



© HCR/Sebastian Rich

Lignes directrices pour  
**LES SOINS DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DANS LES  
OPÉRATIONS NATIONALES DU HCR**

Octobre 2022





# TABLE DES MATIÈRES

	Introduction	4
	Défis et enseignements tirés	4
	Principes d'orientation des soins	6
4.	Conseils pour l'élaboration de procédures opérationnelles standard (POS) au niveau national et la mise en œuvre d'un programme de soins de référence	7

Étape 1 - Effectuer une analyse de la situation	8
Étape 2 - Explorer toutes les modalités de soins de santé de référence	8
Étape 3 - Définir des groupes cibles clairs	9
Étape 4 - Définir l'éligibilité et l'inéligibilité à l'aide médicale	9
Étape 5 - Mettre en place un comité des soins de référence/comité des soins exceptionnels/comité de référence médicale	12
Étape 6 - Étudier toutes les options de financement	12
Étape 7 - Élaborer des accords appropriés avec les partenaires et les prestataires de services	14
Étape 8 - Communiquer avec les réfugiés	16
Étape 9 - Suivi	16

## Annexes 18

1. Définitions clés	18
2. Modèle de mandat du comité de soins de référence (CSR)/comité des soins exceptionnels (CSE)/comité de référence médicale (CRM)	19
3. Exemple de critères d'inclusion/exclusion médicaux - à adapter en fonction de chaque contexte spécifique	20
4. Trousse chirurgicale essentielle : procédures et plateformes	21

## Liste des acronymes

<i>IE</i>	<i>Intervention en espèces (Cash Based Intervention)</i>
<i>CSE</i>	<i>Comité des soins exceptionnels</i>
<i>S&amp;E</i>	<i>Suivi et évaluation</i>
<i>CRM</i>	<i>Comité de référence médicale</i>
<i>BDRM</i>	<i>Base de données de référence médicale</i>
<i>MNT</i>	<i>Maladies non transmissibles</i>
<i>ONG</i>	<i>Organisation non gouvernementale</i>
<i>SSP</i>	<i>Soins de santé primaires</i>
<i>CSR</i>	<i>Comité de soins de référence</i>
<i>POS</i>	<i>Procédure opérationnelle standard</i>
<i>TA</i>	<i>Tiers administrateur</i>
<i>CSU</i>	<i>Couverture sanitaire universelle</i>
<i>HCR</i>	<i>Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés</i>

# 1

## INTRODUCTION

Ces lignes directrices fournissent au personnel du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et à ses partenaires des principes et des conseils actualisés, spécifiques et pratiques sur la manière de planifier et de mettre en œuvre un programme de soins de santé de référence au niveau national pour les réfugiés et autres personnes déplacées de force.

Ces lignes directrices doivent être lues conjointement avec l'instruction administrative du HCR sur la programmation en matière de santé publique.

Les programmes de santé publique du HCR sont fondés sur l'approche des soins de santé primaires<sup>1</sup> et doivent être développés conformément à la couverture sanitaire universelle (CSU) et à d'autres cibles de l'[objectif de développement durable n° 3](#).

Les références médicales vers des établissements de niveau secondaire ou tertiaire peuvent être pris en charge par le HCR si d'autres options ne sont pas disponibles et accessibles. La gestion de l'accès aux soins de santé secondaires et tertiaires dépend du contexte, des coûts et des budgets disponibles.

# 2

## DÉFIS ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS

L'accès aux soins de référence peut présenter plusieurs difficultés.

Il s'agit généralement des éléments suivants :

- Les gouvernements d'accueil peuvent accorder aux réfugiés et aux demandeurs d'asile l'accès aux systèmes nationaux de soins de santé de référence, mais cet accès n'est pas nécessairement le même que pour les ressortissants nationaux et les étrangers doivent parfois s'acquitter de frais d'utilisation plus élevés. Dans de nombreux pays, des frais d'utilisation ont été mis en place et le coût sera un obstacle pour les ressortissants nationaux comme pour les réfugiés. Les réfugiés peuvent être affectés de manière disproportionnée lorsqu'ils n'ont pas le droit de travailler et/ou que l'accès au marché du travail est restreint.
- L'approche des soins de santé primaires est une priorité dans les programmes de santé publique du HCR. Les fonds disponibles pour les soins de référence sont généralement inférieurs aux besoins et il est nécessaire d'établir des priorités.
- Les pays d'accueil des réfugiés disposent de toute une gamme de systèmes et de services de santé, allant de systèmes très élémentaires à des systèmes très sophistiqués et coûteux. Avec l'évolution des systèmes de santé, les réfugiés sont souvent accueillis dans des pays offrant des services médicaux relativement sophistiqués mais coûteux, tels que les soins intensifs néonataux, la dialyse rénale et les soins avancés pour traiter le cancer.
- L'évolution de la structure des maladies à l'échelle mondiale et le vieillissement des populations entraînent une augmentation du nombre de maladies non transmissibles, des soins contre le cancer et d'autres besoins en matière de soins de santé de référence.

1. L'approche des soins de santé primaires comprend trois éléments : répondre aux besoins de santé des personnes tout au long de leur vie ; agir sur les déterminants généraux de la santé par une politique et une action multisectorielles ; et donner aux individus, aux familles et aux communautés les moyens de prendre en charge leur propre santé. Voir [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1).

- Il existe des obstacles géographiques qui empêchent les soins de référence d'être dispensés dans des établissements de santé éloignés des installations périphériques de réfugiés, ce qui pose des problèmes logistiques et des contraintes financières supplémentaires.
- Les établissements de santé devront peut-être s'adapter à la langue, à la culture et aux vulnérabilités spécifiques des réfugiés, ainsi qu'à leurs besoins de protection.

