



Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires

Section Santé Publique et VIH
Division pour le soutien et la gestion des programmes
Décembre 2009

© UNHCR, 2009. Tous droits réservés.

La reproduction et la distribution à des fins éducationnelles et non commerciales sont autorisées sans accord écrit préalable du titulaire des droits d'auteurs à condition que la source soit pleinement reconnue. La reproduction pour revente, ou à d'autres fins commerciales, ou toute traduction quel qu'en soit la raison, sont interdites sauf autorisation écrite du titulaire des droits d'auteurs. Les demandes pour une telle permission doivent être adressées à l'unité VIH du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) à l'adresse suivante: hiv aids@unhcr.org.

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'UNHCR ne saurait être tenu responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Des copies de ce document peuvent être obtenues de:
UNHCR – PH and HIV Section
CP 2500
1202 Genève, Suisse
hqphn@unhcr.org
et du site internet: www.unhcr.org/health

Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires

Section Santé Publique et VIH

Division pour le soutien et la gestion des programmes

Décembre 2009

Table des Matières

1. Liste des abréviations	2
2. Objectifs	4
3. Définitions	4
3.1 Soins de santé primaire	4
3.2 Référence sanitaire	4
3.3 Personnes relevant de la compétence du HCR	4
4. Introduction	5
5. Défis	5
6. Dix principes directeurs	7
6.1 Définition(s) claire(s) des groupes cibles	7
6.2 Les soins de santé primaire comme premier niveau de soins	7
6.3 Eviter les systèmes parallèles et renforcer les structures existantes	7
6.4 Egalité devant les soins et leur accès entre bénéficiaires et populations résidentes	8
6.5 La référence: une décision médicale	10
6.6 La référence: une décision essentiellement basée sur le pronostic et le coût	10
6.7 Assurer un processus transparent par la consultation, une communication claire et une diffusion aussi large que possible	11
6.8 Accord contractuel approprié avec les prestataires de services	12
6.9 Coordination et soutien avec les programmes de prévention pour les principales affections concernées par la référence	13
6.10 Exploration de toutes les possibilités de référence	13
7. Suivi et supervision	14
7.1 Evaluation initiale	14
7.2 Cadre pour le suivi et la supervision	14
7.3 Indicateurs pour les soins de référence	15
7.4 Coûts des références	16
7.5 Evaluation	16
8. Conclusions	16
9. Annexe: Exemple de termes de référence pour le comité de référence sanitaire	19
Annexe: glossaire et définitions des termes standards	21

1. Liste des abréviations

VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
DI	Déplacés Internes
PE	Partenaire de mise en œuvre
SSP	Soins de Santé Primaire
PoCs	Personnes relevant de la compétence du HCR
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

2. Objectif

L'objectif de ce document est de fournir au personnel du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et de ses partenaires de mise en œuvre (PE) des principes et des directives, spécifiques, pratiques et actualisées sur la planification et la mise en place d'un schéma national de référence en santé pour les réfugiés, demandeurs d'asile et autres personnes relevant de la compétence du Haut Commissaire (PoCs).

3. Définitions

3.1 Soins de Santé primaire

La stratégie des soins de santé primaire (SSP) est définie classiquement comme « les soins de santé essentiels reposant sur des méthodes et des technologies pratiques, scientifiquement prouvées et socialement acceptables, mis à la portée de tous les individus et toutes les familles de la communauté grâce à la participation de ces derniers et à un coût supportable pour la communauté et le pays, à toutes les étapes de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et autodétermination» (Définition de la Conférence internationale de Alma-Ata, 1978). En pratique, les composantes SSP varient selon les contextes, mais devraient être disponibles dès le premier contact avec le système de santé et le rester de façon continue. Cette stratégie comprend les tâches de diagnostic et traitement médical, d'évaluation et prise en charge psychologique, soutien personnel, diffusion d'information sur la maladie, sa prévention, et l'entretien de la santé. Selon le dispositif mis en place, les SSP peuvent être dispensés par un(e) infirmier(ère), un médecin ou tout autre travailleur de santé. En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé a plaidé pour un renouvellement des SSP, prenant en compte le poids que fait peser la mondialisation sur la cohésion sociale dans de nombreux pays, et le fait que les systèmes sanitaires ne fonctionnent pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient (www.who.int/whr/2008/en/index.html).

3.2 Services de santé de référence

Le service de santé de référence secondaire est un niveau intermédiaire de santé. Il inclut le diagnostic et le traitement disponibles dans un hôpital ou centre de santé, doté de personnel spécialisé, d'équipement, de laboratoire et de lits d'hospitalisation.

Le service de santé de référence tertiaire est un service médical davantage spécialisé pour des patients habituellement référés de centres de santé secondaire. Ce service comprend une expertise spécialisée en chirurgie et médecine interne, modalités diagnostiques, capacités thérapeutiques pour le traitement d'affections avancées ou potentiellement mortelles (p.ex. cancer). Très souvent, les niveaux tertiaire (et/ou quaternaire) sont associés à un niveau universitaire, une école ou une faculté de médecine.

Les différents types de niveaux supérieurs de soins (spécialisations fournies, profil du personnel et examens complémentaires disponibles) sont en général définis par les Ministères de la Santé des pays concernés. Toutefois, le HCR se devra d'examiner attentivement les niveaux de soins officiels du Ministère de la Santé qui, dans certains contextes, sont très théoriques et peuvent ne pas refléter la réalité des capacités opérationnelles des hôpitaux. Le HCR doit minutieusement évaluer l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins en toutes circonstances. Cette évaluation doit être conduite par des professionnels de santé. Pour avis, merci de vous référer au *"Public Health Facility Toolkit for Assessing, Monitoring and Evaluating the Quality of Public Health Services Supported by UNHCR"* (www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=47c3dfce2&query=public%20health%20facility%20toolkit).

3.3 Personnes relevant de la compétence du HCR

Selon les termes du manuel pour les urgences du HCR, l'institution a identifié cinq catégories principales de populations, communément appelées: "Personnes relevant de la compétence du HCR" ou PoCs. Ce sont: (a) demandeurs d'asile (b) réfugiés; (c) déplacés internes (DI); (d) rapatriés, à savoir réfugiés et DI qui retournent dans leur pays d'origine et (e) apatrides. Chaque région et bureau du HCR définissent leurs propres PoCs selon leur analyse de la situation humanitaire et politique du pays concerné. Merci de vous référer au Plan opérationnel de votre propre bureau pour toute spécificité nationale.

