**

- Risque de fausses couches ;
- Exposition aux pratiques d'avortement ;
- Risques de décès maternel.

**e. Risques pour le nouveau né et l'enfant**

- Risque de mortalité et de morbidité chez les nouveau-nés et l'enfant ;
- Grand risque de naissance prématurée et de faible poids de naissance (FPN) par rapport à l'âge de la gestation ;
- Quand l'allaitement est interrompu avant 6 mois, l'enfant ne bénéficie pas des bienfaits et des avantages nutritionnels de l'allaitement maternel et est plus exposé aux diarrhées, et infection et de décès. Le lien affectif mère-enfant diminue, ce qui peut affecter le développement intellectuel de l'enfant.

**f. Les services de la planification familiale du postpartum (PFPP)**

La PFPP intègre plusieurs services encore appelés point de prestation dans lesquels différentes activités sont menées par différentes catégories de personnel.

Tableau VI : Répartition des activités dans les points de prestation selon la catégorie de personnel

Activités	Points de prestation	Catégorie de personnel
Accueil et mise en confiance	CPN, CPON, Maternité, Vaccination, PF	Tout le personnel y compris les techniciens de surface
CCC/Causeries éducatives	CPN, CPON, Maternité, Vaccination, PF	Tout le personnel
Counseling	CPN, CPON, Maternité, Vaccination, PF	Tout le personnel formé en counseling du PP
Offre de Méthodes en Post partum Immédiat (entre 10 minutes et 48 heures)	Maternité	Personnel formé spécifiquement à l'insertion du DIU/Implant (Gynécologue, Médecin, ISSR, TSSI, Sages femmes, IDE, IBA)
Offre de Méthodes en Per césarienne	Maternité	Personnel formés (Gynécologue, Médecin, Infirmier supérieur )
Offre de Méthodes en Intervalle ou PP tardif	PF	Tout le personnel formés en PF pour les méthode de courte durée. Tout le personnel formée (Gynecologue, Médecin, ISSR, TSSI, Sage-femme, IDEA, IDE et IBA pour les Méthodes de longue durée (CCV, DIUet Implant)

**g. Les options de planification familiale du post partum**

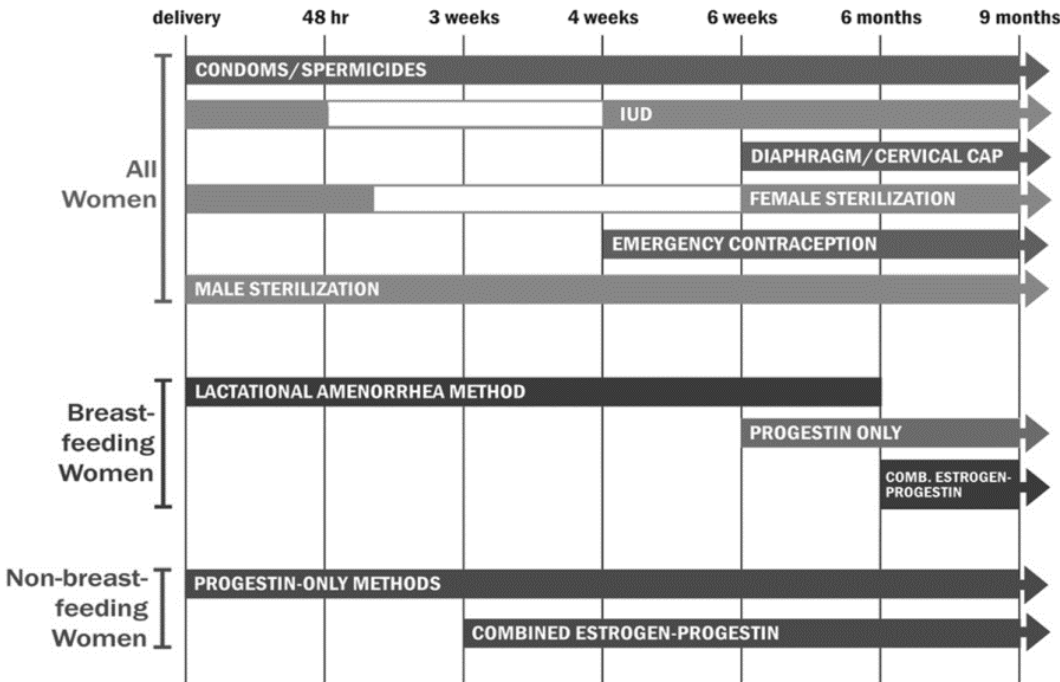


Figure 1: Les options de la contraception du post partum (Source OMS)

### **3.2. LA PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE**

#### **3.2.1. Définition**

L'infertilité du couple est définie par l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception (**OMS**).

#### **3.2.2. Objectifs**

La prise en charge de l'infertilité du couple a pour but :

- d'offrir une assistance médico-psycho-sociale aux couples inféconds/infertiles,
- de mener la recherche étiologique appropriée,
- d'aider les couples en difficulté à assurer leur fonction de procréation

#### **3.2.3. Bénéficiaires**

- Tout couple infertile avec désir de maternité

#### **3.2.4. Stratégies**

- Mise en place des services de consultation pour infertilité dans les Hôpitaux
- Référence des cas suspects identifiés dans la communauté vers les structures sanitaires

#### **3.2.5. Activités**

- L'interrogatoire,
- Les examens cliniques et paracliniques,
- Le counseling,
- La prise en charge des cas/traitement étiologique.

#### **3.2.6. Prestataires**

- les ASC
- Les aides-soignants
- Les infirmiers
- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les médecins généralistes compétents
- Les spécialistes : gynécologues-obstétriciens, les urologues
- Les biologistes
- Les radiologues

#### **3.2.7. Référence/ Contre-référence**

Lorsque l'état de la patiente nécessite une prise en charge non disponible, le prestataire devra assurer la référence selon la pyramide sanitaire.

**NB : les normes sur la prise en charge de l'infertilité seront précisées au terme des travaux du comité ad-hoc sur la procréation médicalement assistée (PMA).**

**3.2.8. Prise en charge de l'infertilité**

Tableau VII : Activités de prise en charge de l'infertilité par niveau

ACTIVITES	Qualification du personnel	NIVEAU				
		CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Counseling	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, uro-andrologue, psychologue, pharmacien...	+	+	+	+	+
Exploration clinique	Infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin généraliste compétent, gynécologue, uro-andrologue	+	+	+	+	+
Test post-coïtal	médecin généraliste compétent, gynécologue, Biologiste		+	+	+	+
Spermogramme	médecin généraliste compétent, gynécologue, Biologiste		+	+	+	+
HSG	médecin généraliste compétent, gynécologue, Radiologue			+	+	+
Biopsie d'endomètre/ testiculaire	Gynécologue, Pathologiste,			+	+	+
Coelioscopie diagnostique hystéroscopie	gynécologue, uro- andrologue				+	+
Dosages hormonaux, monitorage et induction ovulation	Biologiste, gynécologue, uro-andrologue					+
Chirurgie	gynécologue, uro- andrologue			+	+	+
Chirurgie mini-invasive	gynécologue, uro- andrologue				+	+
Procréation Médicalement Assistée	gynécologue, uro- andrologue, biologiste					+

### **3.3. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM**

#### **3.3.1. Objectif général**

L'objectif de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum est d'aider la femme à mener une grossesse jusqu'à son terme dans les meilleures conditions et d'assurer un bon déroulement de l'accouchement et de la période post-partum.

#### **3.3.2. Objectifs spécifiques**

Il s'agit d'offrir les services permettant de prévenir, dépister et prendre en charge toute pathologie de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Plus particulièrement,

- confirmer la grossesse ;
- assurer l'information, l'éducation et la communication pour la femme et sa famille
- déterminer l'âge de la grossesse et surveiller son évolution ;
- mener des activités de prévention ;
- dépister les pathologies liées ou associées à la grossesse, l'accouchement et le post-partum et les prendre en charge;
- élaborer et exécuter un plan de préparation à l'accouchement ;
- dépister et prendre en charge les différents facteurs de morbidité et de mortalité.

#### **3.3.3. Composantes**

Les composantes de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont :

- l'IEC/CCC
- l'offre des services ;
- le suivi et le système de référence/évacuation ;
- la gestion des données ;
- la supervision ;
- la logistique.

##### **a. IEC/CCC**

L'IEC/CCC dans le domaine de la surveillance de la grossesse, l'accouchement et le post-partum englobe la fourniture des informations sur ces différents événements, leurs signes de danger, les lieux de prestations de services, la préparation à l'accouchement, les soins du post-partum et la planification familiale.

Cette information doit permettre une bonne compréhension des bénéficiaires des services ainsi que leur adhésion.

##### **b. L'offre de services**

Les services de surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum doivent être offerts selon les techniques éprouvées et les directives spécifiques pour chaque niveau, par des prestataires habilités à fournir ces services, formés à cet effet et dans des locaux adéquats.

Ces services varient selon la période : pendant la grossesse, le travail, l'accouchement le post-partum.



### **b.1. Surveillance pendant la grossesse**

Il s'agit de la CPN qui comprend :

- Examen physique : mesure du poids, tension artérielle, bandelette urinaire, examen obstétrical, ... ;
- Echographie obstétricale au contact n°2 (20 semaines) ;
- Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (dépistage, TAR pour la mère, soutien psychologique) ;
- Traitement Préventif Intermittent du Paludisme ;
- Dépistage IST ;
- Dépistage de la syphilis ;
- Communication pour le changement de comportement/conseils
- Dépistage et PEC des problèmes de santé et des complications
- Vaccination anti tétanique ;
- Fourniture de moustiquaire imprégnée ;
- Supplémentation en micro nutriments (fer, acide folique) ;
- Plan de préparation à l'accouchement ;
- Dépistage et prise en charge des problèmes psychologiques ;
- Informations sur les soins post-partum, post-natals, (Supplémentation en vit A) ;

Fréquence des visites prénatales, dont 8 contacts au moins. Quand la femme vient pour la première fois, elle est suivie chaque mois jusqu'à la 28<sup>ème</sup> semaine puis toutes les deux (02) semaines jusqu'à la 36<sup>ème</sup> semaine puis toutes les semaines jusqu'à l'accouchement. En dehors de ces rendez-vous, le prestataire doit encourager la femme enceinte à revenir à la formation sanitaire chaque fois qu'elle ressent un signe de danger.

### **b.2. La surveillance du Travail et de l'accouchement**

Il s'agit de l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours des trois phases c'est-à-dire le travail, l'expulsion et la délivrance dans le but de garantir une issue favorable de l'accouchement pour la mère et pour le nouveau-né, à travers une prise en charge adéquate et la référence-évacuation des urgences obstétricales le cas échéant.

Ses objectifs sont de :

- apporter un soutien à la parturiente et à sa famille afin de répondre à leurs besoins ;
- effectuer une surveillance du travail d'accouchement à l'aide du partogramme, pour une détection précoce et une prise en charge rapide des anomalies du travail
- assurer la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
- administrer au nouveau-né en salle d'accouchement ;

### **b.3 : Surveillance du post-partum**

Les objectifs des soins post-partum visent à:

- effectuer le suivi des suites des couches ;
- prendre en charge les problèmes de santé dépistés ;
- assurer la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH en post-partum ;
- assurer la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du Virus de l'hépatite B en post-partum
- donner des conseils pour la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), l'alimentation pour le nouveau-né et la mère, l'utilisation des moustiquaires imprégnés et la prévention de l'anémie ;
- offrir des soins essentiels au nouveau-né, à la mère et proposer une méthode de contraception adaptée à la femme ;

- démarrer la vaccination (selon les recommandations du PEV) ;
- assurer les visites post-natales à 6 heures, 6 jours et 6 semaines.

Tous les nouveau-nés doivent bénéficier des soins immédiats dès la naissance. Il s'agit de :

- la prévention du refroidissement ;
- la section et ligature propre du cordon ombilical. Le cordon doit être maintenu propre et sec jusqu'à cicatrisation ;
- les soins des yeux ;
- l'administration de la vitamine K<sub>1</sub> ;
- la pesée ;
- commencer l'allaitement maternel;
- après la naissance ne pas laver le nouveau-né avant les 24 premières heures ; sauf en cas de prévention de la transmission de la Mère à l'enfant du VIH.
- se laver les mains au savon et effectuer les soins du cordon avec la Chlorhexidine 7,1%.

Les soins post-partum englobent les conseils et les soins qui sont offerts à la femme et le nouveau-né à partir de la naissance jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement (42 jours).

Le post-partum se subdivise en trois principales périodes à savoir : le post-partum immédiat c'est-à-dire dans les 2 heures après l'accouchement, le postpartum précoce jusqu'au 7<sup>e</sup> jour après l'accouchement et le post-partum tardif c'est-à-dire 8 à 42 jours après l'accouchement.

La fréquence des visites dans le post-partum obéit à la règle des trois 6 : à la 6<sup>ème</sup> heure, au 6<sup>ème</sup> jour, et à la 6<sup>ème</sup> semaine (42<sup>ème</sup> jour).

Ces soins visent à prévenir les complications immédiates, précoces et tardives des suites des couches et à garantir le retour à l'état antérieur à la grossesse du corps de la femme. Pendant cette période, seront effectuées la promotion de la nutrition et la planification familiale.

Les nouveau-nés qui voient le jour dans les établissements de soins, ne doivent pas être renvoyés chez eux dans les premières 24 heures qui sont cruciales et la naissance devrait être systématiquement déclarée.

Les femmes qui ont accouché dans la communauté et leur nouveau-né doivent être référés par les ASC à la formation sanitaire la plus proche où ils recevront les soins appropriés. Cependant, dans les zones où l'accès au centre de santé est limité, trois visites à domiciles du nouveau-né et de la mère doivent être réalisées par l'ASC, la première dans les 24 heures qui suivent la naissance, la deuxième le 3<sup>ème</sup> jour et la troisième le 7<sup>ème</sup> jour post-natal. L'ASC doit porter ces informations au responsable de l'aire de santé après la première visite.

En cas de signes de danger survenus chez la mère ou le nouveau-né, ces derniers doivent être référés immédiatement dans la formation sanitaire la plus proche.

#### **b.4. Lieux de prestations de la surveillance de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum**

Ces services peuvent être offerts dans les lieux suivants :

- Les formations sanitaires publiques (CSI, CMA, HD/HDA, HR) ;
- Les hôpitaux de référence : centraux, CHU, HG, HGOP... ;
- Les Formations sanitaires privées, laïques et confessionnelles ;
- Les Etablissements sanitaires de la sécurité sociale et des entreprises ;
- Les Etablissements sanitaires des Forces Armées et Police ;
- Les Cabinets médicaux et Cliniques Privées.

### **c. Le suivi et le système de référence/évacuation**

Les utilisatrices des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi de post-partum doivent être informées des exigences de suivi régulier conformément aux normes et être encouragées à revenir auprès du prestataire pour tout problème de santé survenant pendant la grossesse et le post-partum. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence en vigueur selon la pyramide sanitaire.

### **d. Gestion des données**

Toute utilisatrice des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum doit avoir un carnet de santé et un dossier d'accouchement avec partogramme que les prestataires et les utilisatrices sont tenus de conserver de façon adéquate. Tous les services et soins offerts (CPN, accouchement, suivi de post-partum) doivent être consignés dans les registres/outils mis en place à cet effet.

### **e. Supervision**

La supervision des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum doit faire partie de la supervision formative intégrée de la SR et de la formation sanitaire.

### **f. Logistique**

La gestion de la logistique permet d'éviter les ruptures de stocks ou les surplus de produits de la SR nécessaires à la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Les prestataires doivent également veiller au respect des normes de stockage de ces produits de la SR.

## **3.3.4. Cibles**

La cible du suivi prénatal est toute femme enceinte quel que soit l'âge de la grossesse. Le suivi du post-partum concerne également toute femme ayant accouché dans un délai de 42 jours ainsi que son nouveau-né et son conjoint.

## **3.3.5. Organisation du travail**

### **a. Prestataires**

Les dispensateurs de services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi du post-partum sont :

- Les ASC
- Les aides-soignants
- Les infirmiers
- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les pharmaciens
- Les médecins généralistes compétents
- Les gynécologues-obstétriciens

#### **a.1 Qualification et normes selon le niveau**

Niveau communautaire : (voir chapitre correspondant)

Tableau VIII: Normes en personnel par niveau

<b>AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTÉ INTEGRE</b>	
1	Chef de centre qui peut être un infirmier ou SF/ maïeuticien secondé (e) par :
1	Infirmier ou sage-femme/ maïeuticien
2	Aides-soignants
2	ASC
<b>Au niveau du CMA</b>	
1	Médecin-chef
1	Médecin généraliste compétent en SONU
4	Sages-femmes / maïeuticiens
3	Infirmiers
1	Infirmier anesthésiste
4	Aides-soignants
1	Assistant social ou aide-social
1	Technicien de laboratoire
1	Chauffeur
1	Commis de pharmacie
<i>NB : prévoir dans chaque équipe de garde un personnel de santé chargé de la prise en charge du nouveau-né</i>	
<b>Au niveau de L'Hôpital de District</b>	
1	Directeur
1	Médecin gynécologue ou généraliste compétent en chirurgie obstétricale et gynécologique d'urgence
1	Pédiatre
6	Sages-femmes/ maïeuticiens
12	Infirmiers
6	Aides-soignants
1	Assistant social
2	Techniciens de laboratoire
2	Chauffeurs
1	Médecin Anesthésiste
1	Infirmier anesthésiste
2	Personnels de surface
<i>NB : prévoir dans chaque équipe de garde un personnel de santé chargé de la prise en charge du nouveau-né</i>	
<b>Au niveau de l'unité de néonatalogie</b>	
1	Pédiatre généraliste ou néonatalogiste ou médecin généraliste compétent en santé périnatale et néonatale
5	Infirmiers/puéricultrices
3	Aides-soignants
2	Techniciens de surface
<b>Au niveau de la maternité de l'Hôpital Régional/ Central</b>	
2	Gynécologue- obstétriciens
1	Pédiatre
16	Sages-femmes/ maïeuticiens
1	Médecin anesthésiste réanimateur
2	Infirmiers anesthésistes
2	instrumentistes
1	biologiste
2	Techniciens de laboratoire
1	Assistant social
5	Techniciens de surface

<b>Au niveau de l'unité de néonatalogie</b>	
1	Pédiatre généraliste ou néonatalogiste ou médecin généraliste compétent en santé périnatale et néonatale
5	Infirmiers/sages-femmes/ maïeuticiens
3	Aides-soignants
2	Techniciens de surface
<b>Au niveau de la maternité de l'Hôpital Général</b>	
10	Gynécologues obstétriciens
5	Médecins anesthésiste réanimateurs
3	Pédiatre généraliste ou néonatalogiste
2	Médecins généralistes
4	Infirmiers anesthésistes réanimateurs
30	Sages-femmes/ maïeuticiens
30	Aides-soignants
<b>Le service de néonatalogie et de réanimation néonatale</b>	
2	Pédiatres généralistes
1	Pédiatre néonatalogiste
3	Médecins généralistes
1	Anesthésiste réanimateur
9	Infirmiers /puéricultrices
9	Aides-soignants
1	Assistante sociale
2	Techniciens de surface

### **b. Le lieu de travail**

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité ainsi que le respect de la dignité des clientes depuis la consultation, l'achat des produits, jusqu'à l'administration de la méthode.

#### **b.1 Infrastructures**

##### **Au niveau du Centre de Santé Intégré**

<b>Le CSI de santé doit disposer d'au moins :</b>	
1	Salle pour toutes les consultations y compris la CPN
1	Endroit pouvant servir de salle d'attente et de lieu de causerie
1	Salle de travail
1	Salle d'accouchement
1	Salle de suites de couches
1	Salle de soins maternels Kangourou
1	Source d'eau protégée
1	Fosse septique
1	Incinérateur
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades

##### **Au niveau du centre Médical d'Arrondissement**

<b>Le CMA doit disposer d'au moins</b>	
1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de consultation
1	Salle de soins
1	Salle de travail

1	Salle d'accouchement
1	Salle d'hospitalisation
1	Vidoir
1	Incinérateur
1	Salle de soins maternels kangourou
1	Salle de suites de couches
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades

**Au niveau de l'Hôpital de District**

1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de consultation équipée d'échographe
1	Salle de soins et salle d'injection
1	Salle de grossesses pathologiques
1	Salle de travail
1	Salle d'accouchement
1	Salle de suites de couches normales
1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de suites de couches normales
1	Salle de suites de couches pathologiques
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecin
1	Salle d'attente Médecin
1	Bloc opératoire avec bureau d'anesthésistes
1	Salle de réveil
1	Salle post-opératoire
1	Dépôt de sang
1	Unité de soins kangourou pour suivi ambulatoire
1	Unité de néonatalogie avec réanimation
1	Vidoir
1	Incinérateur

**Au niveau de la Maternité de l'Hôpital Régional**

La maternité de l'hôpital régional doit disposer d'au moins	
1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de consultation équipée d'échographe
1	Salle de soins et salle d'injection
1	Salle de grossesses pathologiques
1	Salle de travail
1	Salle d'accouchement
1	Salle de suites de couches normales
1	Salle de suites de couches pathologiques
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecin
1	Salle d'attente Médecin
1	Bloc opératoire avec bureau d'anesthésistes
1	Salle de réveil
1	Salle post-opératoire

2	Bureaux pour les gynécologues
1	Bureau pour le Pédiatre
1	Salle pour échographie
1	Service de néonatalogie avec unité de réanimation néonatale
4	Bureaux dont 1 pour la Maîtresse SFE et 3 pour les responsables d'unités (grossesses pathologiques, suites de couche, travail)
1	Bureau pour l'Anesthésiste
1	Banque de sang
1	Unité de soins kangourou avec une salle d'adaptation hospitalière et une salle de suivi ambulatoire
1	Vidoir
1	Incinérateur

### Au niveau de la Maternité de l'Hôpital Général/ CHU

1	Salle de causerie éducative
1	Salle de consultation équipée d'échographe
1	Salle de soins
1	Salle de grossesses pathologiques
1	Salle de travail
1	Salle d'accouchement
1	Salle de suites de couches
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecins généralistes
1	Salle d'attente
1	Bloc opératoire avec bureau d'anesthésistes
1	Salle de réveil
1	Salle post-opératoire
3	Bureaux pour les gynécologues
1	Bureau pour le Pédiatre
1	Salle pour échographie
4	Bureaux pour les Majors
1	Bureau pour l'Anesthésiste
1	Banque de sang
1	Service de néonatalogie avec unité de réanimation néonatale.
1	Unité de soins kangourou avec une salle d'adaptation hospitalière et une salle de suivi ambulatoire
1	Vidoir
1	Incinérateur

### b.2 Le matériel et l'équipement

<b>Pour les tables</b>	
4	Tables pour 3000 accouchements/an
3	Tables pour une structure faisant entre 800 et 3000 accouchements/an
2	Tables pour une structure faisant entre 500 et 800 accouchements/an
1	Table pour moins de 500 accouchements/an
Pour les boîtes d'accouchements :	
20	Boîtes pour 10 accouchements et plus/j
10	Boîtes entre 5 et 10 accouchements/j
05	Boîtes pour moins de 5 accouchements/j

Lits pré et post-partum : 10 lits pour 4000 accouchements par an

Les quantités de matériel proposées pour les différents niveaux constituent donc des minimas qui devraient être réajustés en fonction des activités des structures.

### Au niveau du centre de Santé intégré

Il doit disposer :

1	Fichier de référence
1	Table d'accouchement
1	Table chauffante
1	Escabeau
1	Pèse-bébé mécanique et toise pour bébé
1	Chaise
1	Coin du nouveau-né
1	Armoire
1	Pèse-personne et toise
1	Tensiomètre
1	Stéthoscope obstétrical
1	Stéthoscope médical
1	Potence
1	Réchaud à gaz ou à pétrole

### Au niveau du Centre Médical d'Arrondissement

Il doit disposer de :

1	Fichier pour référence
1	Poubelle à pédale
1	Armoire métallique
1	Table d'accouchement
1	Table chauffante de fabrication locale
1	Escabeau
1	Chaise
1	Lampe tempête ou à gaz
1	Réchaud à gaz / un fourneau
1	Tabouret à hauteur réglable
1	Pèse personne + toise
1	Pèse bébé
1	Réfrigérateur
1	Poupinel
1	Lampe baladeuse
1	Pissette
1	Bistouri électrique
3	Cuvettes
1	Ballon de ventilation de 250 à 500 ml de volume avec masque de nouveau-né N°0 et 1
1	Masque facial pour ventilation Numéro 0 et 1
1	Dispositif d'aspiration de mucosités ou la poire
1	Thermomètre électronique
1	Toise couchée
1	Ruban métrique
2	Tensiomètres
3	Stéthoscope obstétrical
2	Stéthoscopes médicaux
3	Potences



Cameroun

3	Boîtes d'accouchement avec :
	1 Paire de ciseaux courbes, bouts arrondis 23 cm
	2 Pincés de Kocher
	1 Porte aiguille
	1 Pince à disséquer
	1 Sonde vésicale métallique
	1 Sonde molle
	1 Boîte d'épisiotomie avec
	1 Paire de ciseaux droits
	1 Pince porte aiguille
	1 Pince à disséquer avec griffes
	1 Pince à disséquer sans griffes
	2 pincés de Kelly
	2 Spéculums moyens bivalves
	2 Spéculums grands bivalves
	2 Paires de valves
2	Plateaux rectangulaires inox 30 x 20
2	Haricot
2	Tambours petit modèle
1	Tambour moyen
3	Bassins en plastique
2	Seaux en plastique de 10 litres
1	Chariot
1	Garrot
2	Thermomètres
10	Des alèses en plastique 90 cm x 180
1	Aspirateur de mucosités électrique
1	Aspirateur manuel de mucosités ou poire
1	Sonde oro-gastrique pour gavage num 6 et 8
1	Ventouse obstétricale
1	Bureau de la Sage-femme/ maïeuticien
1	Extracteur d'oxygène
Des outils de gestion :	
1	Registre accouchement, fiches de liaison et dossiers d'accouchement avec partogramme
1	Registre de consultations post-natales
1	Registre pour la référence
1	Registre pour la CPN
1	Registre de transmission
1	Registre SAA
1	Registre nouveaux nés malades
1	Registre de décès maternel
1	Registre de décès périnatales et néonatales
La salle de travail doit avoir	
1	Lit + matelas
1	Table
1	chaise
1	Bassin de lit
1	Potence
	Des dossiers d'accouchement avec partogramme
Les salles de mise en observation / suites de couches doivent avoir :	
2	Lits + matelas avec housse en toile et moustiquaire imprégnée d'insecticide + potence + bassin + table de chevet

4	Chaises pour visiteurs
N B : pas de berceaux dans le souci de promouvoir l'AME	

**Au niveau de l'Hôpital de District**

Il doit disposer de :

Matériel sanitaire et équipement	
1	Lampe d'examen
1	Pèse personne + toise
1	Pèse bébé
1	Table avec lampe chauffante de fabrication locale
1	Ballon de ventilation de 250 à 500 ml de volume avec masque facial nouveau-né N°0 et 1
1	Aspirateur de mucosités électrique ou manuel (poire) pour le nouveau-né
1	Horloge avec trotteuse
1	Canule de Guedel ou de Mayo
1	Dispositif pour oxygène et lunettes nasales pour nouveau-né
1	Masque adulte
1	Toise couchée
2	Rubans métriques
2	Tensiomètres
2	stéthoscopes obstétricaux
2	stéthoscopes médicaux
2	Poubelles à pédale
4	potences boîtes
2	Boîtes rectangulaires à instrument 31 x 20 x 6
2	Valves vaginales
5	Boîtes d'accouchement avec chacune :
	1 Paire de ciseaux courbes, bouts arrondis 23 cm
	2 Pincés de Kocher
	1 Porte aiguille
	1 Pince à disséquer
	1 Sonde vésicale métallique
	1 Sonde molle
	1 Boîte d'épisiotomie avec
	1 Paire de ciseaux droits
	1 Pince porte aiguille
	1 Pince à disséquer avec griffes
	1 Pince à disséquer sans griffes
	2 pincés de Kelly
	2 Spéculums moyens bivalves
	2 Spéculums grands bivalves
	2 Paires de valves
2	Boîtes d'épisiotomie avec chacune :
	1 Paire de ciseaux à fil
	1 Pince porte aiguille
	1 Pince à disséquer avec griffes
	1 Pince à disséquer sans griffes
	2 Pincés d'hémostase
	1 Paire de ciseaux d'épisiotomie
5	Spéculums moyens bivalves en inox
5	Spéculums grands bivalves en inox
4	Plateaux rectangulaires inox 30x20

2	Haricots
3	Tambours (moyen modèle)
5	Bassins de lit
3	Seaux en plastique de 10 litres
2	Chariots
2	Garros
4	Thermomètres électroniques
2	Alèses en plastique 90 cmx180
3	Pissettes pour antiseptiques
1	Echographe
2	Ventouses
2	KITS AMIU
	Des outils de gestion :
	Des fiches de liaison
	Des dossiers d'accouchement avec partogramme
1	registre d'accouchement
2	registres de consultations post-natales (1 pour les mères et 1 pour les nouveau-nés)
1	registre SAA
1	registre pour la référence
1	registre pour la CPN
1	registre nouveau-nés malades
1	registre de décès maternels
1	Registre de décès périnataux
1	Registre de décès néonataux
1	Groupe électrogène
1	Générateur d'oxygène

• Mobilier de l'hôpital de district :

Mobilier	Salle d'accouchement	Suites de couches	Salle de Travail	Salle de Garde	Bureau Major
Tables d'accouchement	2	-	-	-	-
Table avec lampe chauffante	1	-	-	-	-
Armoire	1	-	-	1	1
Escabeaux	2	-	1	-	1
Bureau	1	1	1	1	1
Chaises	2	5	1	2	2
Poubelles à pédales	1	1	1	1	1
Frigidaire	1	-	-	1	-
Réchaud à gaz	1	-	-	-	-
Lampe torche	1	1	1	1	1
Lit + matelas + housse	-	10	2	2	-
Table de chevet	-	10	-	-	-
Ventilateur /climatiseur	1	1	1	1	1
Table gynécologique	-	-	-	-	1
Fichier	-	-	-	-	1

<b>Unité Kangourou : Salle de suivi ambulatoire</b>	
1	Salle de consultation
1	Lit avec matelas et dossier fait de planche (position grand oreiller)
1	lavabo avec robinet à eau courante
1	douche à proximité
2	seaux de 5l avec couvercle, Sondes de gavage num 06
1	toise
1	Pèse bébé
3	Thermomètres
3	Rubans mètres
1	Registre
1	Bureau
1	Chaise confortable pour la mère
1	Téléviseur

### Au niveau de L'Hôpital Régional /Hôpital Central

Il doit disposer de :

<b>Dans la salle d'accouchement</b>	
5	Tables d'accouchement
1	Table avec lampe chauffante industrielle ou de fabrication locale
2	Extracteur d'oxygène
1	Armoire
5	Escabeaux
1	Bureau
2	Chaises
2	Poubelles à pédales
1	Frigidaire
1	Réchaud à gaz
1	Lampe torche
<b>Dans la salle de suites de couches</b>	
5	Chaises
1	Poubelle grand modèle à pédales
10	Lits + matelas + housses + moustiquaires (MILDA)
10	Tables de chevet
<b>Dans la salle de travail :</b>	
2	Lits + matelas + housses
1	Chaise
1	Bureau
1	Ventilateur
<b>Dans la salle de garde :</b>	
1	Armoire
1	bureau
1	chaise
1	Frigidaire
2	Lits + matelas + housses
1	Ventilateur
<b>Dans le bureau de la Major :</b>	
1	Armoire
1	Escabeau
1	Bureau
2	Chaises

1	Frigidaire
1	Climatiseur
1	Fichier
1	Table gynécologique
<b>Dans la salle de réveil</b>	
6	Lits + matelas + housses + MILDA + bassins de lits
6	Potences
6	Bouches d'oxygène
1	Ventilateur
1	Lampe à gaz
1	Bureau
1	Chaise
6	Tables de chevet
<b>Dans la salle de Post-Opératoire</b>	
8	Lits réglables
8	Tables de chevet
4	Boîtes de pansement
1	Circuit pour eau chaude
3	Tambours moyens
2	Chariots
1	Armoire métallique
1	Fichier
1	Bureau pour le responsable
2	Chaises visiteurs
1	Fauteuil roulant
1	Poubelle à pédales
3	Seaux de 10 litres avec couvercle
1	Pèse bébé mécanique
2	Pissettes pour antiseptiques
<b>Dans le bloc opératoire</b>	
1	Autoclave
1	Poupinel
1	Bouche d'oxygène
1	Aspirateur
1	Groupe électrogène
10	Boîtes pour césarienne
1	Masque facial num O et 1 pour ventilation
1	ballon de ventilation de 250ml-500ml
2	Boîtes pour forceps
5	Boîtes pour laparotomie (cf annexe pour le contenu)
5	Boîte pour hystérectomie (cf annexe pour le contenu)
10	Tambours grand modèle pour linge
10	Valves
2	Boîtes de curetage
1	Boîte pour ventouse
1	Dépôt de sang
4	Seringues AMIU bivalves
1	Table avec lampe chauffante industrielle
<b>Dans l'unité de néonatalogie</b>	
6	Lits de néonatalogie
2	Sources d'eau
3	Générateurs d'oxygène
2	Appareils de photothérapie

1	Table avec lampe chauffante
2	Aspirateurs électriques et manuels de mucosités
3	Ballons de ventilation avec masques nouveau-né avec masques n°0 et 1
2	Couveuses
2	Glucomètres
2	Enceintes de hood
6	Thermomètres électroniques
2	Chariots de soins
1	Pèse bébé mécanique
2	Poubelles à pédale
<b>• Dans l'unité kangourou</b>	
<b>Dans la salle d'adaptation hospitalière</b>	
4	Lits inclinés
4	Chaises pliantes de chevet
<b>Dans la salle de suivi ambulatoire</b>	
1	Table de consultation de fabrication locale (table inclinée)
1	Toise
3	Thermomètres électroniques
2	Pèses bébé
3	Rubans métriques
1	Registre
1	Bureau
1	Chaise confortable pour la maman
1	Téléviseur

#### **Au niveau de la maternité de l'hôpital Général/ CHU**

Elle doit disposer du même matériel et équipement que l'Hôpital régional/ Central, mais en augmentant le nombre. Elle doit aussi disposer d'équipement pour laboratoire pour le bilan biologique de surveillance de la grossesse et les complications obstétricales. Elle doit également disposer de mobilier et équipement pour.

