



Rapport d'activités 2011 de l' AISBL LIBOSO



Décembre 2011

Plan

Liste des abréviations

Préambule

Historique

Genèse de liboso

- la mission de 2009
- le constat d'une première ligne à renforcer
- le projet subsidié par WBI
- la rencontre avec les maisons médicales

Objet social

Réalisations de l'année 2011

A l'agenda 2011

Collaborations



Liste des abréviations

RDC : République Démocratique du Congo

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

HUDERF : Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola

HKL : Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe

ANMC : Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

UCL : Université Catholique de Louvain

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

CGAT : centre de gestion et d'appui technique

AISBL : Association Internationale Sans But Lucratif

WBI : Wallonie-Bruxelles-Intenational



Préambule

L'AISBL Liboso est née officiellement le 13 juillet 2011 suite à sa parution au Moniteur Belge. Cependant, bien que n'ayant pas encore d'existence légale, l'association de fait qui l'a précédée a développé des activités qui peuvent être portées en compte de Liboso.

Ainsi, le présent document ne se limite pas à rapporter des activités postérieures au 13 juillet 2011, sur une période de 5 mois. Il reprend également ce qui a précédé la parution au Moniteur Belge, permettant de mieux percevoir la façon de faire, les processus d'actions et les motivations de l'AISBL tels que définis dans l'objet social des statuts.

Ce rapport d'activité reprend également des réalisations qui, comme expliqué plus haut, sont à attribuer à Liboso au cours de cette année 2011.

Historique

Contexte d'action de Liboso

« Le développement de la République Démocratique Congo repose principalement sur la bonne santé de la population, force indéniable de toute action politique, économique et sociale. Cet état de santé de la population dépend pour une large part du niveau de fonctionnement de son système de santé qui doit être capable de prévenir les maladies, restaurer la santé et participer à la promotion de conditions favorables à l'atteinte d'un idéal: un état de bien être complet pour tout Congolais »¹

Or, en RDC comme dans la plupart des pays en développement, la majorité de la population est exclue d'un accès à des soins de santé de qualité à un coût abordable. La République Démocratique du Congo compte 55 millions d'habitants dont quelques 6 millions à Kinshasa et près de la moitié âgée de moins de 15 ans. La situation générale du pays en matière de soins de santé est désastreuse. Elle est le 5^{ème} pays avec le plus haut taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et ce taux dans la province de Kinshasa est estimé à 73‰ selon des chiffres du PNUD². Le taux de mortalité infanto-

¹ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie de Renforcement du Système de Santé*, Kinshasa, République démocratique du Congo, 2005.

² Profil résumé pauvreté et conditions de vie des ménages-Kinshasa. Programme des Nations Unies pour le Développement. http://www.undp.org.cd/Downloads/profil/Profil_kinshasa_Final.pdf



juvénile y dépasse les 12%. Seuls 26% de la population ont accès à des soins de santé de qualité et 37% à des médicaments.

La population de Kinshasa s'est multipliée par 7 en 40 ans. Près de la moitié des ménages y vit dans la pauvreté, n'a pas accès à l'eau potable, à l'électricité ou aux services de voirie. Les infrastructures sanitaires sont jugées accessibles physiquement mais pas financièrement aux ménages de Kinshasa. Les services de santé ne sont pas suffisants : 94 hôpitaux pour toute la province soit une moyenne de 10,4 lits pour 100.000 habitants³.

Le budget de la santé en RDC est alimenté par trois acteurs : l'apport de l'Etat congolais, les apports extérieurs au titre de la coopération internationale et les apports des usagers mêmes des services de santé. Ces derniers contribuent à eux-seuls pour 70% du budget de la santé. D'autre part, les montants effectivement libérés par l'Etat congolais restent faibles. Ainsi en 2001, seuls 50% du budget a été exécuté alors qu'il ne représentait que 1% du Produit Intérieur Brut. Même s'il évolue, le budget de la santé reste largement inférieur aux besoins du secteur.

A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, il s'est créé un mécanisme dans lequel c'est le malade qui, par l'argent de ses consultations et de ses soins, finance toute la pyramide administrative de la santé ou du moins à concurrence de 70%.

A cela s'ajoute la présence d'un secteur privé à but lucratif échappant à toute régulation. Il s'agit également d'un danger pour la santé des populations tant pour le contrôle de la qualité des soins que pour celui de leurs coûts.

³ Idem



Genèse de Liboso

La genèse de Liboso s'appuie sur 4 temps forts.