4. Introduction

Les programmes de protection et d'assistance sanitaire du HCR se focalisent sur une combinaison de SSP et de soins préventifs. Celle-ci adopte une approche santé publique et développement communautaire. Pour les principes directeurs et les plans stratégiques du HCR en santé publique et VIH, merci de vous référer au site suivant: (www.unhcr.org/publ/PUBL/488600152.html).

Les de SSP sont souvent présentés comme un ensemble de services. Ces ensembles sont plus ou moins étendus et varient selon les pays, ce qui peut provoquer certaines confusions. Certains ensembles s'adressent à une population cible bien spécifique, par exemple: enfants de moins d'un an, de moins de cinq ans, femmes ou femmes enceintes, tandis que d'autres se focalisent sur des maladies bien spécifiques, telles celle liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le paludisme ou la santé mentale. Le HCR approuve et soutient la Déclaration de la Conférence internationale d'Alma Ata de 1978 sur la stratégie des SSP. Le 2008 Rapport mondial sur la santé publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne et réactualise tant les besoins que les défis pour un renouvellement des SSP, maintenant et plus que jamais (www.who.int/whr/2008/en/index.html).

Cependant, la dimension humanitaire, politique et économique de la référence sanitaire ne doit pas être sous-estimée. Sans un système rationnel d'accès à un niveau de soins pour les cas les plus complexes, les bénéficiaires ne comprendraient ni n'accepteraient la stratégie SSP. Si les conditions des patients ne peuvent pas être prises en charge au niveau de la structure SSP, la référence pour des soins médicaux, obstétricaux ou chirurgicaux, d'urgence ou essentiels, devra se faire vers la structure de santé appropriée la plus proche. Alors que les soins d'urgence destinés à sauver des vies sont rarement remis en question ou discutés, la définition des cas nécessitant la référence est souvent une source de débats et de malentendus. Les directives développées ci-dessous ambitionnent de fournir des principes de base, de partager l'expérience acquise, de prendre en considération les déficits des systèmes de santé selon les contextes différents, de clarifier les malentendus, éviter les problèmes les plus fréquents et d'identifier des opportunités pour une recherche opérationnelle ultérieure.

La diversité des terrains opérationnels du HCR comporte une grande disparité en terme de maladies présentes et de fardeau lié à la morbidité. Le présent document fournit des principes et des directives d'envergure générale. Les décisions pratiques ainsi que les détails sur les procédures opérationnelles standards pour les références sanitaires doivent être prises pour chaque site, individuellement, selon le contexte.

5. Défis

La mise en place et la gestion d'un système de référence sanitaire présente de nombreux défis:

- 5.1 L'approche SSP est la stratégie sanitaire essentielle du HCR. Selon les contraintes contextuelles, financières et logistiques, les niveaux secondaire et tertiaire de santé peuvent ne pas recevoir le même degré de priorité.
- 5.2 Les budgets alloués à l'assistance sanitaire sont souvent limités et difficiles à couvrir. Ils ne couvrent jamais la totalité des besoins des réfugiés et autres PoCs. Dès lors, il est difficile de fournir des soins suffisants pour des traitements longs et coûteux pour des affections telles que cancers, ou dialyse rénale. L'établissement de priorités s'avère nécessaire.

- 5.3** Des procédures d'investigation sophistiquées et coûteuses telles que tomographies informatisées et imagerie par résonance magnétique (IRM) sont entrées dans la routine de diagnostic et de traitement d'affections spécialisées dans de nombreux pays. La pression pour accéder à ce type d'investigations augmente régulièrement. Les indications et bénéfices de ces procédures doivent être soigneusement pesés et suivis par le personnel santé du HCR et des partenaires de mise en œuvre.
- 5.4** Dans certains pays, le manque de personnel de santé qualifié dans les zones reculées où les PoCs du HCR sont souvent localisées, empêche une supervision adéquate du système de référence sanitaire.
- 5.5** L'accessibilité ainsi que la qualité des services de santé peuvent parfois être meilleures pour les réfugiés et autres PoCs que pour les populations locales environnantes. Cette inégalité peut générer des tensions et affecter la protection des PoCs, particulièrement lors de scénarios de séjours prolongés ou d'intégration locale.
- 5.6** Les Gouvernements hôtes sont souvent réticents, ou manquent de moyens pour faire appliquer des lois garantissant aux réfugiés et autres PoCs des droits équivalents à ceux de leurs propres citoyens concernant l'accès aux structures de santé. Dans les situations où les structures sanitaires gouvernementales acceptent les PoCs, la charge de travail additionnelle sur les services existants peut devenir une source de tension entre les populations locales et PoCs.
- 5.7** Même lorsque les PoCs jouissent de droits équivalents à ceux des nationaux pour l'accès aux services de santé, ils n'ont souvent pas assez de moyens pour payer (p.ex. si une participation financière est exigée, ou si les services annexes, médicaments sont payants ou pour les frais de transport vers ou en provenance de la structure de référence). De plus, les PoCs peuvent avoir plus de difficultés à se débrouiller, et faire face à des barrières linguistiques ou à d'autres vulnérabilités spécifiques, qui leur rendront plus difficile leur accès à ces services par rapport aux nationaux.
- 5.8** Le caractère unique des populations réfugiées et autres PoCs impose souvent que les structures de santé s'adaptent pour répondre à leurs besoins (p.ex. langues et cultures différentes, vulnérabilités spécifiques et questions de protection).
- 5.9** Le HCR délivre une assistance sanitaire dans des contextes infiniment variés (p.ex. milieu urbain ou rural; camp ou non-camp; urgence ou post urgence; rapatriement ou réinstallation ou intégration locale) qui, de plus, évoluent avec le temps. En conséquence, il n'est pas possible de fournir une directive de référence sanitaire qui s'appliquerait à toutes les situations. Par exemple:
- Dans les camps où l'assistance médicale a été installée *de novo*, depuis les SSP jusqu'au niveau de référence, les programmes de référence sont comparativement plus simples à établir.
 - En situations urbaines, ou rurales clairsemées, les PoCs se confondent parmi les nationaux; l'accent doit alors être mis sur leur intégration dans les systèmes existants.
 - Les populations urbaines ont tendance à *faire leur course* pour se soigner, quel que soit le type de système santé en place. Le secteur santé privatisé en milieu urbain, est varié, attractif et souvent considéré comme de meilleure qualité que les systèmes publics. Cependant, ces services sont généralement plus chers. Dans de tels scénarios, les personnes peuvent *'esquiver'* complètement les systèmes publics, ou aller directement vers les services spécialisés sans avoir recours aux SSP.
 - Pour les situations de solutions durables, telles que le rapatriement volontaire et l'intégration locale, les limites de l'assistance du HCR peuvent demeurer assez floues en terme de durée et de définition des groupes cibles. A titre d'exemple: pendant combien de temps le HCR devra assister une population qui s'est intégrée localement dans la communauté hôte? Pendant combien de temps le HCR devra continuer à soutenir les services de santé dans le pays d'origine après que les réfugiés soient rentrés chez eux?