<b>La maternité de l'hôpital général/ CHU doit disposer de mobilier et équipement pour :</b>	
Césarienne et réanimation néonatale	
Coelioscopie	
Mini laparotomie	
Hystérectomie	
Echo-doppler	
Ventouse	
Forceps	
Radiopelvimétrie	
<b>Dans le service de néonatalogie et de réanimation néonatale :</b>	
12	Lits (mère et nouveau-né)
4	Sources d'eau
6	Générateurs d'oxygène
1	Circuit air-oxygène
4	Appareils de photothérapie
2	Tables avec lampe chauffante
4	Aspirateurs électriques ou manuels
4	Ballons de ventilation avec masques nouveau-nés
4	Couveuses
6	Glucomètres
10	Enceintes de hood

6	Thermomètres électroniques
4	Chariots de soins
4	Appareils de ventilation spontanée en pression expiratoire positive (VS-PEP) CPAP (fabrication artisanale possible)
2	Appareils de ventilation assistée
2	Boîtes d'intubation trachéale avec lame droite N° 0 et 1
6	Seringues électriques (dosicair ou régulateur de débit)
4	Boîtes de cathétérisme ombilical
<b>Dans l'unité kangourou</b>	
<b>Dans la salle d'adaptation intra-hospitalière</b>	
4	Lits inclinés
4	Chaises pliantes de chevet
<b>Dans la salle de suivi ambulatoire</b>	
1	Table de consultation de fabrication locale (table inclinée + lit avec matelas)
1	Toise blanche
2	Thermomètres électroniques
3	Rubans métriques
3	Registre
1	Bureau
1	Chaise confortable pour la mère
1	Téléviseur

### b.3 Médicaments et consommables par niveau

Médicaments	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Kits produits accouchements	+	+	+	+	+
Kits produits césariennes		+	+	+	+
Kits réanimation néonatale	+	+	+	+	+
Fer acide folique	+	+	+	+	+
Sels de quinine injectables	+	+	+	+	+
Ampicilline injectable	+	+	+	+	+
Pénicilline sodique	+	+	+	+	+
Amoxicilline	+	+	+	+	+
Amoxicilline-acide clavulanique	+	+	+	+	+
Ceftriaxone	+	+	+	+	+
Cefotaxime		+	+	+	+
Erythromycine	+	+	+	+	+
Metronidazole	+	+	+	+	+
Floxapen 1 g	+	+	+	+	+
Sulphadoxine pyriméthamine	+	+	+	+	+
AZT et Névirapine	+	+	+	+	+
Pénicilline procaïne	+	+	+	+	+
Salbutamol injectable /Suppo		+	+	+	+
Diazépam comprimé/injectable	+	+	+	+	+
Sulfate de magnésium injectable		+	+	+	+
Ergométrine		+	+	+	+
Alpha méthyl dopa		+	+	+	+
Ocytocine	+	+	+	+	+
Dexaméthasone ou betaméthasone	+	+	+	+	+
Atropine 0,25		+	+	+	+
Métoclopramide	+	+	+	+	+
Gentamicine 10mg – 40mg – 80mg	+	+	+	+	+
S.G. 5%	+	+	+	+	+
S.G. 10%	+	+	+	+	+

Médicaments	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Sérum sale isotonique	+	+	+	+	+
Macromolécules		+	+	+	+
Kétamine		+	+	+	+
Bupivacaine hyperbare		+	+	+	+
Fentanyl		+	+	+	+
Xylocaïne 1% sans adrénaline	+	+	+	+	+
Oxygène		+	+	+	+
Misoprostol		+	+	+	+
Vitamine K1	+	+	+	+	+
Vitamine A	+	+	+	+	+
Acide acétyl salicylique	+	+	+	+	+
Collyre antiseptique (povidone iodée)	+	+	+	+	+
Tétracycline pommade ophtalmique	+	+	+	+	+
Formol		+	+	+	+
Paracétamol cp	+	+	+	+	+
Bromu N-Butyle Hyocine	+	+	+	+	+
Acide folique 5 mg	+	+	+	+	+
Polyvidone iodée dermique	+	+	+	+	+
Méthotrexate			+	+	+
SAT	+	+	+	+	+
BCG	+	+	+	+	+
Oral Polio	+	+	+	+	+
Vaccin anti HBs à la naissance	+	+	+	+	+
Coton hydrophile	+	+	+	+	+
Coton	+	+	+	+	+
Compresse	+	+	+	+	+
Perfuseur	+	+	+	+	+
Transfuseur		+	+	+	+
Ether		+	+	+	+
Dakin	+	+	+	+	+
Alcool	+	+	+	+	+
Dispositif d'aspiration de mucosités ou poire	+	+	+	+	+
Masque facial pour ventilation	+	+	+	+	+
Ballon 250 à 500 ml pour ventilation	+	+	+	+	+
Doigtier	+	+	+	+	+
Gants	+	+	+	+	+
Allumettes	+	+	+		
Sparadrap	+	+	+	+	+
Cathelon 16-18, 22 - 24G	+	+	+	+	+
Vicryl	+	+	+	+	+
Epicrânienne	+	+	+	+	+
Clamp de bar	+	+	+	+	+
Sondes oro-gastrique 6 et 8	+	+	+	+	+

### 3.3.6. Système de référence / contre-référence

Dans le cadre du système de santé, chaque structure doit référer au niveau supérieur les personnes dont l'état médical est complexe pour faire le diagnostic, le traitement et le suivi. La relation entre cette structure de référence et l'unité de premier contact constitue le système d'orientation et de contre-référence.

Principes de base du système d'orientation / contre-référence :



- Ce qui n'est pas faisable à un niveau donné du système, doit être fait au niveau immédiatement supérieur (structure de référence).
- Le système ne doit comporter aucune discontinuité.
- Il faut éviter les chevauchements et les concurrences dans l'offre de services afin d'empêcher le gaspillage, qui nuirait à l'efficacité des structures.

#### **a. L'emploi du temps et l'intégration avec les autres services de SR**

Le service de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum doit être offert dans le cadre de l'intégration des services de la SR et cela tous les jours ouvrables.

### **3.3.7. Accessibilité et décentralisation des services de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum**

L'offre de services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle doit l'être également au niveau communautaire par le biais des ASC, en particulier, pour l'information sur les signes de danger et la promotion de l'accouchement assisté, ainsi que la référence et la recherche des perdues de vue. Elle doit être intégrée aux stratégies avancées et mobiles de SR dans le but d'améliorer l'accessibilité de certaines zones aux services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum.

### **3.3.8. Qualité des services de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum**

Pour que les services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-partum soient de qualité, les éléments suivants sont indispensables :

- Les soins doivent être personnalisés
- Les clients doivent être traités avec dignité et diligence
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle.
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les services offerts
- Les services doivent être propres et avoir un circuit des clients bien organisé.
- Les services doivent être disponibles 24h/24 et 7j/7
- Le matériel et les équipements doivent être disponibles et entretenus.
- La supervision doit être intégrée et concerner tout le personnel impliqué.

### **3.3.9. Système d'information de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum**

Dans le cadre du monitoring des activités de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum, les indicateurs de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation et de couverture (Contact1, Contacts 6, et 84, accouchement assisté, CPoN, etc.) doivent être calculés et transmis selon la chaîne de transmission des rapports d'activités.

### **3.3.10. Référence en suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum**

Lorsque les services de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum adéquats ne sont pas disponibles ou lorsque des complications sont prévisibles, le prestataire devra assurer la référence du client selon la pyramide sanitaire.

### **3.4. NORMES DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU)**

#### **3.4.1. Définition**

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sont des soins réservés aux femmes enceintes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveau-nés présentant des pathologies ou complications gravido-puerpérales nécessitant un traitement immédiat sans délai et fourni 24h sur 24.

#### **3.4.2. Justification de la stratégie de SONU**

Toute femme et/ou son fœtus peut souffrir de complications durant la grossesse. En effet, des recherches ont montré que, même bien conduit, le suivi prénatal ne peut identifier toutes les femmes qui présenteront des complications. Ces complications représentent environ 15% des grossesses et c'est parmi celles-ci que l'on comptera les décès maternels. Cependant, pratiquement toutes les complications obstétricales peuvent être traitées. D'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la prise en charge de ces complications par le biais des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. La réduction de la mortalité maternelle, périnatale et néonatale nécessite que les complications soient identifiées précocement et traitées à temps par un personnel compétent.

Le modèle des "trois retards" s'est avéré utile dans la conception des programmes visant à gérer les complications obstétricales. Ces 3 retards sont :

- Retard d'identification des signes de danger et de décision pour consulter les services de santé
- Retard pris pour arriver à l'établissement de santé
- Retard pris pour recevoir un traitement adéquat à l'établissement de santé

Les SONU permettent de réduire le 3ème retard.

#### **3.4.3. Composantes des SONU**

Selon le niveau de soins, on distingue les formations sanitaires SONU de base (SONUB) et les formations sanitaires SONU complets (SONUC).

Pour qu'une formation sanitaire soit qualifiée SONUB, elle doit offrir les fonctions suivantes :

1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale
2. Administration d'ocytociques par voie parentérale
3. Administration des anticonvulsivants par voie parentérale
4. Extraction des débris intra utérins dans le cadre des SAA (AMIU)
5. Délivrance manuelle du placenta
6. Accouchement par voie basse assisté par ventouse ou forceps
7. Réanimation du nouveau-né

Les formations sanitaires qualifiées SONUC offrent en plus des 7 fonctions SONUB, les deux fonctions suivantes :

1. La pratique de la césarienne (et la chirurgie pour GEU)
2. La transfusion sanguine

#### **3.4.4. Objectifs**

Les objectifs de la politique nationale en matière de SONU sont les suivants :

- rendre disponible les SONU sur l'ensemble du territoire national par :
  - le renforcement des capacités du personnel en SONU;

- l'équipement des formations sanitaires selon les normes SONU;
  - la mise à niveau de chaque hôpital de district pour l'offre de SONUC;
  - la mise à niveau de chaque CMA pour l'offre de SONUB ;
  - la mise à niveau de tous les CSI pour l'offre de SONUB en priorisant ceux couvrant les populations dans un rayon de plus de 10 km et les CSI faisant plus de 20 accouchements par mois;
- promouvoir l'utilisation des services de SONUB et SONUC ;
  - améliorer la qualité des SONU offerts dans le pays ;
  - assurer un monitoring trimestriel des SONU.

### **3.4.5. Organisation du travail**

#### **a. Prestataires**

Les dispensateurs des SONU sont des prestataires ayant reçu une formation en SONU :

- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les aides-soignants/infirmiers
- Les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Les médecins généralistes
- Les médecins spécialistes : pédiatres, chirurgiens, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes réanimateurs

#### **b. Emploi du temps**

Les services de SONU doivent être disponibles 24 heures /24 et 7j/7.

### **3.4.6. Système d'information et de gestion**

Dans le cadre du suivi, les indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des SONU seront collectés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire offrant ces services (CSI, CMA, Hôpitaux). Un monitoring trimestriel doit être réalisé.

### **3.5. NORMES POUR LA SANTÉ PERINATALE ET NEONATALE**

#### **3.5.1. Définition**

##### **a. Période périnatale**

Elle va de la 22<sup>ème</sup> semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale (les sept premiers jours de la vie).

##### **b. La période néonatale**

Elle va du premier au 28<sup>ème</sup> jour de vie.

Elle est divisée en deux parties :

- la période néonatale précoce qui concerne les sept premiers jours de la vie
- la période néonatale tardive qui va du 8<sup>ème</sup> jour jusqu'à la fin du 28<sup>ème</sup> jour après la naissance

#### **3.5.2. Justification et intérêt des interventions en santé néonatale**

La mortalité néonatale au Cameroun est restée stagnante avec un taux de décès néonatal de 31 décès pour 1000 naissances vivantes et 28 décès pour 1000 naissances entre 2011, et 2014, d'où l'intérêt d'accorder une importance aux soins du nouveau-né.

#### **3.5.3. Objectifs et stratégies de réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale**

La politique néonatale de santé vise à :

- Rendre disponible les services des soins du nouveau-né de qualité au niveau des formations sanitaires ;
- Améliorer les connaissances des populations en soins essentiels du nouveau-né pour une meilleure utilisation des services et une meilleure implication dans la prise en charge du nouveau-né

#### **3.5.4. Les composantes du paquet de soins**

**Avant la conception et pendant la grossesse** voir CPN

**A l'accouchement** : voir le paquet de CPN. En plus il faut la présence d'un personnel formé en soins du nouveau-né ou d'un pédiatre pendant l'accouchement.

**Après l'accouchement** :

- Soins immédiats du couple mère-nouveau-né
- Surveillance intensive et immédiate pendant les 6 premières heures de vie de la mère et du nouveau-né,
- Suivi post -natal de la mère et du nouveau-né
- Identification et prise en charge précoce des signes de danger et affections mineures,
- vaccinations du nouveau-né
- Administration de la vitamine A à la mère
- poursuite la PTME,
- conseils sur la Planification Familiale, l'alimentation de la mère allaitante,
- l'utilisation continue de fer et d'acide folique, utilisation de Moustiquaires Imprégnées
- .sensibilisation de l'accouchée/famille/communauté sur les soins à domicile du couple mère-enfant, et l'identification précoce des signes de danger (mère/nouveau -né) et retour immédiat à la formation sanitaire.

- Planification des rendez-vous réguliers des CPoN intégrés du couple mère et nouveau-né,

### **3.5.5. L'offre de services de santé périnatale et néonatale**

Les services doivent être accessibles, disponibles et respectant les normes de qualité des services de SRMNIA. Un circuit de la mère et du nouveau-né doit être organisé dans chaque structure en prenant en compte, la communication, l'accueil et l'orientation. Les services de santé péri et néonatale incluent aussi la mobilisation sociale et la CCC.

Les services de surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum doivent être offerts selon les techniques éprouvées et les directives spécifiques pour chaque niveau, par des prestataires habilités à fournir ces services, formés à cet effet et dans des locaux adéquats. Ces services varient selon la période : pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum.

#### **a. Surveillance pendant la grossesse (Voir CPN)**

**b. La surveillance du Travail d'accouchement** voir CPN et nécessité de la présence d'un pédiatre ou d'un personnel formé en soins du nouveau-né en salle d'accouchement. L'identification sur le partogramme des signes d'asphyxie périnatale, et l'anticipation de la réanimation néonatale sont les phases capitales de cette surveillance.

#### **c. Surveillance du post-partum**

Les objectifs des soins du post-partum visent à :

- effectuer le suivi des suites des couches ;
- prendre en charge les problèmes de santé dépistés ;
- assurer la PTME en post-partum ;
- donner des conseils pour la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), l'alimentation de la mère allaitante, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA), la supplémentation en vitamine A chez la mère et la prévention de l'anémie chez la mère et le nouveau-né prématuré ;
- offrir des soins essentiels au nouveau-né
- proposer une méthode de contraception adaptée à la mère ;
- démarrer le PEV ;
- assurer la surveillance intensive de la mère et du nouveau-né pendant les 6 premières de vie
- assurer la consultation post natale avant la sortie de la maternité (dans les 48 à 72 heures), au 6<sup>ème</sup> jour de vie (tout au moins entre le 6<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour de vie) et à 6 semaines.

### **3.5.6. Organisation du travail**

#### **a. Lieu de travail**

Ces services peuvent être offerts dans les lieux suivants :

- Les formations sanitaires publiques (CSI, CMA, HD/HDA, HR) ;
- Les hôpitaux de référence : centraux, CHU, HG,
- Les Formations sanitaires privées, laïques et confessionnelles ;
- Les Etablissements sanitaires de la sécurité sociale et des entreprises ;
- Les Etablissements sanitaires des Forces Armées et Police ;
- Les Cabinets médicaux et Cliniques Privées.

**b. Infrastructures****Au niveau du Centre de Santé Intégré**

<b>Le CSI de santé doit disposer d'au moins :</b>	
1	Salle pour toutes les consultations y compris la CPN
1	Endroit pouvant servir de salle d'attente et de lieu de causerie
1	Salle de soins maternels Kangourou
1	Source d'eau protégée
1	Fosse septique
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades

**Au niveau du Centre Médical d'Arrondissement**

<b>Le CMA doit disposer d'au moins</b>	
1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de consultation
1	Salle de soins
1	Salle d'hospitalisation
1	Vidoir
1	Incinérateur
1	Salle de soins maternels kangourou
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades

**Au niveau de l'Hôpital de District**

1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de soins et salle d'injection
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecin
1	Dépôt de sang
1	Unité de soins kangourou pour suivi ambulatoire
1	Unité de néonatalogie avec réanimation

**Au niveau de la Maternité de l'Hôpital Régional**

<b>La maternité de l'hôpital régional doit disposer d'au moins</b>	
1	Salle d'attente servant de lieu de causerie
1	Salle de soins et salle d'injection
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecin
1	Bureau pour le Pédiatre
1	Service de néonatalogie avec unité de réanimation néonatale
4	Bureaux dont 1 pour la Maîtresse SFE et 3 pour les responsables d'unités (grossesses pathologiques, suites de couche, travail)
1	Bureau pour l'Anesthésiste
1	Banque de sang
1	Unité de soins kangourou avec une salle d'adaptation hospitalière et une salle de suivi ambulatoire

**Au niveau de la Maternité de l'Hôpital Général/ CHU**

1	Salle de causerie éducative
1	Salle de soins
1	Salle de suites de couches
1	Salle de garde pour le personnel
1	Salle de toilette pour le personnel
1	Salle de toilette pour les malades
1	Bureau pour Médecins généralistes
1	Bureau pour le Pédiatre
4	Bureaux pour les Majors
1	Banque de sang
1	Service de néonatalogie avec unité de réanimation néonatale.
1	Unité de soins kangourou avec une salle d'adaptation hospitalière et une salie de suivi ambulatoire

**c. Prestataires**

La mise en œuvre de la politique de services de santé péri et néonatale nécessite un personnel qualifié ayant des compétences basées sur l'exécution des tâches bien codifiées, suffisant avec une répartition géographique appropriée et motivée

La prise en charge de la santé périnatale et néonatale nécessite :

- une équipe multidisciplinaire centrée sur le couple mère-enfant : obstétricien. Pédiatre généraliste, Pédiatre Néonatalogiste, Médecin généraliste, Sage-femme, infirmiers, sage-femme et aide infirmier, travailleurs sociaux, psychologue, agents de santé communautaire,
- une description précise des tâches de chaque prestataire,
- la présence d'une deuxième personne pour aider à un besoin éventuel de réanimation et pour aménager un coin du nouveau-né ;

**d. Lieu de travail :** Coin du nouveau-né en Maternité

**e. Infrastructures, Matériels et équipement**

<b>CSI-CMA</b>	<b>HD-HR</b>	<b>HG-CHU-HGOPY-HGOPEd</b>
Fiche d'algorithmes de PEC à afficher	Fiche d'algorithme de PEC à afficher	Fiche d'algorithme de PEC à afficher
Horloge avec trotteuse	horloge avec trotteuse	Horloge avec trotteuse
Extracteur d'oxygène	Extracteur d'oxygène	Extracteur d'oxygène
	Bouteille d'oxygène	Bouteille d'oxygène
Petite bouteille d'oxygène de transport	Petite bouteille d'oxygène de transport	Petite bouteille d'oxygène de transport
	Manodétendeur à oxygène	Manodétendeur à oxygène
	Barboteuse à oxygène	Barboteuse à oxygène
Ballon d'oxygène pour nouveau-né en silicone (250ml à 500ml)	Ballon d'oxygène pour nouveau-né en silicone (250ml à 500ml)	Ballon d'oxygène pour nouveau-né en silicone (250ml à 500ml)
Masque facial N°00, 0 et 1	Masque facial N°00, 0 et 1	Masque facial N°00, 0 et 1
Canule de Guédel ou de Mayo	Canule de Guedel ou de Mayo	Canule de Guedel ou de Mayo
	Aspirateur électrique des mucosités	Aspirateur électrique des mucosités

<b>CSI-CMA</b>	<b>HD-HR</b>	<b>HG-CHU-HGOPY-HGOPED</b>
Stéthoscope	Stéthoscope	Stéthoscope
Poire d'aspiration manuelle	Poire d'aspiration manuelle	Poire d'aspiration manuelle
Equipement pour PPC nasale (CPAP)	Equipement pour PPC nasale (CPAP)	Equipement pour PPC nasale (CPAP)
		Equipement pour respiration assistée
Pèse bébé mécanique	Pèse bébé mécanique	Pèse bébé mécanique
	Pèse bébé électronique	Pèse bébé électronique
Thermomètre électronique	Thermomètre électronique	Thermomètre électronique
Lunette nasale pour nouveau-né	Lunette nasale pour nouveau-né	Lunette nasale pour nouveau-né
Mesurette de 10 ml (tasse)	Mesurette de 10 ml (tasse)	Mesurette de 10 ml (tasse)
Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)	Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)	Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)
Linge pour mère et nouveau	Linge pour mère et nouveau	Linge pour mère et nouveau
sécurisation du bébé : large chemise de coton, morceau de couverture, Solution de décontamination ou désinfection	sécurisation du bébé : large chemise de coton, morceau de couverture, Solution de décontamination ou désinfection	sécurisation du bébé, large chemise de coton, morceau de couverture, Solution de décontamination ou désinfection
Seau de 5L avec couvercle	Seau de 5L avec couvercle	Seau de 5L avec couvercle

<b>Dans l'unité de néonatalogie</b>	
6	Lits pour la mère et le nouveau-né
2	Sources d'eau
3	Générateurs d'oxygène
2	Appareils de photothérapie
1	Table avec lampe chauffante
2	Aspirateurs électriques et manuels de mucosités
3	Ballons de ventilation avec masques n°0 et 1 pour nouveau-né
2	Couveuses
4	berceaux
2	Glucomètres
2	Enceintes de hood
6	Thermomètres électroniques
2	Chariots de soins
1	Pèse bébé mécanique
2	Poubelles à pédale

- l'anticipation de la préparation de l'accouchement inclue la disponibilité d'un matériel de réanimation néonatale fonctionnel



## - Médicaments et consommables par niveau

Médicaments	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Kits réanimation néonatale	+	+	+	+	+
Fer acide folique	+	+	+	+	+
Sels de quinine injectables	+	+	+	+	+
Ampicilline injectable	+	+	+	+	+
Pénicilline sodique	+	+	+	+	+
Amoxicilline	+	+	+	+	+
Benzathine pénicilline injectable					
Amoxiciline-acide clavulanique	+	+	+	+	+
Ceftriaxone	+	+	+	+	+
Cefotaxime		+	+	+	+
Phénobarbital injectable (forme aqueuse)	-	+	+	+	+
Erythromycine	+	+	+	+	+
Metronidazole	+	+	+	+	+
Sulphadoxinepyrimethamine	+	+	+	+	+
AZT et Névirapine	+	+	+	+	+
Pénicilline procaïne	+	+	+	+	+
Salbutamol injectable /Suppo		+	+	+	+
Diazépam injectable /gouttes	+	+	+	+	+
Dexaméthasone ou betaméthasone	+	+	+	+	+
Atropine 0,25		+	+	+	+
Métoclopramide	+	+	+	+	+
Gentamicine injectable – 40mg – 80mg	+	+	+	+	+
S.G. 5%	+	+	+	+	+
S.G. 10%	+	+	+	+	+
Sérum sale isotonique	+	+	+	+	+
Macromolécules		+	+	+	+
Oxygène		+	+	+	+
Vitamine K1	+	+	+	+	+
Vitamine A	+	+	+	+	+
Acide acétyl salicylique	+	+	+	+	+
Tétracycline pommade ophtalmique	+	+	+	+	+
Paracétamol cp/sirop	+	+	+	+	+
Acide folique 5 mg	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+
Chlorehexidine 7,1% pour soins du cordon ombilical					
Chlorehexidine 5% pour soins du nouveau-né exposé					
BCG	+	+	+	+	+
Oral Polio	+	+	+	+	+
Vaccin contre l'Hépatite B à la naissance	+	+	+	+	+
Coton hydrophile	+	+	+	+	+
Compresse stérile	+	+	+	+	+
Perfuseur	+	+	+	+	+
Séringues 5cc, 2cc, 10cc, à insuline	+	+	+	+	+
Transfuseur		+	+	+	+
Alcool	+	+	+	+	+
Dispositif d'aspiration de mucosités ou poire	+	+	+	+	+

Médicaments	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Masque facial pour ventilation	+	+	+	+	+
Ballon 250 à 500 ml pour ventilation	+	+	+	+	+
Gants	+	+	+	+	+
Sparadrap	+	+	+	+	+
Cathelon 16-18, 22 - 24G	+	+	+	+	+
Epicrânien G23	+	+	+	+	+
Clamp de Barr	+	+	+	+	+
Sondes oro-gastrique 6 et 8	+	+	+	+	+

### 3.5.7. Référence-contre référence

- Emploi de temps

L'offre de services de soins aux nouveau-nés doit s'intégrer aux autres services en particulier la CPN, CPON, et les services de maternité et cela tous les jours 24h/24 et 7 jours sur 7 et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- Accessibilité
  - la disponibilité et l'utilisation de registres de transfert;
  - la disponibilité de mécanismes de financement des transferts;
- Qualité de soins
  - La médicalisation du transfert des patients, la disponibilité et l'utilisation de protocoles de soins au cours du transport par un personnel formé ;
  - un feed-back régulier entre les différents acteurs
  - La communication verbale et écrite à travers la disponibilité et l'utilisation de fiches de références et contre-référence harmonisées ;

### 3.5.8. Le système d'information

Le système d'information et de gestion doit intégrer les indicateurs de santé péri et néonatale et prendre en compte les aspects relatifs au nouveau-né dans les supports de gestion des données et les rapports d'activités.

## Les composantes du paquet de soins néonataux d'urgence

### 1. Définition

Les soins néonataux d'urgence sont des soins réservés aux nouveau-nés présentant des pathologies ou complications nécessitant un traitement immédiat sans délai et fourni 24h sur 24.

### 2. Justificatifs de la politique

Toutes les complications néonatales peuvent être prévenues et traitées. D'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la prise en charge de ces complications par le biais des soins néonataux d'urgence. La réduction de la mortalité périnatale et néonatale nécessite que les complications soient identifiées et traitées par un personnel compétent.

### 3. Objectifs

Les objectifs de la politique nationale en matière de soins néonataux d'urgence sont les suivants :

- Uniformiser à l'échelle nationale la mise en œuvre effective des soins néonataux d'urgence;

- Identifier selon les urgences néonatales, les nouveau-nés à traiter ou à référer, après mise en condition, dans les meilleurs délais vers des centres plus structurés pour leur prise en charge ;
- Intégrer les règles de prise en charge des complications néonatales dans toute structure s'occupant du nouveau-né.
- La qualité des soins néonataux d'urgence est la clef du succès. Les services doivent être disponibles 24 heures/24 et 7j/7 et assurés par un personnel qualifié et motivé, disposant des fournitures essentielles et de la logistique.
- Des systèmes de transport, de communication, ainsi qu'un suivi doivent être en état de fonctionnement permanent.

### **3.5.9. Composantes**

Les soins néonataux d'urgence consistent en la disponibilité des fonctions suivantes :

- Avant l'accouchement

En cas de menace d'accouchement prématuré(MAP) :

Administration d'ATB par voie parentérale, de la corticothérapie anténatale (Entre 24 SA et 34 SA), du sulfate de magnésium si SA inférieure à 32SA en cas de MAP dans les 24heures pour la neuroprotection cérébrale du fœtus.

- Pendant l'accouchement

Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps

Prendre en charge adéquatement la souffrance fœtale aigue à travers l'anticipation et la préparation à la réanimation néonatale

- Après l'accouchement

- Réanimation de base du nouveau-né (lutte contre l'hypothermie, stimulation tactile, aspiration, ventilation au masque et au ballon).
- La Réanimation néonatale complète (massage cardiaque externe toujours couplé à la ventilation, adrénaline, intubation, réanimation métabolique) ;
- L'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né ;
- L'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né

#### **a. Organisation du travail**

##### **Prestataires**

Les médecins, sages-femmes et infirmiers, formés à la prise en charge du nouveau-né, accueillent le nouveau-né en salle de travail et assurent les gestes de base et la réanimation après la naissance. Les dispensateurs des soins néonataux d'urgence sont des prestataires ayant reçu une formation :

- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les aides-soignants/infirmiers
- Les médecins généralistes
- Les médecins spécialistes : pédiatres, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes réanimateurs.