- la mission de 2009
- le constat d'une première ligne à renforcer
- le projet subsidié par WBI
- la rencontre avec les maisons médicales

La mission de 2009

L'un des éléments qui a prévalu à la création de l' AISBL se trouve dans la tenue d'une première mission exploratoire effectuée à Kinshasa en 2009 par deux médecins de la maison médicale des Marolles, les docteurs François Madoki et Geneviève Oldenhove, présidente du conseil d'administration de l'Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF). L'objectif poursuivi par la Ville de Bruxelles était de renforcer la collaboration entre les hôpitaux pédiatriques des deux capitales : l'Hôpital universitaire bruxellois (HUDERF) et l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe (HKL) à Kinshasa situé dans la commune de Lingwala et appartenant au district sanitaire de la Gombe.

Le constat d'une première ligne à renforcer

Un des constats de cette mission était la difficulté pour la population du quartier de l'hôpital pédiatrique kinois d'accéder aux soins dudit hôpital. En effet, HKL est une structure délivrant des soins de qualité répondant aux critères d'une structure de niveau secondaire, c'est-à-dire une structure accueillant des patients dont la gravité ou la spécificité de la maladie n'a pu être prise en charge par la structure de soins consultée en tout premier lieu. Ce niveau de soins sollicité en tout premier lieu est appelé niveau primaire ou première ligne. Cependant, la faible efficacité de cette première ligne à l'entourer de l'hôpital pédiatrique laisse la population en proie à d'énormes difficultés pour se soigner.

Le projet subsidié par WBI

D'où l'idée de mettre en route un projet d'amélioration de la qualité des soins de première ligne dans la zone de l'hôpital pédiatrique. Un tel projet a vu le jour grâce à un financement de Wallonie-Bruxelles-International et l'appui de Caroline Lesire de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC). Ce projet qui s'est clôturé officiellement en août 2011 et a eu pour objectif général de renforcer la capacité d'organisation et de financement de la population dans l'action sanitaire d'une part et

Liboso aisbl | Rue de Nieuwenhove, 42 - 1180 Bruxelles | Belgium



d'améliorer la qualité de l'offre de soins dans le district sanitaire de la Gombe d'autre part.

En d'autres mots, on y distingue donc deux grands volets : *le premier volet* est consacré à la participation communautaire par l'organisation du financement des soins de santé à travers les mutuelles. Plusieurs aspects y sont inclus : sensibilisation, formation des gestionnaires et des animateurs, accompagnement pour la mise en place des outils et organes de gestion. L'une des idées centrales est que la population doit avoir son mot à dire sur ce qu'on lui offre.

Le deuxième volet concerne l'amélioration de la qualité de l'offre de soins par le développement et le renforcement de la première ligne.

La rencontre avec les maisons médicales

C'est ici qu'une nouvelle dynamique, complémentaire de celle financée par Wallonie-Bruxelles-International, prend tout son sens. En effet, il est rapidement apparu que, pour atteindre ce dernier objectif consistant à améliorer la qualité des soins, un soutien direct aux équipes des Centres de Santé, immédiatement au contact de la population, devait se faire. Jusqu'alors, seules les équipes cadres recevaient un appui. Ces équipes assurant le cadre de la zone et du district de santé sont composées de personnel médical et administratif assurant le bon fonctionnement de l'ensemble des centres de santé et autres hôpitaux dans un territoire donné. L'occasion de solliciter les maisons médicales s'est présentée. En effet, ses dernières sont également immédiatement au contact de la population et constituent une première ligne assurant des soins se voulant de qualité. ***C'est ainsi qu'est née l'idée de développer des actions basées sur un échange de compétences entre travailleurs de la première ligne de soins de Bruxelles et de Kinshasa. Des actions en ce sens ont été développées par la suite.***



Objet social

Pour résumer l'objet social de Liboso, il convient de se rappeler le contexte dans lequel l'AISBL se situe : celui de la coopération internationale en lien avec la santé. En effet, comme le précise les statuts, l'association s'appuie sur la notion d'échanges de compétences entre travailleurs de la santé pour induire une amélioration de la qualité des soins. Bien qu'essentielle, la qualité des soins ne suffit pas à elle seule à assurer une amélioration de la santé de population. Il est indispensable que des soins de qualité soient couplés à une accessibilité auxdits soins. A quoi servirait une médecine de qualité si personne n'y a accès !

La République Démocratique du Congo et singulièrement Kinshasa offrent un défi gigantesque en matière d'accès à des soins de qualité. Liboso ne prétend bien entendu pas régler le problème mais propose un modus operandi basé sur l'échange et pouvant faire des émules.

L'objet social suppose également le **travail en collaboration avec des partenaires** tant au nord qu'au sud. Sans ce partenariat, aucun résultat probant n'est à attendre. Ainsi, tout ce qui touche à la demande de soins, c'est-à-dire à la manière dont les populations s'organisent pour avoir un accès financier aux soins, entre dans nos préoccupations. C'est là une des collaborations principales en RDC et en Belgique. Le travail de concert avec les structures mutualistes est vital.