5.10 Les systèmes de référence doivent aussi tenir compte des caractéristiques en matière de démographie, de fardeau lié à la morbidité, ainsi que du niveau de développement du système sanitaire du pays hôte. Ceci varie grandement entre les pays à faibles revenus et ceux à revenus moyens. Les questions relatives au partage des coûts, à certaines spécificités liées à divers algorithmes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi qu'au traitement de maladies chroniques (i.e. diabète, insuffisance rénale, cancers) sont autant de facteurs à prendre en considération. La disponibilité, la capacité ainsi que les coûts des structures de référence existant dans le pays hôte, sont des données critiques.

6. Dix principes directeurs

6.1 Définition(s) claire des groupes cibles

Dans toutes les situations impliquant des personnes relevant de la compétence du HCR, celles bénéficiant d'un programme de référence sanitaire doivent être clairement définies et faire l'objet d'un accord avec les autorités gouvernementales. Cet accord doit être convenablement communiqué à toutes les parties concernées, y compris les services publics gouvernementaux, la société civile et les organisations non gouvernementales (i.e. certains pays n'ont pas signé la Convention de 1951 sur les réfugiés et, de ce fait, ne sont pas liés par ses principes. Dans ces circonstances, des personnes qui satisferaient à la définition de réfugié pourraient ne pas être désignées comme tel et pourraient ne pas bénéficier d'un espace de protection suffisant ni d'accéder aux services).

6.2 Les soins de santé primaire comme premier niveau de soins

Les SSP devraient demeurer le point d'entrée pour toute référence médicale. Les SSP visent à amener les soins de santé aussi près que possible du lieu où vivent et travaillent les personnes. L'approche SSP repose sur la participation communautaire à un coût tel que la communauté et le pays puissent l'accepter et le supporter à chaque stade de leur développement. Quand les SSP sont en dessous des standards en terme d'accès, qualité, biosécurité ou précautions universelles visant prévenir la transmission de maladies contagieuses, ce doit être une priorité pour le HCR que de plaider cette cause et construire des partenariats pour combler ces déficits. Il est fondamental de renforcer les capacités des services existants lors de l'arrivée des réfugiés pour plusieurs raisons. Le soulagement de la charge de travail des niveaux secondaire et tertiaire en est une. Le bénéfice durable pour les populations locales environnantes en est une autre, tout aussi importante. A cet égard, il ne faudra pas négliger l'apport technique constitué par les qualifications professionnelles de certains réfugiés, ou PoCs.

6.3 Éviter les systèmes parallèles et renforcer les structures existantes

Chaque fois que c'est possible, le renforcement et l'utilisation des structures sanitaires nationales existantes sont vivement recommandés. Selon les caractéristiques du système de santé en place, les références devraient s'opérer au travers du réseau de santé publique national et/ou de services santé privés du secteur non lucratif. Dans certains cas, les PoCs pourraient être inclus dans le système national des soins de santé, si le système avait la capacité d'absorber cette charge additionnelle de manière adéquate. Le HCR, avec ses partenaires, devrait s'efforcer d'améliorer la capacité du système existant, (p.ex. réhabiliter des structures de santé, procurer des médicaments, organiser des formations pour les personnels des dispensaires et des hôpitaux dans les zones à forte densité de PoCs). Il est fondamental que le rôle humanitaire joué par les personnels et les structures du pays hôtes soit, non seulement reconnu, mais aussi récompensé à sa juste valeur. Le HCR et ses partenaires doivent renforcer et améliorer la capacité de ces structures pour le bénéfice des réfugiés et populations locales environnantes.



Soudan, de retour d'exil dans son pays d'origine, Celilia apporte son fils Alex Nomorro, deux ans et demi, Dans l'hôpital de Yei ou il est admis pour malnutrition sévère. UNHCR/ M. Pearson/ Septembre 2005.

Quand les systèmes de référence sanitaire au niveau des districts ou des régions sont en dessous des standards internationaux en terme de qualité, de biosécurité et de précautions universelles, le HCR doit plaider auprès des autorités et des partenaires et les appuyer pour que ces questions soient abordées de façon prioritaire, en se concentrant d'abord sur les maladies mettant en jeu le pronostic vital. Selon leur niveau de fonctionnalité, tous les organes de coordination et de plaidoyer doivent être pris en considération, tels que les équipes de pays du système des NU, groupes de travail des NU sur la santé, équipes conjointes NU sur le sida, groupes de donateurs, etc...

6.4 Egalité devant les soins et leur accès entre bénéficiaires et populations résidentes

Les principes directeurs du HCR sur la Santé Publique et le VIH établissent que les réfugiés et les autres PoCs devraient bénéficier d'un niveau d'accès et d'une qualité de soins équivalent à la fois à celui d'où ils viennent et à celui de la population locale dans laquelle ils ont trouvé refuge.

Dans pratiquement tous les contextes, les SSP de même que les traitements d'urgence devraient être gratuits pour les réfugiés et autres PoCs. Les coûts des références seront couverts par le HCR, selon des procédures opérationnelles standardisées qui doivent être créées par le HCR en accord avec les contextes spécifiques à chaque pays.

La capacité des PoCs' de payer pour les services de référence sanitaire devrait être soigneusement évaluée afin de voir si le partage des coûts pourrait être une stratégie pertinente. Dans les situations où la couverture d'une assurance santé est largement répandue parmi les nationaux, le HCR pourrait envisager de contribuer à un programme d'assurance pour ses PoCs.