Personnels	Rôle	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
La sage-femme/ maïeuticien/ infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- administre des antibiotiques par voie parentérale à la mère en cas de rupture prématurée des membranes avant terme</li> <li>- administre à la mère la corticothérapie anténatale entre 24SA et 34 SA en cas de MAP</li> <li>- administre à la mère le Sulfate de Magnésium si AG inférieur à 32SA en cas de MAP dans les 24 heures</li> <li>- assure les soins essentiels du nouveau-né. de même que la réanimation du nouveau -né</li> <li>- indique le transfert d'une parturiente et du nouveau -né qui pose des problèmes</li> </ul>	X	X	X	X	X
Le médecin compétent en SONU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indique l'administration des antibiotiques par voie parentérale à la mère en cas de rupture prématurée des membranes avant terme</li> <li>- indique l'administration de la corticothérapie anténatale à la mère en cas de MAP entre 24 SA et 34 SA</li> <li>- indique l'administration du Sulfate de Magnésium à la mère si AG inférieur à 32SA en cas de MAP dans les 24 heures à la mère</li> <li>- assure les soins essentiels du nouveau-né de même que la réanimation du nouveau -né</li> <li>- indique le transfert d'une parturiente et du nouveau-né qui pose des problèmes</li> </ul>	X	X	X	X	X
Le médecin compétent en SONU / gynécologue-obstétricien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réanime le nouveau-né</li> <li>- indique le transfert d'une parturiente et du nouveau-né qui pose des problèmes</li> </ul>	X	X	X	X	X
Le pédiatre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueille le nouveau-né en salle de travail et au bloc opératoire</li> <li>- Supervise et coordonne les activités du service de néonatalogie</li> <li>- Exécute et supervise les soins essentiels du nouveau-né normal en salle de travail et au bloc opératoire</li> </ul>			X	X	X

Personnels	Rôle	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exécute la réanimation du nouveau-né en salle de travail et au bloc opératoire</li> <li>- Indique et supervise le transfert du nouveau-né malade si nécessaire</li> <li>- Appuie la formation et la supervision des prestataires en santé péri et néo natale</li> </ul>					
Le gynécologue-obstétricien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indique l'administration des antibiotiques à la mère par voie parentérale en cas de rupture prématurée des membranes avant terme</li> <li>- indique l'administration de la corticothérapie anténatale à la mère en cas de MAP entre 24 SA et 34 SA</li> <li>- indique l'administration du Sulfate de Magnésium à la mère si AG inférieur à 32SA en cas de MAP dans les 24 heures</li> <li>- Indique le protocole de la tocolyse en cas d'indication (MAP, Hypercinésie utérine...)</li> <li>- indique la perfusion d'ocytocique</li> <li>- indique l'administration des sédatifs et des anticonvulsivants</li> <li>- pratique la délivrance artificielle, la révision utérine et l'évacuation des débris ovulaires par la technique appropriée (curage, aspiration manuelle intra utérine)</li> <li>- Applique la ventouse et/ou le forceps si indiqué</li> <li>- pratique la césarienne</li> <li>- indique la transfusion sanguine</li> <li>- réanime le nouveau-né</li> <li>- indique le transfert d'une parturiente et du nouveau-né qui pose des problèmes</li> </ul>			X	X	X
Le pédiatre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueille le nouveau-né en salle de travail et au bloc opératoire</li> <li>- Supervise et coordonne les activités du service de néonatalogie</li> <li>- Exécute et supervise les soins essentiels du nouveau-né normal en salle de travail et au bloc opératoire</li> </ul>			X	X	X

Personnels	Rôle	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exécute la réanimation du nouveau-né en salle de travail et au bloc opératoire</li> <li>- Indique et supervise le transfert du nouveau-né malade si nécessaire</li> <li>- Appuie la formation et la supervision des prestataires en santé péri et néo natale</li> </ul>					
Le médecin anesthésiste réanimateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procède à l'évaluation pré opératoire des femmes</li> <li>- Pratique l'anesthésie générale ou la rachi anesthésie au cours des interventions obstétricales</li> <li>- Assure la surveillance post opératoire des opérées</li> <li>- Participe à la réanimation du nouveau-né, de la femme gestante et parturiente</li> <li>- Assure la formation et la supervision des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation</li> </ul>			X	X	X

### 3.5.10. Les composantes du paquet de soins des prématurés et des nouveau-nés de faible poids de naissance

#### 1. Définitions

Le prématuré est un bébé né avant 37 semaines de grossesse révolues. Cette notion recouvre 3 sous-catégories :

- la prématurité extrême (âge gestationnel  $\geq$  22 SA et  $<$ 28 semaines)
- la grande prématurité (âge gestationnel  $\geq$  28 semaines et  $<$  32 semaines)
- la prématurité moyenne, voire tardive (âge gestationnel  $\geq$  32 semaines  $<$  37semaines)
- Le « faible poids de naissance » est un nouveau-né dont le poids est  $<$  2500 grammes. Le prématuré et le faible poids de naissance constituent les plus grands facteurs de risque de morbidité et de mortalité néonatale à court, moyen et à long terme.

#### 2. Objectifs

Améliorer la survie du nouveau-né de faible de naissance et du prématuré,  
Favoriser sa croissance harmonieuse.

#### 3. Composantes

- Administration de la corticothérapie anténatale ;
- Administration d'ATB en cas de RPM ;
- Alimentation du nouveau-né prématuré et de faible poids de naissance ;
- Suivi du nouveau-né de faible poids de naissance ;
- Prévention de l'anémie carencielle et le rachitisme ;
- Gestion des problèmes particuliers des nouveau-nés de faible poids de naissance et des prématurés : l'hypothermie, l'hypoglycémie, les difficultés d'alimentation, les infections, la détresse respiratoire, l'ictère, l'anémie
- Soins Kangourou

### **Offre de service**

- Avant l'accouchement
  - o Corticothérapie anténatale entre 24 et 34 semaines de grossesse chez les femmes admissibles, sous réserves de certaines conditions (absence d'infection maternelle) ;
  - o Antibiotiques pour rupture prématurée de membranes ;
  - o Sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) pour la neuroprotection du fœtus <32 semaines si la naissance prématurée est probable dans les 24 heures.
  - o Tocolyse en cas de MAP pour inhiber le travail prématuré, sauf si l'accouchement est imminent
  - o Transfert in utero dans la mesure du possible vers une FOSA pouvant prendre en charge le nouveau-né prématuré

### **Pendant l'accouchement**

- o Prévention des infections,
- o soins de base à la naissance, avec un accent mis sur la prévention de l'hypothermie,
- o Prise en charge des nouveau-nés asphyxiés, infectés, nés de mères séropositives,
- o l'identification des signes de danger et la recherche précoce de soins appropriés

### **Après l'accouchement**

- o Surveillance intensive pendant les 6 premières heures de vie,
- o Les soins kangourou,
- o Suivi post natal,
- o Identification et prise en charge précoce des signes de danger et affections mineures,
- o Vaccinations,
- o Utilisation de la Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action,
- o Prévention de l'anémie carencielle à partir du 15<sup>ème</sup> jour de vie et prévention du rachitisme,
- o Suivi ambulatoire du nouveau-né de faible poids de naissance et du prématuré.

### **Organisation du travail**

- Prestataires

La prise en charge de la santé périnatale et néonatale nécessite :

- une équipe multidisciplinaire centrée sur le couple obstétrico -pédiatrique : obstétricien. Pédiatre généraliste, Pédiatre Néonatalogiste, chirurgien pédiatrique, neurochirurgien, Médecin généraliste, Sage-femme, infirmiers, sage-femme et aide infirmier, travailleurs sociaux, psychologue,
- la coordination des activités cliniques, de supervision, de formation, suivi-évaluation et suivi post –formation, de conseils et du système d'Information et de Gestion ;
- l'implication des acteurs communautaires dans les activités de prévention, de promotion et de prise en charge du nouveau-né.
- Les dispensateurs des soins kangourou sont des prestataires ayant reçu une formation en Soins Kangourou :
  - Les sages-femmes/maïeuticiens
  - Les aides-soignants
  - Les infirmiers
  - Les médecins généralistes
  - Les médecins spécialistes : pédiatres, et autres
  - La mère, le père, la famille, la communauté....

**Lieu de travail :**  
**Infrastructure**

**Matériel et équipement**

<b>COIN DES SOINS KANGOUROU</b>		
<b>Infrastructure et matériel</b>		
<b>CSI/ CMA</b>	<b>HD/HR</b>	<b>HG/CHU</b>
Chambre	Chambre	Chambre
Lit malléable avec matelas	Lit malléable avec matelas	Lit malléable avec matelas
Lavabo avec robinet à eau courante ou seau à robinet	Lavabo avec robinet à eau courante seau à robinet	Lavabo avec robinet à eau courante seau à robinet
Chaise confortable pour mère/ membre de la famille	Chaise confortable pour mère/ / membre de la famille	Chaise confortable pour mère/ / membre de la famille
Dossier fait de planche (position Grand oreiller)	Dossier fait de planche (position Grand oreiller)	Dossier fait de planche (position Grand oreiller)
1 douche à proximité (avec Seau de 5L avec couvercle)	1 douche à proximité (avec Seau de 5L avec couvercle)	1 douche à proximité (avec Seau de 5L avec couvercle)
Savon antiseptique / solution hydro alcoolique	Savon antiseptique / solution hydro alcoolique	Savon antiseptique / solution hydro alcoolique
<b>KIT KANGOUROU POUR LES PARENTS</b>		
Sonde de gavage N° 6	Sonde de gavage N° 6	Sonde de gavage N° 6
Gobelet avec couvercle	Gobelet avec couvercle	Gobelet avec couvercle
Mesurette de 10 ml (tasse)	Mesurette de 10 ml (tasse)	Mesurette de 10 ml (tasse)
Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)	Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)	Petites serviettes 20cmx20cm stérilisée (essuie-main après lavage)
Linge pour mère et nouveau-né	Linge pour mère et nouveau-né	Linge pour mère et nouveau-né
Port du bébé : large chemise de coton, morceau de couverture, poche Kangourou ou pagne à défaut, couches, bonnet, chaussons	Port du bébé : large chemise de coton, morceau de couverture, poche Kangourou ou pagne à défaut, couches, bonnet, chaussons	Port du bébé : large chemise de coton, morceau de couverture, poche Kangourou ou pagne à défaut, couches, bonnet, chaussons
Solution de décontamination ou désinfection	Solution de décontamination ou désinfection	Solution de décontamination ou désinfection
Seau de 5L avec couvercle	Seau de 5L avec couvercle	Seau de 5L avec couvercle
Thermomètre électronique	Thermomètre électronique	Thermomètre électronique



## DANS L'UNITE KANGOUROU

<b>Dans la salle d'adaptation hospitalière</b>	
4	Lits inclinés /malléables
4	Chaises pliantes de chevet

<b>Unité Kangourou : Salle de suivi ambulatoire</b>	
1	Salle de consultation
1	Lit avec matelas et dossier fait de planche (position demi –assise avec utilisation de grands oreillers)
1	lavabo avec robinet à eau courante/ eau coulante
1	douche à proximité
2	seaux de 5l avec couvercle, Sondes de gavage N° 06
1	toise
1	Pèse bébé
3	Thermomètres électroniques
3	mètres Rubans
1	Registre
1	Bureau
1	Chaise confortable pour la mère
1	Téléviseur

**Médicaments et consommables**

<b>CSI/CMA</b>	<b>HD/HR</b>	<b>HG/CHU</b>
Cimétidine injectable	Cimétidine injectable	Cimétidine injectable
Ranitidine, oméprazole injectable	Ranitidine, oméprazole injectable	Ranitidine, oméprazole injectable
Aminophylline	Aminophylline	Aminophylline
Eau distillée	Eau distillée	Eau distillée
Ampicilline	Ampicilline	Ampicilline
Gentamycine	Gentamycine	Gentamycine
Ceftriaxone	Ceftriaxone	Ceftriaxone
Cefotaxime	Cefotaxime	Cefotaxime
Phénobarbital injectable	Phénobarbital	Phénobarbital
Nystatine Sirop	Nystatine Sirop	Nystatine Sirop
	Matériel pour perfusion	
Sérum Glucosé 10% 250 ml	Sérum Glucosé 10% 250 ml	Sérum Glucosé 10% 250 ml
Sérum Salé 0.9% 250 ml	Sérum Salé 0.9% 250 ml	Sérum Salé 0.9% 250 ml
Cathéter G 24	Cathéter G 24	Cathéter G 24
Compresse stériles	Compresse stériles	Compresse stériles
Coton hydrophile	Coton hydrophile	Coton hydrophile
alcool à 70%	alcool à 70%	alcool à 70%
Chlorhexidine à 7,1%	Chlorhexidine à 7,1%	Chlorhexidine à 7,1%
Chlorhexidine à 5%	Chlorhexidine à 5%	Chlorhexidine à 5%
Champ stériles	Champ stériles	Champ stériles
Gants stériles	Gants stériles	Gants stériles
Gants de soins	Gants de soins	Gants de soins
Sparadrap	Sparadrap	Sparadrap

Seringue de 1, 2, 5 ml, 10 ml	Seringue de 1, 2, 5 ml, 10 ml	Seringue de 1, 2, 5 ml, 10 ml
Sonde Nasogastrique N° 6 et 8	Sonde Nasogastrique N° 6 et 8	Sonde Nasogastrique N° 6 et 8
perfuseurs	perfuseurs	perfuseurs
<b>Matériel pour Cathétérisme</b>		
	Kit de Cathéterisme Ombilical (bistouri, cathéter ombilical fil à peau,)	Kit de Cathéterisme Ombilical (bistouri, cathéter ombilical fil à peau,)
	Robinets à 3 voies	Robinets à 3 voies
		Actes médicaux
	Aiguille à ponction lombaire courte	Aiguille à ponction lombaire courte
	Poche collectrice d'urines	Poche collectrice d'urines
	Fil à peau	Fil à peau

### Référence-contre référence

#### Accessibilité

- Information du service ambulancier médicalisé et spécialisé sur la disponibilité de l'ambulance dans les environs
- la disponibilité et l'utilisation de registres de transfert ;
- la disponibilité de mécanismes de financement du transfert ;
- communication par l'utilisation des NTIC (téléphones, réseau de périnatalité via WhatsApp)

#### Qualité de soins

- référer le bébé dans la formation sanitaire la plus appropriée et la plus proche avec un moyen de locomotion le plus approprié possible (moto-ambulance, voiture médicalisée, etc...), en évitant au maximum les courants d'air ;
- Prise en charge préalable avant l'initiation du transfert/ transport ;
- Conditionnement du bébé
- Prise en charge psycho-sociale des parents
- Information du réseau de périnatalité afin d'avoir la disponibilité des places dans les FOSA de niveau supérieur
- Surveillance pendant le transfert

### Le Transport proprement dit

Il nécessite une ambulance médicalisée comportant les caractéristiques suivantes :

<ul style="list-style-type: none"> <li>- une couveuse de transport avec autonomie d'énergie ;</li> <li>- un pousse-seringue électrique ;</li> <li>- un scope de transport ;</li> <li>- une source d'oxygène ;</li> <li>- des consommables des soins (kit de Cathéter Veineux Ombilical (KTVO), Sondes Naso-Gastriques (SNG) n°4, n°6, n°8, coton, alcool, Bétadine etc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une trousse de réanimation (matériel pour intubation, ballon-masque, lunettes d'oxygène à haut débit, adrénaline, atropine, dopamine, valium, phénobarbital, Citrate de Caféine, gants stériles, la canule de Guedel, etc...) ;</li> <li>- alèzes à usage unique</li> <li>- des solutés de remplissage ;</li> <li>- un respirateur ;</li> <li>- de la ventilation à pression positive (CPAP)</li> </ul>
---	--

### 3.5.11. Les composantes du paquet de Consultation Post Natale du Nouveau-né

#### 1. Définition

La Consultation post natale est l'ensemble des soins et services à offrir dans la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'à six semaines. Les soins du post partum ont pour objet le suivi du couple mère enfant afin de dépister précocement d'éventuelles complications.

#### 2. Objectifs de la CPoN

Les premières 24 heures, la première semaine et le premier mois de vie constituent une période de risque élevé pour la survie du nouveau-né et de la mère. Selon l'OMS, presque la moitié des décès des nouveau-nés survient dans les 24 premières heures, et les trois quarts durant la première semaine de vie d'où la nécessité d'avoir une attention constante et soutenue pour la mère et le nouveau-né pendant la période post-natale.

#### 3. Composantes des CPoN nouveau-né

- Soins essentiels et préventifs continus aux nouveau-nés,
- Allaitement maternel exclusif ;
- Maintien de la température ;
- Soins du cordon ombilical ;
- Vaccinations (vérifier la fiche ou le carnet de vaccination)
- Utilisation de la MILDA
- Détection des signes de danger et référence ;
- Application continue des activités de prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME), incluant : la prophylaxie ARV au nouveau-né, encadrement du choix du mode d'alimentation, les conseils sur la PF (triple protection), le dépistage et prise en charge des autres membres de la famille
- Interrogation des parents sur les urines (coloration), selles (aspect, fréquence), vomissements, régurgitations
- Prise des médicaments (vitamine D)
- Conseils (mère/famille).

#### 4. Offre de service

##### Surveillance du couple mère-enfant

De la naissance à la 6<sup>ème</sup> heure de vie, une surveillance intensive de la mère et du nouveau-né doit être systématique et obligatoire. Cette surveillance se poursuivra tout au long du séjour de la mère et du nouveau-né dans la FOSA.

L'évaluation se fera lors de la consultation post natale au cours d'un examen clinique.

Les consultations post natales systématiques pour le nouveau-né sont :

- **1ère consultation post natale.**  
Elle doit se faire à la **6<sup>e</sup> heure de vie** et avant la sortie de la FOSA, à la fois chez la mère et le nouveau-né. C'est la première Consultation Post natale (CPoN1).
- **2ème consultation post natale (CPoN 2)** Elle a lieu le 6<sup>ème</sup> jour (peut se faire entre le 6<sup>ème</sup> et le 10 jour).
- **3ème consultation post natale (CPoN 3) : Elle se fait à la 6<sup>ème</sup> semaine :** (au 42ème jour de vie)
- **Toutefois, il est important de sensibiliser les familles à revenir immédiatement à la FOSA en dehors des rendez-vous de CPoN en cas de signes danger chez la mère et le nouveau-né.**
- Au-delà de la 6<sup>ème</sup> semaine, les autres consultations devraient être couplées aux rendez-vous de vaccination.

ACTIVITES	Qualification du personnel	CSI	CMA	HD	HR/HC/HC	HG
<b>SOINS ESSENTIELS</b>						
Lutte contre l'hypothermie	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Clampage tardif du cordon ombilical (attendre 1 à 3 minutes avant le clampage, sauf en cas de nécessité d'une réanimation néonatale)	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Mise au sein précoce dans les 30 minutes qui suivent la naissance	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Fournir les soins du cordon ombilical: clampage, section avec un instrument stérile et badigeonnage avec la chlorexidine 7,1%	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Soins ophtalmiques avec la tétracycline pommade	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Administration de la vitamine K1	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Peser et faire les mensurations du nouveau-né (poids, taille, périmètre crânien, périmètre brachial, périmètre thoracique)	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Port de bracelets d'identification unique (Nné)et apposition d'empreinte plantaire (Nouveau-né) et d'empreinte digitale( mère)sur la fiche d'identification	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre			X	X	X
Enregistrement de la naissance	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
vaccination	Equipe du service de vaccination	X	X	X	X	X
<b>SOINS NEONATALS D'URGENCE</b>						
Réanimation avec ballon et masque en cas d'asphyxie	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X

Administration des ATB injectable et anti convulsivant	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre		X	X	X	X
<b>SOINS AUX PREMATURES ET FPN</b>						
Administration de la corticothérapie anténatale (entre 24 et 34 SA)	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre , Chirurgien	X	X	X	X	X
Administration du sulfate de magnésium en cas de MAP à moins de 32 SA en cas de MAP dans les 24 heures	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Soins Kangourou	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Prévention de l'anémie carencielle et prévention du rachitisme:	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Prise en charge des complications	Infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Alimentation du NN prématuré et de FPN	Aide-soignant, infirmier Sage-femme/maïeuticien Médecin, Pharmacien Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Suivi du NN prématuré et de FPN	Aide-soignant, infirmier Sage-femme/maïeuticien Médecin, Pharmacien Gynécologue-obstétricien, Pédiatre		X	X	X	X
Prise en charge du nouveau-né né de mère séropositive au VIH (option B+)	Aide-soignant, infirmier Sage-femme/maïeuticien Médecin, Pharmacien Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte d'hépatite virale B : Administration du vaccin et immunoglobulines (Ig) spécifiques (si disponible) au nouveau-né dans les 12 heures après la naissance et avant la 72 <sup>ème</sup> heure.	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre			X	X	X

Cameroun

Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de syphilis	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Prise en charge de l'hypoglycémie néonatale	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre	X	X	X	X	X
Prise en charge du nouveau-né de mère tuberculeuse	Aide-soignant, infirmier, Sage-femme/maïeuticien Médecin, Gynécologue-obstétricien, Pédiatre		X	X	X	X

### **3.6. NORMES DES SOINS APRES AVORTEMENT (SAA)**

#### **3.6.1. Définition**

L'avortement se définit comme toute interruption (volontaire ou non) de la grossesse avant la 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée quelle que soit la cause.

Les soins après avortement sont un ensemble de services préventifs et curatifs fournis aux femmes ayant eu un avortement. Ils sont constitués des cinq composantes suivantes :

- le traitement d'urgence pour les complications de l'avortement spontané et de l'avortement provoqué;
- le counseling
- la planification familiale ;
- le lien avec les autres services ;
- le renforcement de la communauté par le biais de la sensibilisation et la mobilisation communautaires.

Ils nécessitent la décentralisation des services et l'amélioration de la qualité et la disponibilité des soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ces étapes doivent être soutenues par l'établissement de protocoles clairs pour la prestation des services et une formation intégrale et systématique des agents de santé impliqués dans la prise en charge.

#### **3.6.2. Composantes des SAA**

##### **a. Soins d'urgence**

Le traitement de l'avortement complet selon l'âge de la grossesse ou la taille de l'utérus dépend des équipements disponibles et de la qualification du personnel.

Il peut être fait par l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. L'aspiration manuelle intra utérine ne nécessite pas un équipement important ni une anesthésie générale.

Au-delà de 14 semaines, on aura recours au curage, ou aux traitements médicamenteux : ocytociques, misoprostol.

Plus l'âge de la grossesse est avancé, plus le traitement nécessite une équipe plus spécialisée et un équipement plus important. La possibilité de survenue de complications hémorragiques, infectieuses, rénales et hépatiques impose que soit incluse dans la prise en charge une réanimation adéquate avec possibilité de référer la patiente vers un établissement approprié.

Le traitement doit inclure également la prise en charge de la douleur.

##### **b. Counseling après avortement**

Tout prestataire peut offrir des conseils et des mesures préventives. Selon ce modèle, le counseling n'est pas un élément séparé ; il fait partie intégrante de toutes les composantes des SAA. Outre l'information fournie, un appui émotionnel devrait faire partie de chaque consultation.

Le soutien psychologique et le counseling se situent à toutes les étapes et constituent le pilier de la prise en charge des soins après avortement.

Le counseling après avortement axé sur les besoins de la cliente, vise à identifier et à répondre aux besoins de santé des femmes sur le plan émotionnel et physique. Ce counseling doit particulièrement prendre en compte les éléments suivants :

- Explorer les sentiments des femmes et apporter un soutien au plan émotionnel tout au long de la visite pour les soins après avortement ;
- Explorer les facteurs qui ont pu conduire à l'avortement provoqué ou spontané et déterminer les besoins spécifiques des femmes pour d'autres services de santé reproductive ou sociaux, afin de traiter certains problèmes comme la violence sexuelle, les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/SIDA, les carences nutritionnelles, etc. ;
- Fournir aux femmes des informations précises sur leur état médical et les résultats des tests, de même que sur toutes les options disponibles pour le traitement et la prise en charge de la douleur ;
- Informer les femmes sur comment prendre soin d'elles-mêmes après le traitement, pour prévenir les complications et s'assurer qu'elles savent quand et où aller pour chercher des soins si des complications survenaient ;
- et Aider les femmes à clarifier leurs intentions et préférences concernant la prévention ou l'espacement des futures grossesses.

### **c. Planification familiale**

Après tout avortement, il est nécessaire d'offrir immédiatement une méthode de planification familiale à la suite d'un bon counseling, d'où la nécessité impérieuse d'intégrer des services de PF aux soins d'urgence après avortement.

Pour réduire les barrières à l'utilisation de la contraception par les femmes en post-abortum, il est important que les services soient fournis au cours de la même visite et au même endroit. Une large gamme de méthodes contraceptives adaptées doit être disponible pour les clientes en soins après avortement. Toutefois, il ne faut jamais exercer une pression ou obliger les femmes à accepter une méthode de contraception.

### **d. Liens avec les autres services de SR**

Une femme présentant des complications d'avortement spontané ou provoqué effectué dans des conditions non hygiéniques, a souvent des besoins non satisfaits en services de santé reproductive et autres services de santé comme :

- le conseil, dépistage et traitement des IST, VIH/SIDA et les cancers des organes reproducteurs ;
- le conseil et les services traitant des questions de violence basées sur le genre ;
- le diagnostic, conseil et traitement de l'infécondité et le conseil et services nutritionnels.

Il faut saisir toutes les opportunités de contact des clientes des SAA avec le système de santé, pour identifier et répondre à ces besoins, soit en leur fournissant immédiatement lesdits services, soit en les orientant vers d'autres services/prestataires de soins et en maintenant les liens avec ces services.

### **e. Liens avec la Communauté**

L'implication de la communauté est fondamentale pour la prévention des urgences par la reconnaissance des signes de complications, la promotion de la PF, la mise en place de mécanismes pour la prise en charge des urgences sur le plan des transports (caisses de solidarité, mutuelles).

L'éducation sanitaire et la mobilisation de la communauté sont essentielles dans la recherche de solution au problème de l'avortement à risques. En effet, une telle éducation est capitale pour prévenir les grossesses non désirées et l'avortement à risques, de même que pour accroître l'accès des femmes aux services de soins après avortement.



Les stratégies d'éducation sanitaire et de mobilisation communautaire doivent inclure les éléments suivants :

- Education en matière de contraception pour aider les femmes à espacer ou prévenir les naissances et à prévenir les grossesses non désirées ;
- Education sur la prévention de la grossesse dans des circonstances particulières telles que le viol, les ruptures de préservatifs, etc.
- Education concernant les urgences obstétricales comme les complications de l'avortement à risques et l'importance de recourir rapidement aux services de santé ;
- et Mobilisation des ressources communautaires, y compris le transport pour assurer que les femmes reçoivent à temps les soins dont elles ont besoin.

### **3.6.3. Les bénéficiaires**

On entend par bénéficiaire toute patiente qui se présente dans un service avec un avortement quelle qu'en soit la cause et le type.

Toute bénéficiaire a droit à des services de qualité qu'elle ait eu un avortement spontané ou qu'elle ait eu recours à un avortement provoqué.

Les patientes ont le droit de discuter de leurs préoccupations et de leur état de santé dans un environnement où elles se sentent en confiance. Mais dans aucune circonstance, on ne devrait retarder les traitements d'urgence nécessaires pour sauver la vie d'une femme.

### **3.6.4. Les prestataires**

Les SAA sont dispensés par un personnel qualifié et habilité à les offrir. Ce personnel doit être informé et motivé à travers une supervision formative régulière, un approvisionnement continu en produits consommables et une coordination renforcée des interventions.

Tous les prestataires doivent disposer des documents de référence nationaux suivants :

- les protocoles en SAA
- les protocoles en PF
- le guide pour la prévention des infections.

Toute nouvelle information disponible sur les SAA doit parvenir aux prestataires pour leur mise à niveau.

### **3.6.5. Le système d'information et de gestion**

Les informations concernant les SAA doivent être systématiquement consignées dans un registre. Ce dernier doit comporter les renseignements sur tous les éléments du traitement reçu dans la formation sanitaire de manière à permettre le suivi de la qualité des services offerts et à constituer une banque de données pour les enquêtes, études et recherches en matière de SAA.

Il faudra préciser dans les rapports d'activités de routine le nombre d'avortements, les types et les techniques de soins utilisées, ainsi que le nombre de patientes ayant bénéficié de l'AMIU ou du Misoprostol et celles qui ont adopté une méthode de PF ainsi que le type de méthode.

### **3.6.6. La formation**

Le paquet de services de SAA (technologie AMIU, counseling et offre de services de PF, liens avec les autres services et la communauté) doit être intégré dans les curricula de formation des écoles médicales et paramédicales et faire l'objet d'attention particulière lors de la formation continue des prestataires.

### **3.6.7. Supervision**

Les services de soins après avortement s'intègrent aux soins obstétricaux d'urgence et sont supervisés dans le cadre de la supervision formative intégrée des services de SR.

Au niveau régional la supervision s'effectue sous la responsabilité du délégué régional de la santé Publique avec l'appui du point focal SR.

Le DS assure la supervision des prestataires au niveau opérationnel.

### **3.7. NORMES DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE**

#### **3.7.1. Définitions**

Selon l'OMS, l'avortement est l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant l'âge de 22 semaines ou l'expulsion d'un fœtus de moins de 500 g.

Dans notre contexte, la période de viabilité est fixée à 28 semaines compte tenu du plateau technique.

On parlera d'avortement spontané lorsqu'il survient en dehors de toute manœuvre volontaire (locale, générale)

On parlera d'avortement provoqué dans le contexte thérapeutique ou d'interruption volontaire de la grossesse

L'avortement thérapeutique est pratiqué en raison d'anomalies graves du fœtus ou lors d'une grossesse menaçant la vie de la femme

#### **3.7.2. Aspects légaux des avortements thérapeutiques**

Suivant le code pénal en vigueur au Cameroun :

Article 337 : avortement

- (1) est puni d'un emprisonnement de quinze (15) jours à un (01) an et d'une amende de 5000(cinq mille) à deux cent mille (200000) francs ou de l'une de ces deux peines seulement la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou qui y consent.
- (2) est puni d'un emprisonnement de un (01) à cinq (05) an (s) et d'une amende de cent mille (100 000) à deux millions (2000000) francs, celui qui même avec son consentement procure l'avortement à une femme
- (3) les peines de l'alinéa (2) sont doublées :
  - (a) à l'encontre de toute personne qui se livre habituellement à des avortements
  - (b) à l'encontre d'une personne qui exerce une profession médicale ou en relation avec cette profession
- (4) la fermeture du local professionnel et l'interdiction d'exercer la profession peuvent en outre être ordonnées dans les conditions prévues par les articles 34 et 36 du code pénal

Article 338 : violences sur une femme enceinte

Est puni d'un emprisonnement de cinq (05) à dix (10) ans et d'une amende de cent mille (100 000) à deux millions (2000000) francs, celui qui par des violences sur une femme enceinte ou sur l'enfant en train de naître provoque même non intentionnellement, la mort ou l'incapacité permanente de l'enfant.

Article 339 : exceptions

- (1) les dispositions des articles 337 et 338 ci-dessus ne sont pas applicables si les faits sont accomplis par une personne habilitée et justifiés par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé
- (2) en cas de grossesse issue d'un viol, l'avortement médicalisé ne constitue pas une infraction après attestation du Ministre public sur la matérialité des faits.

#### **Présentation du produit de conception**

Au cas où le fœtus est bien formé, la sage-femme ou le médecin obstétricien propose à la mère ou au couple de voir le produit de conception.

En général, cette étape doit être discutée en amont lors des entretiens entre les parents et l'équipe médicale avant l'interruption de la grossesse.

Le produit de conception reste au minimum 2 heures en salle de travail et est ensuite acheminé vers la chambre mortuaire avec la demande d'autopsie si nécessaire. L'autopsie devra au préalable avoir été accordée par les parents.

### **La prise en charge du produit de conception**

L'autopsie est systématiquement proposée au couple mais n'est pas obligatoire. Quoiqu'il en soit, des photos sont prises en chambre mortuaire et restent à la disposition des parents.

### **Les droits sociaux**

Les droits sociaux attribués dépendent du moment où a été effectué l'avortement thérapeutique :

**Pour un avortement thérapeutique**, il n'y a pas de congé de maternité attribué. Cependant, la patiente peut recevoir un arrêt de travail dont la durée est à fixer par la sage-femme ou le médecin en charge.

### **Déclaration à l'état civil**

**Si l'avortement thérapeutique a lieu avant 22 semaines d'aménorrhée :**

- Aucun certificat de décès n'est délivré

**Entre 22 et 28 semaines d'aménorrhée**

- La maternité remet aux parents un certificat de naissance si enfant vivant ou de décès si enfant décédé, qui précise que l'enfant est né suite à un avortement thérapeutique.
- L'enfant peut alors être inscrit dans le livret de famille
- Il n'est pas obligatoire d'attribuer un nom à l'enfant décédé.

### **3.7.3. Le cadre de réalisation de l'avortement thérapeutique**

#### **Avant 12 semaines**

Indications maternelles

- Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, ....
- Toute femme sous chimiothérapie, radiothérapie et autre traitement anticancéreux
- Pathologies médicales graves :
  - o maladie cardiaque stade III et IV (classification de New York),
  - o maladie cardiaque emboligène
  - o Insuffisance rénale grave
  - o maladie hépatique grave (insuffisance hépato-cellulaire, Cirrhose, CPF)
  - o maladies métaboliques graves (Diabète décompensé, ..)
  - o HTA sévère réfractaire au traitement
  - o etc....
- Viol
- Troubles psychiatriques (avis du psychiatre requis)

Indications embryonnaires

- Malformations embryonnaires en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de santé de la mère :

- Anencéphalie
- Agénésie rénale

Cameroun

- Syndromes polymalformatifs
- Etc...
- Infections congénitales graves
  - rubéole sévère
  - etc...