## Bonnes pratiques et enseignements tirés

Des décennies de mise en œuvre de programmes de soins de référence dans le monde entier ont permis de tirer un certain nombre d'enseignements et de mettre en œuvre de bonnes pratiques :

- L'élaboration de **procédures opérationnelles standard (POS)** claires et spécifiques à chaque pays dans les programmes de soins de référence importants et/ou complexes définira les critères de référence et facilitera une prise de décision transparente.
- **Un comité de soins de référence (CSR)/comité des soins exceptionnels (CSE)/comité de référence médicale (CRM)** pour les programmes de soins de référence importants et/ou complexes est un mécanisme efficace pour faciliter la prise de décision médicale pour les références complexes et coûteuses en équilibrant le pronostic avec le coût et la disponibilité des services.
- **La fixation de plafonds financiers** dans les POS peut aider à gérer les dépenses de référence pour les cas coûteux. Les demandes de dépassement du plafond peuvent être examinées par le CSR/CSE.
- **La collecte de données de qualité** par l'intermédiaire d'une base de données de référence médicale pour suivre les références, les tendances et les coûts permet un suivi étroit et une prise de décision éclairée sur les programmes de référence.
- Le recours à des **spécialistes en visite** régulière pour le diagnostic, le traitement et le suivi de conditions de santé spécifiques peut réduire le besoin de références. En outre, l'utilisation de réseaux de soutien communautaires peut également contribuer à aider à apporter un soutien et un suivi spécifiques, notamment pour les MNT, la santé mentale et les handicaps.
- **Établir des réseaux avec d'autres prestataires** par exemple, les équipes chirurgicales d'ONG/philanthropiques réparant les fentes labiales/palatines, les malformations orthopédiques peuvent faciliter l'accès. Elles devraient travailler dans les cadres réglementaires nationaux existants et les soins post-opératoires ainsi que le suivi en cas de besoin peuvent être garantis.
- **L'assistance en espèces** pour permettre aux réfugiés d'accéder aux services a été utilisée pour répondre à des besoins prévisibles en matière de santé, par exemple pour couvrir les frais de soins lors de l'accouchement.
- Dans certaines opérations de grande envergure, le recours à un **tiers administrateur (TA)**<sup>2</sup> pour gérer les références et le remboursement des établissements de santé au nom du HCR peut être une approche plus efficace que l'utilisation de plusieurs ONG partenaires. Toutefois, le HCR conserve un rôle de contrôle général et gère le contrat et les performances du TA.
- L'inclusion **réussie des réfugiés dans le système national de protection sociale et de couverture sanitaire universelle**, au même titre que les nationaux, peut également couvrir l'accès aux soins de référence essentiels.
- Si la protection sociale en matière de santé repose sur des régimes contributifs, l'inscription des réfugiés à un régime national fonctionnel **d'assurance sociale de santé** peut leur permettre d'accéder à un ensemble de services de soins de santé de référence. Le défi des régimes contributifs est la durabilité et l'autosuffisance des réfugiés pour faire face aux contributions en cours. Voir le [manuel HCR-OIT sur la protection sociale de la santé pour les réfugiés](#).

2. Le tiers administrateur est une entité de gestion des soins de santé, généralement à but lucratif, qui peut gérer et contrôler les références au nom du HCR, passer des contrats avec des prestataires de services et payer des honoraires.

1. **Une approche de santé publique est nécessaire** pour fournir la plus grande quantité de bien pour le plus grand nombre de personnes afin de guider la politique et les procédures de références, compte tenu du fait que les ressources et le budget sont toujours limités.
2. **Les soins de santé primaires (SSP) devraient être encouragés en tant que point d'entrée pour toutes les références médicales** afin que les soins de santé soient dispensés le plus près possible du lieu de vie. Il s'agit notamment des soins de santé mentale, du dépistage et de la détection précoce des maladies, par exemple le diabète et l'hypertension, et des soins palliatifs. La santé communautaire fait partie intégrante de l'approche des soins de santé primaires afin d'améliorer le contrôle et le traitement des maladies et de réduire les complications et les références.
3. **Le niveau des soins de santé de référence pour les réfugiés doit être équitable par rapport à celui de la communauté d'accueil.** Si les services ne sont pas gratuits pour les réfugiés, les coûts de références peuvent être pris en charge par le HCR conformément aux procédures opérationnelles standard du pays et en tenant compte de la manière dont les ressortissants du pays d'accueil ayant un statut socio-économique similaire sont aidés pour accéder aux soins de référence. Les réfugiés ne doivent pas être évacués vers un pays tiers pour y être soignés.
4. **Intégrer autant que possible les services nationaux.** Les soins de santé de référence pour les réfugiés devraient être intégrés dans les systèmes de ceux de la communauté d'accueil, dans la mesure du possible, en évitant le recours à des services parallèles. Les établissements de santé nationaux/gouvernementaux devraient être utilisés, mais dans certains contextes, l'utilisation d'établissements de santé privés à but non lucratif peut être envisagée en raison du manque de capacité à absorber les réfugiés dans les systèmes nationaux. L'utilisation d'établissements privés doit rester exceptionnelle.
5. **La référence est toujours une décision médicale.** Les soins de référence doivent être décidés par un médecin, un responsable clinique ou un infirmier conformément aux POS.
6. **Pour tous les types de références, le pronostic est le critère le plus important, suivi du coût.** Le pronostic détermine la justification de la prestation de soins. Le pronostic doit être évalué par un médecin qualifié et les comorbidités ayant une incidence sur le pronostic doivent être prises en considération. Le coût du traitement sera également pris en considération, car les budgets sont toujours limités. Les traitements de longue durée et coûteux (par exemple, la dialyse, certains cancers) devront faire l'objet d'une évaluation minutieuse. Les cas ne doivent pas être référés vers des soins avancés si la survie ou la guérison est improbable (par exemple, en cas d'insuffisance rénale avancée ou de cancer avancé). Ces personnes doivent continuer à recevoir un traitement médical, y compris des soins palliatifs lorsque ceux-ci sont appropriés et disponibles localement. Dans les opérations où les décisions sur les cas de références et leur gestion deviennent complexes, coûteuses ou controversées, il est recommandé de créer un comité de référence qui évaluera les cas individuels et prendra une décision objective sur la référence en se basant principalement sur le pronostic et le coût.
7. **Assurer la transparence des politiques et procédures de référence.** Les partenaires et les réfugiés doivent être clairement informés de la politique et des procédures pour les soins de santé de référence, y compris des limites de l'assistance sanitaire fournie. Une stratégie de communication incluant les personnes sous la responsabilité du HCR doit être élaborée, mise en œuvre et diffusée dans les langues appropriées.
8. **Toutes les références nécessitent un consentement éclairé et doivent rester confidentiels, la protection des données étant assurée.** Le consentement éclairé du patient ou de la personne responsable doit être demandé. Les dossiers médicaux doivent être conservés en toute sécurité dans un dossier médical approprié ou dans un dossier médical électronique. Un accord de partage des données peut être nécessaire avec tout fournisseur tiers tel que le TA. Le respect de la confidentialité des dossiers médicaux des patients doit être étroitement surveillé par le responsable de la santé publique du HCR ou par un autre responsable désigné par le HCR. Des précautions doivent être prises en ce qui concerne les courriels contenant des informations médicales liées à des détails d'identification, de sorte que seules les personnes qui ont besoin de savoir et qui sont impliquées dans la gestion de la référence soient mises en copie.