Dans les situations où les populations hôtes (ou certains de leurs sous-groupes) n'ont pas libre accès aux SSP ou aux soins de référence sanitaire, les PoCs peuvent jouir d'un meilleur accès aux soins de santé que les résidents locaux. Ceci peut survenir en milieu urbain, en camp ou en milieu rural, en particulier lors de références depuis les structures SSP. Une telle inégalité pourrait affecter directement l'espace de protection des PoCs'. En conséquence, le HCR et ses partenaires devraient développer des stratégies pour atténuer ou corriger ce déséquilibre. Par exemple, en facilitant ou améliorant les transports pour les populations hôtes locales des environs nécessitant aussi des références médicales d'urgence.

Dans la plupart des situations, les politiques de santé et les traitements pour les PoCs suivent les protocoles et directives en vigueur du Ministère de la Santé. Cependant, si les protocoles nationaux se révèlent en désaccord avec les règles internationales, le HCR et ses PE vont plaider pour l'utilisation de ces dernières. La qualité des équipements et des accessoires de soutien, tels que les chaises roulantes et les prothèses, ne devraient généralement pas excéder celle à laquelle les nationaux dans le même environnement ont accès. Ceci devrait être aussi le cas pour les opérations qui ne peuvent être pratiquées dans le pays hôte. En général, les réfugiés et les autres PoCs ne devraient être référés pour traitement dans un pays tiers que si cette option est également offerte aux membres de la communauté hôte.

Les réfugiés qui souhaitent ou décident de leur propre initiative de se faire soigner en dehors des services mis en place par le HCR doivent le faire à leur propre dépense. Ceci pourra concerner aussi bien certaines procédures de référence que le paiement de médicaments qui ne sont pas couverts par le HCR ou encore l'admission dans des hôpitaux privés n'ayant pas d'accord avec le HCR.

6.5 La référence: une décision médicale

La décision de référence doit être prise ou approuvée par un docteur en médecine. En cas d'urgence, et en l'absence d'un médecin, d'autres personnels de santé, tels qu'un(e) infirmier(ère), une sage-femme, ou d'autres types de travailleur en santé peuvent mettre en route la procédure. Celle-ci sera approuvée à posteriori par un docteur en médecine (ou la personne hiérarchiquement responsable de la structure).

Dans les opérations où la décision de référence d'un cas et la gestion de celui-ci deviennent complexes, coûteuses ou sujettes à controverse, le médecin doit désigner, conduire et coordonner un processus transparent de prise de décision pour les références sanitaires doté de règles claires, écrites et accessibles à tous.

6.6 La référence: une décision essentiellement basée sur le pronostic et le coût

Il n'y a que deux types de références :

- a. **Les urgences** (obstétricales, médicales and chirurgicales) et
- b. **Les interventions pouvant être planifiées** (investigations complémentaires et/ou traitements spécialisés...)

Le pronostic est, dans les deux cas, le critère de décision le plus important. Le pronostic détermine le fondement rationnel pour les soins dans certain(s) traitement(s). Le pronostic doit être évalué par un docteur en médecine dûment qualifié. Les affections intercurrentes qui peuvent influencer le pronostic doivent être prises en considération. La plupart des cas présentés pour une référence sanitaire devraient être ceux dans lesquels la vie ou les fonctions de base de la PoCs sont en jeu. Une fois le diagnostic établi, il est préférable d'initier la référence médicale aux stades précoces de la maladie, lorsque la probabilité d'un pronostic favorable est la plus élevée.

Les coûts de traitement vont affecter les possibilités de référence puisque les budgets sont pratiquement toujours limités. Des programmes de traitement au long cours (p.ex. dialyse rénale, diabète, certains cancers) nécessiteront une réévaluation de ces cas sur une base régulière. Une attention particulière doit être portée au suivi et à la gestion des cas d'urgence. Par exemple, si un patient victime d'une attaque cardiaque ou cérébrale est référé dans un hôpital en situation d'urgence et ensuite admis dans une unité de soins intensifs, un plan de traitement à long terme comportant les coûts estimés doit être revu et approuvé dès que possible par le HCR. Il est recommandé de prévoir des mécanismes appropriés pour le développement de solutions alternatives lorsque le soutien du HCR ne peut être obtenu ou les crédits sont épuisés. Pour les cas d'urgence, il est vivement recommandé que chaque pays développe une liste de définitions de cas urgents, ainsi qu'une liste des institutions capables de les prendre en charge.

Les cas ne devraient pas être référés si la santé du patient a atteint un tel degré de détérioration que la survie ou la guérison est peu probable (p.ex. cas de défaillance rénale avancée, cancers en phase terminale) ou si le problème a été traité correctement mais sans succès durant une longue période (i.e. échecs de procédures chirurgicales). Ces cas devraient continuer de bénéficier du traitement médical, y compris des soins palliatifs quand ils sont appropriés et disponibles localement.

Dans les opérations où les décisions sur les cas à référer, ainsi que leur prise en charge deviennent complexes, coûteuses ou sujettes à controverse, il est recommandé de créer un *comité de référence* qui évaluera les cas individuels et prendra une décision objective sur la référence, basée en premier lieu sur le pronostic et le coût. La participation du HCR garantira que les décisions du comité soient en conformité avec les principes, priorités, procédures opérationnelles standard, budget, et niveau de soins des références.

Ce comité doit impérativement être professionnel et indépendant dans sa prise de décision. La confidentialité du dossier des patients doit être respectée. La création et la composition de ce comité sont du ressort du responsable de santé publique du HCR (quand il y en a un dans le bureau du HCR). Il/elle assurera la coordination, la documentation et le suivi, y compris la prise des comptes rendus de chaque réunion. Le comité devra avoir reçu les directives concernant les critères de révision.

La composition du comité de référence dépend des dispositifs existant dans le pays. D'expérience, et où approprié, un minimum de trois professionnels de santé est recommandé pour assurer un processus honnête et transparent. Ils doivent posséder une bonne compréhension à la fois de la réalité des services de santé et des besoins de la population dans le pays et avoir la maîtrise des meilleures pratiques basées sur les évidences. En règle générale, les professionnels de santé en contact direct avec les PoCs ne devraient pas faire partie du comité et les noms des membres du comité devraient rester confidentiels pour éviter toute pression ou influence injustifiées. (*Voir en annexe un exemple de termes de référence pour un comité de référence*). Le comité de référence peut aussi être le mieux placé pour identifier les cas, relativement rares, qui justifieraient un transfert pour raisons médicales dans un pays tiers.