### **Entre 12 et 28 semaines**

Indications maternelles

Il s'agit ici des situations où l'évolution de la grossesse constitue un risque vital (menace) pour la mère

- Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, ....
- Maladie cardiaque stade III et IV (classification de New York),
- maladie cardiaque emboligène
- Insuffisance rénale grave
- maladie hépatique grave (insuffisance hépato-cellulaire, Cirrhose, CPF)
- maladies métaboliques graves (Diabète décompensé, ..)
- HTA sévère réfractaire au traitement
- Pré éclampsie sévère, éclampsie, HELLP Syndrome
- Viol
- Troubles psychiatriques (avis du psychiatre requis)

Causes fœtales

- Malformation fœtale (génétique, chromosomique, anatomique...) en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de la mère
- Grossesse arrêtée

### **3.7.4. Les étapes indispensables précédant l'avortement thérapeutique**

Le processus d'un avortement thérapeutique doit suivre une succession d'étapes précises. Pour commencer, le bilan de la pathologie est effectué avec le médecin référent

- Le médecin consultant doit avoir un consensus avec deux autres personnels de santé.
- La demande d'avortement thérapeutique est formulée par la patiente ou par le couple uniquement.
- Le dossier est discuté en réunion multidisciplinaire. La décision doit être signée par au moins un médecin et un autre personnel de la formation sanitaire et doit figurer dans le dossier de la patiente avant l'interruption.
- La demande signée doit être acheminée au ministre de la santé par voie hiérarchique pour notification. La procédure est exécutée sans attendre la réponse de la hiérarchie. Une copie doit être conservée dans le dossier de la patiente.
- Un ou plusieurs entretiens avec le médecin et la sage-femme sont réalisés pour répondre aux questions de la patiente et du couple. Cet entretien aborde :
  - les modalités pratiques de l'avortement thérapeutique ;
  - l'arrêt de la vie fœtale;
  - la possibilité de voir le produit de conception ;
  - l'examen fœto-pathologique ;
  - le choix de donner un nom à l'enfant ;
  - la prise en charge du produit de conception et notamment l'organisation d'obsèques par le couple ;
  - le congé postnatal ou l'arrêt de travail si nécessaire;
  - l'aide d'un psychologue, qui est systématiquement proposée ;

- la consultation d'anesthésie ;
- la demande d'examen fœto-pathologique, qui doit être prête avant l'avortement thérapeutique ;
- L'accord pour l'autopsie, signé par les parents et le médecin doit accompagner la demande, y compris si des prélèvements biologiques (ADN,...) sont requis. La mère ou le couple doit donner un consentement éclairé et signé.

### **3.7.5. Protocole de l'avortement thérapeutique**

L'avortement thérapeutique doit être fait dans une formation sanitaire de 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 2<sup>ème</sup> et 1<sup>ère</sup> catégorie. Les protocoles d'avortement thérapeutique varient avec le terme de la grossesse et les antécédents de la patiente. Les méthodes à utiliser peuvent être médicamenteuse ou chirurgicale.

La méthode chirurgicale qui est l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est utilisée lorsque l'âge de la grossesse est inférieur ou égal à 12 semaines.

Pour les méthodes médicamenteuses, le misoprostol, la mifépristone ou une combinaison des deux molécules sont recommandés.

Les cinq composantes des soins après avortement doivent être proposées à la cliente après la procédure.

La patiente doit être internée pendant tout le processus.

### **3.7.6. Droits des clientes**

Les clientes ont droit à l'information, à l'accès aux services, au choix, à la sécurité, à l'intimité, à la confidentialité, à la dignité, à l'opinion, au confort et à la continuité des services.

#### **1. Droit à l'information**

La patiente doit être informée de toutes les méthodes d'interruption de la grossesse. Les informations sur le déroulement, les effets indésirables, les inconvénients de chaque méthode doivent lui être fournis.

#### **2. Droit à l'accès aux services**

La patiente doit avoir accès à toutes les méthodes de l'interruption de grossesse qu'elle désire. Les protocoles doivent être disponibles.

#### **3. Droit au choix**

La patiente est libre de choisir la méthode d'interruption de grossesse

#### **4. Droit à la sécurité**

Le droit à la sécurité se définit comme suit :

- Tout service de santé de reproduction doit utiliser des équipements et du matériel adéquats.
- Le respect de la date de péremption des produits est obligatoire.
- Tout prestataire de services doit obligatoirement respecter les protocoles de services.
- Toute cliente doit être informée de la nécessité de retourner au point de prestation de services en cas de problèmes sans attendre la date de rendez-vous.
- Le calendrier de suivi doit respecter le protocole de prestation des services.
- En cas de complication, le prestataire doit recourir au besoin au système de référence suivant les normes définies dans le document des normes et standard en Santé de Reproduction
- Pour la prévention des infections, des directives doivent être élaborées et mises à la disposition des prestataires de services.

Elles portent notamment sur :

- Le traitement de matériel à usage unique (décontamination, manipulation, élimination) ;

- Les procédures de décontamination du matériel réutilisable ;
- Les procédures de stérilisation du matériel réutilisable ;
- Les procédures d'élimination des déchets ; '
- Le respect des mesures d'asepsie.

### **5. Droit à l'intimité et à la confidentialité**

Le droit à l'intimité et à la confidentialité implique que :

- Les locaux doivent garantir l'intimité et la confidentialité de la cliente.
- Les prestataires doivent respecter l'intimité de la cliente.
- L'accès au fichier médical doit être strictement réservé aux prestataires de services et aux autres personnes autorisées.
- Le prestataire veille dans la mesure du possible, à ne pas être interrompu durant la consultation.
- Tout le personnel doit respecter le secret professionnel.
- Le personnel médical doit toujours prendre soin d'expliquer la présence d'une tierce personne durant la consultation et solliciter l'avis de la cliente avant d'autoriser la présence de cette tierce personne.

### **6. Droit à la dignité et au confort**

Ce droit implique que :

- L'ensemble du personnel doit traiter les clientes avec égard et respecter leur dignité.
- La cliente doit pouvoir s'exprimer librement.
- Les clientes doivent être encouragées à faire des suggestions concernant l'amélioration de la qualité des services.
- Le temps d'attente de cliente doit être réduit au minimum possible.
- Les rendez-vous doivent être fixés en tenant compte de la disponibilité de cliente.

### **7. Droit à la continuité**

Pour assurer la continuité des prestations, tout service offrant l'interruption des grossesses doit avoir un système de gestion efficace, un personnel disponible, du matériel et des produits adéquats et suffisants.

#### **3.7.7. Les prestataires des soins dans les services offrant l'avortement thérapeutique**

Il s'agit :

- Gynécologue-obstétriciens
- Sage-femme/ Maïeuticiens compétents
- Médecin généraliste formé et compétent

### **3.8. NORMES SUR LA PEC DES FISTULES OBSTETRIQUES**

#### **3.8.1. Définition**

La fistule obstétricale est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum survenant au décours d'un accouchement dystocique et entraînant un écoulement permanent d'urines et/ou de selles (OMS). Elle est due à la nécrose ischémique des tissus mous de la vessie, du vagin et ou du rectum du fait de la longue pression exercée par le fœtus sur ces organes pendant un accouchement dystocique/anormalement prolongé.

Si la communication est située entre la vessie et le vagin, on parle de fistule vésico-vaginale (FVV), et si elle est située entre le rectum et le vagin on parle de fistule recto-vaginale (FRV).

La survenue d'une fistule obstétricale entraîne des conséquences psychologiques et sociales graves à type de dépression liée à l'isolement et à la stigmatisation du fait de l'incontinence urinaire et/ou fécale. Elle peut également se compliquer d'infections fréquentes urinaires voire rénales, de calculs des voies urinaires, d'irritation de la peau du fait de l'urine, d'atteintes nerveuses responsables de troubles de la marche (le pied tombant « foot drop»), d'aménorrhée, d'infertilité, etc.

#### **3.8.2. Causes et facteurs favorisants**

##### ***Causes Physiques***

- La cause principale de la fistule obstétricale est la dystocie responsable d'un travail prolongé.

##### ***Causes institutionnelles, il s'agit de :***

- La faiblesse de l'accès aux soins de santé ;
- L'insuffisance du suivi prénatal pour le dépistage et la référence des patientes présentant des bassins dystociques ;
- Les accouchements non assistés par un personnel qualifié ;
- La faiblesse de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et à la césarienne en particulier.

##### ***Facteurs socioculturels***

Il s'agit de toutes les pratiques socioculturelles pouvant favoriser la survenue de fistules obstétricales :

- mariages et grossesses précoces ;
- faible pouvoir de décision de la femme y compris pour l'utilisation des services de santé ;
- pratiques traditionnelles néfastes telles que certains rites, les pratiques sociales autour de l'accouchement pouvant retarder le recours aux soins et les MGF du fait des séquelles tissulaires périnéales pouvant être responsables d'une dystocie de dégagement.

#### **3.8.3. Objectifs et stratégies**

L'objectif visé est l'éradication de la fistule obstétricale dans le cadre de la maternité à moindre risque. Pour cela les axes stratégiques s'articulent autour de la prévention, la prise en charge des femmes porteuses de fistules obstétricales et leur réinsertion sociale.



### **a. La prévention**

#### **La prévention primaire**

Elle vise à travers la mobilisation sociale et le plaidoyer, à retarder l'âge à la première grossesse, à promouvoir l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la planification familiale, l'amélioration de l'état nutritionnel et l'abandon des pratiques néfastes.

#### **La prévention secondaire**

Il s'agit de la mise à disposition de services de soins obstétricaux essentiels de qualité (la CPNR, la reconnaissance des signes de danger, l'assistance qualifiée à l'accouchement), et la prise en charge des urgences obstétricales en particulier l'accès à la césarienne.

#### **La prévention tertiaire**

Il s'agit du renforcement de la qualité de la gestion du travail par une surveillance correcte de l'accouchement utilisant le partogramme et conformément aux protocoles définis. Il s'agit également de la référence de ces femmes pour la réalisation de la césarienne mais aussi la prise en charge post-partum adéquate selon les protocoles établis pour toute femme ayant présenté un travail dystocique.

### **b. Le traitement**

Le traitement fait appel aux éléments suivants : l'accompagnement psychosocial, la réparation chirurgicale, la kinésithérapie et la PF. Ce traitement consiste à la cure chirurgicale des fistules obstétricales et la prise en charge post opératoire par une équipe pluridisciplinaire comprenant entre autres :

- un Chirurgien, ou Urologue ou Gynécologue ou « Médecin Compétent »
- un anesthésiste
- des infirmiers (es)
- un (e) assistant (e) social (e)

dans l'état actuel de notre système de santé. La recommandation est que la réparation des fistules obstétricales simples soit effectuée dans les hôpitaux régionaux et assimilés, et que celle des fistules obstétricales complexes soit effectuée dans les centres spécialisés.

### **c. La réinsertion sociale**

La réinsertion sociale concerne toutes les femmes opérées, et vise à améliorer leur qualité de vie. Cette réinsertion doit démarrer dès le début du traitement avec une prise en charge psychologique et sociale. Une éducation sanitaire doit leur être offerte en mettant un accent, sur les activités sexuelles et de santé de reproduction. Il s'agit également d'assurer en plus du soutien psychosocial, de l'éducation, la formation professionnelle et/ou des activités génératrices de revenus. Les stratégies de réinsertion sociale doivent veiller au partage d'expériences du vécu de la maladie entre les patientes malades et avec les patientes guéries ainsi qu'à assurer une réintégration familiale selon une modalité adaptée au contexte spécifique de chaque femme.

## **3.8.4. Organisation du travail**

### **a. Prestataires**

Les prestataires impliqués dans la prise en charge des fistules obstétricales sont :

- les ASC
- Les aides-soignants
- Les infirmiers
- Les sages-femmes/ maïeuticiens
- Les médecins anesthésistes et les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation

- Les médecins compétents en SONU
- Les spécialistes : urologues, chirurgiens, et gynécologues-obstétriciens
- Les travailleurs sociaux
- Les kinésithérapeutes

#### **b. Intégration avec les autres services**

Les services de prise en charge préventive et curative des fistules obstétricales doivent être intégrés aux services de maternité à moindre risque : PF, suivi prénatal, Accouchement, suivi post natal et de chirurgie ou de gynécologie pour les fistules simples et les services d'urologie pour les fistules compliquées.

### **3.8.5. Accessibilité et décentralisation des services**

Afin de garantir l'accessibilité de l'offre de services de prise en charge des fistules obstétricales, ceux-ci doivent être disponibles au niveau de chaque région conformément aux protocoles définis par niveau.

### **3.8.6. Système d'information et de gestion**

Afin d'assurer un suivi et une évaluation des stratégies de prise en charge des fistules obstétricales, les éléments suivants devront être collectés au niveau des structures de prise en charge :

- nombre de femmes porteuses de fistules dépistées dans la zone de responsabilité ;
- pourcentage des femmes porteuses de fistules dépistées et prises en charge dans la zone de responsabilité ;
- pourcentage des femmes porteuses de fistules traitées avec succès dans la zone de responsabilité.

Pour chaque cas de FO réparé, le protocole opératoire doit être obligatoirement rédigé dans les registres des blocs opératoires.

### **3.8.7. Formation**

La formation à la prise en charge des fistules obstétricales doit être intégrée dans les curricula de formation des chirurgiens, des gynécologues obstétriciens et des médecins compétents en SONU, ainsi que les sages-femmes/maïeuticiens et les infirmiers selon les protocoles définis par niveau, en plus de la formation des urologues qui sont les personnes ressources.

### **3.8.8. Coordination**

Le multi partenariat et la synergie des interventions sont indispensables pour la bonne prise en charge des fistules obstétricales. En particulier entre le système de santé les structures capables d'appuyer la réinsertion sociale des femmes porteuses ou guéries. Pour cela il est nécessaire de mettre en place des cadres de concertation entre les différents acteurs au niveau national et régional. La coordination des activités devra être assurée aux différents niveaux du système de santé sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique à travers la DSF et les services déconcentrés.

### **3.9. NORMES EN SRAJ**

#### **3.9.1. Définition**

C'est l'ensemble des mesures prises pour rendre accessible la santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes.

#### **3.9.2. But/Objectifs**

- Assurer la prévention et la prise en charge des pathologies, des dysfonctionnements sexuels et des troubles de la sexualité
- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements, à la toxicomanie et aux Pratiques Culturelles Néfastes.
- Préparer les individus à une vie familiale harmonieuse et à une vie sexuelle saine et responsable.

Les objectifs de cette composante sont :

- Informer et éduquer les adolescents et les familles sur les changements physiques et physiologiques liés à la puberté
- Identifier et prendre en charge les problèmes liés à la puberté
- Informer et éduquer les adolescents sur les dangers liés à la sexualité précoce, aux grossesses précoces et aux avortements à risque
- Informer et éduquer les adolescents sur les risques de la consommation des produits illicites
- Informer et éduquer la communauté sur les Pratiques Culturelles Néfastes
- Offrir des services de qualité par rapport à ces problèmes

#### **3.9.3. Bénéficiaires**

Principalement les adolescents et les jeunes. Et secondairement les parents, les éducateurs, les enseignants et les prestataires, les leaders communautaires

#### **3.9.4. Stratégies**

- CCC
  - Stratégie de communication (masses médias, conférences/débats...)
  - Promotion des préservatifs (féminin et masculin)
- Plaidoyer
- Formation/recyclage des prestataires, des adolescents et jeunes (les pairs éducateurs)
- Intégration/création d'offre des services spécifiques pour les adolescents et les jeunes,
- Promotion des activités de prévention et de prise en charge des cas
- Recherche opérationnelle en Santé
- Organisation de la référence entre les pairs éducateurs et les structures de santé de leur localité

#### **3.9.5 Activités**

- CCC
- Les soins préventifs :
  - Promotion des préservatifs
  - Vaccination : Vaccin antitétanique, hépatite B, contre HPV ; Rubéole
  - Contraception

## Cameroun

- Promotion d'un bon état nutritionnel
- Soins prénatals et post natals adaptés
- PTME
- Consultation prénuptiale volontaire
- Consultation médicale périodique en milieu scolaire, extra-scolaire et universitaire
- Dépistage volontaire du VIH/hépatite virale
- Les Soins Curatifs :
  - des IST-VIH/SIDA
  - Les soins après avortement
  - des complications liées à la toxicomanie, à l'excision et aux autres pratiques néfastes
  - des troubles liés à la puberté
- La prise en charge psychologique et sociale des adolescents.
- La référence
- La formation
- Le plaidoyer auprès des décideurs à tous les niveaux

### 3.9.6. Prestataires

- Médecins
- Infirmiers
- Sages-Femmes
- Aides-soignants
- Assistant social
- ASC
- Pairs éducateurs
- animateurs (ONG, Jeunesse)
- Enseignants
- Autres éducateurs : parents, **communicateurs**

### 3.9.7. Structures

- Communauté
- Centres de santé et Hôpitaux
- Infirmeries des écoles, des universités et des garnisons,
- Services spécifiques en matière de Santé de la Reproduction des adolescents et des jeunes,
- Lieux de fréquentation des adolescents et des jeunes tels que les écoles, les lycées, les universités, les structures d'encadrement des jeunes,
- Centres médico-sociaux
- Pharmacies,
- Autres points de vente des contraceptifs

### 3.9.8. Référence/contre-référence

Les références se feront en respectant la pyramide sanitaire

### **3.9.9. Responsables**

Le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de la Santé Familiale est responsable de la conception et de l'élaboration de la politique, des normes et des protocoles des services de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

Le Service de la Santé des Adolescents et des Jeunes est responsable de la coordination et du suivi des activités.

La mise en œuvre est dévolue au niveau opérationnel avec l'appui technique des délégations régionales de la santé.

Différents intervenants qui participent dans l'offre des services de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. Il s'agit de :

- Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
- Ministère des Affaires Sociales
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
- Ministère de l'Education de Base
- Ministère des Enseignements Secondaires
- Ministère de l'Enseignement Supérieur
- ONG/Associations, le secteur public et privé

### **3.10. NORMES POUR PEC DES IST/VIH/SIDA**

#### **3.10.1. Définitions**

Les IST sont des infections transmises d'une personne à une autre par contact sexuel.

Le SIDA ou syndrome d'immunodéficience acquise est causé par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Sa transmission se fait par contact sexuel, sanguin, ou de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

#### **3.10.2. La politique nationale de lutte contre les IST/VIH/Sida**

##### **3.10.2.1. Les objectifs**

La politique nationale de lutte contre les IST y compris le VIH vise à assurer la prévention et la prise en charge basée sur l'approche syndromique des patients présentant des IST ainsi que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un continuum de soins. Cette prise en charge comporte l'accès aux services de dépistage, aux ARV, à la prise en charge psychosociale, nutritionnelle et communautaire.

La prise en charge de l'infection aux IST/VIH est basée sur une approche intégrée dans un continuum. Il s'agit d'assurer les meilleures conditions pour le dépistage, le suivi biomédical, psychosocial et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH.

Ainsi, le dispositif de prise en charge du VIH doit offrir des prestations de service de qualité et respecter la dignité, la confidentialité des usagers de soins en vue de :

- La prise en charge ces IST selon l'approche syndromique
- Le dépistage précoce du VIH, les soins biomédicaux aux personnes vivant avec le VIH des orphelins et enfants vulnérables L'appui à l'observance, le soutien nutritionnel et psychosocial
- La mise en place d'un continuum de soins avec référence vers des structures spécialisées pour divers services : médiation
- sociale, renforcement professionnel, assistance juridique...

#### **3.10.3. Composantes des services de lutte contre les IST/VIH**

##### **3.10.3.1. IEC/CCC et promotion du condom**

Les informations doivent être fournies sur les modes de transmission, les manifestations cliniques et les complications des IST, les liens entre les IST et le VIH/SIDA, les méthodes préventives (IST, VIH, PTME,), l'accompagnement et le soutien psycho social aux PVVIH.

##### **3.10.3.2. Fourniture de condoms, des médicaments contre les IST et ARV**

Les condoms masculins et féminins doivent être disponibles et les médicaments de prise en charge des IST ainsi que les ARV disponibles selon les directives nationales

#### **Prise en charge syndromique des IST.**

Les prestataires sont tenus d'assurer la prise en charge des IST et des affections opportunistes liées au VIH/SIDA sur la base des algorithmes de prise en charge disponibles (cf. document des protocoles).

### **3.10.3.3. Services de PTME**

Ils doivent englober le consulting, l'offre de dépistage de la femme enceinte, les ARV selon l'option B+ et la prise en charge du nouveau-né et du nourrisson.

### **3.10.3.4. Dépistage du VIH**

Le dépistage est la porte d'entrée de la prise en charge du VIH. Il peut être volontaire ou prescrit par un prestataire de santé. Lorsque le test VIH est positif, les patients doivent être pris en charge

L'offre de dépistage du VIH est composée de 2 services suivants :

### **3.10.3.5. Counseling**

Tout dépistage du VIH doit être précédé d'un counseling pré-test. L'annonce de résultat du test VIH est effectuée après un counseling post-test.

Le counseling est une technique de communication qui renforce les capacités des soignants et améliore la qualité de la prise en charge du VIH. Il permet au prestataire des soins, d'identifier les comportements à risque chez des patients, de donner des informations sur le VIH, ainsi que les avantages de la connaissance du statut sérologique. Cette technique prône une relation soignant-soigné symétrique et la responsabilisation individuelle du client qui est encouragé à « faire face » pour l'adoption de comportement à moindre risque.

Le counseling est effectué par tout prestataire de soins (médecin, pharmacien, sage-femme/Maïeuticien, aide-soignant, assistant social, infirmier, agent de santé...) ayant été formé.

### **3.10.3.6. Le diagnostic biologique du VIH**

La demande de test VIH doit être effectuée par les prestataires de soins formés au sein de la structure disposant de l'équipement requis.

La proposition de test doit être effectuée le plus précocement possible avant que les patients ne soient à un stade avancé du VIH. Toutes les femmes enceintes et allaitantes doivent être dépistées.

La sérologie VIH doit être proposée par les prestataires de soins devant :

- Patient présentant une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire, une IST, des signes clinique d'immunodépression (candidose, zona, herpès cutanéomuqueux, diarrhée chronique, prurigo généralisé, fièvre au long cours, amaigrissement important, lymphadénopathie généralisée persistante)
- Patient présentant une infection opportuniste : cryptococcose neuro-méningée, toxoplasmose cérébrale, maladie de Kaposi, rétinite à CMV
- Patient ayant eu des comportements sexuels à risque
- Patient désirant se faire tester
- Tout patient doit être dépisté quel que soit la raison de sa venue à l'hôpital

### **3.10.3.7. Prise en charge du VIH**

Elle prend en compte les volets suivants :

La prévention et la prise en charge médicale des infections opportunistes,

La prévention des infections opportunistes se fait par la chimio prophylaxie au Cotrimoxazole et doit être proposée aux nourrissons exposés et aux adultes répondant aux critères définis par les protocoles de prise en charge.

La prise en charge des infections opportunistes selon les protocoles définis par niveau comprend :

- La prise en charge médicale par les ARV
- La prise en charge des enfants
- Le soutien à l'observance
- Les soins palliatifs
- Le soutien accompagnement

### 3.10.4 Prestataires

Les prestataires assurant la lutte contre les IST/VIH sont :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers/ Aide-soignant
- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les médecins
- Le personnel social
- Les biologistes
- Les pharmaciens et les commis des pharmacies
- Les chirurgiens-dentistes

Tableau IX: Type d'activités IST- VIH/Sida et personnel par niveau

ACTIVITES	Qualification du personnel	Com	CSI	CMA	HD	HR/HC CR	HG/CHU
<b>Activités IEC/CCC</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/ maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Distribution de préservatifs (M/F)</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/ maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Soutien psychosocial des PVVS</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/ maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Orientation et référence des cas IST-VIH/SIDA</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, Gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+		



ACTIVITES	Qualification du personnel	Com	CSI	CMA	HD	HR/HC CR	HG/CHU
<b>PEC et suivi des patients IST/VIH/SIDA</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Détection et PEC des infections opportunistes</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Dépistage syphilis femmes enceintes</b>	Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)		+	+	+	+	+
<b>Formation/ recyclage relais</b>	Agents communautaires (ARC, Aides/Ado...), travailleur social, Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste compétent en SONU, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)	+	+	+	+	+	+
<b>Prise en charge syndromique des IST</b>	Aides-soignants, infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste compétent en SONU, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)		+	+	+	+	+
<b>Prise en charge étiologique des IST</b>	Infirmier, Sage-femme/maïeuticien, médecin (généraliste compétent en SONU, chirurgien, urologue, Pédiatre, gynécologue Obstétricien....)		+	+	+	+	+

### 3.10.5. Paquet minimum de services pour la PEC des patients vivant avec le VIH

- Activités de prévention de l'infection par le VIH : information et sensibilisation des populations
- Prise en charge psychosociale (counseling pré et post-test)
- Propositions de sérologie VIH devant tout patient reçu en consultation
- Traitement symptomatique des signes cliniques d'immunodépression utilisant les médicaments essentiels
- Administration des ARV à tous patients diagnostiqués positifs
- soutien à l'observance des patients mis sous traitement antirétroviral (Education thérapeutique)

- Administration des ARV à vie à toute femme enceinte ou allaitante dépistée séropositive pour prévenir une transmission mère-enfant du VIH
- Recherche des perdues de vue
- Diagnostic clinique des signes d'immunodépression (candidose buccale, zona, herpès cutanéomuqueux)
- Mise sous chimioprophylaxie par le Cotrimoxazole des patients vivants avec le VIH répondant aux critères d'inclusion
- diagnostic étiologique de la tuberculose
- suivi clinique et biologique d'un patient vivant avec le VIH mis sous trithérapie antirétrovirale
- évaluation du risque d'exposition accidentelle au sang (ou au sexe) et initiation d'une chimioprophylaxie antirétrovirale
- Accompagnement nutritionnel des patients vivant avec le VIH
- Diagnostic étiologique des infections opportunistes bactériennes, parasitaires et virales (tuberculose extra pulmonaire, Isosporose, Cryptosporidiose, cryptococcose neuro-méningée, Shigellose, salmonellose, bactériémie, toxoplasmose cérébrale ....)
- Détermination de la charge virale plasmatique en cas d'indication
- Evaluation de la sensibilité des souches VIH aux médicaments antirétroviraux

### 3.10.6. Système d'information

Liste restreinte des indicateurs de suivi IST/VIH/SIDA :

<b>Distribution de Préservatifs</b>				
	Préservatifs distribués gratuitement/vendus	# distribués:		# vendus:
	Points de distribution/vente de préservatifs	# points distribution:		# points vente:
<b>Contrôle des IST</b>				
	Nombre de patients traités pour les IST	# femmes:		# hommes:
		# femmes:		# hommes:
	Prestataires de service formés	# médecins:	# para médicaux	# travailleurs sociaux
<b>Contrôle de Syphilis (Services Périnataux)</b>				
	Proportion de structures qui assurent le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte	# femmes enceintes attendues:		# femmes dépistées pour la syphilis:
<b>Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH</b>				
	Prestataires de service formés	# médecins:	# sages-femmes /maieuticiens/ infirmier/aide-soignant	#travailleurs sociaux infirmiers/aides soignants
	Femmes enceintes attendues / acceptées et ayant fait le test VIH	# femmes enceintes attendues:		# femmes enceintes dépistées pour le VIH:
	Femmes enceintes sensibilisées sur la PTME	Adultes		Jeunes (15-24 ans)

	Femmes enceintes infectées par le VIH / reçues un traitement ARV complet pour réduire le risque de TME (FG)*	# infectées par VIH:	# infectées et reçues traitement antirétroviral complet:
<b>Conseils et Dépistage Volontaire</b>			
	Prestataires formés sur la PTME	# médecins:	# sages-femmes/maïeuticiens
	Personnes sensibilisés sur le Dépistage Volontaire	# femmes:	# hommes:
	Personnes bénéficiant du conseil pré-test	# femmes:	# hommes:
	Personnes faisant le dépistage après le conseil pré-test	# femmes:	# hommes:
	Personnes qui reviennent chercher le résultat après un dépistage volontaire	# femmes:	# hommes:
<b>Prise en Charge Médicale</b>			
	Prestataires formés sur la PEC médicale	# médecins prescripteurs	# personnel paramédical
	PVVIH qui reçoivent de la prophylaxie pour les IO	# femmes:	# hommes:
	PVVIH bénéficiant d'une prise en charge à domicile	# femmes:	# hommes:
	PVVIH bénéficiant d'un traitement palliatif	# femmes:	hommes: j
	PVVIH présentant une IO prise en charge selon les normes nationales	# de PVVIH présentant une IO	# de PVVIH avec IO pris en charge :
	Nombre de malades mis sous traitement ARV	# de personnes dépistées au cours du mois	# de personnes ayant commencé le traitement au cours du mois : (1)
		# de personnes recevant une thérapie antirétrovirale au début du mois (2)	# de personnes recevant une thérapie antirétrovirale à la fin du mois : (1+2)
		# de personnes sous thérapie antirétrovirale au début du mois qui sont décédées au cours du mois	# de personnes dont le traitement a été interrompu pour d'autres raisons

### 3.10.7. Suivi et référence

Les patients présentant des IST/VIH doivent bénéficier d'un suivi du fait de la possibilité de séquelles et complications pouvant mettre en jeu le pronostic génésique et vital. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

### **3.11. NORMES DE PRISE EN CHARGE DES MGF**

#### **3.11.1. Définition**

La mutilation génitale féminine est l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion des organes génitaux pratiqués pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique (OMS). Le terme d'excision, plus utilisé en français, relève d'une terminologie médicale occidentale.

#### **3.11.2 Classification des MGF (OMS)**

**Type 1** : Ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris

**Type 2** : Ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris et des petites lèvres

**Type 3** : Infibulation - Ablation du clitoris des petites lèvres et des grandes lèvres avec fermeture de l'orifice du vagin

**Type 4** : Formes non classées (cautérisation du clitoris, incision du vagin...).

#### **3.11.3. Objectifs**

La lutte contre les mutilations génitales féminines est une des composantes de la SR adoptées par le Cameroun et fait partie intégrante de la loi sur la SR.

La politique de lutte contre les MGF vise à :

- Assurer une prévention primaire des MGF par le biais de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) afin d'éliminer la pratique
- Secondaire par la prévention et la prise en charge des complications des MGF
- Tertiaire par la prise en charge des séquelles
- Améliorer les compétences des prestataires pour la prise en charge des complications, des séquelles et des conséquences des MGF
- Offrir aux femmes et filles souffrant de MGF un counseling, et une prise en charge psycho sociale adéquate

#### **3.11.4. Personnel**

Les prestataires impliqués dans la lutte contre les MGF sont :

- Les ASC
- Les infirmiers/aides-soignants
- Les sages-femmes/Maïeuticiens
- Les médecins généralistes compétents
- Les gynécologues-obstétriciens
- Les agents sociaux

#### **3.11.5. Composantes**

L'offre de services de lutte contre les MGF, comporte :

- IEC/CCC pour assurer la prévention des MGFs
- La référence et la prise en charge curative des complications immédiates, secondaires et tardives chez les fillettes, adolescentes et femmes ayant subi des MGFs
- Le soutien psychosocial des fillettes, adolescentes et femmes présentant des MGFs.

### 3.11.6. Coordination des activités

La coordination des activités de lutte contre les MGF doit être menée avec les autres départements par le biais de la DSF Elle a pour but d'harmoniser les différentes énergies en vue de la prévention des pratiques, de la prise en charge et de la réinsertion des cas compliqués.

#### 3.11.6.1. Activité et personnel par niveau

Activités	Qualification du personnel	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
	• Agents communautaires	+	+	+	+	+
	- ARC	+	+	+	+	+
	- Assistante sociale		+	+	+	+
IEC /CCC	• Sage-femme/ maieuticien	+	+	+	+	+
	• Infirmier					
	• Médecin					
	- Généraliste compétent		+	+	+	+
	- Gynécologue/ obstétricien			+	+	+
	• Pharmacien		+	+	+	+
	• ASC	+	+	+	+	+
Référence et Prise en charge curative des complications immédiates, secondaires et tardives	• Assistant social/ASC	+				
	• Aides-soignants					
	• Infirmier					
	• Sage-femme/ maieuticien					
	• Médecin					
- Généraliste compétent		+	+			
- Gynécologue/Obstétricien			+	+	+	
	• pharmacien					
	• Agents communautaires	+				
	• Assistante social/ ASC/ Aide-Ado	+		+		
	• Sage-femme		+	+	+	+
	• Infirmier		+	+	+	+
Soutien Psychosocial	• Médecin					
	- Généraliste compétent		+	+	+	+
	- Gynécologue/ Obstétricien			+	+	+
	• Pharmacien				+	+
	• Psychologues				+	+

### **3.12. NORMES POUR PEC DES VIOLENCES SEXUELLES**

#### **3.12.1. Définition**

Une violence sexuelle se définit comme tout acte sexuel obtenu sans consentement utilisant la coercition, la menace, l'intimidation, le chantage ou la force physique, effectué par toute personne quel que soit ses liens avec la victime et quel que soit le lieu.