# 4

## CONSEILS POUR L'ÉLABORATION DE PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES STANDARD (POS) AU NIVEAU NATIONAL ET LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE SOINS DE RÉFÉRENCE

Des procédures opérationnelles standard (POS) nationales décrivant clairement les procédures de référence vers les soins de santé devraient être élaborées pour les pays éligibles. Les POS sont recommandées pour toutes les opérations, mais sont obligatoires pour toutes les opérations dont le budget de soins de référence est supérieur à 250 000 USD par an.



**Les éléments suivants doivent être inclus dans la POS :**



1. *Hôpitaux sélectionnés pour les soins de référence*
2. *Types de soins de référence couverts*
3. *Affections non référençables*
4. *Processus de décision pour la référence des patients*
5. *Mécanismes permettant d'impliquer d'autres acteurs dans les soins de référence*
6. *Règlement des coûts*
7. *Suivi*



## Étape 1 :

### EFFECTUER UNE ANALYSE DE LA SITUATION

Les équipes nationales du HCR doivent procéder à une analyse de la situation, notamment en évaluant la politique nationale en matière d'accès aux soins de santé pour les réfugiés, le système disponible et les obstacles à l'accès aux soins pour les réfugiés. Les éléments clés à prendre en considération pour une analyse de la situation sont les suivants :

	
Général	Politique et système de santé
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contexte opérationnel</li><li>• Nombre de réfugiés et localisation</li><li>• Charge de morbidité</li><li>• Comportements et préférences de recours aux soins</li><li>• Vulnérabilités spécifiques ou groupes à risque</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La politique nationale de santé inclut-elle les réfugiés ?</li><li>• La politique n'inclut pas explicitement les réfugiés, mais l'inclusion se fait-elle de facto ?</li><li>• Évaluation de la disponibilité et de la capacité des structures nationales de référence, y compris la cartographie et la proximité des lieux d'accueil des réfugiés.</li><li>• Systèmes de financement, par exemple, CSU/ subventions/frais de service ; quels sont les frais payés par les nationaux et les étrangers dans le pays.</li><li>• Quels sont les filets de sécurité en matière de santé sociale pour les ressortissants ?</li><li>• Existe-t-il des établissements médicaux gérés par des entités non étatiques, par exemple des établissements confessionnels, des ONG, qui peuvent fournir un accès ?</li><li>• Quelles sont les possibilités de visites de spécialistes ou d'équipes médicales philanthropiques ?</li><li>• Quels sont les obstacles à l'accès (financiers, administratifs, géographiques, linguistiques, sexospécifiques, sociaux) aux services ?</li><li>• Quelles sont les exigences logistiques pour la référence des patients à partir du niveau des soins de santé primaires, la disponibilité des services d'ambulance ?</li></ul>



## Étape 2 :

### EXPLORER TOUTES LES MODALITÉS DE SOINS DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE

Les équipes nationales sont encouragées à explorer toutes les possibilités de référence vers le système de santé publique et d'autres canaux locaux, y compris les organisations confessionnelles et les équipes nationales et internationales en visite. Le HCR doit plaider en faveur d'un accès aux services de soins de référence équivalent à celui des ressortissants nationaux. Le travail en réseau est essentiel pour créer des liens avec d'autres possibilités d'assistance.



En dehors du système national, des moyens complémentaires peuvent être mis en œuvre pour faciliter l'accès aux soins de référence :

- Des « spécialistes itinérants », par l'intermédiaire d'organisations caritatives nationales ou internationales, peuvent assurer le traitement et le suivi des MNT, de la santé mentale, du handicap et de certaines interventions chirurgicales non urgentes (comme la chirurgie de la cataracte, les fentes palatines et labiales, les pieds bots, les fistules obstétricales, la dentisterie).
- Les organisations caritatives qui peuvent fournir des services spécialisés tels que la chirurgie cardiaque pour les enfants ou les soins contre le cancer.
- Les ONG et organisations internationales, telles que les organisations confessionnelles fournissant des services hospitaliers.



## Étape 3 :

### DÉFINIR DES GROUPES CIBLES CLAIRS

Dans toutes les situations, les personnes soutenues par les programmes de soins de santé de référence doivent être clairement définies. Il s'agit généralement de réfugiés et, dans certains cas, de demandeurs d'asile reconnus par le HCR et d'apatrides. Il convient d'en informer correctement toutes les parties concernées, y compris le gouvernement, les organisations non gouvernementales et la société civile.



## Étape 4 :

### DÉFINIR L'ÉLIGIBILITÉ ET L'INÉLIGIBILITÉ À L'AIDE MÉDICALE

Il existe deux types de références éligibles :

Les urgences (obstétricales, médicales et chirurgicales)



Les cas électifs d'examen et/ou de traitements complémentaires

Pour les deux types de références, le **pronostic** est le critère le plus important. Le pronostic est basé sur l'expérience médicale et les connaissances disponibles, l'évolution probable d'un état pathologique et la probabilité de guérison. Le pronostic doit être évalué par un médecin qualifié. Les maladies concomitantes qui affectent le pronostic doivent être prises en considération. En règle générale, les cas présentés pour une référence médicale doivent être ceux où la vie ou les fonctions de base de la personne sont en jeu. Il est préférable de référer les patients vers un médecin dès les premiers stades de la maladie, lorsque le pronostic est susceptible d'être meilleur.

**Le coût** du traitement sera un facteur important car les budgets sont limités. Les soins chroniques (dialyse, thalassémie, sclérose en plaques, certains cancers) nécessitent une réévaluation régulière du dossier. Une attention particulière doit être accordée à la gestion du suivi des cas urgents qui nécessiteront un traitement médical à plus long terme.

Pour les cas urgents et les cas non urgents, il est conseillé à chaque pays de suivre les conseils ci-dessous, d'établir une liste convenue des conditions à prendre en charge (et de celles qui ne peuvent pas l'être) et d'identifier et d'approuver une liste d'établissements de santé capables de les prendre en charge.

Voir l'annexe 2 pour un exemple des conditions éligibles au soutien et de celles qui ne le sont pas.