Il est recommandé que les décisions médicales et techniques pour la référence sanitaire, basées d'abord sur le pronostic, interviennent en premier et séparément de celles impliquant une sanction financière. Ces dernières devraient être prises après que les recommandations médicales aient été reçues.

Un diagramme ou un algorithme comprenant les différents niveaux de décision, au moins pour les références en cas d'urgence, devrait être mis au point et diffusé dans toutes les structures de santé.

6.7 Assurer un processus transparent par la consultation, une communication claire et une diffusion aussi large que possible

Dans chaque pays, tous les niveaux opérationnels du HCR, ainsi que tous les partenaires, devraient être clairement et totalement informés sur la politique et les procédures sur les références sanitaires, y compris les limites de l'assistance prodiguée. Une stratégie de communication incluant les PoCs doit être développée, mise en œuvre et largement diffusée.

En situations de conflit, le HCR et ses partenaires doivent contribuer à assurer que les populations affectées comprennent et soutiennent les droits à la protection et l'assistance des personnes. La nécessité de respecter les emblèmes distinctifs tels que la Croix Rouge ou Croissant Rouge devrait être soulignée de manière à assurer aux personnes un transport en toute sécurité et efficacité.

Pour le HCR et ses partenaires, il est important de savoir clairement qui a droit à quel type et quel niveau de services santé (i.e. réfugiés enregistrés ayant leurs documents officiels, requérant d'asile, populations locales, et/ou autres groupes vulnérables). En situations de conflit, une attention spéciale doit être portée à la diffusion aux combattants armés des procédures de référence.

La création et la diffusion d'un dépliant, contenant un résumé des directives de référence pour les PoCs, est vivement recommandée. La structure de ce dépliant devrait être inspirée des directives ci-dessus. Des procédures opérationnelles standardisées, claires et transparentes, traduites et communiquées aux communautés affectées dans leurs propres langues, peuvent aider à mieux gérer leurs attentes et expliquer les limitations. Par ailleurs, cela soutiendrait le travail et renforcerait la sécurité du personnel du HCR et de ses partenaires répondant directement aux requêtes quotidiennes. Les procédures de référence doivent aussi être clairement diffusées à tout le personnel de santé concerné.

En plus de la diffusion de l'information à la communauté la plus large, sur qui a droit à une référence sanitaire et à quelles conditions, l'information la plus claire doit aussi être fournie au niveau individuel, pour informer chacun des décisions prises par le comité de référence; ceci tant pour l'acceptation que pour le rejet de la demande. En cas de rejet, une attention toute particulière doit aussi être portée à toutes les formes de soins alternatifs pouvant être prodigués au niveau communautaire (p.ex. soins palliatifs, soins en hospice, soutien psychosocial).

6.8 Accord contractuel approprié avec les prestataires de service

Des accords écrits avec les prestataires de soins hospitaliers sont indispensables pour clarifier les attentes, les services qui seront couverts par l'accord, la qualité des soins, et définir les types de paiements et les garanties afférentes. Un tel accord est un document important pour veiller au respect des rôles et devoirs entre tous les acteurs: PoCs, PEs, HCR et autres.

Un tel accord doit décrire toutes les procédures de référence telles que documentation, formulaires, signataires officiels, modalités de transport, gestion du dossier médical (respect de la confidentialité) notification et paiements. Il devrait aussi mentionner l'accord sur le coût du séjour d'hospitalisation, le coût des examens et le coût du (des) traitement(s) basé(s) sur la documentation officielle au niveau du secteur santé national.

Le HCR recommande l'utilisation de mémorandum et de contrats. Un mémorandum est un accord simple avec un hôpital que le HCR et/ou PE(s) soutient en termes de personnel, fournitures médicales ou d'équipement, en échange de soins hospitaliers prodigués aux PoCs. En comparaison avec un contrat, ce document est moins contraignant.

Les contrats sont des accords plus détaillés et légalement contraignants. Ils sont requis dès lors que le paiement est impliqué pour la prestation de soins hospitaliers. Un contrat nécessite la prise en compte, au minimum, des informations suivantes:

Introduction

Antécédents du projet

Description des services requis par le client (PE, HCR)

Définition des bénéficiaires
Type de services requis
Coût des services requis

Obligations du prestataire de service (hôpital)

Accepter les bénéficiaires désignés et identifiés par le client
Respect de la qualité des services fournis
Respect de la confidentialité et de la protection des bénéficiaires (en accord avec la législation nationale)

Obligations du client (PE, HCR)

Notification des patients
Organisation des modalités de transport
Paiement des services fournis
Contrôle
Récapitulation et comptes rendu

- Formes de paiement (espèces ou nature)

- Peines encourues en cas de non-respect des obligations

- Durée de validité de l'accord

- Signatures

Pour le HCR, un partenaire unique, ou en nombre limité, présentent de nombreux avantages tant en ce qui concerne l'établissement des contrats, la garantie de la protection et de la confidentialité, le contrôle de la qualité des soins, et l'adaptation aux diverses particularités culturelles et de langue des PoCs. Cela aide aussi dans la négociation, la rationalisation et le contrôle des coûts.

Autant que possible, les références médicales ou chirurgicales seront traitées de préférence dans des hôpitaux publics ou privés à but non lucratif. Tous les coûts des services, y compris les coûts annexes, doivent être négociés pour obtenir des tarifs préférentiels. En règle générale, le HCR devrait négocier avec l'hôpital ou le ministère de la santé, pour obtenir les mêmes tarifs que ceux accordés aux populations les plus vulnérables dans la zone couverte par l'établissement. S'il était proposé, le paiement de droits spéciaux imposés aux étrangers ne devrait pas être accepté.

Le responsable de la santé publique du HCR, ou un autre fonctionnaire désigné par le HCR, devra s'assurer du strict respect de la confidentialité des dossiers médicaux des patients. L'expérience a montré que les échanges administratifs, tant internes qu'externes au HCR, peuvent porter atteinte à la confidentialité. La protection de l'intimité et de la dignité des patients, ainsi que de la confidentialité de leurs données médicales, requiert la plus extrême attention.

L'accord devrait être établi entre d'une part les PEs du HCR, d'autre part la structure de référence, et avec le HCR (comme un accord tripartite), ou avec le HCR apposant sa signature comme témoin, et pouvant partager avec les autres parties gouvernementales concernées l'autorité conjointe sur le contrôle de qualité, quantité et performances.