#### **3.12.2. Les composantes**

Les composantes des services de santé de la reproduction en cas de violences sexuelles sont :

- La collecte de preuves médico-légales
- L'évaluation du risque d'infections sexuellement transmissibles et le traitement préventif
- L'évaluation du risque de grossesse et sa prévention
- Le traitement des lésions
- L'accompagnement psychosocial et le suivi

#### **3.12.3. Principes**

Il n'appartient pas au prestataire de soins de déterminer si une personne a été violée. Il s'agit là d'une détermination d'ordre juridique. Le prestataire de soins doit par contre :

- administrer les soins nécessaires, y compris le soutien psycho social
- consigner les faits relatés, l'examen médical et d'autres d'informations afférentes et, avec l'accord de la personne concernée,
- collecter toute preuve médico-légale qui pourrait s'avérer nécessaire dans une enquête ultérieure.

Le prestataire doit avoir la préoccupation préventive, curative, et médicolégale ainsi que le respect du secret professionnel.

#### **3.12.4. Organisation du travail**

##### **3.12.4.1. Prestataires**

Les prestataires suivants doivent être impliqués dans la prise en charge des violences sexuelles :

- Les ASC
- Les aides-soignants
- Les infirmiers
- Les sages-femmes/maïeuticiens
- Les pharmaciens et les biologistes
- Les médecins généralistes
- Les gynécologues-obstétriciens Les chirurgiens,
- les proctologues...
- Les pédiatres
- Les agents sociaux.

### 3.12.4.2. Lieu

Les prestataires assurant la prise en charge des violences sexuelles doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité à toutes les étapes de l'offre de services.

### 3.12.4.3 Emploi du temps

Les services de prise en charge des violences sexuelles doivent être disponibles 24h/24 et 7j/7.

Tableau X : Type d'activités selon les niveaux

Activités	Qualification du personnel	Niveau				
		CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
<b>Préparation de la victime avant l'examen et collecte des preuves physiques</b>	Sage-femme/maïeuticien, infirmier, médecin (gynécologue) Travailleur social, ASC	+	+	+	+	+
Anamnèses et récit des faits	Sage-femme/maïeuticien, infirmier, médecin (gynécologue) Travailleur social		+	+	+	+
• Informations générales		+	+	+	+	+
• Description des faits		+	+	+	+	+
• interrogatoire		+	+	+	+	+
<b>Collecte des preuves médico-légales</b>	Sage-femme/maïeuticien, infirmier médecin (gynécologue)	+	+	+	+	+
• Documentation du cas		+	+	+	+	+
• Prélèvement des échantillons		+	+	+	+	+
• Elaboration du certificat médical			+	+	+	+
<b>Examen Clinique</b>	Sage-femme/maïeuticien, Infirmier, médecin (gynécologue)					
• Examen physique		+	+	+	+	+
• Examen des parties génitales		+	+	+	+	+
• Tests de dépistage de laboratoire		+				
<b>Prescription du traitement</b>	Sage-femme/maïeuticien, infirmier, médecin (gynécologue)					
• Prévention des infections sexuellement transmissibles et de la grossesse		+	+	+	+	+

Activités	Qualification du personnel	Niveau				
		CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
• Prévention de la transmission V1H			+	+	+	+
• Prévention du tétanos			+	+	+	+
• Prévention de l'hépatite B			+	+	+	+
• Traitement des blessures		+	+	+	+	+
Aide Psychologique de la victime	Sage-femme/maïeuticien infirmier, médecin (gynécologue) travailleur social, psychologue	+	+	+	+	+
Suivi médical de la victime	Sage-femme/maïeuticien , infirmier, médecin (gynécologue) Travailleur social		+	+	+	

Le personnel communautaire assure la référence le suivi et la réinsertion sociale des cas.



### 3.13. NORMES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS GENITAUX

#### Type d'activités et normes de personnel par niveau

Activités	Qualification du personnel	Niveau					
		Com	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
IEC /CCC	➤ ASC	+	+	+	+	+	+
	➤ Sage-femme/ maïeuticien		+	+	+	+	+
	➤ Infirmier			+	+	+	+
	➤ Médecin		+	+	+	+	
	➤ Travailleur social	+					
Référence les cas suspects	➤ ASC	+		.			
	➤ Sage-femme/ maïeuticien		+	+			
	➤ Infirmier		+	+			
	➤ Médecin			+	+	+	
Dépistage / Diagnostic précoce	➤ Sage-femme/ maïeuticien		+	+	+		
	➤ Infirmier		+	+	+	+	+
	➤ Médecin						
	- Gynécologue						
	- Chirurgien						
	- Urologue						
	- Radiologue		+	+	+	+	+
	➤ Technicien de laboratoire		+	+	+	+	+
	➤ Anatomopathologiste						
Suivi du traitement des patients contre référées	➤ Sage-femme/ maïeuticien		+				
	➤ Infirmier		+				
	➤ Médecins		+	+	+	+	
	➤ Technicien de laboratoire						
traitement des cancers génitaux	➤ Gynécologue				+	+	+
	➤ Chirurgien				+	+	+
	➤ Urologue					+	+
	➤ Radiothérapeute					+	+
	➤ Chimiothérapeute						+

## Normes de matériel et équipements par niveau

Composantes	Normes de matériel et équipement par niveau pour les Affections Génitales				
	Communauté	CSI	CMA/HD	HR/HC	HG/CHU
Prévention et prise en charge des affections de l'appareil génital en dehors des cancers	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC +boîte à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC +boîte à images, affiches, dépliants, brochures
	*Produits selon liste de médicaments disponibles au niveau communautaire	*Produits selon liste des médicaments essentiels	*Produits et médicaments spécifiques selon liste médicaments essentiels	*Echographie, Radiographie, colposcope, cystoscope	*Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), Scanner, Matériel et équipement pour exploration biologique et hormonale
		*Equipement standard SSR	*Equipement standard SSR	*Matériel équipement pour exploration biologique et hormonale	
			*Produits et médicaments spécifiques		
Prévision et prise en charge des cancers génitaux	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures	*Matériel IEC+Boite à images, affiches, dépliants, brochures
		*Produits selon liste des médicaments essentiels	*Matériel de prélèvement et de lecture examen cytologique	*Equipement standards SSR pour hôpital régional + équipement pour dépistage et traitement lésions précancéreuses et cancers génitaux : échographe, Coloscope, Lugol, acide acétique, eau distillée, matériel de cytopathologie, matériel de résection et de cryothérapie, cystoscope	* Matériel de radiothérapie (curiethérapie et radiothérapie externe), équipement de laboratoire d'anatomie pathologique, service d'imagerie médicale y compris scanner, IRM et scintigraphie.
		*Equipement standard SSR		*Salle d'hospitalisation pour chimiothérapie ambulatoire	

### **3.14. NORMES DE LA PTME**

#### **3.14.1. Définition de la PTME**

La Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) est l'ensemble des interventions destinées à réduire la transmission du VIH/SIDA et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant

#### **3.14.2. Objectif de la politique nationale de la PTME du VIH**

Le Cameroun a adhéré à l'objectif de l'ONUSIDA qui est d'atteindre d'ici 2030 l'objectif 90-90-90 stipulant que 90% de personnes infectées par le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de ces personnes dépistées recevront le traitement ARV et 90% des personnes sous ARV ont supprimé durablement leur charge virale. Au Cameroun Les objectifs poursuivis dans la PTME sont de : (i) réduire d'au moins 90% les nouvelles infections pédiatriques ;(ii) réduire d'au moins 50% les décès maternels liés au Sida ; et (iii) réduire à moins de 5% le taux résiduel de Transmission Mère Enfant du VIH.

La PTME doit être intégrée à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

L'objectif ici est de faire usage de tous les points d'entrée aux soins de la SMNI (CPN, maternité, service de vaccination, service de suivi post natal, service de planning familial, etc.) pour identifier tous ceux qui ont des besoins à satisfaire afin de les leur offrir. Les services à offrir peuvent être en rapport :

- Soit avec la prévention de l'infection à VIH (pilier 1 de la PTME) et de toute autre maladie ou alors des grossesses non désirées (pilier 2 de la PTME)
- Soit en rapport avec la prise en charge appropriée des cas de grossesse et/ou d'infection à VIH (pilier 3 et 4 de la PTME)

#### **3.14.3. Les cibles et piliers de la PTME**

Il s'agit des femmes en âge de procréer, des femmes infectées par le VIH, leurs partenaires, leurs enfants et leurs familles.

L'approche globale comprend 4 piliers :

##### **Pilier 1 : La prévention primaire du VIH chez les futurs parents**

- Assurer l'information et la sensibilisation pour le changement de comportement
- Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque :
  - Abstinence pour les adolescents et les jeunes non encore sexuellement actifs
  - Fidélité à un seul partenaire non infecté au sein des couples
  - Utilisation correcte du condom pour tout rapport sexuel à risque
- Faciliter l'accès aux condoms (masculins et féminins)
- Diagnostiquer et traiter précocement les IST
- Rendre le conseil et dépistage du VIH largement disponibles
- Offrir des conseils appropriés de prévention aux femmes séronégatives

##### **Pilier 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives**

- Faire systématiquement le conseil de planning familial (PF) à tous les points d'entrée de la SMNI
- Offrir une méthode de contraception sûre et effective à toute les femmes qui en ont besoin

- Promouvoir les pratiques sexuelles plus sûres (utilisation systématique et correcte des préservatifs)

### **Pilier 3 : Prévention de la TME du VIH**

- Faire systématiquement et précocement le dépistage du VIH chez toute femme enceinte en première CPN
- Instituer le traitement ARV chez toute femme enceinte séropositive le plus tôt possible suivant le diagnostic de l'infection à VIH
- Promouvoir le comportement sexuel à moindre risque
- Conseiller l'accouchement dans une formation sanitaire
- Respecter les bonnes pratiques au cours de l'accouchement
- Conseil à l'allaitement pour le bébé
- Assurer la prise en charge (PEC) médicale et psychosociale
- Apporter le soutien nécessaire pour l'observance du traitement ARV
- Dépister et traiter toute pathologie pouvant majorer le risque de TME (infections urinaire et cervico-vaginales)
- Interrompre rapidement l'exposition postnatale du bébé au sang et sécrétions maternelles par bain de l'enfant dans une solution antiseptique tiède
- Administrer la Névirapine prophylactique chez le bébé
- Initier l'alimentation à moindre risque pour le bébé

### **Pilier 4 : Traitement, soins et soutien pour les femmes VIH+ et tous les membres infectés de leur famille**

- Faire le dépistage du VIH des partenaires ainsi que des autres enfants des femmes enceintes et des mères séropositives
- Offrir le traitement, soins et soutien à toutes les femmes séropositives ainsi qu'à leur partenaire et enfants infectés par le VIH
- Assurer le suivi clinique et biologique suivant les recommandations nationales
- Apporter le soutien nécessaire pour favoriser la rétention et l'observance du traitement
- Organiser un système de contact et de collaboration avec les services communautaires pour une prise en charge holistique et appropriée.

#### **3.14.4. Composantes des services de PTME**

Les services de PTME se déclinent en plusieurs composantes citées ci-dessous :

- Counseling et dépistage à l'initiative du prestataire ;
- offre de services de PTME ;
- le suivi et le système de référence ;
- la gestion des dossiers
- la supervision
- la logistique
- la CCC/mobilisation communautaire

##### **a. Counseling et dépistage à l'initiative du prestataire**

Il doit se faire à toutes les portes d'entrée

Le counseling pré test a pour but de préparer au dépistage et de gérer le résultat.

En PTME, le counseling pré test en direction de la femme enceinte se fait dans une situation particulièrement stressante. Pour la femme généralement, faire le test en période de

grossesse suscite beaucoup d'angoisse par rapport au résultat personnel, surtout à la contamination éventuelle de l'enfant en cas de résultat positif

#### b. L'offre de services de PTME

Elle comprend les éléments suivants :

- l'IEC/mobilisation communautaire
- la fourniture des ARV à la femme infectée et son bébé
- la prise en charge des effets secondaires des ARV
- la PTME dans le post-partum
- la planification familiale chez les adolescents et les femmes vivant avec le VIH

#### c. Le suivi et le système de référence

Tous les clients doivent être informés des exigences de suivi appropriés et être encouragés à revenir auprès du prestataire.

En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

#### d. La gestion des dossiers des clients

Tout client de PTME doit avoir un dossier et les prestataires sont tenus de les conserver de façon adéquate. Dans le but de pouvoir identifier chaque client, et d'assurer un suivi, le prestataire doit veiller au classement adéquat et à la mise à jour des dossiers des clients.

#### e. La supervision

La supervision des services de PTME doit faire partie intégrante de la supervision formative intégrée de SR.

#### f. La logistique

La gestion de la logistique permet d'éviter les ruptures de stocks en intrants. Les prestataires doivent également veiller au respect des normes de stockage des intrants

### 3.14.5. Délégation des tâches

INTERVENTIONS ET ACTIVITES	DELEGATION DE TACHE				DECENTRALISATION			
	PRESTATAIRES CONCERNES				NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE			
	MD	INF/SF	AS	ASC	HD	CMA	CSI	OBC
<b>CCC</b>								
1) Education à base communautaire	X	X	X	X	X	X	X	X
2) Causerie éducative	X	X	X	X	X	X	X	X
3) ETP	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Dépistage et conseil</b>								
Counselling pre et post test	X	X	X	X	X	X	X	X
1) Dépistage Conseil et à l'initiative du prestataire	X	X	X	X	X	X	X	X
2) Dépistage du VIH selon l'algorithme national, en 1ère CPN chez toutes les femmes enceintes	X	X	X		X	X	X	
3) Dépistage hep B dès le 1 <sup>er</sup> contact	X	X	X		X	X	X	

<b>Prévention</b>								
1) <i>Interventions de prévention</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
2) <i>PTME option B+ dès que le statut est connu</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
3) <i>Prévention positive</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>PEC des femmes enceintes VIH+ et des enfants exposés</b>								
<b>CPN (voir norme CPN)</b>								
<b>Offre de TARV option B+</b>	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Prophylaxies ARV pour les enfants exposés</b>								
<b>Administration de Nevirapine</b>	X	X	X		X	X	X	
<b>Prophylaxies au CTX</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Accouchement (voir norme accouchement)</b>								
<b>Suivi post-natal</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
1) <i>Bain du nouveau-né exposé avant 6 h de vie avec une solution antiseptique</i>	X	X	X		X	X	X	
2) <i>Injection intramusculaire et dans deux sites différents :</i>								
- <i>Première injection de vaccin à renouveler à M1 et M6</i>								
- <i>Injection d'immunoglobuline anti- HBs</i>	X	X	X		X	X	X	
3) <i>Diagnostic précoce</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
4) <i>Sérologie VIH de confirmation (à 18 mois)</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
5) <i>Dépistage des femmes allaitantes</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
6) <i>Allaitement maternel exclusif à moindre risque jusqu'à 6 mois</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
7) <i>Respect de l'algorithme de dépistage chez l'enfant</i>	X	X	X	X	X	X	X	X

### 3.14.6. Organisation des services

Organiser le système de délivrance des services au sein de la formation sanitaire en « One Stop Shopping » pour s'assurer que chaque client reçoit en une seule visite toutes les prestations dont il a besoin.

Organiser les services dans une séquence continue et rapprochée avec les prestataires aux tâches complémentaires et au sein d'un même bâtiment « Supermarché ».

Dans le cadre de la délégation des tâches et de la décentralisation pour la mise en œuvre de l'option B+, il est recommandé que :

- Il faut faire le dépistage avec :

**1<sup>er</sup> test** : Détermine HIV 1 et 2 des laboratoires Abbot Diagnostics (à conserver entre 2° et 30 ° ou Unigold des laboratoires Trinity Biotec (à conserver entre 2 et 30°)

**2<sup>ème</sup> test** : Oraquick des laboratoires Orasure Technologie inc. (à conserver entre 2 et 30 ° ou KHB Shanghai HIV 1 et 2 des laboratoires Bio-engineering Co. Ltd (à conserver entre 2 et 30 °)

- Le personnel habilité des services de PTME/SMNI initie le traitement ARV de première ligne (TDF+3TC+EFV) pour toute femme enceinte et mère allaitante VIH et assurent le bon suivi clinique et biologique de ces clients.

- S'il survient des effets secondaires ou bien si une inefficacité du traitement est suspectée ou affirmée, le prestataire devra procéder à une évaluation de l'observance du traitement et

apporter le soutien nécessaire. Si aucun problème d'observance du traitement n'est identifié, le prestataire devra référer la cliente au centre de traitement ARV le plus proche pour conseil et prise en charge appropriée.

### **3.14.7. Organisation du travail**

#### **Les prestataires**

Les dispensateurs de services de PTME sont des acteurs formés en PTME. Il s'agit de

- Les infirmiers
- Les sages-femmes/ maïeuticiens
- Les pharmaciens,
- Les médecins
- Les chirurgiens-dentistes
- Techniciens de Laboratoire
- Les ASC
- **Infrastructures, équipements et matériels**

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services de PTME. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité ainsi que le respect de la dignité des clientes depuis la consultation, l'achat des produits, jusqu'à l'administration de la méthode. S'assurer que la gestion des intrants respecte le FEFO « First Expired-First Out »

#### **a. L'emploi du temps et l'intégration avec les autres services de SR**

L'offre des services de PTME doit s'intégrer aux autres services en particulier, la consultation pré et post natale, la surveillance du nourrisson, les soins post-avortement, la prise en charge du VIH, etc. et cela tous les jours ouvrables.

### **3.14.8. Décentralisation et accessibilité des services de PTME**

L'offre de services de PTME doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle doit être intégrée aux stratégies avancées et mobiles de SR dans le but d'améliorer l'accès à la PTME dans certaines zones enclavées.

Les services de PTME doivent également être fournis au niveau communautaire par les ASC, en particulier, pour la CCC/mobilisation communautaire, la fourniture des ARV selon les directives nationales, ainsi que la référence des cas d'échecs thérapeutiques ou d'effets indésirables aux ARV.

### **3.14.9. Qualité des services de PTME**

Pour que les services de PTME soient de qualité, les éléments suivants sont indispensables :

- Les soins doivent être personnalisés
- Les clients doivent être traités avec dignité et diligence
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur la PTME
- Les services de PTME doivent être propres et avoir un circuit des clients bien organisé
- Les services doivent être offerts pendant les heures normales de travail, et si possible, essayer de se conformer aux besoins particuliers des clients.
- La supervision doit être intégrée et concerner tout le personnel impliqué.
- Faire le lien entre la formation sanitaire et la communauté pour le continuum des soins des clients en PTME

- Renforcement des capacités des prestataires par des formations continues ou des supervisions

#### **3.14.10. Système d'information**

Une liste des indicateurs du programme intégré PTME/SMNI doit être disponible

Dans le cadre du monitoring des activités de PTME les indicateurs de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation et de couverture en ARV doivent être disponibles dans le DHIS et transmises selon la chaîne de transmission des rapports d'activités.

Le circuit de rapportage en place au Cameroun demande que chaque site de PTME envoie mensuellement (au plus tard le 05 du mois) les données du programme au service de santé du district de rattachement, que le service de santé de district fasse la synthèse des données reçues de tous les sites et les envoie au service de la délégation régionale (au plus tard le 10 du mois) avec copie au GTR/CNLS. La délégation régionale doit à son tour doit faire parvenir à la DSF une synthèse régionale mensuelle (au plus tard le 15 du mois) avec copie au GTC/CNLS.

#### **3.14.11. Références-en PTME**

Lorsque la gestion des effets secondaires ou l'état de la femme ou son enfant nécessite une prise en charge particulière non disponible, le prestataire devra assurer la référence du client selon la pyramide sanitaire

La référence peut être physique (le client est physiquement accompagné d'une unité a une autre).

Elle peut se faire en utilisant une fiche de référence dûment remplie dans le service référent et remis au client qui le présentera au prestataire à son arrivée dans l'unité de destination.

Il faut mettre en place un système de suivi de la rétention des clients et d'aide à l'observance du traitement en instituer le registre des rendez-vous avec une liste des clients attendus pour chaque journée de consultation

A la fin de chaque journée de consultation, procéder à l'identification des cas de rendez-vous manqués et en faire la liste à des fins de retraçage de ces clients

Charger les agents de santé communautaire de la recherche des cas de rendez-vous manqués et des perdus de vue dont la liste leur sera remise à la fin de chaque journée de consultation.

Former ces agents de santé communautaire à l'usage des outils mis à leur disposition et au système de retraçage des clients pour améliorer la rétention des patients au sein du système des soins.

Mettre à la disposition des agents de santé communautaires des moyens de communication et la logistique nécessaire pour retracer les rendez-vous manqués et les perdus de vue.

Mettre en place un système de pair-éducation avec des pairs éducateurs identifiés et bien formés qui vont apporter à leurs pairs par leur vécu et expérience personnelle le soutien psychosocial et à l'observance du traitement.



Organiser la mise en place et le fonctionnement des groupes de soutien au sein de la formation sanitaire et établir leur calendrier de leurs rencontres. Documenter systématiquement la référence et de la contre-référence dans les outils appropriés des unités référent et de destination.

Documenter également toutes les activités des groupes de soutien.

#### **3.14.12. PTME en post-partum/postnatal du couple mère-enfant**

Le post-partum de la mère séropositive est généralement semblable à celui d'une femme séronégative (ou de sérologie inconnue).

Le suivi post-partum de la femme séropositive devrait aussi se focaliser sur l'offre du planning familial et le support (ou la référence) pour une prise en charge médicale et psychosociale.

L'enfant nourri au lait artificiel peut avoir des problèmes de croissance et nécessiter un suivi plus étroit de la croissance et de la surveillance des maladies infectieuses.

Le calendrier vaccinal de l'enfant né de mère séropositive est comparable à celui de l'enfant normal, sauf si l'enfant est symptomatique du VIH.

Le suivi de l'enfant exposé doit se faire selon la règle des 6 : dès la naissance, à 6 heures, 6 jours, 6 semaines, 6 mois.

L'établissement du diagnostic de l'infection à VIH peut être basé (1) soit sur la recherche des antigènes du VIH par la PCR f; dans ce cas, le diagnostic peut être établi dès la 6ème semaine postnatale. ; (2) soit sur la recherche des anticorps, il faut attendre la disparition des anticorps maternels transmis, soit l'âge de 18 mois.

#### **PECP (Voir normes PEC enfant)**

### 3.15. SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR)

#### 3.15.1. Définition de la SDMPR

La SDMPR est un cycle continu des mesures conçu pour fournir les données concrètes exploitable en temps réel sur les niveaux de la mortalité maternelle, périnatale et néonatale, les causes et les facteurs contribuant aux décès. L'accent est mis sur l'utilisation des résultats afin de planifier des mesures préventives appropriées et efficaces.

Tout décès maternel, périnatal et néonatal doit faire l'objet d'une identification, notification, revue, et riposte.

#### 3.15.2. But et objectifs de la SDMPR

**But :** Eliminer les décès maternels, périnatals et néonatals évitables.

**Objectifs :** Compter chaque décès maternel, néonatal et périnatal, pour évaluer l'ampleur réelle du problème, et fournir des informations qui orientent les actions efficaces à mettre en œuvre pour éliminer la mortalité maternelle, périnatale et néonatale évitable au niveau des FOSA et dans la communauté.

#### 3.15.3. Définition des cas

##### ➤ **Décès maternel**

- **Décès Maternel suspect :** Décès des femmes en âge de procréer.
- **Décès maternel probable :** Tout décès de femme liée à la grossesse, pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quelle que soit la cause du décès. Etant donné que dans de nombreux contextes, la grossesse n'a pas été confirmée jusqu'au deuxième trimestre, (soit avant qu'elle ne soit physiquement visible) tout décès dont on soupçonne la grossesse doit être notifié comme décès maternel probable.
- **Le Décès maternel confirmé :** Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quel que soit le site ou l'âge de la grossesse, pour une cause déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais qui ne résulte pas des causes accidentelles (accidents, violences, suicides, catastrophes naturelles, etc) ou incidentelles.

Déclarer en communauté **le cas suspect de Décès maternel =**

Décès de toute femme en âge de procréer (12-49 ans). Cette déclaration devra s'accompagner d'une confirmation de cas dans une formation sanitaire avant transmission à la hiérarchie.

##### ➤ **Décès néonatal**

Décès de tout nouveau-né qui survient de la naissance au 28ème jour y compris les décès néonataux précoces (de la naissance à 7 jours) et des décès néonataux tardifs (8ème au 28ème jour).

##### ➤ **Décès périnatal**

C'est tout décès de fœtus viable ou de nouveau-né dans l'intervalle de grossesse au-delà de 22 semaines jusqu'à terme, et les 7 premiers jours après l'accouchement.

##### ➤ **Mort-né**

C'est la naissance d'un fœtus entre (22 SA et 36 SA), ou d'un enfant à terme ( $\geq 37$  SA) qui ne présente aucun signe de vie à la naissance.

##### ○ **Mort-né frais**

C'est la naissance d'un fœtus entre (22 SA et 36 SA), ou d'un enfant à terme ( $\geq 37$  SA) qui ne présente aucun signe de vie à la naissance alors que ces signes étaient présents au début ou pendant le travail

○ **Mort-né macéré**

C'est la naissance d'un fœtus entre (22 SA et 36 SA), ou d'un enfant à terme ( $\geq 37$  SA) qui présente des signes de d'altération sur le corps (noircissement et ou desquamation cutanée, etc....) qui ne présentait aucun signe de vie pendant le travail

### 3.15.4. Composantes de la SDMPR

- **L'identification du cas** : Se fait dans les FOSA et dans les communautés selon les définitions de cas. Il s'agit de la recherche /collecte des informations détaillées sur le cas visant principalement les caractéristiques sociodémographiques du cas, les ATCD, l'itinéraire de recours aux soins, les soins reçus, les causes probables ou confirmés du décès, éventuellement les facteurs favorisant la survenue du décès.
- **La notification du cas** : c'est la transmission systématique et continue des données collectées au niveau supérieur. Les délais de notification sont de 24h ou 48h selon si le décès est survenu dans la FOSA ou en communauté respectivement.
- **La revue** : C'est l'analyse approfondie des dossiers et informations collectées pour comprendre les facteurs sous-jacents qui ont conduit à la mort pour chaque cas de décès (maternel, néonatal, ou périnatal). il doit s'interroger sur les causes de décès évitables, tant au niveau de la prise de décision au niveau communautaire, qu'à celui de la logistique permettant la référence de la patiente vers la formation sanitaire la plus appropriée, ainsi que les délais de prise en charge dans la formation sanitaire de référence. Les revues se font dans les FOSA de catégories 1 à 4).
- **L'analyse** : c'est l'interprétation des données collectées pour action ressortir l'information sanitaire utile à la prise d'une décision ou mesure correctrice

L'analyse des décès survenus en communauté se fait à travers l'autopsie verbale.

- **La Riposte** : c'est la prise d'une mesure correctrice locale ou par la hiérarchie en vue d'atténuer l'ampleur du phénomène surveillé (exemple : recommandations directement exécutées, action administrative, action envers les prestataires, messages envers la communauté, etc...).

ACTIVITES	Qualification du personnel	NIVEAU					
		Com	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG
Identification	ASC, Sage-femme, Aide-soignant/infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Notification	ASC, Sage-femme, Aide-soignant/infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+
Revue	Sage-femme, Aide-soignant/infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	-	-	-	+	+	+
Analyse	Sage-femme, Aide-soignant/infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	-	-	-	+	+	+
Riposte	ASC, Sage-femme, Aide-soignant /infirmier, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, pharmacien...	+	+	+	+	+	+

### 3.16. NORMES DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ DE REPRODUCTION

#### 3.16.1. Définitions des concepts

- a) Interventions Sous Directives Communautaires** : une ou plusieurs prestations sanitaires menées au niveau communautaire et sous l'égide de la communauté elle-même.  
La différence entre les concepts de « à base communautaires » et « sous directives communautaires » se situe au niveau de l'appropriation par la communauté ; « sous directives communautaires » étant le niveau maximal d'appropriation.
- b) Agent de Santé Communautaire** : homme ou femme appartenant à une communauté, choisi (e), soutenu (e) par celle-ci, et formé (e) pendant une courte durée pour s'occuper de ses problèmes de santé sous la supervision des services de santé.
- c) Agent de Santé Communautaire Polyvalent** : ASC formé et capable de mettre en œuvre les interventions de plusieurs programmes au sein d'une même communauté.
- d) Communauté** : un groupe de personnes (les familles, les villages voisins ou les communes voisines) vivant dans une aire géographique donnée, ayant des intérêts communs et partageant les mêmes préoccupations de santé.
- e) Interventions à Base Communautaires** : une ou plusieurs prestations sanitaires orientées vers la communauté avec ou sans la participation de celle-ci.
- f) Intégration** : mise en œuvre des interventions de plusieurs programmes par un ou plusieurs agents de santé communautaires dans un même espace, au même moment et avec les mêmes ressources. L'intégration des interventions sous directives communautaires peut se réaliser suivant deux différents modèles :
- le modèle d'intégration par regroupement des agents de santé communautaire ;
  - le modèle d'intégration séquentielle.
- g) Intégration séquentielle** : intégration basée sur la polyvalence des ASC à travers le renforcement de leurs capacités en fonction de nouvelles prestations exigées par les programmes de santé.

#### 3.16.2. Objectifs

##### 3.16.2.1. Objectif général

Assurer qu'au moins 80% de la population adopte des pratiques favorables à la promotion des comportements sains, à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies (Paludisme, Infections Respiratoires Aiguës, Diarrhées, Tuberculose, VIH/SIDA, Malnutrition, Onchocercose, maladies évitables par la vaccination ...) y compris la lutte contre la violence et la promotion du PF au niveau communautaire.

##### 3.16.2.2. Objectifs spécifiques

- Amener au moins 95% de la population à adopter des pratiques familiales essentielles, des mesures de prévention et de prise en charge des maladies les plus fréquentes en communauté.
- Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme dans la communauté par les tests de diagnostic rapide dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
- Traiter correctement 100% des cas de paludisme simple confirmés dans les 24 heures suivants l'apparition des symptômes avec les ACT dans la communauté.

- Retrouver au moins 95% des enfants non vaccinés et les perdus de vue dans la communauté.
- Traiter au moins 80% des cas d'infections respiratoires aiguës dans la communauté avec l'Amoxicilline.
- Au moins 95% des femmes et familles sont sensibiliser sur la connaissance signes de danger pendant la grossesse accouchement et après l ; accouchement et recoure précocement au soin dans une formation sanitaire
- 100% de naissance et décès maternelle périnatale et néo natale sont notifier au fosa et centre d ; état civile
- 100% des femmes enceintes et leur famille sont sensibiliser sur le plan de préparation à l'accouchement et aux complications et sont prêt à agir devant tout situation.
- Promouvoir la distribution à base communautaire des intrants contraceptifs (condoms masculins et féminins ; COC, DMPA, DMPA-SC)

### 3.16.3. Composantes du paquet intégré d'intervention de l'ASC

Les ASC peuvent apporter leur contribution dans les domaines promotionnel, préventif, curatif, notamment.

#### a. Activités promotionnelles

Ces activités qui visent à encourager la population à adopter les comportements sains pour la santé.