Réalisations de l'année 2011

Mission exploratoire à Kinshasa

Le domaine de la coopération internationale est au centre des échanges que nouent certaines maisons médicales du nord avec des structures de santé de pays du Sud. A partir du bénéfice tiré par certaines équipes bruxelloises d'un tel partenariat avec leurs homologues de pays du sud, Liboso a proposé à des maisons médicales bruxelloises de s'inscrire dans l'aventure humaine de l'échange de compétences en vue d'améliorer la qualité des soins tant au nord qu'au sud.

Quatre maisons médicales ont répondu à l'appel : il s'agit de la maison médicale Le 35, du Centre de Santé du Miroir, de la Maison Médicale des Riches Claires et de la Maison Médicale des Marolles.

Une mission exploratoire s'est déroulée à Kinshasa dans les communes de Lingwala et de Kinshasa du 12 au 20 mars 2011. L'élaboration des objectifs de la mission a fait l'objet d'un processus continu de collaboration étroite entre les différentes maisons médicales, l'ANMC, des membres des Mutualités Chrétiennes et l'ASBL Liboso (promoteur du projet). Avec l'aide d'intervenants possédant une expérience reconnue dans les domaines de la coopération ou de la communication il a été possible d'établir les bases d'objectifs répondant aux attentes générales. Cela s'est fait au cours de 8 réunions qui se sont échelonnées entre le 29 juillet 2010 et le 23 février 2011. L'accompagnement du processus a été assuré par le professeur Philippe De Leener (UCL), le professeur Jean Van Der Venet (Institut tropical d'Anvers), Ilios Kotsou (psychologue chercheur et auteur de « intelligence émotionnelle et management ») et le Docteur Jean Louis Lamboray (responsable d'un programme d'ONUSIDA, membre fondateur de l'ASBL Constellation et l'un des participants à la constitution du système de santé de l'ex-Zaïre dans les années 70).

Fortes de cette réflexion, les maisons médicales bruxelloises se sont senties suffisamment armées pour rencontrer des centres de santé kinois et jeter les bases d'un partenariat sud nord.

Dans la configuration de départ du projet, les maisons médicales étaient maîtres du partenariat établi avec leur centre de santé conjoint de Kinshasa. Il appartenait à chaque entité de faire évoluer leur projet au rythme qui leur conviendrait. Les promoteurs de la mission exploratoire, l'ASBL Liboso, se proposaient quant à eux de maintenir un cadre de concertation et de réflexion commune.



Cette mission a été possible grâce au travail de partenaires actifs en RDC. Il faut en effet préciser qu'une structure de pilotage du projet existe à Kinshasa : le CGAT (Centre de Gestion d'Accompagnement Technique). Elle constitue le trait d'union avec les promoteurs du projet de partenariat avec les maisons médicales. Profitant d'une vaste enquête réalisée par la structure de pilotage congolaise, nous avons identifié six Centres de Santé plébiscités par la population des deux communes cibles (Centre de santé Mère Enfant de Barumbu, Centre de santé ITAGA, Centre de santé du camp militaire LUFUNGULA, Hôpital VIJANA, Centre de santé Saint Pierre, Centre de santé Mère Enfant KITEGA). Nous avons ainsi pu déterminer les Centres de santé susceptibles d'entrer légitimement dans un processus d'amélioration de la qualité des soins via le partenariat. Précisons enfin qu'il ne s'agit pas de centres privés.

a) Objectifs de la mission

Sur les quatre maisons médicales de départ, trois ont pu s'engager dans la mission exploratoire. Il s'agit du Centre de Santé du Miroir, de la Maison Médicale de Marolles et de la Maison Médicale des Riches Claires. Les disciplines représentées dans la mission étaient la médecine, par deux de ses membres, les sciences infirmières, la kinésithérapie et la psychologie. L'objectif général de la mission décrit dans les termes de références est le suivant : établir les bases d'une collaboration et d'un partenariat entre des Centres de Santé identifiés et des MM participantes.

b) Déroulement de la mission

Les représentants des maisons médicales ont eu la chance de s'inscrire dans un processus participatif avec leurs homologues kinois. En effet, il n'a pas été question d'une suite de visites faites dans les différents centres concernés, mais bien d'une immersion professionnelle. Chaque travailleur bruxellois a pu passer 48 heures dans une première structure de soins puis 24 heures dans une seconde. Chacun de ces temps de travail s'est effectué soit seul soit en tandem avec un autre membre de la mission bruxelloise. Ce mode opératoire s'est avéré très intéressant. La proximité entre intervenants bruxellois et kinois au fil des rencontres a permis de réinterroger la prise en charge du patient au travers de réalités très différentes. Il s'est tissé des liens personnels qui pourront servir de base à des réflexions ultérieures centrées sur la prise en charge du patient.