6.9 Coordination avec les programmes de prévention

Les causes de référence sanitaires doivent être analysées pour une meilleure coordination avec les programmes de prévention et de détection précoce. Si de tels programmes n'existent pas, le HCR devrait travailler avec le gouvernement et les autres partenaires et plaider en faveur de leur établissement. Par exemple, la lutte contre les cancers et les maladies cardio-vasculaires devrait être liée aux campagnes anti-tabac et pour l'hygiène alors que la lutte contre le paludisme devrait être associée avec la distribution et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée. Le caractère de cet effort va dépendre des caractéristiques de la maladie dans les différentes situations rencontrées. Les cas pouvant être traités précocement, voire même évités, apporteront des bénéfices importants pour les personnes et résultera en une diminution de la pression sur les systèmes de santé et leurs ressources.

Pour le succès des efforts de prévention, les niveaux secondaires et tertiaires de soins de santé doivent être fonctionnels et accessibles. Là où des programmes nationaux de détection et prévention sont en place, le HCR et ses partenaires devraient plaider pour que les réfugiés et les autres PoCs y soient inclus.

6.10 Exploration de toutes les possibilités de référence

Les cas médicaux dont le traitement excède la capacité du HCR ou des instances nationales peuvent éventuellement être pris en charge par d'autres aides humanitaires, en particulier si le pronostic est favorable. Le développement de réseaux sanitaires est essentiel pour créer des liens avec d'autres systèmes d'assistance. Chaque pays devrait explorer toutes les possibilités d'autosuffisance pour les cas nécessitant des traitements à vie.

Des occasions peuvent être apportées par des programmes spécifiques tels que la chirurgie des fentes labio-palatines, des fistules vésico-vaginales, chirurgie cardiaque ou des cataractes. Dans certains contextes, les organisations charitables, non-gouvernementales, les agences de mécénat privées dans le

pays ou la région peuvent représenter une autre possibilité. Par ailleurs, d'autres occasions peuvent être générées suite aux démarches conduites auprès des ambassades de certains pays.

La réinstallation (dans un pays tiers) pour raisons médicales représente une autre alternative dont la faisabilité et les chances de succès doivent être envisagées et évaluées avec les collègues chargés de la Protection au HCR. Toutefois, les chances de réinstallation médicale sont minimales en comparaison du nombre total de cas référés. Dans chaque pays, des procédures opérationnelles claires et standardisées devraient être établies. Ceci conduira à l'utilisation efficace des ressources et du temps, tant du HCR que de ses partenaires, et pourra éviter (ou limiter) la diffusion de fausses espérances parmi les PoCs. Comme mentionné ci-dessus, les comités de référence sont des moyens efficaces et effectifs d'identification des cas appropriés pour de possibles réinstallations pour des raisons médicales.

7. Suivi et supervision

Le HCR et ses partenaires sont tenus de suivre l'évolution des références dans le but d'assurer un bon suivi clinique et social des patients référés, de contrôler la qualité des soins de référence, ainsi que de gérer efficacement les ressources. Le contrôle et l'évaluation des systèmes de référence devraient être intégrés dans les procédures opérationnelles standardisées, pour assurer que les données collectées permettent de recueillir les informations nécessaires.

7.1 Evaluation initiale:

Dès le début, il est essentiel d'évaluer les dispositifs de référence ainsi que les prestataires de services. Durant la mise en place d'un système de référence, l'évaluation devra porter sur: 1) l'accessibilité; 2) la disponibilité; 3) la qualité et 4) le coût des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Pour toute information complémentaire sur l'évaluation des systèmes de référence, merci de vous reporter au "UNHCR Facility Assessment Toolkit" (www.unhcr.org/cgi-bin/txis/vtx/search?page=search&docid=47c3dfce2&query=unhcr%20facility%20toolkit).

7.2 Cadre pour le suivi et la supervision

Un système d'information sur les références devrait être mis en place pour suivre le fonctionnement du programme de référence et pour assurer un suivi médical correct et continu des cas référés. Idéalement, celui-ci peut être intégré dans un système d'information sanitaire plus large, utilisé pour suivre les programmes de santé publique au sens général. Le système d'information sanitaire du HCR, standardisé pour un camp, fournit à cet égard un cadre de base.

Le système d'information de référence doit enregistrer les informations au point de référence et sur le fournisseur de soins de référence. Dans le but d'assurer la collecte des données aux deux extrémités du processus de référence, le système d'information doit être construit d'une façon telle qu'il facilite le retour des données sur le résultat et le coût des références, ou qu'elles reviennent du centre de référence vers le centre SSP et soient incluses dans le système de surveillance. Une méthode pour y parvenir est de lier le règlement des factures de la référence à l'obligation de fournir un rapport sur le résultat de cette référence. Là où cette option n'est pas faisable, ou là où les références sont gratuites, la "note de référence" (le document de référence du patient) devrait comprendre une "section Sortie" (dans laquelle le résultat et les recommandations de suivi sont dûment consignés par le médecin) et qui pourrait être utilisée dans un but de supervision. Il conviendra d'établir dès le début si cette note de référence fait partie intégrante du dossier du patient ou si c'est une partie administrative séparée. Ne pas perdre de vue que tout patient

référé doit l'être avec une copie de son dossier médical (ou un résumé) et, qu'à sa sortie, il devra être porteur d'une note de contre-référence résumant les soins reçus, examens subis et traitements prescrits, de manière à assurer le meilleur suivi possible dans la structure SSP ou santé périphérique.

Pour un suivi opportun et une bonne gestion des ressources, la notification du système de surveillance des références devrait être basée sur un rythme mensuel. Comme dans tout système de surveillance, une information en retour devrait parvenir à tous les niveaux du système.

7.3 Indicateurs pour les soins de référence

Au minimum, le système d'information de référence devrait recueillir des données agrégées sur le nombre de références, le lieu de référence, la cause de référence, le résultat et leur coût. Selon la situation, on pourra envisager la collecte d'informations plus fines, telles que le résultat et le coût de chaque référence, et d'autres plus détaillées telles que les données désagrégées par catégories d'âge et ou de sexe. Ceci impose la conception de systèmes d'information basés sur les cas. Dans ces systèmes qui renferment les données médicales des individus, les questions de protection et de confidentialité requièrent la plus grande vigilance. Dans les opérations où un PE est chargé de gérer les références, il est de la responsabilité de ce



Thailand, réfugiés du Myanmar dans le département pédiatrique de l'hôpital du camp de Umpium.
UNHCR / T. Falise / June 2009.