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Promotion des PFE	X	X	X	X	X
Allaitement maternel exclusif	X	X	X	X	X
Prévention du paludisme	X	X	X	X	X
Consommation de l'eau potable	X	X	X	X	X
Lavage des mains avec de l'eau et du savon ou de la cendre	X	X	X	X	X
Utilisation correcte des latrines améliorées	X	X	X	X	X
Supplémentation en Vitamine A	X			X	
Alimentation de complément chez les enfants 6-23 mois	X				
Déparasitage	X			X	X
Suivi du Calendrier vaccinal complet de l'enfant de 0-11 mois	X		X	X	X
Orientation des femmes enceintes en CPN			X		X
Orientation des femmes enceintes aux formations sanitaires pour accouchement			X		X

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Promotion du suivi du plan de préparation à l'accouchement auprès de la femme et famille			X	X	X
Promotion de l'utilisation du manuel SMI comme outil intégré pour le suivi de santé de la femme enceinte et son enfant jusqu'à l'âge de 5ans	X		X	X	X
Promotion du dépistage du VIH		X	X	X	X
Promotion de la PF		X	X	X	X
Promotion de l'observance aux traitements (ARV, ATB ...)	X	X	X	X	X
Promotion de l'utilisation correcte de la MILDA	X	X	X	X	X
Promotion de l'utilisation des services de SR	X	X	X	X	X
Promotion des modes de prévention du VIH/IST		X	X	X	X
Participation aux activités de santé de masse	X	X	X	X	X
Tout autre problème de la société qui requiert un changement de comportement (alcoolisme, gestion des vivres familiaux, etc)	X	X	X	X	X
Visite à domicile du nouveau-né et de l'accouchée (3 visites dans la semaine suivant l'accouchement)	X			X	
Suivi de l'accroissance des enfants à la pèse et Périmètre brachial (MUAC) et documenter dans le Manuel de SMI	X			X	X

### b. Activités préventives

Les services et actions au niveau de la communauté organisée pour prévenir les maladies courantes ou leurs complications.

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Dépistage des cas de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes	X		X	X	X
Potabilisation de l'eau		X	X	X	X
Désinfection des latrines		X	X	X	X
Vaccination en postes avancés en faveur des cibles du PEV	X		X	X	X

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Dépistage des cas d'anémies (enfants, femmes enceintes et allaitantes)	X		X	X	X
Administration des comprimés de fer/acide folique aux enfants et femmes enceintes/allaitantes	X		X	X	X
Référence des cas	X	X	X	X	X
Surveillance communautaire des maladies (PFA, TNN, Choléra, fièvre jaune, Ulcère de Buruli, MAPE, etc.)	X	X	X	X	X
Surveillance communautaire, notification et autopsie verbal des cas de décès maternel, périnatal et néonatal					X
Distribution des préservatifs		X	X	X	X
Distribution des contraceptifs (oraux, injectable sous cutané)		X		X	X
Renouvellement du traitement paludique intermittent			X		
Suivi à domicile des malades, des nouveau-nés et accouchées en post-partum immédiat	X			X	X
Dépistage et suivi à domicile de la tuberculose	X	X	X	X	X
Dépistage et suivi à domicile de la lèpre	X	X	X	X	X
Reconnaissance et référence éventuelle des évènements indésirables liés à la prise des médicaments, vaccins.	X	X	X	X	X
Administration de la chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les Régions concernées	X				

### c. Activités curatives

Le renforcement des capacités des ASC permet qu'ils soient en mesure de prendre en charge certains cas simple des maladies à domicile sous la supervision du personnel de santé.

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Traitement des cas simples d'IRA (pneumonie) avec l'Amoxicilline	X				
Traitement des cas de paludisme simple avec les ACT	X	X		X	X
Traitement des cas simples de diarrhée avec du SRO et du zinc	X	X	X	X	
Réalisation du test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme	X	X	X	X	X
Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe modérée	X		X	X	X
Distribution de l'Ivermectine/Mectizan		X		X	X
Traitement des vers intestinaux	X				
Prise en charge des cas de fièvres avec du paracétamol dans les limites de ses compétences	X	X	X	X	X
Traitement d'autres maladies dont les études ont prouvé la possibilité d'une prise en charge à domicile	X	X	X	X	X
Aide au suivi, à l'observance et à la prise en charge des évènements indésirables liés à la prise des médicaments et vaccins	X	X	X	X	X
Soutien psycho social et éducation thérapeutique	X	X	X	X	X



**d. Autres activités**

Il s'agit de la participation des ASC dans la collecte des informations sanitaires, la surveillance des maladies à potentiel épidémiologique y compris la surveillance des décès maternels/néonataux, les études menées au niveau de la communauté et bien d'autres activités qui relèvent de leur compétence.

<b>CIBLES</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adolescent</b>	<b>Femme enceinte</b>	<b>Mère</b>	<b>Communauté</b>
<b>INTERVENTIONS</b>					
Mobilisation des ressources locales					X
Collecte et transmission des informations sanitaires ; , nombre de cas accouchement à domicile, surveillance communautaire des MAPE et autres événements de santé publique, les décès maternels/néonataux et infantiles etc.)	X	X	X	X	X
Collecte et transmission des informations sur les intrants					X
Participation aux activités de recherche dans la communauté					X
Réinsertion sociale (malades mentaux, lèpre, fistules, etc.)					X
Recherche des perdus de vue (Vaccination, TB, VIH, CPN, malnutrition ...)	X	X	X	X	X
Organisation de la référence et contre référence communautaire (prise de décision, transport, financement etc.)	X	X	X	X	X
Enregistrement des naissances	X			X	X

**3.16.4. Formation des ASC**

La formation est un élément essentiel pour la capacitation de l'ASC. Dans ce cadre, elle doit bénéficier d'une attention particulière de tous les acteurs. Du fait du modèle retenu, elle se fera par séquences. La première formation de tout Programme doit comporter le module de base sur la compréhension des rôles et responsabilités, des techniques de communication interpersonnelle et de mobilisation, les thématiques de base sur la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) universelles et la prise en charge des trois maladies les plus tueuses des enfants (Paludisme, Diarrhée et IRA). Ces pratiques sont des gestes qui sauvent,

qui ont un fort impact sur la survie de l'enfant et de la famille, le bien-être de la communauté et qui sont applicables au niveau communautaire.

### **3.16.5. Le Prestataire Communautaire dans le cadre de l'intégration**

le prestataire communautaire est un homme ou une femme appartenant et vivant dans une communauté, choisi (e) et soutenu (e) par celle-ci, et ayant reçu une formation à cet effet pour contribuer à la résolution de ses problèmes de santé sous la supervision des services de santé. Le Profil de l'ASC, Les critères d'éligibilité de l'ASC, Processus de sélection et de remplacement des ASC Sélection de l'ASC sont décrit dans Le Guide National sur ISDC au Cameroun.

### **3.16.6. Mécanismes de pérennisation des activités des ASC**

Face aux insuffisances relevées dans la mise en œuvre des expériences communautaires antérieures, le présent guide prévoit des mécanismes structurels et fonctionnels de pérennisation devant permettre la mise en œuvre durable des interventions sous directives communautaires.

#### **a. Les mécanismes structurels de pérennisation**

L'élément suivant constitue le mécanisme structurel indispensable pour la pérennisation des activités ASC :

- Identification des acteurs et de leurs rôles
- Mise en place d'un cadre juridique adapté
- La mobilisation des ressources locales pour les activités sous directives communautaire
- Le développement du partenariat local

#### **b. Les mécanismes fonctionnels de pérennisation**

#### **La planification et la mise en œuvre intégrée des activités des ASC**

Le PTA de l'Aire de Santé est élaboré avec la participation de tous les acteurs locaux (les structures de dialogues, les collectivités territoriales décentralisées, les partenaires, les OBC, secteurs apparentés, ASC) et validé en assemblée du comité de santé de l'AS, en prenant en compte les interventions de santé sous directives communautaires.

Le District de Santé étant l'unité opérationnelle du système de santé, consolide les PTA des AS de manière participative et le fait valider en assemblée du comité de santé de District.

La mise en œuvre du PTA de l'AS se fait de même avec la participation de tous les acteurs locaux, sous la coordination du chef de l'AS. L'ASC met en œuvre le paquet d'activités défini dans ce PTA, dans sa zone de travail. Le PTA de ASC est préparé avec appui du chef centre de Santé intégrée. La zone d'intervention de chaque ASC est attribuée en tenant compte de ratio 1ASC pour 1000 – 2500 habitants. Réunion de coordination et concertation avec les ASC est programme mensuelle poursuivi des activités et remonter des données

### **3.16.7. Supervision des ASC**

La supervision des ASC constitue une composante essentielle de la pérennisation des interventions sous directives communautaires. Prenant en compte les insuffisances du passé, cette supervision devra être systématisée et régulière.

Les supervisions intégrées de routine se feront à différents niveaux selon la fréquence ci-dessous, en utilisant l'outil de supervision et le guide d'entretien :

- Aire de santé : la supervision des ASC se fera tous les mois, par le chef de l'AS. Toutefois, un accent sera mis sur le suivi des ASC et les communautés ayant des insuffisances.
- District de santé : la supervision des AS se fera tous les 3 mois, par l'ECD.
- Régional : la supervision des DS se fera tous les 3 mois par l'équipe cadre régional.
- Central : la supervision des régions se fera tous les 6 mois par l'équipe du niveau central, sous le leadership de la DOSTS.

Quel que soit le niveau de supervision, il est nécessaire de mener les descentes jusqu'au niveau des communautés.

### **3.16.8. Le suivi/évaluation des activités des ASC**

Le suivi des interventions de santé sous directives communautaires se fera à chaque niveau avec les outils intégrés qui ont été développés pour, l'enregistrement quotidien des activités (registres et fiches), La collecte (rapports d'activités, rapports de supervision etc.). La compilation et l'analyse systématique des données se fera mensuellement et transmis au chef de l'AS au plus tard le 25 du mois, au DS, au plus tard le 5 et a la région le 10 du mois suivant.

### **3.16.9. La motivation de l'ASC**

Au regard des tâches confiées à l'ASC, la question de sa motivation s'avère importante pour la pérennisation des ISDC. Pour y répondre, les mécanismes d'incitation financière et non sont suggérés dans le Guide National.

### **3.16.10. Le financement des ISDC**

Le financement des activités communautaires, y compris l'incitation de l'Agent de Santé Communautaire a plusieurs origines qui doivent être mises en commun pour une harmonisation du financement des interventions. Ces origines sont les suivantes :

- La Communauté
- Les Collectivités Territoriales Décentralisées
- Le Gouvernement
- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Le secteur privé

### **3.17. NORMES POUR LA CONSULTATION PRESCLAIRE**

#### **3.17.1. Définition**

La consultation préscolaire est une composante des soins de santé primaires qui intègre différentes activités préventives et curatives de l'enfant âgé de moins de 5 ans, la surveillance et la promotion de leur état nutritionnel et de leur croissance.

#### **3.17.2. But/Objectifs de la politique nationale de la consultation Préscolaire :**

La santé préscolaire est une phase particulièrement importante de la vie qui va déterminer la qualité de la santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement tout au long de la vie. Les buts de la politique nationale de la santé préscolaire sont d'intégrer le développement du jeune enfant dans les politiques de santé et d'agir dès la première année.

Les objectifs de la consultation préscolaire :

- Evaluer l'état vaccinal
- Prévenir et dépister tout retard de croissance ;
- Prévenir et dépister les maladies carencielles ;
- Traiter les affections courantes ;
- Evaluation de la croissance physique ;
- assurer une alimentation adaptée aux besoins nutritionnels de la jeune enfance ;
- Eduquer les mères sur la santé des enfants ;
- Informer et éduquer la communauté sur les défis de la jeune enfance.

#### **3.17.3. Composantes des services de Santé Préscolaire :**

- Les soins préventifs
  - Vaccination :
    - Prévenir par la vaccination les maladies cibles du PEV, à savoir la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la pneumonie, la rougeole, la fièvre jaune, la diarrhée à rotavirus, l'hépatite B, Les maladies à Haemophilus influenzae type b (Hib) ;
    - Vaccins recommandés.
  - Donner de la vitamine A, à tous les enfants de 6 à 59 mois, ceci tous les 6 mois.
  - Déparasiter systématiquement, tous les 6 mois, tous les enfants de 6 mois à 59 mois
  - CCC des parents et de la communauté sur l'hygiène et l'assainissement, usage de l'eau potable, l'alimentation saine (l'importance du lait maternel), CCC focalisé sur les problèmes identifiés
  - Etablir la courbe de croissance staturopondérale
- Les soins curatifs

C'est la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :

- Prise en charge de la diarrhée
- Prise en charge du paludisme
- Prise en charge des infections respiratoires aiguës (notamment la pneumonie)
- Prise en charge de l'infection à VIH
- Prise en charge des cas de malnutrition et orienter les cas sévères vers un centre de récupération nutritionnelle.

**3.17.4. Prestataires**

Les prestataires assurant la consultation préscolaire sont :

- L'agent de santé communautaire
- Le personnel social
- L'aide-soignant
- L'infirmier
- La Sage-femme/maïeuticien
- Le chirurgien-dentiste
- Le pharmacien
- Le médecin

**3.17.5. Structures**

- Communauté (ménage, garderie)
- Centres de santé et Hôpitaux
- Pharmacies

Tableau XI : Type d'activités de consultation prénatale et personnel par niveau

Activités	Qualification du personnel	Com	CSI	CMA	HD	HR/HC/CR	HG/CHU
Vaccination	L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme/maïeuticien Le médecin	+	+	+	+	+	+
Supplémentation en vitamine A	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+
Déparasitage systématique	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+
CCC des Parents et la Communauté	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme	+	+	+	+	+	+

Activités	Qualification du personnel	Com	CSI	CMA	HD	HR/HC/CR	HG/CHU
	Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin						
PEC de la diarrhée	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+
PEC du Paludisme	ASC L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+
PEC des IRA	L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le médecin	+	+	+	+	+	+
PEC du VIH	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+
PEC de la malnutrition	ASC Le personnel social L'aide-soignant L'infirmier La Sage-femme Le chirurgien-dentiste Le pharmacien Le médecin	+	+	+	+	+	+

### **3.18. COMMUNICATION EN FAVEUR DE LA SRMNIA**

#### **3.18.1. Définition**

La communication se définit comme un processus dynamique par lequel un individu établit une relation avec une ou plusieurs personnes pour échanger pour transmettre des idées, des connaissances. Elle consiste à envoyer et à recevoir des messages au moyen des symboles (langage parlé ou écrit) et des manifestations physiques (mimiques, gestes). Elle peut donc être verbale ou non verbale.

Elle permet d'atteindre les communautés à travers la création de messages ciblés et en exploitant de multiples canaux de communication et diverses approches. Pour le cas spécifique de la SRMNIA, les stratégies prioritaires sont : La Communication pour le Changement de Comportement (CCC), la mobilisation sociale et le plaidoyer/partenariat. Toutes ces stratégies encouragent les comportements bénéfiques et cherchent à induire des changements de comportement durables au niveau de l'individu, de la communauté ou de la société.

La CCC, la mobilisation sociale et le plaidoyer/partenariat en faveur de la SRMNIA permettent :

- une amélioration des connaissances ;
- une stimulation du dialogue au sein des communautés,
- une promotion des changements d'attitude indispensables,
- une diminution de la stigmatisation et de la discrimination,
- une stimulation de la demande d'informations et de services,
- une sensibilisation des pouvoirs publics à la nécessité de politiques et de réglementations adaptées,
- une promotion des services de prévention, de soins et d'assistance.

#### **3.18.2. La Communication pour le Changement de Comportement**

##### **3.18.2.1. Définition**

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) est un processus interactif et participatif, à double voie. Elle permet d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions et de favoriser des changements durables de comportements ou l'adoption de comportements nouveaux en vue d'améliorer une situation donnée. Ce concept a vu le jour ces dernières décennies où les acteurs de développement ont senti la nécessité la nécessité d'assurer une plus grande participation des communautés.

##### **3.18.2.2. Les techniques de la CCC**

###### **a) La communication interpersonnelle (CIP)**

Ce sont les échanges entre deux ou plusieurs individus partageant le même espace temporel, c'est-à-dire qui peuvent se voir ou s'entendre. Elle a l'avantage d'être directe et permet le feedback direct. Elle peut se faire de manière verbale ou non verbale. La communication interpersonnelle prend sa place chaque fois que nous sommes en relation avec quelqu'un pour faire passer une information, une connaissance, une idée, une émotion. La personne communique avec tout son être qui comprend son histoire, son vécu, sa culture, sa famille, ses désirs, ses objectifs et ses buts

### - **Le Counseling**

C'est un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses problèmes, à identifier des solutions possibles, à prendre une décision. Les principes du counseling

- Laisser la liberté au client de décider,
- Garder la confidentialité autour des problèmes exposés,
- Dire la vérité,
- Savoir de quoi on parle,
- Reconnaître ses limites.

Les caractères du lieu du counseling. Le lieu choisi pour le counseling doit être :

- Calme
- Discret
- Confiant
- Confortable
- Causeries éducatives

Une fois le lieu correctement choisi, on passe au counseling proprement dit. Ce dernier se fait selon l'approche REDI (Etablissement du Rapport, exploration, Prise de décision et Implémentation de la décision).

### - **Les Causeries éducatives**

La causerie est une technique d'animation d'un groupe. C'est un moyen de communication interpersonnelle pour promouvoir les échanges entre les membres d'un groupe en vue d'atteindre des buts fixés.

Pour avoir des échanges assez approfondis sur le thème, il est important que le nombre de personnes qui compose le groupe soit raisonnable : si le groupe est trop petit (nombre inférieur à six (6) personnes), le niveau d'échange est trop faible mais s'il est trop grand, il est difficile d'avoir des échanges entre tous les membres du groupe. C'est pourquoi il est conseillé d'avoir un nombre qui va de quinze (15) à vingt-cinq (25) personnes. La durée de la causerie éducative devrait varier entre 20 et 30 minutes. Les animations sont à organiser en petits groupes de personnes qui ont les mêmes préoccupations, le même niveau ou la même classe d'âge : les discussions seront plus denses et auront plus de chance d'intéresser les participants.

La causerie-éducative doit comporter 3 étapes à savoir :

- La préparation
- La causerie proprement dite
- L'évaluation et conclusion de la séance d'animation

### - **Les Visites à Domicile (VAD)**

La VAD est une rencontre d'animation tenue au lieu d'habitation d'une famille ou d'une personne pour prodiguer des conseils, donner des informations sur un sujet bien déterminé en vue de le solutionner. NB : la visite à domicile ne s'improvise pas, elle se prépare. Pour cela, il faut avoir de quoi écrire et prendre des notes, prévoir un nombre de visites raisonnables, recueillir la documentation pour les renseignements à donner, connaître les organismes qui peuvent être utiles aux familles (jours et heures d'ouverture).

On distingue 3 types de VAD :



- Les VAD ciblées (organisées sur la base des critères bien définis Ex. la recherche des perdues de vue, les patients non observant...);
- Les visites orientées. Ce sont les visites demandées par une personne qui a identifié une bénéficiaires ou un client (CPN, PF, SRA, PEV...);
- Les VAD de routine. Ces visites sont celles qui sont faites sans critère préalable pour le choix des personnes ou des ménages à visiter

La visite à domicile en plus d'être programmée et consentie doit s'entourer des aspects suivants : confidentialité, neutralité, absence de jugement, empathie, discernement, la clarté et précision ; empreinte de confiance.

#### - **Entretien individuel**

L'entretien individuel est une technique de communication interpersonnelle individualisée grâce à laquelle le personnel de santé ou l'acteur communautaire encourage une autre personne à exprimer librement ses soucis, ses craintes et ses besoins. Le personnel devra ensuite aider la personne à prendre librement des décisions susceptibles de lui faciliter la résolution des problèmes éprouvés.

Il existe plusieurs types d'entretiens individuels tels que les entretiens après les séances de causerie éducatives, lors d'une consultation ou durant une visite à domicile (VAD)

### **3.18.3. La mobilisation sociale ou communautaire**

La mobilisation sociale a pour but de réunir les membres de la communauté et d'autres acteurs pour renforcer la participation communautaire dans le sens de la pérennité et de la capacité d'initiative. Elle encourage le dialogue, la négociation et le consensus parmi divers acteurs tels que décideurs, médias locaux, ONG, personnes influentes et groupements religieux. La mobilisation sociale fait donc intervenir les autorités locales, les chefs et les mobilisateurs sociaux. Elle touche tous les membres de la communauté par les voies traditionnelles des réseaux sociaux, notamment les crieurs publics.

La mobilisation sociale est une prise de conscience d'un problème dans la sphère publique et l'action qui en découle à savoir l'organisation d'une stratégie afin d'agir face à ce problème. Une telle mobilisation a pour but de changer une situation sociale en un sens favorable au groupe selon ses valeurs et ses motivations.

La mobilisation sociale vise à :

- Sensibiliser les individus et les organisations communautaires de base à l'existence d'un problème ou d'une situation à améliorer
- Les inciter à agir, à se mobiliser et à mobiliser leurs moyens propres pour y remédier
- Mutualiser les expériences, les connaissances et les pratiques
- Réfléchir ensemble à d'éventuelles solutions, dans le cadre de réunions ou d'ateliers regroupant différentes composantes de la population ;
- Élaborer une stratégie commune déclinée en activités

### **3.18.4. Plaidoyer/Partenariat**

Un plaidoyer est un exposé argumenté et convaincu en faveur d'une personne, d'une idée ou d'une institution. C'est la défense d'une cause, d'une opinion, d'un intérêt ou d'une politique. Le plaidoyer est un ensemble d'actions cohérentes menées pour convaincre ou influencer un

ou des décideurs en vue d'obtenir un changement dans l'intérêt d'une communauté. Le plaidoyer ambitionne de changer les politiques, positions ou programmes d'une institution. Un plaidoyer est un argumentaire pour défendre ou recommander une idée devant d'autres personnes. Organiser un plaidoyer, c'est prendre la parole, attirer l'attention sur une question importante et orienter les décideurs vers une solution. C'est mettre un problème à l'ordre du jour, offrir une solution à ce problème et mettre en place un soutien pour agir, tant au niveau du problème que de la solution. Le plaidoyer peut regrouper un grand nombre d'activités spécifiques à court terme pour arriver à une vision du changement dans le long terme. Le plaidoyer consiste en différentes stratégies visant à influencer la prise de décisions aux niveaux local, provincial, national et international.

Les populations cibles du plaidoyer sont : les gens qui ont le pouvoir de prendre les décisions et, dans l'idéal, également, les gens qui influencent ces décideurs, tels que le personnel de santé, les conseillers, les aînés qui ont de l'influence, les médias et le public. Le plaidoyer est destiné aux acteurs disposant de pouvoirs de décisions et de coercition susceptibles d'agir dans le sens de la revendication. Les entités concernées sont donc ici des acteurs politiques et institutionnels entre autres l'Etat, les Ministères, les partenaires au développement, les entreprises privées, les collectivités territoriales décentralisées, les dirigeants religieux et autorités coutumières

06 étapes constituent le plaidoyer. Il s'agit de :

- identification du problème ;
- la sélection d'une équipe compétente pour la résolution du problème ;
- la recherche d'informations ;
- la construction d'un argumentaire et l'élaboration des messages clairs en vue du changement ;
- La mobilisation des ressources nécessaires
- L'organisation du suivi-évaluation de l'action de plaidoyer ;

Tableau XII : Taches/activités par stratégie de communication, niveau, catégorie d'acteur et structures spécialisées hors systèmes de Santé

STRATEGIES	ACTIVITES	QUALIFICATION DES ACTEURS	CIBLES	Structures spécialisées hors Système de Santé	NIVEAU					
					COM	CSI	CMA	HD	HR/H	HG
CCC	Counseling	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/ maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, uro-andrologue, psychologue, pharmaciens	Femmes enceintes ; adolescents/ jeunes ; maris, populations clés ; femmes en âge de procréer ; femmes infectées par le VIH et leur partenaire	IMS, CMPJ, CMS		+	+	+	+	+
	Causeries éducatives	ASC, aide-soignant, infirmier, Sage-femme/ maïeuticien, médecin généraliste compétent, pédiatre, gynécologue, Uro-andrologue, psychologue, pharmaciens ; Pairs éducateurs ; leaders communautaires ; aidants communautaires ; leaders religieux ; autorités traditionnelles Agents Psycho-Sociaux (APS) ;	Femmes enceintes ; adolescents/ jeunes ; maris, populations clés ; femmes en âge de procréer ; femmes infectées ; populations clés ; Femmes admises en post-partum	IMS, CMPJ, CMS, CPFF ; CIEE	+	+		+	+	+
	Visites à domicile	ASC ; infirmier ; Sage-femme/ maïeuticien ; médecin généraliste compétent ; pédiatre ; gynécologue ; leaders communautaires ; aidants communautaires ; leaders religieux ; autorités	Communautés ; Familles	CMPJ, CPFF	+					

STRATEGIES	ACTIVITES	QUALIFICATION DES ACTEURS	CIBLES	Structures spécialisées hors Système de Santé	NIVEAU						
					COM	CSI	CMA	HD	HR/H	HG	
		traditionnelles ; APS ; Pairs éducateurs ; animateurs									
	Entretiens individuels	ASC ; infirmier ; Sage-femme/maïeuticien ; médecin généraliste compétent ; pédiatre ; gynécologue ; leaders communautaires ; aidants communautaires ; leaders religieux ; autorités traditionnelles ; APS ; Pairs éducateurs	Femmes enceintes ; adolescents/ jeunes ; maris, populations clés ; femmes en âge de procréer ; femmes infectées par le VIH et leur partenaire	IMS, CMPJ, CMS, CPFF ; CIEE	+	+	+	+	+	+	
<b>Mobilisation sociale</b>	Mobilisation sociale	leaders communautaires ; aidants communautaires ; leaders religieux ; autorités traditionnelles ; leaders de la société civile ;	Communautés ; Familles ; Femmes enceintes ; adolescents/ jeunes ; maris, populations clés ; femmes en âge de procréer ; femmes infectées par le VIH et leur partenaire	CMPJ, CMS, CPFF ; CIEE	+						
	Communication de masse	Communicateurs ; journalistes ; animateurs des radios communautaires	Population générale ; Communautés ; Familles ; populations clés ; Femmes enceintes ; adolescents/ jeunes ; maris, populations clés ; femmes en âge		+						
	Marketing social	ASC, Mobilisateur communautaires ; Experts en	Population générale ; Communautés ; Familles ;			+	+	+	+	+	

STRATEGIES	ACTIVITES	QUALIFICATION DES ACTEURS	CIBLES	Structures spécialisées hors Système de Santé	NIVEAU						
					COM	CSI	CMA	HD	HR/H	HG	
		marketing social ; Délégués Médicaux ; promoteurs de produits et services	populations clés ; Femmes en âges de procréer adolescents/ Jeunes ; femmes admise en post partum ; Prestataires de services ; Travailleuses de sexe		+						
	Groupe de soutien	Leaders ONG, OBC	populations clés ;		+	+	+	+	+	+	
<b>Plaidoyer/ partenariat</b>	Plaidoyer communautaire	Personnel de santé ; Equipe cadre ou tout autre personnes militants au niveau local ou régional pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent	Autorités administratives, Leaders religieux et politiques, Partenaire au développement ; journalistes ; communicateur traditionnel ; OSC		+						
	Modèle REDUCE	Personnel de santé ; Equipe cadre ou tout autre personnes militants au niveau local ou régional ou national pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent	les leaders et décideurs au plus haut niveau (le Chef de l'Etat, le Gouvernement, l'Assemblée Nationale, le Sénat, le Conseil Economique et Social) ; les réseaux et organisations professionnelles (le réseau des parlementaires, les autres secteurs de l'Etat, les Universitaires, les		+						
	Modèle RAPID				+						

STRATEGIES	ACTIVITES	QUALIFICATION DES ACTEURS	CIBLES	Structures spécialisées hors Système de Santé	NIVEAU					
					COM	CSI	CMA	HD	HR/H	HG
			Associations des élus locaux, le Réseau des religieux, le Réseau des journalistes, l'organisation des Professionnels de la santé, l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens, etc							
	Partenariat	Ministère de la Santé publique	Ecoles ; Medias ; autres sectoriels	CMPJ, CMS, CPFF ; CIEE	+					
<b>Autres stratégies novatrices</b>	Grand-Mères				+					
	Cercle de Solidarité des femmes enceintes				+					

## PERSONNES AYANT PARTICIPES A L'ACTUALISATION DU DOCUMENT DE NORMES ET STANDARDS EN SR

Ont participé à l'actualisation du document de Normes et Standards en SR les personnes suivantes :

### Noms

Pr MBU Robinson  
Dr AFOUNDE Jeannette Bibiche  
Dr ALAKE Grace  
Dr AMANI Adidja  
Dr BAYI Franklin  
Dr BITA Gertrude  
Dr DJOULATOU HAPSATOU Ahmadou  
Dr ESSIBEN Felix  
Dr ESSO Linda  
Dr ETOUNDI Valérie  
Dr GNIGNINANJOUENA NDAM Mariama  
  
Dr KAMGA SIMO Cyrille  
Dr KOUAMEN Gaël  
  
Dr MANJO Matilda  
Dr MEKONE NKWELE Isabelle  
Dr MOHAMADOU Hassim  
Dr MOLUH Seidou  
Dr NDIFORCHU Victor  
Dr SEBE EPOME Sylvain  
Dr TJEK BIYAGA Paul  
  
Dr VOGUE Noel  
Dr VOUGMO Clémence  
Mme DJIFACK Georgette  
  
Mme GALEU Sylvie  
Mme GUEMDJOU Adeline  
Mme KETCHEN Serah  
Mme MBANG Marie Michelle  
  
Mme OTTOP Manyi Francisca  
Mr ESSOMBA Herman  
Mr MOLUH Inoussa  
Mr NGALA NGEH Jones  
Mme NSOBIRKA Juliet  
Mr OMBOLI Serges

### Structure

Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
CAMNAFAW  
PLMI  
Hôpital Régional de Garoua  
Hôpital Central de Yaoundé  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de l'Organisation  
des Soins et des Technologies Sanitaires  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de l'Organisation  
des Soins et des Technologies Sanitaires  
Hôpital Général de Yaoundé  
Hôpital Régional de Ngaoundéré  
Direction de la Santé Familiale  
CTN-PBF  
District de Santé de Ngaoundéré Rural  
Direction de la Santé Familiale  
Délégation Régionale de la Santé Publique  
du Centre  
Fondation Chantal BIYA  
GIZ/PASAR  
Délégation Régionale de la Santé Publique  
de l'EST  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Délégation Régionale de la Santé Publique  
de l'EST  
Direction de la Santé Familiale  
Direction de la Santé Familiale  
Organisation mondiale de la Santé  
PSI/ACMS-Cameroun  
Direction de la Santé Familiale

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : FICHE D'ÉVALUATION DE QUALITE DES CS/CMA POUR LA SRMNI

IDENTIFICATION		
Date:	Nom(s) évaluateurs: ..... ..... .....	CS :
SSD de :	DRSP:	FOSA : publique / agréée / privée
Pop. couverte :	Nombre de personnel :	Nombre de lits :

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole non-respecté
1. Carte sanitaire de l'aire de santé/carte de district disponible et affichée <i>Carte affichée dans la FOSA en montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les point spéciaux et distances</i>	1	0
2. Rapports mensuels, PV réunions et autres documents importants des COGES/CONGES bien archivés <i>Avec classeurs, dans des étagères et accessible à tout moment</i>	2	0
3. <u>Horaire du travail</u> et Planning de garde disponible et affiché	1	0
4. La FOSA dispose d'un <u>plan de développement d'infrastructure</u> nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA/PCA	1	0
5. Procès-verbal des réunions techniques de FOSA fait <u>mensuellement</u> et disponible ( <i>Vérifier le PV techn. dernier mois</i> )	1	0
6. Fiches de référence disponible ( <i>au moins 10</i> )	1	0
7. Supports de collecte de données SNIS sont-ils disponibles ? <i>-Au moins 10 fiches disponibles</i>	2	0
8. Supports correctement remplis ? <i>Vérifier le contenu de la fiche du rapport SNIS</i>	1	0
9. Derniers rapports ont-ils été transmis selon la périodicité voulue ? <i>-Vérifier au plus tard le 5 du mois suivant pour le remplissage et l'envoi au District Sanitaire</i>	3	0
10. Les copies des Rapports Mensuels des six derniers mois existent-elles à la FOSA?	1	0
11. Les rapports sont-ils classés par ordre chronologique et dans un classeur ? - <i>Vérifier l'ordre des rapports</i>	1	0
12. Données SNIS utilisées localement ? <i>-Vérifier le feedback et les recommandations</i>	2	0
13. Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre <i>Evacuation des déchets dans une poubelle</i>	1	0
<b>Points TOTAUX - 18 points maximum</b>	<b>..... / 18</b>	