## **i Cas éligibles**

Il est impossible de dresser une liste exhaustive des conditions de référence, mais le HCR a établi quelques grands principes pour l'examen de la recevabilité médicale d'une référence :

- En cas d'urgence mettant en jeu le pronostic vital, en tenant compte du pronostic
- Affections susceptibles d'entraîner une déficience ou une incapacité permanente
- Interventions visant à sauver un membre, l'ouïe ou la vue
- Complications aiguës des maladies chroniques en tenant compte du pronostic
- Pour des interventions chirurgicales non urgentes ayant un bon rapport coût-efficacité
- Soins palliatifs

## **ii Chirurgie non urgente**

Pour faciliter la prise de décision concernant des cas spécifiques de chirurgie non urgente, le volume « Chirurgie essentielle » des Priorités de contrôle des maladies (DCP3)<sup>3</sup> identifie 44 procédures chirurgicales comme essentielles car elles répondent à des besoins substantiels, ont un bon rapport coût-efficacité et peuvent effectivement être mises en œuvre. Les affections chirurgicales essentielles sont celles qui pèsent lourdement sur la santé et qui peuvent être traitées avec succès par une intervention chirurgicale et d'autres soins chirurgicaux ayant un bon rapport coût-efficacité et qu'il est possible de promouvoir à l'échelle globale. Voir l'annexe 4 pour le tableau des procédures chirurgicales essentielles du DCP3.

## **iii Soins palliatifs**

Les soins palliatifs doivent être accessibles en cas de besoin pour les soins de fin de vie. Idéalement, les soins palliatifs devraient être dispensés à domicile ou au niveau des soins primaires, mais l'admission à l'hôpital peut s'avérer nécessaire pour contrôler une douleur intense, par exemple. Il convient de faire la distinction entre les soins palliatifs et les traitements de maintien en vie pour les affections à mauvais pronostic.

## **iv Personnes vivant avec un handicap, dispositifs d'assistance, physiothérapie, ergothérapie**

Les opérations nationales doivent assurer une réponse coordonnée entre la protection et la santé pour répondre aux besoins des personnes handicapées ou d'autres personnes ayant besoin de soins de rééducation et de technologies d'assistance. Elles doivent identifier les besoins et les principaux acteurs qui fournissent une assistance (par exemple, la famille elle-même, les systèmes nationaux de santé et de sécurité sociale, les ONG, les associations de personnes handicapées, les associations confessionnelles ou philanthropiques). Voir le guide du HCR sur la facilitation de l'accès aux technologies d'assistance, à la réadaptation et aux services connexes (à paraître en 2023).

## **v Considération particulière : réinstallation dans un pays tiers pour raisons médicales**

Bien que les places pour la réinstallation soient très limitées, si les besoins médicaux d'une personne ne peuvent être satisfaits dans le pays, le cas doit être signalé par les équipes de santé publique du HCR (ou par l'intermédiaire du ECC/RCC/MRC) à l'unité de réinstallation du HCR. Compte tenu du nombre limité de places, il est important que les cas soient classés par ordre de priorité en fonction des besoins.

3. <https://dcp-3.org/>.

Pour évaluer avec précision le diagnostic et le pronostic du patient, une évaluation médicale indépendante par un spécialiste est nécessaire et doit être remplie dans un formulaire d'évaluation médicale (FEM). Voir les conseils du HCR sur les [formulaires d'évaluation médicale](#).

Des mécanismes entre la protection, les services communautaires et les unités santé devraient être mis en place pour formaliser la demande et le traitement des informations. Un budget et des procédures distincts du HCR liés aux évaluations médicales pour la réinstallation devraient être alloués au titre de la protection et ne devraient pas être prélevés sur les budgets déjà limités des soins de référence. En général, les unités de protection du HCR ont conclu un accord avec l'OIM pour le traitement des FEM.

### **Pour déterminer si la réinstallation pour raisons médicales est la solution appropriée pour le réfugié, les conditions suivantes doivent être remplies :**

#### **Diagnostic :**

- L'affection met en jeu le pronostic vital en l'absence de traitement approprié, OU
- Il existe un risque de perte irréversible des fonctions en l'absence de traitement approprié, OU
- La situation/l'environnement particulier dans le pays d'asile est à l'origine de l'état de santé ou l'aggrave de manière significative, ou constitue un risque pour la protection.

#### **Traitement :**

- Un traitement adéquat n'est pas disponible (par exemple, manque d'installations médicales ou d'expertise) ou est inaccessible (par exemple, restrictions ou manque de fonds) dans le pays d'asile.

#### **Pronostic :**

- L'état de santé constitue un obstacle important à la conduite d'une vie normale et à l'autosuffisance, et expose la personne et/ou le(s) membre(s) de la famille à charge à un risque accru dans le pays, OU
- Dans le cas d'un handicap, la situation dans le pays empêche l'individu de s'adapter et de fonctionner de manière satisfaisante, OU
- La situation particulière/l'environnement dans le pays d'asile aggrave de manière significative l'état de santé et/ou le handicap ; ET
- Il existe un pronostic favorable selon lequel le traitement et/ou la résidence dans le pays de réinstallation permettra de traiter avec succès le problème de santé et, si possible, compte tenu de l'état de santé attendu après le traitement/la réinstallation, de permettre à la personne d'acquérir une indépendance partielle ou totale.

#### **Consentement éclairé :**

- C'est le souhait exprimé par la personne, après avoir été conseillée, notamment en ce qui concerne les perspectives de traitement de l'état pathologique ou du handicap ainsi que l'adaptation sociale, culturelle et psychologique nécessaire dans une nouvelle communauté.

## **vi Inéligibilité : cas non pris en charge par le HCR**

Comme indiqué précédemment, les cas ne doivent pas être référés pour un traitement si l'état de santé du patient a atteint un tel degré de détérioration qu'il est peu probable qu'il survive ou se rétablisse.

La référence ne doit pas être soutenue pour des raisons purement esthétiques.

En cas de non-éligibilité, des informations complètes doivent être fournies au patient, à sa famille et à l'aidant, et toutes les options de substitution doivent être discutées avec eux, comme les soins palliatifs le cas échéant.