PE de collecter et consolider les données au départ des différents points d'origine. La distinction entre les niveaux agrégés et individuels des données impose des outils de surveillance différents.

7.4 Coût des références

Lors du développement d'un système de référence, les procédures et capacités disponibles ainsi que les coûts associés doivent être répertoriés graphiquement et partagés avec tous les partenaires impliqués dans le système de référence, ceci dans le but d'assurer autant la prédictibilité que la transparence et le contrôle des coûts. Cette question est d'une importance capitale lorsque le système de référence est confronté à son plafond budgétaire et les interventions coûteuses sont gérées par un comité (ou un conseil) de référence qui doit prendre des décisions difficiles sur qui va ou ne va pas recevoir des soins.

7.5 Evaluation

Les systèmes de référence doivent être évalués à intervalles réguliers et, au minimum, une fois par an. Les données de contrôle contribueront au processus général d'évaluation, et fourniront des informations fondamentales sur les prestations, l'efficacité tout comme la gestion des ressources et la détermination des besoins en ressources. Ce dernier aspect est d'une importance particulière dans le cadre du cycle de planification du programme au cours duquel des ressources sont allouées à différentes activités du programme.

8. Conclusions

Les principes et directives pour la référence en santé du HCR doivent être adaptés en fonction des divers contextes et environnements dans lesquels travaille le HCR. Chaque programme de référence aura des procédures opérationnelles standardisées et spécifiques en fonction du contexte. Celles-ci devront être clairement définies et communiquées à tous les bénéficiaires et partenaires. La gestion de la référence hospitalière demeure essentiellement un programme médical qui implique à la fois des acteurs médicaux et non médicaux. Prenant en considération le rôle essentiel du corps médical et les questions de confidentialité, ce programme doit être soutenu au niveau national par les cadres supérieurs du HCR.

Dans toutes les situations de PoCs, les bénéficiaires de programmes de référence sanitaire doivent être clairement définis et l'accord des autorités gouvernementales compétentes doit être acquis. Les SSP doivent demeurer le point d'entrée pour toute référence médicale. Chaque fois que possible, l'utilisation et le soutien des systèmes nationaux de santé existants sont recommandés.

Le pronostic des références, tant en urgence que programmable, est le critère le plus important du point de vue médical. Les cas référés doivent être principalement ceux pour qui le pronostic vital est en jeu. Cependant, comme les budgets sont toujours limités, le coût du traitement pourra affecter la possibilité de réalisation de la référence. Dans les opérations où les décisions sur les cas à référer et leur gestion deviennent complexes, coûteuses ou sujettes à controverse, il est recommandé de créer un comité de référence. La réinstallation pour raison médicale, bien que rarement applicable à large échelle, demeure une possibilité pour les cas dont le pronostic est raisonnablement favorable. Le comité de référence peut être aussi le mieux placé pour identifier les rares cas pour qui une réinstallation dans un pays tiers pour raison médicale pourrait être envisagée.

Un accord écrit avec le(s) prestataire(s) de services de soins hospitaliers est nécessaire pour clarifier les attentes, spécifier quels services seront payés et à quel coût, assurer la qualité de soins, et définir les types



Pakistan / Peshawar / Hôpital universitaire de Khyber.

Zarin prend soin de Navid, son fils de deux ans qui souffre de brûlures depuis qu'une bombe a détruit leur maison à Balogram, dans la vallée du Swat. Zaida, la soeur de Navid, souffre aussi de brûlures de la face. Depuis le mois de mai, 2 millions de personnes se sont déplacées de la vallée de la Swat, district de Bas Dir et de Buner, fuyant les conflits opposant militant et forces gouvernementales.

UNHCR / H Caux / 4 Juin 2009.

et garanties de paiements. L'établissement de contrats à valeur légale est recommandé avec toutes les institutions dans lesquelles le HCR paye les soins. Le contrôle de qualité des soins dans les hôpitaux sous contrat reste au centre des préoccupations du HCR et doit être inclus dans l'accord écrit, et contrôlé conformément. Tout au long du processus, en raison de la nature des procédures administratives qui accompagnent les autorisations et le paiement des références, une attention toute particulière au respect de la confidentialité des dossiers médicaux est requise.

Un système régulier et fonctionnel de surveillance des soins de référence est un pré requis pour toute prise de décision basée sur les évidences. Les systèmes d'information sur les références devraient enregistrer l'information à la fois au point de départ de la référence et auprès du prestataire de soins de référence.

Les besoins en référence sanitaire évoluent constamment en raison de facteurs tels que l'urbanisation croissante, le vieillissement des populations réfugiées, lequel va de pair avec le glissement épidémiologique allant des maladies infectieuses vers les maladies chroniques, ainsi que de la sophistication technique croissante des soins hospitaliers. Les soins de référence représentent une composante humanitaire importante des programmes de protection d'assistance, dans lesquels le HCR alloue de substantielles ressources humaines et financières. De tels programmes, essentiels à tout point de vue, nécessitent des supervisions et évaluations soigneuses pour s'assurer que des services accessibles et de qualité soient mis à la disposition du plus grand nombre de PoCs, et ce à un coût raisonnable.

Annexe: Exemple de termes de référence pour un comité de soins de référence

Objectif: Assurer un traitement honnête, égal et d'un bon rapport coût/efficacité aux patients nécessitant une référence santé.

Règles et procédures: Le comité est guidé par les règles et procédures sur les soins de santé et médicaux tel que stipulé dans les procédures opérationnelles standardisées par pays, pour les références.

Désignation des membres du comité: Le comité doit comprendre un président (i.e. médecin du HCR), deux membres (deux docteurs indépendants, externes) et un secrétaire. Des experts techniques, ou d'autres personnes ressources, peuvent être invités à la demande du comité pour clarifier ou expliquer des questions spécifiques devant le Comité. Les noms des membres du comité ne seront connus que du Représentant du HCR, afin d'éviter toutes possibilités de pressions ou de harcèlements. Le comité pour les soins exceptionnels du HCR peut aussi être utilisé comme outil de détection des cas de réinstallation médicale.