<b>2. PLAN DE BUSINESS</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Plan de <u>business</u> de la FOSA disponible et accessible <i>Superviseur vérifie le Plan d'action en vigueur</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
2. Plan d'action élaboré <u>avec les acteurs clés</u> - Responsables de services de la FOSA, COGES (si fonctionnel) - Responsable(s) Disp. Privé / Poste Santé sous contracté (si applicable)	<b>2</b>	<b>0</b>
3. Plan d'Action contient une stratégie de couverture <u>géographique</u> convaincante  <i>Stratégies avancées (PEV, PF, CPN, distribution MILD)</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
4. Plan d'Action analyse la présence de <u>praticiens non formés</u> (les « pirates ») et propose des stratégies pour les décourager <i>Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Plan d'Action analyse la présence de <u>praticiens formés</u> , qui opère <u>SANS avis d'implantation</u> de la RS. <i>Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunies</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
6. Plan d'Action montre une analyse de l'accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable <i>Responsable a rempli cette question et le PB montre qu'il a négocié les tarifs avec COGES / relais communautaires.</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	

<b>3. GESTION FINANCIERE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Présences des documents financiers et comptables, journal de caisse, journal de banque, cahier de recette - Rapport mensuel de <b>trésorerie</b> disponible et correctement rempli - Solde théorique du <b>livre de caisse</b> conforme à la liquidité en caisse	<b>2</b>	<b>0</b>
2. Toute dépense est-elle justifiée ? <i>Vérifier les factures disponibles</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
3. Exécution du budget respectée ? Vérifier la conformité des dépenses avec les lignes budgétaires	<b>2</b>	<b>0</b>
4. Rapport financier mensuel établi dans lequel les <b>recettes, dépenses de fonctionnement &amp; investissements</b> et <b>l'enveloppe variable pour la prime de performance</b> sont calculées correctement <i>(a) Responsable garantit les <b>dépenses de fonctionnement</b> : = prime de base fixe, achat ME &amp; équipements, les sous-contracts, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations.</i> <i>(b) Responsable calcule l'enveloppe pour la prime de perf. selon la formule <b>Prime de perf. = recettes du mois – les dépenses de fonctionnement</b></i>	<b>3</b>	<b>0</b>

5. La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 50% du TOTAL des recettes de la FOSA <i>Superviseur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires des agents (si applicable) et les comparent avec les recettes</i>	2	0
6. Formule du calcul mensuel des <b>primes de performance</b> (+ des primes de base) et connue par le personnel - Prime de base établie - Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers de (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance).	3	0
<b>Points TOTAUX - 14 points maximum</b>	..... / 14	

4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole non-respecté
1. <b>Clôture</b> disponible et bien entretenue <i>Si haie vive =&gt; taillé ; Si en sticks ou en dur =&gt; sans passage</i>	2	0
2. Disponibilité de l'eau potable	3	0
3. Disponibilité de savon dans chaque salle	1	0
4. Disponibilité de petites <b>poubelles</b> dans chaque salle	1	0
5. Disponibilité de <b>poubelle</b> dans la cour <i>Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine</i>	1	0
6. Présence de <b>latrines</b> en nombre suffisant et en bon état - PS / DP / CS au moins 2 ; HRU au moins 5 ; - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle - Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs - Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles	2	0
7. Présence de <b>douches</b> en nombre suffisant et en bon état - PS / DP / CS au moins 2 ; HD au moins 5 - Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres - Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu	1	0
8. <b>Incinérateur et fosse à placenta en enclos</b> - Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé	3	0
9. <b>Fosse à déchet</b> de matériel non infectés disponible <i>Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable</i>	1	0
10. Propreté/ Entretien de la cour <i>Déchets et <b>produits dangereux</b> dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées, Herbes coupé – <b>jardin bien entretenu</b> – pas d'excréta (animaux)</i>	2	0
11. Le personnel <b>stérilise</b> les instruments selon les normes <i>Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché</i>	3	0
<b>Points TOTAUX - 20 points maximum</b>	.... /20	

<b>5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externe <i>Avec bancs et / ou chaises suffisantes, protégé contre soleil et pluie</i>	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés <i>Tarifs visibles pour les malades avant la consultation</i>	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0
4. Salle de la Consultation Externe en bon état <i>Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure</i>	2	0
5. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confiance <i>Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>	1	0
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit <i>Electricité ou lumière solaire</i>	1	0
7. Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié <i>Identification des infirmiers consultants à partir d'écriture dans le registre</i>	2	0
8. Infirmier de CE en tenue conforme <i>Blouse propre - boutonné avec identification, en chaussure (pas de culottes)</i>	1	0
9. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE <i>Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois</i>	1	0
10. Disponibilité de services 24/24 et 7 / 7 <i>Superviseur vérifie entrées dans registre les derniers 3 dimanches</i>	1	0
11. Corrélacion entre le diagnostic et le traitement	1	0
12. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme <i>Protocole national avec palu simple et grave avec leur traitement</i>	1	0
13. La prise en charge correcte du <u>paludisme simple</u> <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (CTA)</i>	1	0
14. La prise en charge correcte du <u>paludisme grave</u> <i>Voyez le registre 2 derniers cas (quinine injectable en perfusion)</i>	1	0
15. La prise en charge correcte des IRA <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
16. La prise en charge correcte de la diarrhée <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
17. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% <i>Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14</i>	1	0
18. Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB	1	0

<i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration</i>		
19. Référence des malades bien faite ? <i>Vérifier les motifs de références</i>	1	0
20. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel <i>Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification</i>	1	0
21. Disponibilité de thermomètre fonctionnel <i>Fait l'inspection du thermomètre</i>	1	0
22. Disponibilité d'otoscope fonctionnel <i>Fait l'inspection : piles chargés et disponibles avec lumière forte</i>	1	0
23. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas	1	0
24. Disponibilité de balance fonctionnelle <i>Fait l'inspection en comparaison le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro</i>	1	0
<b>Points TOTAUX - 26 points maximum</b>	<b>.... / 26</b>	

<b>6. PLANIFICATION FAMILIALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Présence d'au moins <b>un (e)infirmière/Assistant (e) accoucheur (se) formé en PF complet</b>	2	0
2. Présence d'au moins deux personnels formés à faire la vasectomie et la ligature des trompes	2	
3. Local disponible garantissant la <b>confidentialité</b> <i>Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>	2	0
4. <b>Affiche</b> murale ou boîte à image avec les méthodes PF et échantillons de contraceptif disponible pour la démonstration	2	0
5. Personnel <b>calcule correctement</b> le nombre de nouvelles clientes attendues mensuellement pour les contraceptifs  <i>Pop totale x %FAPx30%xprévalence contraceptive souhaitée en ce moment /12</i>	1	0
6. FOSA atteint au moins <b>50%</b> de cible mensuelle en PF	3	0
7. Plan d'Action contient une stratégie de couverture <u>Planification Familiale</u> <i>- Intégration du personnel de la FOSA dans les stratégies</i> <i>- Collaboration avec secteur privé et agents de santé communautaires</i> <i>- Stratégies avancées, plaidoyer auprès leaders locaux</i>	3	0
8. Stock de sécurité intrants contraceptifs disponible	2	0
9. Méthodes de longues durée <b>DIU</b> et <b>implants</b> disponibles et personnel capable de les placer <i>- Au moins 5 DIU et 5 implants</i>	2	0
10. Personnel capable de poser / retirer le DIU et d'insérer /retirer les implants disponibles <i>- Au moins 1 personnel</i>	2	0
11. Registre de la PF disponible <u>et bien rempli</u>	2	0
12. Fiche de PF disponible et bien remplie (5 fiches)	2	0

<i>(tension art, hépatomégalie, varices, poids)</i>		
13. La FOSA dispose d'affiches sur le droit des clientes en matière de PF	1	
<b>Points TOTAUX - 26 points maximum</b>	..... / 26	

<b>7. MATERNITÉ</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. <b>L'eau suffisante avec savon</b> dans la salle d'accouchement <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres</i>	1	0
2. Salle d'accouchement éclairée <b>pendant la nuit</b> <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
3. <b>Déchets</b> collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>	1	0
4. Liquide de décontamination disponible et renouvelé au moins toutes les 24h (solution chlorée)	1	0
5. Salle d'Accouchement <b>en bon état</b> <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture à huile lavable - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnelles</i>	1	0
6. Disponibilité du partogramme <i>Au moins 50 fiches de partogramme</i>	1	0
7. Remplissage correcte du partogramme : <i>ouverture à 4cm, 1<sup>er</sup> point de dilatation sur la ligne d'alerte, toutes les rubriques sont correctement remplies, vérification au moins 4 partogrammes au hasard</i>	2	0
8. <b>Prise de la tension artérielle</b> pendant le travail d'accouchement <i>Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
9. La GATPA est assurée pour tous les accouchements <i>Vérifier sur le rapport d'accouchement</i>	1	0
10. Tous les accouchements effectués par <b>un personnel qualifié</b> <i>Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre</i>	2	0
11. Disponibilité d'une <b>toise</b> (pour mesurer la taille), d'un <b>stéthoscope obstétrical</b> et d'une <b>poire, d'un masque, d'un ballon (AMBU)</b> (plongé dans un désinfectant non irritant) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0
12. Disponibilité des <b>gants stériles</b> (au moins 10 paires)	1	0
13. Disponibilité d'au moins <b>2 boîtes d'accouchement stérilisées</b> , <i>Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces</i>	2	0
14. Disponibilité d'une <b>boîte d'épisiotomie</b> <i>Fil résorbables 2/0 et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>	1	0

15. <b>Table d'accouchement propre et</b> en bon état <i>Table avec matelas/skaï démontable avec deux jambiers fonctionnels</i>	2	0
16. <b>Présence d'au moins 3 tabliers en cuir lavables</b>	1	0
17. Disponibilité d'un <b>pèse bébé</b> fonctionnel <i>Superviseur vérifie le pèse avec un objet</i>	1	0
18. <b>Matériel</b> disponible pour les soins aux <b>nouveaux nés</b> <i>Clamp de Barr, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau-né)</i>	1	0
19. <b>Sceau ou bassin à linge souillé</b> disponible	1	0
20. Disponibilité de <b>moustiquaires</b> dans la salle de suite des couches	2	0
21. <b>Lits</b> avec matelas et literie en bon état dans la salle de suite des couches <i>Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps</i>	1	0
22. <b>Salle de travail</b> adéquate <i>CS : au moins 2 lits avec matelas ; HD au moins 4</i>	1	0
23. <b>La salle d'accouchement d'un coin du nouveau - né au moins avec lampe chauffante</b>	2	0
<b>Points TOTAUX - 29 points maximum</b>	.... / 29	

<b>8. CONSULTATION PRE-NATALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
1. Plan d'Action contient une stratégie pour atteindre toutes les femmes enceintes <i>Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés</i>	1	0
2. Plan de préparation à l'accouchement disponible et suivis <i>Au moins 50 fiches disponibles Vérifier la Connaissance du lieu de l'accouchement, choix des donneurs volontaires et d'une épargne pour les urgences chez au moins 5 femmes au hasard</i>	2	0
3. Pèse personne disponible et bien tarée à zéro ( <i>pèse propre pour la CPN</i> )	1	0
4. Fiche CPN ( <i>pour la FOSA</i> ) disponible et bien rempli <i>Superviseur vérifie 5 dernières fiches Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR) Labo : Albuminurie – Glucose – Hgl, Selles, PV, BW, VIH, CD4, Toxoplasmose Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Foetal), HU (Hauteur Utérine), Présentation, mouvement foetal.</i>	3	0
5. Fiche CPN ( <i>pour la FOSA</i> ) montre l'administration de Fer Folate, CTM et TPI	3	0
6. Carnet de la CPN ( <i>pour la maman</i> ) disponible – au moins 10	1	0
7. Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise</i>	2	0
<b>Points TOTAUX – 13 points maximum</b>	..... / 13	

<b>9. CONSULTATION POST -NATALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
1- Disponibilité de la fiche de surveillance des 6 premières heures pour mère et le bébé <i>Au moins 50 fiches disponibles</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
2- Fiche de surveillance des 6 premières heures remplie correctement <i>TA, tonus utérin, coloration des conjonctives, plainte de la parturiente</i> <i>Bb : cri, coloration, tonus, respiration, température</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
3- Présence d'un registre CPON mère et enfant correctement rempli	<b>1</b>	<b>0</b>
4- Au moins 60% des accouchées ont été vu en CPON 3	<b>2</b>	<b>0</b>
5- Au cours des CPON le prestataire a discuté des méthodes contraceptives <i>Vérifier chez au moins 5 femmes au hasard vu en CPON</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX – 8 points maximum</b>	<b>..... / 8</b>	

<b>10. SONU</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
1- Disponibilité du sulfate de magnésium	<b>2</b>	<b>0</b>
2- Disponibilité du misoprostol	<b>2</b>	<b>0</b>
3- Disponibilité de l'AMIU en bonne état pour les SAA	<b>2</b>	<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>Points TOTAUX – 6 points maximum</b>	<b>..... / 6</b>	

<b>11. Violences sexuelles</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
4- Disponibilité du PEP kit	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX - 2 points maximum</b>	<b>..... / 2</b>	

<b>12. UNITES SRAJ</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
1- Au moins 1 personnel sont formés en SRAJ	<b>2</b>	<b>0</b>
2- L'établissement de santé dispose des éléments suivants la salle d'attente, de matériels actualisés d'information, d'éducation et de communication spécialement conçus pour les adolescents.	<b>2</b>	<b>0</b>
3- L'établissement de santé dispose d'un panneau sur lequel sont indiqués les horaires d'ouverture.2	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX – 5 points maximum</b>	<b>..... / 5</b>	



<b>13. LABORATOIRE (applicable au CS et HD)</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Laborantin ou autres personnel qualifié (TSL, AS, AH disponible)	1	0
2. Le laboratoire est fonctionnel <b>tous les jours</b> ouvrables de la semaine <i>Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO</i>	1	0
3. <b>Résultats enregistrés</b> correctement dans le registre du labo et <b>conforme</b> aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen <i>Superviseur vérifie les 5 derniers résultats</i>	1	0
4. Liste des examens possibles <b>affichée</b> dans le labo	1	0
5. Disponibilité des <b>démonstrations</b> des parasites - <i>Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés</i> - <i>Goutte Epaisse : Falciparum Malariae</i> - <i>Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome</i>	1	0
6. Disponibilité d'un <b>microscope</b> fonctionnel - <i>objectifs fonctionnels - huile à immersion – miroir ou électricité</i> - <i>lames – lamelles – GIEMSA disponible</i>	2	0
7. Disponibilité d'une <b>centrifugeuse</b> fonctionnelle	1	0
8. Evacuation <b>des déchets</b> - <i>Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle</i> - <i>Boîte de sécurité disponible et détruit dans l'incinérateur</i>	1	0
9. Personnel plonge les <b>lames et pipettes souillés</b> dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
10. Possédez-vous des protocoles standards, procédures ou guide pour la coloration de Gram, sérologie et culture bactérienne ?	1	0
11. Existe-t-il un responsable de l'assurance de la qualité dans votre laboratoire ?	1	0
12. Avez-vous adapté une check-list pour vérifier le système qualité de votre laboratoire ? <i>Vérifier la check-list</i>	2	0
13. Avez-vous mis en place un système de gestion des erreurs ? <i>Si oui, veuillez décrire quelles sources de données utilisez-vous</i>	1	0
14. Disponibilité d'une unité de banque de sang <i>Réfrigérateur avec du sang testé et non périmé</i>	1	0
<b>Points TOTAUX - 16 points maximum</b>	..... /16	



<b>14. SALLE d'HOSPITALISATION</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Programme de garde affiché et respecté <i>Superviseur vérifie le rapport de garde – noms et signature</i>	1	0
2. Equipements disponibles et en bon état <i>Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit</i>	2	0
3. Bonnes conditions d'hygiène <i>- Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés</i> <i>- Bonne aération sans mauvaises odeurs</i>	2	0
4. Salle d'hospitalisation <b>éclairée pendant la nuit</b> <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
5. Confidentialité assurée <i>Femmes – hommes séparés - sans être vu par l'extérieur</i>	1	0
6. Existence de dossier de chaque malade feuille de température, carnet de malade, bilan demandé	1	0
7. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli <i>Identité complète, journées d'hospitalisation,</i>	1	0
8. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies <i>- Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 fiches remplis</i> <i>- Température TA, examens de labo bien rempli</i> <i>- Suivi de traitement coché</i>	1	0
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	

<b>15. GESTION DES MEDICAMENTS</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
1. Disponibilités de fiche de stock	<b>1</b>	<b>0</b>
2. PV d'un inventaire de chaque mois	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = <i>Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2</i> <i>Stock dans les fiches correspond avec le stock physique</i> ⇒ <i>Superviseur fait un échantillon de trois médicaments</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Preuve d'achat de médicament, équipement et consommables dans une structure agréée par le MINSANTE	<b>2</b>	<b>0</b>
5. Les médicaments sont gardés correctement <i>Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par ordre alphabétique</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
6. La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins <i>- Superviseur vérifie l'existence du dépôt et si la quantité commandée est conforme à la quantité servie</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
7. Absence médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées <i>- Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i> <i>- Produits périmé bien séparé de stock</i> <i>- Système de destruction des médicaments fonctionnel</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	

<b>16. MEDICAMENTS TRACEURS Stock de Sécurité =Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2</b>	<b>Disponible OUI &gt; CMM / 2</b>	<b>Disponible NON &lt; CMM / 2</b>
1. Amoxicilline sirop 125mg ou 250 mg	1	0
2. Amoxicilline gélule 500 mg	1	0
3. CTA/Coartem 20/120 mg –	1	0
4. Cotrimoxazole comprimé 480 mg	1	0
5. Diazépam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
6. Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	1	0
7. Mebendazole comprimé 100 mg	1	0
8. Oxytocine ampoule 10 Unités	1	0
9. Métronidazole comprimé 250 mg	1	0
10. Paracétamol comprimé 500 mg	1	0
11. Quinine comprimé 500 mg	1	0
12. SRO / oral sachet	1	0
13. Gants stériles	1	0
14. Compresses	1	0
15. Solutés glucose 5%	1	0
<b>Points TOTAUX - 15 points maximum</b>	<b>..... / 15</b>	

<b>17. TUBERCULOSE – centre de dépistage (applicable aux CDT)</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
1. Conditions réunies pour le DOTS - Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage, - Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles	2	0
2. Disponibilité d'une Porte lames	1	0
3. Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
4. Le dépistage est-il basé sur la clinique et la bacilloscopie	2	0
5. Malades traités selon protocole préconisé par le programme ? Vérifier le protocole de traitement dans les fiches des malades	2	0
6. Existe-il des doubles de rapports mensuels ?	1	0
7. Données des supports correctes à celles des registres?	2	0
<b>Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2 Disponible si &gt;CMM =1, si disponible &lt;CMM =0 pour les produits ci-dessous</b>		
8. Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg	1	0
9. Streptomycine 1 gr	1	0
10. Etambutol comprimé 400 mg	1	0
11. Crachoirs	1	0
12. Lames et réactifs disponibles	2	0
<b>Points TOTAUX - 17 points maximum</b>	<b>... / 17</b>	

18. VACCINATION (PEV)	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Existe-t-il un micro plan du centre PEV pour l'année en cours?	3	0
2. Personnel calcule correctement la cible pour les ECV (Enfants complètement vaccinés) Cible = Population x 3,5% / 12 x 100%	1	0
3. Le Centre PEV dispose –t-il d'un réfrigérateur, de deux portes vaccins et d'au moins 16 accumulateurs de froid ? - Vérifiez l'existence physique de ces matériels	3	0
4. <b>Chaîne de froid</b> - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - Disponibilité cahiers ou fiche de température - remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite - Température <b>reste</b> entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche - Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre - Température <b>est</b> entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre	3	0
5. La périodicité des Commandes des vaccins est-elle respectée ? - Vérifiez la preuve des commandes mensuelles dans le bon de commande et bordereau de livraison	1	0
6. <b>Pas de rupture</b> de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT - Présence des fiches de stock à jour - Superviseur vérifie le stock physique dans le Réfrigérateur	1	0
7. Les <b>vaccins</b> sont <b>correctement disposés dans le réfrigérateur</b> - Etage supérieure : VPO, VAR, VAA - Etage moyen : BCG, DTC, VAT, Hép. B et Hib - Etage inférieur : Diluants - Les vaccins anciens à droite et nouveaux à gauche en tenant compte de la date de péremption et de l'état de la PCV ; - Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés - Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles	1	0
8. Y a-t-il concordance des quantités de vaccins et autres intrants reprises dans les fiches individuelles/cahier de gestion de vaccins et le stock physique ? - Comptez les doses des vaccins/autres intrants	1	0
9. <b>ETAT CHAINE de FROID</b> Réfrigérateur à pétrole : stock d'au moins 14 L ; Réfrigérateur solaire : <b>batterie</b> en bon état	1	0
10. Les <b>accumulateurs</b> de froid sont bien congelés	1	0
11. La maintenance préventive est-elle assurée ? - Vérifiez la qualité de la flamme, l'absence de givre, la propreté de la cheminée et le cahier de suivi de la	2	0

<i>CDF/verseau fiche de température.</i>		
<b>12. Existence de seringues</b> - autobloquantes – au moins 30 - pour dilution – au moins 3	1	0
<b>13. D'autres produits en dehors des vaccins</b> et les solvants ne sont pas conservés dans le réfrigérateur ? - Vérifiez le contenu du réfrigérateur	3	0
<b>14. Existe-t-il un graphique de suivi de la Couverture Vaccinale au BCG, PENTA3 et le VAR ?</b> - Vérifiez si la courbe a été complétée mensuellement à partir des doses cumulées administrées	3	0
<b>15. La stratégie avancée est elle – organisée ?</b> - Vérifiez le cahier de la stratégie et les fiches de pointage	3	0
<b>16. Les déchets</b> sont collectés dans des poubelles appropriées - Disponibilité de boîte sécurité (réceptacle)	1	0
<b>17. Stock de carnets</b> ou cartes de croissance PEV - Pour la maman - au moins 10	1	0
<b>18. Registre de PEV</b> bien rempli – ou système de fiches disponible - Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enfant Complètement Vacciné)	1	0
<b>19. Bonnes conditions d'attente</b> - Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie	1	0
<b>20. Remise de jetons numérotés</b> selon l'ordre d'arrivée	1	0
<b>Points TOTAUX – 33 points maximum</b>	.... / 33	

<b>19. Lutte contre la malnutrition et AEN</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non-respecté</b>
Existence de 02 registres de prise en charge des malnutris ?	0,5	0
Existence d'une balance à double pesée ? (SECA)	1	0
Existence de la toise pour enfant ?	0,5	0
Existence de la table Z score (fille-garçon) ?	1	0
Existence du brassard enfant et brassard adulte ?	1	0
Existence du matériel de démonstration culinaire (marmite, réchaud, seaux, gobelets, cuillère, etc.) ?	2	0
Existence des nutriments thérapeutiques (F100, F75, plumpy nut, sup-plumpy, CSB ou unimix, huile, sucre, biscuits)	1	0
Existence des aliments locaux (soja, arachide, mangue sauvage, etc...) au moins 03	1	0
Existence de la vit A et mébendazole	1	0
Existence du traitement systématique ?	1	0
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	..... / 10	

AEN = Action Essentielle de Nutrition

<b>20. PERSONNEL</b>		
1. Personnel qualifié selon les normes du MINSANTE	<b>3</b>	<b>0</b>
2. Tout le personnel est en place ?		
3. - Vérifier la présence physique sur le fichier du personnel(en dehors de garde	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Existence de cahier de présence du personnel bien tenu Heure arrivée, /départ et signature	<b>2</b>	<b>0</b>
5. Chaque activité a-t-il un responsable ? - Vérifier l'organigramme et le nom des responsables	<b>1</b>	<b>0</b>
6. . Chaque agent à t-il un programme de travail ? - Vérifier la fiche de poste (taches)	<b>2</b>	<b>0</b>
7. . Les Agents reçoivent-ils régulièrement leur ristourne /motivation ? - Vérifier les fiches d'émargement	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX – 5 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	
<b>21. COMITE DE GESTION</b>		
1. Existe-t-il un comité de gestion (COGES) ?	<b>2</b>	<b>0</b>
2. Les membres du comité sont –ils formés ?	<b>2</b>	<b>0</b>
2. le COGES est –il fonctionnel ? <i>vérifier le plan de business et les PV des réunions</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX – 3 points maximum</b>	<b>..... / 6</b>	

**VERIFIER SI TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES**

*Le superviseur remercie le personnel*

**SYNTHESE D'EVALUATION**

<b>ENSEMBLE DES COMPOSANTES</b>	<b>POINTS disponibles</b>	<b>POINTS gagnés</b>	<b>%</b>
1. Indicateurs généraux	18		
2. Plan d'Action	10		
3. Gestion financière	14		
4. Hygiène & stérilisation	20		
5. Consultation Externe / Urgence	26		
6. Planification Familiale	24		
7. maternité	29		
8. CPN	13		
9. CPON	8		
10. SONU	6		
11. Violences sexuelles	2		
12. SRAJ	6		
13. Laboratoire (HD, CS)	16		
14. Salle d'hospitalisation (HD, CS)	10		
15. Gestion de médicaments	10		
16. Médicaments traceurs	15		
17. Tuberculose CDT	17		
17. Lutte contre la malnutrition et AEN	10		
15. Personnel	10		
16. Comité de gestion	6		
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>		

AEN = Action essentielle de nutrition

**NB** : si la rubrique 12 (tuberculose) est non applicable, bien vouloir considérer le total des points pour le calcul de la moyenne de  $(274-17) = 257$



**ANNEXE 2 : FICHE D'EVALUATION DE QUALITE DES HD/HR POUR LA SRMNIA**

Date: .. / .. / 20..	Nom(s) des superviseurs: .....	Région : .....
District Sanitaire: .... .....	Hôpital : publique / Confessionnel / privé	Nom de l'hôpital: .....
Nombre de lits : .....	Pop. Zone d'Influence : .....	Statut (HD/HR/Assimilé).....
Nombre de médecins..... (a)	Nombre personnel SF, IS, IDE, sage-femme, TMS : .....(b)	Nombre personnel IB, IBA, TAL : ..... (c)
Nombre personnel AS, ATMS: ..... (d)	Pers. Administratif : ..... (e)	Pers. non qualifié (chauffeurs, pers. d'entretien, coursier etc.) : ..... (f)
Ratio de personnel qualifié (a+b+c)/2000 habitants : .....	Nombre de lits / 1000 hab. : .....	

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1) Carte sanitaire du District/Région de santé disponible et affichée <i>Carte affichée dans la FS en montrant les autres FS, les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les points spéciaux et <u>distances</u></i>	1	0
2) Rapports mensuels – plan d'action– PV réunions et autres documents importants bien rangés <i>Avec classeurs, dans des étagères et accessibles par le responsable du moment (.....)</i>	2	0
3) <u>Horaire de travail</u> et planning de garde disponible et affiché	1	0
4) La FS dispose d'un <u>plan d'action d'infrastructure</u> nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PCA	1	0
5) Procès-verbal des réunions techniques de la FS fait <u>mensuellement</u> et disponible <i>Vérifier le PV technique du dernier mois</i>	1	0
6) Fiches de référence disponible ( <i>au moins 10</i> )	1	0
7) Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre l'Hôpital et les autres FS <i>Radio ou portable fonctionnel avec piles et/ou unités (au moins 1000F)</i>	1	0
8) Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre <i>Evacuation des déchets dans une poubelle avec couvercle et sac poubelle</i>	1	0
9) Disponibilité d'une morgue <i>Une chambre ou petit bâtiment</i>	1	0
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	<b>XXXXXX</b>

2. GESTION DU MALADE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1) Circuit du malade affiché à l'accueil <i>-décrivant la circulation du malade depuis l'accueil jusqu'à la sortie</i> <i>-Flèche d'orientation vers les différents services</i>	5	
2) Organisation de la référence et contre référence interne en fonction du PMA et PCA <i>Le système de triage et de prestation en fonction des PMA et PCA est fonctionnel</i>	5	
3) Dossiers Physique et électroniques des malades disponibles <i>-L'hôpital doit avoir un système de gestion électronique des dossiers des malades.</i> <i>- Dossiers Physiques bien archivés, classés dans un ordre logique et sécurisé dans une armoire ou classeur sécurisé</i> <i>(tirer au hasard 5 malades dans le registre et vérifier l'existence de leur dossier physique et électronique)</i>	2	
4) Le temps d'attente maximum d'une heure pour les consultations externes (entre l'arrivée et la consultation externe). <i>(interroger 3 patients au hasard)</i>	3	
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	..... / 15	
3. PLAN D'ACTION TRIMESTRIEL	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1) Plan d'action trimestriel de l'Hôpital disponible et accessible <i>Le vérificateur vérifie le Plan d'action en vigueur</i>	2	0
2) Plan d'action élaboré <u>avec les acteurs clés</u> <i>- Chefs de services de l'Hôpital</i> <i>- Responsable d'un prestataire secondaire sous contracté (si applicable)</i>	2	0
3) Plan d'action contient une stratégie de couverture <u>géographique</u> convaincante <i>Stratégies de communication et de référence – contre référence avec les FOSA PMA</i>	2	0
4) Plan d'action analyse la présence de <u>praticiens non formés</u> et propose des stratégies pour les décourager <i>Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie</i>	1	0
5) Plan d'action analyse la présence de <u>praticiens formés</u> , qui opèrent <u>SANS avis d'implantation</u> du SSD. <i>Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunis</i>	1	0
6) Plan d'action montre une analyse de l'accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable	2	0



<i>Responsable a rempli cette question et le PB montre qu'il a négocié les tarifs avec COSA / relais communautaires.</i>		
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	<b>XXXXXX</b>

<b>4. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE – INDICE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1) Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus - Rapport mensuel de <b>trésorerie</b> disponible et correctement rempli - Solde théorique du <b>livre de caisse</b> conforme à la liquidité en caisse	<b>2</b>	<b>0</b>
2) Système mensuel établi dans lequel les <b>recettes, dépenses de fonctionnement &amp; investissements</b> et l' <b>enveloppe variable pour la prime de performance</b> sont calculées correctement -Responsable garantit les <b>dépenses de fonctionnement</b> : = prime de base fixe, achat ME & équipements, les sous-contrats, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations. -Responsable calcule l'enveloppe pour la prime de perf. selon la formule <b>Prime de perf. = recettes du mois – les dépenses de fonctionnement</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
3) La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 60% du TOTAL des recettes de la FS Le vérificateur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires de l'Etat (si applicable) et les comparent avec les recettes	<b>2</b>	<b>0</b>
4) Système établi du calcul mensuel des <b>primes de performance</b> (+ des primes de base) et connu par le personnel - Prime de base établie - Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers : (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaires / perdues + (e) évaluation trimestrielle de performance). (au moins 3 critères. Interroger 2 personnes choisies au hasard)	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	<b>..... / 10</b>	<b>XXXXXX</b>
<b>5. HYGIENE &amp; STERILISATION</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. <b>Clôture</b> disponible et bien entretenue <i>Si haie vive =&gt; taillé ; Si en sticks ou en dur =&gt; sans passage</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
2. Disponibilité de <b>poubelle</b> dans la cour <i>Poubelle avec sac poubelle et couvercle accessible aux clients</i> - non pleine <i>Protocole de gestion des déchets disponible, affiché et appliqué.</i>	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Présence de <b>latrines</b> en nombre suffisant et en bon état - au moins 5 - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle	<b>2</b>	<b>0</b>

- Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs - Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles		
4. Présence de <b>douches</b> en nombre suffisant et en bon état - au moins 5 - Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres - Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu	2	0
5. <b>Incinérateur et fosse à placenta en enclos</b> - Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé	5	0
6. <b>Fosse à déchet</b> domestique disponible Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans déchets infectés ni matériel non décomposable ou système d'évacuation par un service d'hygiène agréé, pas d'ordures qui traînent par terre.	1	0
7. Propreté de la cour Pas de déchets et <b>produits dangereux</b> dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées	2	0
8. Entretien de la cour Herbes coupé – <b>jardin ornamental avec des fleurs</b> bien entretenues – pas d'excréta (animaux)	1	0
9. Le personnel <b>stérilise</b> les instruments selon les normes Autoclave ou poupinel en bon état. Protocole de stérilisation affiché	3	0
10 Conditions d'hygiène assurées dans la <b>salle de soins</b> Poubelles pour matériel infecté avec sac poubelle et couvercle – boîte de sécurité pour les aiguilles et seringues bien placée et utilisée	1	0
<b>Points TOTAUX - 20 points maximum</b>	.... / 20	XXXXXX
<b>6. CONSULTATION EXTERNE / URGENGE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externe Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégés contre soleil et pluie, avec poste téléviseur fonctionnel.	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés Tarifs visibles pour les malades avant la consultation	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0
4. Salle de la Consultation Externe en bon état et propre (sans poussière, sans toile d'araignée, bien rangé) Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en carreau ou en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres (non cassés) avec rideaux, et portes fonctionnelles avec serrure	2	0
5. Salle de la Consultation Externe et l'espace d'attente séparés assurant la confidentialité Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage	1	0
6. Salle de la Consultation Externe et / ou Urgence éclairée pendant la nuit Electricité ou lumière solaire	1	0