## Étape 5 :

### **METTRE EN PLACE UN COMITÉ DES SOINS DE RÉFÉRENCE/COMITÉ DES SOINS EXCEPTIONNELS/COMITÉ DE RÉFÉRENCE MÉDICALE**

Pour les opérations nationales ayant des programmes de soins de référence importants et complexes avec des dépenses annuelles supérieures à 500 000 USD, il est obligatoire de mettre en place un comité de soins de référence (CSR)/comité des soins exceptionnels (CSE)/comité de référence médicale (CRM) afin de faciliter la prise de décision pour les cas de référence complexes, coûteux ou controversés. Ces termes sont utilisés de manière interchangeable dans les opérations nationales. Voir l'annexe 1 pour un exemple de termes de référence à adapter en fonction du contexte. Un comité peut être recommandé pour des opérations dont les dépenses sont moindres, selon les instructions du bureau régional concerné. Le CSR/CSE/CRM apporte une valeur ajoutée à la prise de décision objective en évaluant principalement le pronostic, la disponibilité des soins et le coût.

La composition du comité dépend du contexte national. Dans l'idéal, il est recommandé de faire appel à deux ou trois professionnels de la santé qui connaissent les services de santé du pays et les pratiques fondées sur des données probantes. Idéalement, les professionnels de la santé qui sont en contact direct avec les réfugiés ne devraient pas faire partie du comité. Il est recommandé que les noms des membres restent confidentiels afin d'éviter toute pression ou influence indue. La participation du HCR (par le personnel de santé) permettra de s'assurer que les décisions du comité sont conformes aux principes de référence en matière de soins de santé, aux procédures opérationnelles standard et au budget.

Toutes les données et décisions doivent être documentées. Le comité peut également être en mesure de recenser les cas susceptibles d'être pris en considération pour une réinstallation médicale dans un pays tiers.

Le haut responsable régional de la santé publique peut être consulté par le comité dans des cas exceptionnellement complexes ou pour obtenir un deuxième avis, ou encore faire partie d'un comité national/régional lorsque les pays n'ont pas de personnel de santé et qu'un soutien est nécessaire pour la prise de décision.



## Étape 6 :

### **EXPLORER TOUTES LES OPTIONS DE FINANCEMENT**

Les équipes nationales doivent évaluer les possibilités de financement des soins de référence s'ils ne sont pas gratuits. Le tableau 1 présente différentes options de financement et une ou plusieurs d'entre elles peuvent être applicables en fonction du contexte.



**Tableau 1 : Options de financement pour les références**

Options de financement pour les références	
1.	L'option privilégiée est de s'adresser au système de santé publique et de veiller à ce que les réfugiés y aient accès dans des conditions similaires à celles de la communauté d'accueil. Dans l'idéal, les soins de santé peuvent être gratuits ou subventionnés, mais un système de recouvrement partiel ou total des coûts peut être mis en place, ce qui se traduit par une lourde charge financière pour les réfugiés.
2.	Le HCR peut payer des frais de service aux prestataires par l'intermédiaire d'un partenaire qui gère les références lorsque les coûts ne peuvent pas être pris en charge par les réfugiés.
3.	Dans certains contextes, le HCR peut payer des frais de service aux prestataires en passant un contrat avec un tiers administrateur (TA) dans lequel un ensemble spécifique de centres de référence et de services a été pré-identifié.
4.	Les fonds fiduciaires multidonateurs peuvent être une option à explorer en fonction du contexte, où plusieurs donateurs contribuent à un fonds pour soutenir le gouvernement afin de permettre l'accès aux soins de référence pour les réfugiés.
5.	Si un régime national d'assurance maladie (y compris une assurance maladie communautaire) est en place pour les ressortissants et qu'il favorise l'accès aux soins de référence, il convient d'étudier les possibilités d'inscription des réfugiés. Voir le <a href="#">document - Manuel sur la protection sociale de la santé pour les réfugiés : approches, leçons apprises et outils pratiques pour évaluer les options de couverture (unhcr.org)</a> .
6.	Les interventions en espèces (CBI) peuvent être une option appropriée pour une variété d'interventions et peuvent être plus utiles dans les situations de réfugiés en milieu urbain. <sup>4,5</sup>
7.	Dans certains contextes, le soutien du HCR au renforcement du système de santé (par exemple, la fourniture d'équipements hospitaliers) peut être utilisé pour négocier la gratuité des soins pour les réfugiés dans le cadre d'un protocole d'accord et bénéficier à la communauté d'accueil.
8.	Si certains coûts de référence peuvent être couverts par les partenaires, la prévisibilité et la durabilité peuvent s'avérer difficiles.
9.	Le remboursement aux réfugiés des frais encourus après l'hospitalisation n'est pas une modalité recommandée.
10.	Les réfugiés qui souhaitent ou décident d'acheter des soins de santé en dehors des services de santé recensés par le HCR sont libres de le faire, mais à leurs propres frais.

En raison des limitations de financement, des mesures supplémentaires de gestion des coûts sont nécessaires en plus de la priorisation des cas à soutenir comme défini dans la POS. Ces mesures supplémentaires peuvent comprendre :

1. **La fixation de plafonds financiers** : définition d'un montant maximum que le HCR peut soutenir pour une condition donnée. Cette mesure peut être utilisée pour les admissions très coûteuses, telles que les soins intensifs néonataux, et dissuade les hôpitaux de tenter de prolonger les séjours à des fins lucratives. Cela peut poser des dilemmes éthiques lorsque le plafond est atteint. Des exceptions pour dépasser le plafond peuvent être envisagées par le CSE lorsque le pronostic est bon.
2. **Les honoraires fixes pour les services** : financement d'un montant fixe défini pour soutenir une condition particulière telle qu'un accouchement normal, quel que soit l'établissement.
3. **Le partage des coûts** : le HCR prend en charge une partie des coûts et le réfugié paie le reste. Un ciblage supplémentaire peut être effectué en fonction de la vulnérabilité socio-économique de la personne.

4. Le rôle de l'assistance en espèces dans le financement de l'accès aux soins de santé dans les camps de réfugiés et pour d'autres personnes relevant de la compétence du HCR accessible sur <https://www.unhcr.org/5fc0b3fb4.pdf>.

5. Bonnes pratiques sur les interventions en espèces et la santé, HCR 2022. <https://www.unhcr.org/protection/operations/631856644/good-practices-cash-based-interventions-health.html>.