Quorum: Pour pouvoir siéger et prendre des décisions, le comité requiert la participation du président (ou de son suppléant) plus deux membres.

Période d'exercice du comité de référence: Le comité sera établi au 1^{er} janvier de l'année pour une période de douze mois (i.e. jusqu'au 31 décembre). La fréquence des réunions fera l'objet de discussion et de décision par le Comité sur la base du nombre de cas nécessitant une décision. Cette décision sera enregistrée dans les termes de référence.

Les rôles essentiels du comité de référence comprennent:

- Réunion régulière pour revoir les cas nouvellement soumis, selon les besoins identifiés et le pronostic de l'intervention proposée;
- Assurer un processus de sélection transparent, efficace et d'un bon rapport coût/efficacité;
- Révision régulière des cas préalablement soumis pour en suivre les progrès et prendre les mesures appropriées en cas de besoin (i.e. poursuite ou interruption du traitement).

Rôles fondamentaux des membres du comité :

- Se tenir informé des cas individuels, des standards et procédures locales en santé ainsi que des critères de sélection du comité;
- Revoir toute la documentation soumise dans le but de se former une opinion objective sur les progrès des cas en cours et d'une possible décision sur la poursuite ou l'interruption du processus.

Sous la direction du Président, le secrétaire est responsable des tâches particulières suivantes:

- Recevoir les nouveaux cas, les enregistrer séquentiellement, s'assurer que la documentation soit complète, y compris les documents d'appoint nécessaires;
- Notifier aux membres du comité, ou à leurs suppléants, la date, l'heure et le lieu de la prochaine réunion et obtenir la confirmation de leur présence afin d'assurer le quorum.
- Circuler, au moins trois jours à l'avance, l'agenda de la prochaine réunion, comprenant tous les cas soumis pour discussion (y compris les documentations d'appui) durant cette réunion;
- Prise de minutes durant la réunion, rapportant fidèlement tous les points majeurs de discussion et les décisions précises;
- Dans un délai de deux jours, produire le brouillon des minutes et les circuler aux membres du comité pour commentaires et corrections.
- Obtenir les comptes rendus de réunion corrigées et signées par le président et deux membres dans les trois jours suivant la réunion;
- Organiser un dossier confidentiel avec toutes les minutes des réunions et la documentation d'appoint.

Critères indispensables pour l'acceptation des patients:

- Pronostic de la maladie, y compris toute affection concomitante qui influencerait le traitement de la maladie pour laquelle le patient est référé.
- Coût du traitement complet.

Procédures de référence pour revue des soins de référence:

- Le dossier du patient doit être complet et comprendre tous les diagnostics pertinents ainsi que le pronostic.
- Mention très claire de toute(s) affection(s) intercurrente(s) qui pourrai(en)t affecter le traitement de la maladie pour laquelle le patient est référé.
- Déclaration financière de l'hôpital gouvernemental désigné par le HCR, sur le coût estimé du traitement prescrit, du début à la fin, ou son coût annuel, s'il s'agit du traitement d'une maladie chronique nécessitant un traitement pour plus d'un an.

Ces termes de référence sont un modèle adapté d'une situation de terrain. Il faudra les adapter selon chaque contexte national en se basant sur les besoins, demandes, disponibilité et accessibilité aux soins de santé de référence.

Annexe: glossaire et définitions des termes standards

Professionnel de santé désigné : Dans le cadre du système de référence sanitaire, le professionnel de santé désigné est une personne autorisée et ayant la capacité de recommander et d'autoriser une référence médicale.

- Pour les urgences, il s'agit du professionnel de santé de garde, par exemple la sage-femme de garde pour les urgences obstétricales.
- En dehors des urgences il s'agit en général du personnel de santé le plus expérimenté ou qualifié (médecin, infirmière, ...). Un professionnel de santé remplaçant sera désigné en cas d'absence du référant habituel.

Urgence : Une urgence est une condition médicale dont le pronostic (immédiat ou à long terme) peut être amélioré par une intervention médicale ou chirurgicale accessible par référence, et où le facteur temps est déterminant.

Cas électif : Un cas dont la situation de santé bénéficierait d'une référence dans le secteur de santé secondaire ou tertiaire, mais où le facteur temps n'a que peu d'impacte sur le résultat final.

Pronostic : Le pronostic prédit le résultat de l'affection et donc l'avenir probable du patient. Le pronostic est bon quand on s'attend à ce que le patient, soit guérisse complètement, soit que sa santé ou sa qualité de vie soit améliorée de manière significative.

Soins de santé primaire (SSP) : Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. (Définition de la conférence d'Alma Ata)

Paquet de soins de santé primaire : Se réfère à un ensemble de normes et de standards. Il définit l'essentiel des interventions de santé et des interventions ayant un impacte direct sur la santé afin d'adresser la majorité des problèmes de santé et des maladies du pays. Ces interventions préventives, de promotion, curatives et de réhabilitation sont considérées comme étant le minimum à laquelle la population peut prétendre avoir accès à travers les différents mécanismes et structures du système de santé de proximité.

- Les paquets de soins de santé primaire sont spécifiques à chaque pays et le plus souvent déterminés par le ministère de la santé.

Service de santé de référence secondaire : C'est le niveau intermédiaire du système de santé qui comprend les diagnostics et traitements fournis dans un hôpital ou un centre de santé ayant du personnel spécialisé, l'équipement nécessaire, un laboratoire et des lits d'hospitalisation.

- Le type de service inclus dans le système de référence secondaire est spécifique à chaque pays

Service de santé de référence tertiaire : Le secteur tertiaire est l'ensemble des services médicaux spécialisés qui ne peuvent pas être rendus au niveau primaire ou secondaire. Il comprend des spécialités en chirurgie et en médecine interne, des capacités de diagnostics spécifiques, des traitements pour prendre en charge des cas avancés et/ou des maladies potentiellement létales (ex : cancer)

- Le type de service inclus dans le système de référence secondaire est spécifique à chaque pays

Photo de couverture:
Kenya / Les équipes médicales de Dadaab sont déjà
sous pression. Avec la venue des inondations, le
risque d'épidémie de choléra et de paludisme
seraient difficiles à juguler dans un tel contexte de
densité de population de réfugiés.
Australia pour le UNHCR / T Mokoya / Octobre 2009.

Section Santé Publique et VIH
Division pour le soutien et la gestion des programmes
Décembre 2009