7. L'accueil doit être faite par un personnel qualifié (IDE) qui fait le tri et oriente les patients vers les services appropriés.	1	0
8. Toutes les Consultations Externes sont faites par un médecin <i>Identification des Médecins consultants à partir de leur nom et signature dans le registre</i>	2	0
9. Le personnel est en tenue conforme <i>) Blouse courtes manches blanche propre - boutonnée avec carte d'identification (Badge), en chaussure couvertes (pas de culottes)- callot- ongles taillés, pas de vernis, pas de bijoux pendants.</i>	1	0
10. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de Consultation Externe <i>Numérotation correcte (numérotation mensuelle doit exister) et registre clôturé à la fin du mois (Nombre total nouvelles et anciennes consultations du mois, maladies sous surveillance : Rougeole, PFA, Tétanos néonatal, Fièvre jaune porté à la fin du mois)</i>	1	0
11. Disponibilité de services ambulatoire 8/24 et de garde 24/24, personnel au poste de travail 7 / 7 <i>Le vérificateur vérifie les entrées dans le registre les 3 derniers dimanches</i>	1	0
12. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme <i>Protocole national avec paludisme simple et grave avec leur traitement</i>	1	0
13. La prise en charge correcte du <u>paludisme simple</u> <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (AS/AQ,A/L)</i>	1	0
14. La prise en charge correcte du <u>paludisme grave</u> <i>Voyez le registre 2 derniers cas (quinine injectable en perfusion/Arthésunate injectable)</i>	1	0
15. La prise en charge correcte des IRA (Insuffisance Respiratoire Aigue) <i>Ordinogramme disponible et appliqué</i>	1	0
16. La prise en charge correcte de la diarrhée <i>Ordinogramme disponible et appliqué</i>	1	0
17. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% <i>Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14 cas sur 30</i>	2	0
18. Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB <i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration</i>	1	0
19. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel <i>Prendre la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification</i>	1	0
20. Disponibilité de thermomètre fonctionnel <i>Faire l'inspection du thermomètre</i>	1	0
21. Disponibilité d'otoscope fonctionnel <i>Faire l'inspection : piles chargées et disponibles avec lumière forte</i>	1	0
22. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas	1	0
23. Disponibilité de balance fonctionnelle	1	0

<i>Faire l'inspection en comparaison, le poids connu du vérificateur, après pesage aiguille balance revient à zéro</i>		
24. Disponibilité d'une toise en bon état	1	0
25. Disponibilité d'un ruban pour PB (périmètre brachial) en bon état	1	0
26. Disponibilité des tables de rapport Poids/Taille	1	0
27. Détermination de l'état nutritionnel de tout enfant de moins de 5 ans qui vient en consultation	3	0
28. Détermination de l'état nutritionnel de la mère dont l'enfant en consultation a moins de 6 mois	1	0
29. prise en charge des cas de malnutrition selon le protocole national	3	0
<b>Points TOTAUX - 36 points maximum</b>	<b>.... / 36</b>	<b>XXXXX</b>
<b>7. PLANIFICATION FAMILIALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Toutes les consultations PF faites par un infirmier IBA formé en PF complet <i>Voir les fiches de consultation remplies et signées par un infirmier /IBA au minimum</i>	2	0
2. Local propre disponible garantissant la <b>confidentialité</b> <i>Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>	2	0
3. <b>Affiche</b> murale ou boîte à image avec les méthodes PF et des échantillons de contraceptifs disponibles pour la démonstration	2	0
4. Plan d'action contient une stratégie de couverture <u>Planification Familiale</u> pertinente, relative à l'amélioration de l'offre et la promotion de la demande	2	0
5. Stock de sécurité intrants contraceptifs disponibles <i>Pour chaque 10.000 hab. :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 147 doses DEPO</li> <li>• 36 boîtes de 3 plaquettes/cycles des pilules,</li> </ul>	2	0
6. Méthodes de longue durée <b>DIU</b> et <b>IMPLANT</b> disponibles et personnel capable de les placer et retirer <i>- Au moins 5 DIU disponibles, Au moins 5 Implants disponibles</i>	2	0
7. Condom disponibles (masculin et féminin) <i>- Au moins 2 cartons de condoms de 144 chacun (masculins /féminins) disponibles</i>	1	0
8. Registre de la PF disponible <u>et bien rempli sur les 3 derniers mois</u>	2	0
9. Fiche de la PF disponible et bien remplie sur les 3 derniers mois (tirer au hasard 5 clients dans le registre et vérifier leurs fiches) ( <i>présence obligatoire des indicateurs suivants : tension artérielle, hépatomégalie, varices, poids</i> )	2	0
10. Les tarifs du recouvrement de coût pour les contraceptifs et les services de PF sont affichés <i>Tarifs visibles pour les clients avant la consultation</i>	1	
11. La FOSA dispose d'affiches sur le droit des clientes en matière de PF	1	
<b>Points TOTAUX - 19 points maximum</b>	<b>..... / 19</b>	<b>XXXXXX</b>

8. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole non-respecté
3. <b>L'eau suffisante avec savon</b> dans la salle d'accouchement <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres</i>	1	0
4. Salle d'accouchement <b>éclairée pendant la nuit</b> <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
24. <b>Déchets</b> collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>	1	0
25. Liquide de décontamination disponible et renouvelé au moins toutes les 24h (solution chlorée)	1	0
26. Salle d'Accouchement <b>en bon état</b> <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture à huile lavable - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnelles</i>	1	0
27. Disponibilité du partogramme <i>Au moins 50 fiches de partogramme</i>	1	0
28. Remplissage correcte du partogramme : <i>ouverture à 4cm, 1<sup>er</sup> point de dilatation sur la ligne d'alerte, toutes les rubriques sont correctement remplies, vérification au moins 4 partogrammes au hasard</i>	2	0
29. <b>Prise de la tension artérielle</b> pendant le travail d'accouchement <i>Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
30. La GATPA est assurée pour tous les accouchements <i>Vérifier sur le rapport d'accouchement</i>	1	0
31. Tous les accouchements effectués par un <b>personnel qualifié</b> <i>Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre</i>	2	0
32. Disponibilité d'une <b>toise</b> (pour mesurer la taille), d'un <b>stéthoscope obstétrical</b> et d'une <b>poire, d'un masque, d'un ballon (AMBU)</b> (plongé dans un désinfectant non irritant) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0
33. Disponibilité des <b>gants stériles</b> (au moins 10 paires)	1	0
34. Disponibilité d'au moins <b>2 boîtes d'accouchement stérilisées</b> , <i>Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces</i>	2	0
35. Disponibilité d'une <b>boîte d'épisiotomie</b> <i>Fil résorbables 2/0 et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>	1	0
36. <b>Table d'accouchement propre et</b> en bon état <i>Table avec matelas/skaï démontable avec deux jambiers fonctionnels</i>	2	0
37. <b>Présence d'au moins 3 tabliers en cuir lavables</b>	1	0
38. Disponibilité d'un <b>pèse bébé</b> fonctionnel <i>Superviseur vérifie le pèse avec un objet</i>	1	0
39. <b>Matériel</b> disponible pour les soins aux <b>nouveaux nés</b> <i>Clamp de Barr,</i>	1	0

<i>pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau-né)</i>		
40. <b>Sceau ou bassin à linge souillé</b> disponible	1	0
41. Disponibilité de <b>moustiquaires</b> dans la salle de suite des couches	2	0
42. <b>Lits</b> avec matelas et literie en bon état dans la salle de suite des couches <i>Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps</i>	1	0
43. <b>Salle de travail</b> adéquate <i>CS : au moins 2 lits avec matelas ; HD au moins 4</i>	1	0
44. <b>La salle d'accouchement d'un coin du nouveau - né au moins avec lampe chauffante</b>	2	0
<b>Points TOTAUX - 29 points maximum</b>	.... / 29	
<b>9. CONSULTATION PRE-NATALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
8. Plan d'Action contient une stratégie pour atteindre toutes les femmes enceintes <i>Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés</i>	1	0
9. Plan de préparation à l'accouchement disponible et suivis <i>Au moins 50 fiches disponibles Vérifier la Connaissance du lieu de l'accouchement, choix des donneurs volontaires et d'une épargne pour les urgences chez au moins 5 femmes au hasard</i>	2	0
10. Pèse personne disponible et bien tarée à zéro <i>(pèse propre pour la CPN)</i>	1	0
11. Fiche CPN ( <i>pour la FOSA</i> ) disponible et bien rempli <i>Superviseur vérifie 5 dernières fiches Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR) Labo : Albuminurie – Glucose – Hgl, Selles, PV, BW, VIH, CD4, Toxoplasme Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utérine), Présentation, mouvement fœtal.</i>	3	0
12. Fiche CPN ( <i>pour la FOSA</i> ) montre l'administration de Fer Folate, CTM et TPI	3	0
13. Carnet de la CPN ( <i>pour la maman</i> ) disponible – au moins 10	1	0
14. Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise</i>	2	0
<b>Points TOTAUX – 11 points maximum</b>	..... / 13	
<b>10. CONSULTATION POST -NATALE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
6- Disponibilité de la fiche de surveillance des 6 premières heures pour mère et le bébé <i>Au moins 50 fiches disponibles</i>	2	0
7- Fiche de surveillance des 6 premières heures	2	0

remplie correctement <i>TA, tonus utérin, coloration des conjonctives, plainte de la parturiente</i> <i>Bb : cri, coloration, tonus, respiration, température</i>		
8- Présence d'un registre CPON mère et enfant correctement rempli	1	0
9- Au moins 60% des accouchées ont été vu en CPON 3	2	0
10- Au cours des CPON le prestataire a discuté des méthodes contraceptives <i>Vérifier chez au moins 5 femmes au hasard vu en CPON</i>	1	0
<b>Points TOTAUX –</b>	<b>..... / 8</b>	
<b>11. SONUC</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
5- Disponibilité du sulfate de magnésium	2	0
6- Disponibilité du misoprostol	2	0
7- Disponibilité de l'AMIU en bonne état pour les SAA	2	0
8- Au moins 2 personnels formés à la technique de transfusion sanguine	3	0
9- Les kits de transfusion sanguine disponibles	3	
10- Au moins 2 personnels qualifiés à faire la césarienne	3	
<b>Points TOTAUX –</b>	<b>..... / 15</b>	
<b>12. Violences sexuelles</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
11- Disponibilité du PEP kit	2	0
<b>Points TOTAUX</b>	<b>..... / 2</b>	
<b>13. UNITES SRAJ</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole NON respecté</b>
4- Au moins 3 personnels sont formés en SRAJ	2	0
5- L'établissement de santé dispose des éléments suivants la salle d'attente, de matériels actualisés d'information, d'éducation et de communication spécialement conçus pour les adolescents.	2	0
6- L'établissement de santé dispose d'un panneau sur lequel sont indiqués les horaires d'ouverture.2	1	0
<b>Points TOTAUX –</b>	<b>..... / 5</b>	
<b>14. LABORATOIRE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Laborantin d'au moins du niveau <b>TMS</b> (technicien Medico sanitaire) disponible	1	0
2. Le laboratoire est fonctionnel <b>tous les jours, 24/24</b> <i>vérificateur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO</i>	1	0
3. Transfusion sanguine - Disponibilité d'une chaîne de froid avec fiche de vérification de la température,	2	0



- disponibilité d'au moins 5 sachets de O+ et de deux par autre groupe de sang. - Chaque transfusion sanguine est effectuée selon le Protocole du MINSANTE, ce qui veut dire que toutes les tests obligatoires (VIH/HBV/HCS/syphilis/paludisme) sont faits et documentés négatifs avant la transfusion, et que le groupe sanguin et Rh du donneur et bénéficiaire sont compatibles, et que la transfusion est faite suite à une indication du Médecin.		
4. <b>Résultats enregistrés</b> correctement dans le registre du labo et <b>conformes</b> aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen <i>vérificateur vérifie les 5 derniers résultats</i>	1	0
5. Liste des examens possibles <b>affichée</b> dans le labo	1	0
6. Disponibilité des <b>démonstrations</b> des formes des parasites - <i>Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés</i> - <i>Goutte Epaisse : Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae</i> - <i>Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome</i>	1	0
7. Disponibilité d'un <b>microscope</b> fonctionnel - <i>objectifs fonctionnels - huile à immersion - miroir ou électricité</i> - <i>lames - lamelles - GIEMSA disponible</i>	2	0
8. Disponibilité d'une <b>centrifugeuse</b> fonctionnelle	1	0
9. Evacuation <b>des déchets</b> - <i>Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle</i> - <i>Boîte de sécurité disponible et détruite dans l'incinérateur</i>	1	0
10. Personnel plonge les <b>lames et pipettes souillées</b> dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	..... / 12	XXXXXX
<b>14 . SALLE D'HOSPITALISATION</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Programme de garde affiché et respecté <i>Le vérificateur vérifie le rapport de garde – noms et signature</i>	1	0
2. Equipements disponibles, en bon état et propre <i>Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit</i>	3	0
3. Bonnes conditions d'hygiène - <i>Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lave main, lits bien espacés (1 mètre minimum entre les lits)</i> - <i>Bonne aération sans mauvaises odeurs</i>	2	0
4. Salle d'hospitalisation <b>éclairée pendant la nuit</b> <i>Electricité, groupe électrogène, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
5. Confidentialité assurée <i>Femmes – hommes séparés - sans être vu de l'extérieur</i>	1	0
6. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli <i>Selon les normes techniques et de gestion</i>	1	0
7. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies selon les normes et techniques de gestion - <i>Température, TA, examens de labo bien remplis</i>	1	0



- <i>Suivi de traitement coché et conforme au protocole, perfucode, plan de soins (besoins spécifiques), planification et exécution.</i>		
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	..... / 10	
<b>15. GESTION DES MEDICAMENTS</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2 <i>Stock dans les fiches correspond avec le stock physique</i> ⇒ <i>Le vérificateur tire un échantillon de trois médicaments</i>	2	0
2. Personnel a accès aux centres de distribution agréés de Médicaments, Equipements et Consommables reconnus par la Délégation régionale	2	0
3. Les médicaments sont gardés correctement <i>Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetées, et rangés et rangés par classe thérapeutique et/ou par ordre alphabétique / Par forme</i>	2	0
4. La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins <i>-Le Vérificateur vérifie si la quantité réquisitionnée est conforme à la quantité servie</i>	2	0
5. Absence médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées <i>- vérificateur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i> <i>- Produits périmés bien séparés de stock</i> <i>- Système de destruction des médicaments fonctionnel</i>	2	0
<b>Points TOTAUX - 10 points maximum</b>	..... / 10	
<b>16. MEDICAMENTS TRACEURS</b> <b>Stock de Sécurité =Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2</b>	<b>Disponible OUI &gt; CMM / 2</b>	<b>Disponible NON &lt; CMM / 2</b>
1. Ampicilline injectable 1g ou 500mg	1	0
2. Cotrimoxazolecomp 480 mg	1	0
3. Diazepam 10 mg / 2ml – injectable	1	0
4. Poche de sang	1	0
5. Methergineamp ou Oxytocine 10 Unités	1	0
6. Metronidazolecomp 250 mg	1	0
7. Paracetamolcomp 500 mg	1	0
8. Quinine comp 300 mg	1	0
9. Artésunate injectable/Quinine injectable	1	0
10.SRO / oral sachet	1	0
11.Ringer Lactate	1	0
12.Glucosé 5%	1	0
13.Fils résorbables et non résorbables	1	0
14.Gants stériles	1	0
15.Compresses	1	0
16.Bombone d'oxygène de réserve scellée (disponible dans l'hôpital)	1	0
17.Amoxicilline caps/comp 500 mg		
18.Amoxicilline sirop 250 mg/5ml		

19. Artesinate comp 50mg – amodiaquine 200mg		
20. Azithromycine		
21. Benzathin / Benzylpencilline		
22. Betamethasone / Dexamethasone		
23. Calcium Gluconate		
24. Cefixime		
25. Chlorhexidine		
26. Fer – acide folique 200 mg + 25mg		
27. Gentamicin		
28. Hydralazine / Methyldopa / Nefedipine		
29. Sulfate de Magnesie		
30. Mebendazole comp 100mg		
31. Methergine / syntocinone amp.		
32. Misoprostol		
33. Kit de réanimation		
34. VAT		
35. Zinc		
36. Kit d'accouchement		
37. Kit de césarienne		
38. Valise d'urgence		
<b>Points TOTAUX - 38 points maximum</b>	..... /38	
<b>17. BLOC OPERATOIRE</b>	<b>Protocole respecté</b>	<b>Protocole non respecté</b>
1. Salle d'opération en bon état et propre Disposition des espaces (salle pré-opératoire, salle opératoire, salle post-opératoire, salle de stérilisation, Circuit des personnes et matériels, dans les salles affichés.	2	0
2. <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture à huile</i> <i>- Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état</i> <i>- Fenêtres en vitres sans être vu par l'extérieur, et portes fonctionnelles</i>		
3. Table d'opération en bon état <i>- Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée</i> <i>- jambiers fonctionnels</i>	1	0
4. Illumination en bon état <i>- Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles</i> <i>- Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)</i>	2	0
5. Equipement de base disponible <i>- Appareil d'anesthésie générale – kit rachianesthésie -</i> <i>Respirateur fonctionnel</i> <i>- Aspirateur – bistouri électrique et cautérisation</i>	2	0
6. KIT d'intervention stérilisée prêt à être utilisé pour les urgences (césarienne – chirurgie viscérale, traumatologie orthopédie) <i>-Le vérificateur vérifie la présence d'au moins 2 kits</i> <i>Vérifier une boîte au hasard</i>	2	0
7. Disponibilité d'une salle de vestiaire et un espace de lavage et brossage adéquats <i>- Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude</i> <i>- Disponibilité de l'eau courante, de brosses avec savon.</i>	2	0
8. Disponibilité de tenues adéquates	1	0



### ANNEXE 3 : MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES MEDICAUX UTILISES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

#### LISTE DES MEDICAMENTS TRACEURS ET CONSOMMABLES MEDICAUX

##### Médicaments traceurs de la SR

Classe pharmacologique	Médicaments	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
1- Anesthésique	Adrenaline/epinéphrine 1mg injectable	-	-	+	+	+
	Atropine 0,25/0,5/1mg injectable	-	-	+	+	+
	Bupivacaïne	-	-	+	+	+
	Ephedrine	-	-	+	+	+
	Ether éthylique	+	+	+	+	+
	Halothane/isoflurane	-	-	+	+	+
	Ketamine	-	-	+	+	+
	Thiopental	-	-	+	+	+
	Vecuronium/Rocuronium	-	-	+	+	+
	Xylocaïne 2% adrénaliné	+	+	+	+	+
	2- Antianémiques	Acide folique 5mg comprimé	+	+	+	+
Sel ferreux 25mg/ml sirop		+	+	+	+	+
Sel ferreux 60mg comprimé		+	+	+	+	+
3- Antibiotiques	Amoxicilline 500mg comprimé	+	+	+	+	+
	Amoxicilline-acide clavulanique 0,625/1,2g injectable	-	-	+	+	+
	Amoxicilline-acide clavulanique 0,625/1,2g comprimé	-	-	+	+	+
	Ampicilline 0,5/1g injectable	+	+	+	+	+
	Ceftriaxone/Cefotaxime 1g injectable	+	+	+	+	+
	Ciprofloxacine 500/750mg comprimé	-	-	+	+	+
	Cloxacilline 250/500mg comprimé	-	-	+	+	+
	Cotrimozaxole 480mg/960mg comprimé	+	+	+	+	+
	Cotrimozaxole 240mg suspension buvable	+	+	+	+	+
	Erythromycine 500mg comprimé	-	-	+	+	+
	Doxycycline 100/200mg comprimé	+	+	+	+	+
	Gentamicine 40mg/80mg injectable	+	+	+	+	+
	Metronidazole 500mg injectable	+	+	+	+	+
	Metronidazole 250/500mg comprimé	+	+	+	+	+
	Nystatine 100000UI comprimé	+	+	+	+	+
	Pénicilline sodique 2,4 MUI	-	-	+	+	+

4- Antiémétique	Métoclopramide 10mg comprimé	+	+	+	+	+
	Metopimazine 10mg/ml injectables	+	+	+	+	+
5- Antihypertenseur	Alpha méthyl dopa 250/500mg comprimé	-	-	-	+	+
	Sulfate de magnésium 5g/10ml injectable	+	+	+	+	+
6- Antipaludiques	Artemether 40/80mg injectable	+	+	+	+	+
	Artesunate 30/60/120mg injectable	+	+	+	+	+
	Quinine 600mg injectable	+	+	+	+	+
	Sulphadoxine/pyrimethamine	+	+	+	+	+
7- Antipyrétiques/ antalgiques	Acide acétyl salicylique 100mg comprimé	+	+	+	+	+
	Paracetamol 0,5/1g injectable	+	+	+	+	+
	Paracetamol 500mg comprimé	+	+	+	+	+
	Paracetamol 125mg/5ml sirop	+	+	+	+	+
8- Antirétroviraux	Nevirapine 50mg/5ml sirop	+	+	+	+	+
	Tenofovir 300mg/ Lamivudine 300mg	-	-	-	+	+
	Ténovofir 300/ lamivudine 300/ Efavirenz 600mg comprimé	+	+	+	+	+
	Zidovudine150/lamivudine300/ Névirapine 200mg comprimé	+	+	+	+	+
9- Antiseptiques	Alcool 70°	+	+	+	+	+
	Chlorehexidine 5%, 7,1%	+	+	+	+	+
	Polyvidone iodée 10%	+	+	+	+	+
10- Antispasmodiques	Phloroglucinol 40mg/ml injectable	+	+	+	+	+
	Phloroglucinol 150mg suppositoire	-	-	+	+	+
11- Corticoïdes	Dexaméthasone 4mg comprimé/injectable	+	+	+	+	+
12- Neuroleptiques	Diazépam 10mg injectable	+	+	+	+	+
	Diazépam 10 mg comprimé	-	-	+	+	+
	Phénobarbital 100/200mg injectable	-	-	+	+	+
13- Ocytociques et tocolytiques	Misoprostol 200µg comprimé	+	+	+	+	+
	Oxytocine 10UI/ml Solution Injectable	+	+	+	+	+
	Salbutamol 0,5mg/ml injectable	+	+	+	+	+
10- Solutés	Macromolécules	-	-	+	+	+
	Ringer lactate	+	+	+	+	+
	Sérum Glucosé 5%, 10%	+	+	+	+	+
	Sérum sale isotonique	+	+	+	+	+
11- Vaccins	BCG	+	+	+	+	+
	Polio oral	+	+	+	+	+
	Vaccin anti HBs	+	+	+	+	+
	VAT	+	+	+	+	+
12- Contraceptifs	Barrières mécaniques - Préservatif masculin - Préservatif féminin	+	+	+	+	+
	Dispositif Intra Uterin (DIU)	+	+	+	+	+
	Implants					

	- levonorgestrel (Jadelle <sup>R</sup> )	+	+	+	+	+
	- Etonogestrel (Implanon Nxt <sup>R</sup> )	+	+	+	+	+
	Injectables - Depomedroxyprogesterone (Depo provera <sup>R</sup> , Sayana Press <sup>R</sup> )	+	+	+	+	+
	Pillules - COC (microgynon <sup>R</sup> ) -PSP (microlut <sup>R</sup> )	+	+	+	+	+
Autres	Cimétidine/Ranitidine/oméprazole injectable	+	+	+	+	+
	Formaldehyde	+	+	+	+	+
	Gentamycine collyre	+	+	+	+	+
	Insuline	+	+	+	+	+
	Méthotrexate 100mg injectable	+	+	+	+	+
	Oxygène	+	+	+	+	+
	Vitamine K1	+	+	+	+	+

### Consommables Médicaux

Produits	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU
Aiguille à ponction lombaire	-	-	+	+	+
Ballon 250 à 500 ml pour ventilation	+	+	+	+	+
Bande velpeau	+	+	+	+	+
Bracelet d'identification	+	+	+	+	+
Cathélon 16-18, 22 - 24G	+	+	+	+	+
Clamp de Barr	+	+	+	+	+
Compresse stérile	+	+	+	+	+
Coton hydrophile	+	+	+	+	+
Dispositif d'aspiration de mucosités ou poire	+	+	+	+	+
Epicrânien	+	+	+	+	+
Fil à peau	+	+	+	+	+
Fil de suture résorbable	+	+	+	+	+
Gants stériles	+	+	+	+	+
Gants de soins	+	+	+	+	+
Lame de bistouri	+	+	+	+	+
Masque facial pour ventilation	+	+	+	+	+
Perfuseur	+	+	+	+	+
Poche collectrice d'urines	-	-	+	+	+
Robinets à 3 voies	+	+	+	+	+
Seringues 5cc, 2cc, 10cc, à insuline, 60cc	+	+	+	+	+
Sondes d'aspiration	-	-	+	+	+
Sondes d'intubation	-	-	+	+	+
Sondes oro-gastrique 6 et 8	-	-	+	+	+
Sondes nasogastriques	-	-	+	+	+
Sonde urinaire	+	+	+	+	+
Sparadrap	+	+	+	+	+
Speculum à usage unique	+	+	+	+	+
Transfuseur	+	+	+	+	+

**Kits obstétricaux et néonataux**

<b>Kits</b>	<b>CSI</b>	<b>CMA</b>	<b>HD</b>	<b>HR/HC</b>	<b>HG/CHU</b>
Kit accouchement normal	+	+	+	+	+
Kit anesthésie générale	-	-	+	+	+
Kit césarienne	-	-	+	+	+
Kit péridurale	-	-	-	+	+
Kit rachi-anesthésie	-	-	+	+	+
Kit réanimation néonatale	-	-	+	+	+
Kit Via-vili	-	-	-	+	+

## PROCEDURE DE GESTION DES MEDICAMENTS

Etapas	Procédures	Outils de gestion
1. Sélection	- la liste des médicaments traceurs de la SR a été faite sur la base des protocoles de prise en charge, la liste nationale des médicaments essentiels etc.	- liste des médicaments traceurs de la SR - fiches de stock -fiches de synthèse
2. Approvisionnement	<p style="text-align: center;"><b>❖ Quantification</b></p> <p>Estimer le besoin en tenant compte des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stock maximum</li> <li>- stock minimum</li> <li>- CMM</li> <li>- DL</li> <li>- SDU</li> <li>- SS</li> </ul> <p>QAC = stock maximum – SDU</p> <p style="text-align: center;"><b>❖ Reception</b></p> <p>Par un comité de réception constitué d'au moins trois personnes (pharmacien, comptable matière, fournisseur...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réceptionner en premier les produits nécessitant la chaîne de froid pour leur conservation ;</li> <li>- Vérifier les documents qui accompagnent la livraison (Bordereau de livraison, facture...);</li> <li>- Vérifier la conformité qualitative et quantitative de la livraison par rapport aux commandes passées ;</li> <li>- Signer le bordereau de livraison ;</li> <li>- Prendre la décision de refuser et retourner.</li> </ul> <p><b>NB</b> : Lors de la réception des stupéfiants, remplir le carnet à souche.</p> <p style="text-align: center;"><b>❖ Stockage (BPS)</b></p> <p>Cette fonction fait intervenir plusieurs activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'entrée en stock ;</li> <li>• Le rangement ;</li> <li>• Le contrôle de la température et de l'hygrométrie ;</li> <li>• L'inventaire physique ;</li> <li>• L'ajustement des stocks ;</li> <li>• Le retour de stock ;</li> <li>• La gestion des pertes (avariés, périmés, détériorés) ;</li> <li>• La gestion des ruptures de stock.</li> </ul> <p><b>NB</b> : Les médicaments de froid doivent être rangés en premier à une température entre 2°C à 8°C.</p> <p style="padding-left: 40px;">Les stupéfiants doivent être rangés dans une salle ou une armoire sécurisée avec verrou à l'abri de la lumière.</p>	mensuelle - fiche d'inventaire - registre d'entrée - Bon de commande - bordereau de livraison - fiche de réclamation/retour - procès-verbal de réception - fiche de pharmacovigilance - registre des stupéfiants - Fiche de contrôle de température - registre des pertes/avariés/périmés



3. Distribution	Rendre disponible les produits dans chaque point de dispensation en utilisant les outils de gestion.	
4. Utilisation	<p>L'utilisation des produits fait suite à leur dispensation aux patients et tient compte des étapes suivante;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réception et validation d'une prescription médicale ;</li> <li>- Préparation des médicaments à dispenser;</li> <li>- Délivrance/Dispensation des médicaments avec des conseils aux patients ;</li> <li>- Enregistrement des médicaments dispensés.</li> </ul> <p><b>NB</b> : La dispensation des stupéfiants se fait après présentation d'une ordonnance et l'enregistrement de celle-ci dans un ordonnancier.</p>	

## 1. Indicateurs de performance par niveau

### 1.1. Liste des indicateurs

- Gestion des inventaires : précision des données logistiques ;
- Conditions de stockage : respect des bonnes pratiques de stockage ;
- Rupture de stock de l'un ou plusieurs médicaments traceurs ;
- Disponibilité des produits de la SR ;
- Délai d'exécution des commandes ;
- Taux de satisfaction des commandes ;
- Pourcentage des stocks perdus, avariés et/ou périmés ;
- Délai de rotation des stocks ;
- Délai de livraison moyen.

## FICHE DE SUPERVISION (CHECKLIST)

TYPES D'ACTIVITES A SUPERVISER	TYPES DE STRUCTURES						
	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU	CAPR/FRPS	CENAME
<b>Sélection des médicaments</b>							
- Disponibilité de la liste des médicaments traceurs de la SR	+	+	+	+	+	+	+
- Guides Standard des contenus des différents kits obstétricaux	+	+	+	+	+	+	+
- Vérification de la complétude des kits	+	+	+	+	+	+	+
<b>Acquisition des médicaments</b>							
- Disponibilité de la liste des médicaments homologués	+	+	+	+	+	+	+
- Vérification de l'homologation des produits	+	+	+	+	+	+	+
- Disponibilité des outils de gestion de stock et complétude dans le remplissage	+	+	+	+	+	+	+
- Choix du fournisseur	+	+	+	+	+	+	+
- Passation de la commande	+	+	+	+	+	+	+
- Réception	+	+	+	+	+	+	+
- Stockage							
◆ Infrastructures	+	+	+	+	+	+	+
◆ Equipements techniques	+	+	+	+	+	+	+
- Inventaire	+	+	+	+	+	+	+
- Médicaments avariés et périmés	+	+	+	+	+	+	+
- Cas des dons							
◆ Besoins exprimés ou ressentis	+	+	+	+	+	+	+
◆ Conforme à la liste des médicaments traceurs	+	+	+	+	+	+	+
◆ Qualité conforme aux normes	+	+	+	+	+	+	+
<b>Distribution des médicaments</b>							
- L'exécution des commandes	+	+	+	+	+	+	+
- La livraison	+	+	+	+	+	+	+

TYPES D'ACTIVITES A SUPERVISER	TYPES DE STRUCTURES						
	CSI	CMA	HD	HR/HC	HG/CHU	CAPR/FRPS	CENAME
<b>Usage des médicaments</b>							
- Prescription	+	+	+	+	+	NA	NA
- Dispensation	+	+	+	+	+	NA	NA
- Usage par le malade	+	+	+	+	+	NA	NA
<b>Pharmacovigilance</b>							
- Rapport de pharmacovigilance	+	+	+	+	+	+	+
<b>Les ressources humaines</b>							
- Effectif	+	+	+	+	+	+	+
- Formation	+	+	+	+	+	+	+
- Propreté /tenue de travail	+	+	+	+	+	+	+
- Disponibilité	+	+	+	+	+	+	+
- Assiduité	+	+	+	+	+	+	+
<b>Les moyens logistiques</b>							
- Camion fourgon	-	-	-	-	-	+	+
- Camionnette fourgon	-	-	-	-	-	+	+
- Autres véhicules	+	+	+	+	+	+	+
- Motos	+	+	+	+	+	+	+