## Étape 7 :

### ÉLABORER DES ACCORDS APPROPRIÉS AVEC LES PARTENAIRES ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES

#### i Partenaire de référence

En général, le HCR s'engage avec un partenaire à gérer les références du niveau primaire au niveau supérieur. En général, cela se fera par l'intermédiaire d'une ONG partenaire qui fournit des soins primaires et dont une partie de l'accord de partenariat (AP) inclura la responsabilité de la référence des patients. Dans certains cas, le partenaire chargé de la mise en œuvre des soins primaires et de la référence des patients peut être le ministère de la santé. Un seul ou un nombre limité de partenaires de référence présente de nombreux avantages pour le HCR en termes d'établissement d'accords, de protection et de confidentialité, de contrôle de la qualité des soins et d'adaptation aux diverses différences culturelles et linguistiques. Il permet également de négocier, de rationaliser et de contrôler les coûts.

#### ii Prestataire de services de soins de référence

Des accords écrits avec les prestataires de soins hospitaliers sont nécessaires pour clarifier les attentes, les services qui seront couverts, assurer la qualité des soins et définir les types et la garantie des paiements. Il s'agit d'un document important pour contrôler les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes : partenaires, prestataires de services et HCR. Un accord doit décrire toutes les procédures de référence telles que la documentation, les formulaires, les signataires officiels, les modalités de transport, la gestion du dossier médical, les rapports et les paiements. Il doit également enregistrer le coût approuvé de l'hospitalisation, le coût des investigations et le coût du (des) traitement(s) sur la base de la documentation officielle du secteur de la santé au niveau du pays.

Des protocoles d'accord et des contrats avec les hôpitaux sont recommandés. Un protocole d'entente est un simple accord avec un hôpital ou avec le ministère de la santé, que le HCR et/ou ses partenaires peuvent soutenir en termes de fournitures médicales ou d'équipement en échange des soins hospitaliers fournis. Il s'agit d'un engagement juridiquement moins contraignant qu'un contrat. Le HCR peut avoir des protocoles d'entente plus larges avec les ministères de la santé dans lesquels les soins de référence sont inclus comme une composante. Les contrats sont des accords plus détaillés et juridiquement contraignants qui sont demandés lorsque le paiement des soins hospitaliers est nécessaire. **Un contrat doit comporter au moins les informations énumérées ci-dessous :**

#### Introduction :

- Contexte

#### Description des services requis :

- Définition des bénéficiaires
- Type de services requis
- Coût des services requis

#### Obligations du prestataire de services (hôpital) :

- Accueil des bénéficiaires et fourniture des services requis
- Qualité des services fournis
- Confidentialité/protection des informations à caractère personnel des bénéficiaires (en tenant compte de la législation nationale)
- Données et rapports

**Obligations du partenaire du HCR :**

- Notification de l'arrivée du patient
- Modalités de transport
- Paiement des services fournis
- Suivi

**Sanctions en cas de non-respect des obligations :****Durée de validité :****Signatures :**

L'accord doit être établi entre le(s) partenaire(s) du HCR et l'établissement de référence. Le HCR peut signer en tant que témoin avec une éventuelle co-autorité de contrôle de la qualité et des performances avec d'autres organismes gouvernementaux concernés.

Les patients seront référés de préférence vers des hôpitaux publics, bien que des hôpitaux privés puissent être envisagés à titre exceptionnel en fonction du contexte et du rapport coût-efficacité. En général, le HCR et ses partenaires doivent négocier avec l'hôpital ou le ministère de la santé pour obtenir les mêmes tarifs que ceux accordés aux populations les plus vulnérables de la zone desservie par l'hôpital. Tous les coûts des services, y compris les coûts accessoires, doivent être négociés pour obtenir des taux avantageux. Les frais spéciaux plus élevés pour les étrangers ne devraient pas être acceptés.





## Étape 8 :

### COMMUNIQUER AVEC LES RÉFUGIÉS

Il est important que les réfugiés soient au courant de l'aide disponible pour les soins de santé de référence. D'autres acteurs clés doivent être informés, tels que les ministères de la santé et les ONG partenaires. Dans les camps, la diffusion de l'information est généralement aisée par le biais des canaux existants, mais peut s'avérer plus difficile dans les zones urbaines. Quoi qu'il en soit, il est important de fournir des informations sur les droits concernant les soins de référence et ce qu'il faut faire en cas d'urgence, où chercher des soins, ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas, quand contacter le HCR et comment déposer une plainte. Ces informations peuvent être fournies par le biais de contacts avec les réfugiés dans les centres d'enregistrement et les centres communautaires, ainsi qu'en utilisant les canaux mis en place pour communiquer avec les réfugiés, tels que les lignes téléphoniques d'urgence, le site web du HCR [help.unhcr.org](http://help.unhcr.org), les canaux de médias sociaux, les arbres de communication et les volontaires pour la sensibilisation. Il est important de mettre en place un mécanisme de réclamation et de retour d'information ainsi qu'un canal clair par lequel les personnes peuvent déposer des réclamations qui seront évaluées et auxquelles il sera répondu.



## Étape 9 :

### SUIVI

Le contrôle des références est important pour assurer un suivi adéquat des patients référés, contrôler la qualité des soins et des résultats des références, ainsi que la gestion efficace des ressources.

L'utilisation de la base de données de référence médicale (BDRM) en ligne du HCR est obligatoire pour les opérations dont le budget annuel est supérieur à 250 000 USD et recommandée pour les opérations dans lesquelles le HCR soutient financièrement les soins de référence.

### La base de données de référence médicale (BDRM) du HCR

*Cet outil permet aux partenaires d'assurer le suivi des programmes de soins de référence.*

*Le système enregistre la raison de la référence, le traitement fourni, le résultat et les coûts.*

*Une version en ligne de la base de données est disponible pour les pays et présente l'avantage d'une analyse automatisée des données.*

**Tableau 2 :** Indicateurs de suivi minimums recommandés

	Indicateurs	Source des données	Période
<b>Financier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dépenses de soins de référence</li></ul>	Compass et la base de données de référence médicale du HCR	Semestriel/annuel
<b>Couverture sanitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nombre de références effectuées, ventilé par AGD et par établissement de référence</li><li>Les 10 principaux motifs d'orientation (morbidité)</li></ul>	Base de données de référence médicale du HCR ou équivalent	Mensuel/annuel
<b>Résultats en matière de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Résultat de la référence (guérison, décès, abandon)</li></ul>	Base de données de référence médicale du HCR ou équivalent	Mensuel/annuel



Le suivi doit également inclure le retour d'information des réfugiés eux-mêmes. Cela peut se faire par plusieurs moyens, tels que des entretiens avec les personnes après le traitement, des évaluations participatives et le retour d'information reçu par le biais de mécanismes de réclamation et de retour d'information.

## **i    Revue du programme de soins de référence**

Les bureaux nationaux devraient revoir le programme dans le cadre de leur examen annuel et utiliser activement les données de suivi disponibles. Les POS nationales (le cas échéant) doivent être réexaminées tous les deux ans (ou plus tôt en cas de modification du programme) et mises à jour si nécessaire.

# ANNEXES :

## Annexe 1 - Définitions clés

---

### **La couverture sanitaire universelle :**

La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que tous les individus ont accès aux services de santé dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, sans subir de difficultés financières. Elle comprend l'ensemble des services de santé essentiels, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs (OMS, 2022).

### **Soins de santé primaires :**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins de santé primaires (SSP) comme « *une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations* » (OMS, 2022).

### **Soins de santé de référence :**

La référence est un processus dynamique dans lequel les prestataires de soins de santé à un niveau du système de santé, disposant de ressources insuffisantes (médicaments, équipement, compétences) pour prendre en charge un état clinique donné, demandent l'assistance d'un établissement ou d'un prestataire mieux doté en ressources pour les guider dans la prise en charge d'un patient ou pour prendre en charge un patient. Les systèmes de soins de santé de la plupart des pays sont conçus de manière à encourager les gens à se faire soigner d'abord au niveau primaire, puis à s'adresser à un niveau de soins plus élevé en fonction de leurs besoins.

### **Soins de santé secondaires :**

Les soins de santé secondaires sont un niveau intermédiaire de soins de santé qui fournissent des services de médecine générale, de chirurgie générale, de radiologie diagnostique, d'anesthésie de base, de chirurgie orthopédique générale, d'obstétrique-gynécologie, de pédiatrie, de santé mentale et de réadaptation avec du personnel spécialisé, des équipements, des laboratoires et des lits d'hospitalisation (Hensher, Price & Adomakoh, 2006).

### **Soins de santé tertiaires :**

Les soins de santé tertiaires de référence fournissent un personnel hautement spécialisé et un équipement de très haute technologie — par exemple, des sous-spécialités chirurgicales, la médecine interne, la cardiologie, la néonatalogie, la chirurgie pédiatrique, les soins intensifs, l'ophtalmologie, des sous-spécialités orthopédiques et des unités d'imagerie spécialisées ; ils peuvent être liés à une université et avoir des activités d'enseignement. (Hensher, Price & Adomakoh, 2006).

### **Soins de réadaptation :**

La réadaptation est un service de santé essentiel qui joue un rôle crucial dans la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. Elle est définie comme un ensemble d'interventions visant à optimiser le fonctionnement et à réduire le handicap des personnes atteintes de maladies en interaction avec leur environnement (OMS, 2022). L'OMS a récemment lancé l'initiative « Réadaptation 2030, appel à l'action » afin d'encourager les mesures visant à renforcer la réadaptation au sein du système de santé et en particulier dans le cadre des soins de santé primaires.

### **Soins palliatifs :**

Les soins palliatifs sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés aux problèmes liés à une maladie potentiellement mortelle, grâce à la prévention et au soulagement de la souffrance par une identification précoce et une évaluation et un traitement rigoureux de la douleur et d'autres problèmes, physiques, psychosociaux et spirituels (OMS).

## Annexe 2 - Exemple de termes de référence du comité de soins de référence (CSR)/comité des soins exceptionnels (CSE)/comité de référence médicale (CRM)

---

Ces termes de référence doivent être adaptés en fonction du contexte national

**Objectif :** Assurer un traitement équitable, égal et ayant un bon rapport coût-efficacité pour les patients nécessitant des soins de référence.

**Règles et procédures :** Le comité est guidé par les procédures opérationnelles standard du pays pour les soins de référence.

**Composition :** Le comité doit être composé d'au moins deux ou trois professionnels de la santé. Les membres doivent comprendre le système de santé du pays et les pratiques fondées sur des données probantes :

- Président (personnel de santé publique du HCR)
- Deux membres – idéalement deux médecins externes indépendants
- Un secrétaire

Des experts techniques ou d'autres personnes ressources peuvent être invités sur demande pour clarifier et expliquer des questions spécifiques. Les noms des membres du comité ne sont connus que du représentant du HCR afin d'éviter toute pression induite. Les partenaires de santé au niveau du camp impliqués dans le cas peuvent être invités aux réunions pour présenter le cas, mais ils n'auront pas de rôle décisionnel.

**Durée du mandat du comité :** Le comité est institué pour une période de 12 mois qui peut être prolongée.

**Fréquence des réunions :** À convenir par le comité en fonction du nombre de cas nécessitant une décision.

**Les principaux rôles du comité sont les suivants :**

- Garantir une procédure équitable en examinant les cas exceptionnels (coûts élevés, cas non urgents ou autres cas ne relevant pas clairement des POS) et en prenant des décisions éclairées en matière de soutien.
- Examiner l'état d'avancement des cas précédemment soumis et prendre les mesures appropriées le cas échéant (par exemple, poursuivre ou interrompre le traitement).

**Critères de prise de décision :** Les membres et le président ont un pouvoir de décision. Le comité examinera chaque cas sur la base des critères suivants :

- Nécessité, adéquation et durée du traitement proposé
- Faisabilité du plan de traitement
- Pronostic
- Coût
- Maladies concomitantes / comorbidités pouvant influencer le pronostic
- Expérience des cas antérieurs dans les établissements de soins proposés

**Le rôle du secrétaire sous la direction du président :**



- Recevoir les nouveaux cas et toutes les pièces justificatives requises, en les numérotant de manière séquentielle.
- Notifier les membres des réunions et distribuer toutes les soumissions qui seront discutées lors de la réunion à venir, avec les documents à l'appui, au moins trois jours avant la réunion prévue.
- Rédiger les procès-verbaux des réunions et des décisions et fournir les procès-verbaux définitifs deux jours après la réunion.
- Conserver un dossier confidentiel contenant tous les procès-verbaux des réunions et les pièces justificatives.

**Informations requises pour l'examen du CSR/CSE :**

- Le dossier du patient doit être complété et inclure tous les résultats diagnostiques appropriés, le traitement proposé ainsi que le pronostic et les éventuelles comorbidités.
- Un devis de l'établissement de référence pour le traitement proposé.

## Annexe 3 - Exemple de critères d'inclusion/exclusion médicaux - à adapter en fonction de chaque contexte spécifique

Ci-dessous figure un exemple de liste d'inclusion/exclusion du HCR, qui sert de guide pour les POS nationales. Cette liste n'est ni exhaustive ni exclusive.

<div data-bbox="379 427 580 499">  </div> <div>Inclusion</div>	<div data-bbox="1011 427 1203 499">  </div> <div>Exclusion</div>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Santé reproductive : les conditions peuvent inclure, mais ne sont pas limitées à : <ul style="list-style-type: none"> <li>Accouchement normal s'il ne peut être réalisé au niveau des soins primaires</li> <li>Grossesse extra-utérine présumée</li> <li>Avortement septique</li> <li>Pré-éclampsie / Eclampsie</li> <li>HAP ou risque d'HAP</li> <li>HPP ou risque d'HPP</li> <li>Cas pouvant nécessiter une césarienne d'urgence (par exemple, travail prolongé, signes de détresse fœtale, conditions maternelles justifiant une césarienne d'urgence)</li> </ul> </li> <li>Affections aiguës menaçant le pronostic vital dues à un traumatisme. Voici quelques exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatisme crânien grave</li> <li>Fracture complexe nécessitant une intervention chirurgicale orthopédique</li> <li>Rupture des viscères abdominaux</li> <li>Pneumothorax</li> </ul> </li> <li>Affections aiguës mettant en jeu le pronostic vital, dues à des maladies transmissibles ou non transmissibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>Infections aiguës graves</li> <li>Preuve de l'évolution de l'AVC</li> <li>Infection aiguë du myocarde</li> <li>Acidocétose diabétique</li> </ul> </li> <li>Affections chirurgicales aiguës mettant en jeu le pronostic vital, telles que : <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspicion d'abdomen aigu</li> <li>Hernie incarcerated/étranglée</li> <li>Cholécystite aiguë</li> <li>Arthrite septique</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>En général, les cas ne doivent pas être référés si :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'état de santé du patient a atteint un tel degré de détérioration que sa survie et/ou sa guérison sont incertaines. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance rénale avancée</li> <li>Maladies hépatiques chroniques avancées</li> <li>Cancers malins avec métastases</li> <li>Maladies en phase terminale</li> <li>Mort cérébrale</li> <li>Troubles neurodégénératifs avancés, etc.</li> </ul> </li> <li>État de santé nécessitant une intervention chirurgicale sophistiquée et coûteuse, y compris une transplantation d'organe, dépassant ce qui est normalement disponible pour les ressortissants dans les hôpitaux publics.</li> <li>Conditions nécessitant une chirurgie plastique esthétique ou cosmétique, par exemple une chirurgie de reconstruction squelettique majeure</li> <li>L'affection a été traitée correctement mais n'a pas donné de résultats pendant une longue période, tels que les cas chirurgicaux corrigés qui n'ont pas donné de résultats.</li> <li>Lésions et handicaps neurologiques irréversibles (perte d'audition, cécité incurable) pour lesquels des services de réadaptation sont disponibles localement ou qui ne peuvent plus bénéficier d'aucune forme de traitement.</li> <li>Perte d'un membre, lorsque le patient est maintenant guéri et adapté à son handicap, lésions guéries et inactives résultant de maladies ou de blessures passées, comme une balle asymptomatique dans le corps.</li> <li>Soins dentaires : prothèses dentaires, remplissage autre que le ciment, détartrage.</li> </ol>



## Annexe 4 - Ensemble chirurgical essentiel : procédures et plateformes

(Chirurgie essentielle | DCP3 [dcp-3.org])

Les procédures indiquées **en rouge** sont des procédures d'urgence, tandis que celles indiquées en noir sont des procédures électives.

Type de procédure			
	Structure communautaire et centre de santé primaire	Hôpital de premier niveau	Hôpitaux de deuxième et troisième niveau
Procédures dentaires	1. Extraction		
	2. Drainage d'un abcès dentaire		
	3. Traitement des caries		
Obstétrique, gynécologie et planification familiale	4. Accouchement normal	1. Accouchement par césarienne	1. Réparation d'une fistule obstétrique
		2. Accouchement par voie basse avec assistance instrumentale (forceps/ventouse)	
		3. Grossesse extra-utérine	
		4. Aspiration manuelle sous vide, dilatation et curetage	
		5. Ligature des trompes	
		6. Vasectomie	
		7. Hystérectomie pour rupture utérine ou hémorragie post-partum réfractaire	
		8. Inspection visuelle à l'acide acétique et cryothérapie pour les lésions cervicales précancéreuses	
Chirurgie générale	5. Drainage d'un abcès superficiel	9. Réparation des perforations : par exemple, ulcère gastroduodénal perforé, perforation iléale due à la typhoïde	
	6. Circoncision masculine	10. Appendicectomie	
		11. Occlusion intestinale	
		12. Colostomie	
		13. Maladie de la vésicule biliaire, incluant la chirurgie d'urgence	
		14. Hernie, incluant l'incarcération	
		15. Hydrocélectomie	
Blessure	7. Réanimation avec des mesures de base de maintien des fonctions vitales	17. Réanimation avec mesures de survie avancées, y compris la chirurgie des voies respiratoires	
	8. Suture d'une laceration	18. Thoracostomie tubulaire (drain thoracique)	
	9. Prise en charge des fractures non déplacées	19. Laparotomie traumatique	

Type de procédure			
	Structure communautaire et centre de santé primaire	Hôpital de premier niveau	Hôpitaux de deuxième et troisième niveau
		20. Réduction de la fracture	
		21. Irrigation et débridement des fractures ouvertes	
		22. Mise en place d'un fixateur externe ; utilisation de la traction	
		23. Escharotomie/fasciotomie (découpage des tissus de constriction pour soulager la pression due à l'enflure)	
		24. Amputations liées à un traumatisme	
		25. Greffe de peau	
		26. Trépanation	
Congénital			2. Réparation des fentes labiales et palatines
			3. Réparation du pied bot
			4. Shunt pour l'hydrocéphalie
			5. Réparation des malformations anorectales et de la maladie de Hirschsprung
Déficience visuelle			6. Extraction de la cataracte et insertion d'une lentille intraoculaire
			7. Chirurgie des paupières pour le trachome
Non traumatique Orthopédique		27. Drainage de l'arthrite septique	
		28. Débridement de l'ostéomyélite	