La mission s'est clôturée par une réunion plénière regroupant les intervenants congolais et les membres de la mission des maisons médicales. Cette réunion visait à mettre en commun les attentes des uns et des autres dans l'option d'une suite à la mission exploratoire.



c) Perspectives de la mission

- L'établissement d'une feuille de route clôturant la mission et comportant essentiellement la validation du rapport de mission par les autorités de toutes les structures représentées.
- Le souhait des partenaires congolais d'avoir un soutien dans le transfère de compétences via des formations, de même qu'un appui à l'amélioration des plateaux techniques.
- Le souhait d'adopter une structure en double réseau. L'un au nord et regroupant toutes les maisons médicales impliquées dans le projet et l'autre au sud, organisé en miroir, constitué des Centres de Santé participant. Le dialogue sud nord s'opèrerait respectivement via le CGAT et l' AISBL **LIBOSO**.

d) Plus values de la mission

- Il semble évident que le bénéficiaire final du mouvement initié par cette mission est le patient. L'itinéraire du patient au sein du Centre de santé ou de la maison médicale a été analysé à de nombreuses reprises durant les échanges entre professionnels bruxellois et kinois.
- Un autre bénéfice identifiable est le désenclavement des Centres de Santé. En effet, le sentiment généralement rencontré chez les collègues congolais est celui d'une forme d'exclusion de la communauté scientifique et l'obligation d'exercer son métier avec les moyens du bord.
- Une volonté commune d'axer le partenariat sur des relations humaines a prévalu jusqu'à la fin de la mission. L'immersion professionnelle est en effet une expérience forte permettant des rencontres et des échanges autour des problématiques concrètes de santé.
- La notion de communauté est particulièrement développée en RDC. Une phrase souvent entendue était : « Nous nous occupons au mieux de la population dont nous avons la charge ». Cette phrase résume à elle seule l'importance de la communauté. Cette notion constitue une plus value pour la mission bruxelloise, habituellement centrée sur le seul patient.
- Les rencontres et les échanges se sont faits à tous les niveaux, tant avec les cadres qu'avec les prestataires des centres de santé.



- La notion de réseau a été revisitée tant au nord qu'au sud.

e) Développements futurs

A l'issue de la mission exploratoire, le constat positif objectivé par les partenaires permet d'envisager de développer d'autres missions.

Le succès de la mission des maisons médicales ne constitue qu'une première étape d'un projet qui se veut plus vaste : l'amélioration de la prise en charge du patient et de la qualité des soins qui lui sont prodigués tant en RDC qu'à Bruxelles par un échange de compétences.

Il conviendra d'entrer dans une phase plus opérationnelle en s'appuyant notamment sur les axes de collaborations identifiés en fin de mission:

- Echanges d'expériences
- Facilitation de la recherche pour le renforcement du plateau technique
- Facilitation de l'organisation des formations

L'AISBL **Liboso** se propose de poursuivre le processus de mise en réseau des maisons médicales participantes, toujours aidée par des acteurs compétents dans le domaine de la coopération. L'élaboration de nouveaux objectifs, les échanges avec la plateforme miroir du sud pilotée par le CGAT, la sensibilisation des équipes, la recherche de financements pour développer les activités sont autant de défis à relever.

Les maisons médicale qui ont participé à la mission de mars 2011 ont finalisé le rapport de mission et sont partantes pour un prochain round de réflexion qui devrait aboutir à une autre rencontre avec les équipes partenaires du sud. Une mission pour 2012 semble d'ores et déjà envisageable.



A l'agenda 2011

Liboso a suscité une série de réunions avec l'aide de ses partenaires dans le but de faire progresser le lien qui existe désormais entre les maisons médicales de Bruxelles et les centres de santé de Kinshasa. Distinguons donc deux types de réunion.

Réunions préparatoires à la mission de mars 2011

- 11/01/2011 réunion préparatoire à la mission exploratoire des maisons médicales avec l'aide d'intervenants extérieurs : Sandrine Ruppel de Bel Compétence, Jean Louis Lamboray de la Constellation, Caroline Lessire de l'Alliance Nationale de Mutuelles Chrétiennes, les membres de la mission des maisons médicales
- 02/02/2011 réunion préparatoire avec Ilios Kostou de Emergences, Sandrine Ruppel de Bel Compétence, Jean Louis Lamboray de la Constellation, Caroline Lessire de l'Alliance Nationale de Mutuelles Chrétiennes, les membres de la mission des maisons médicales

Réunions tournées vers les activités de 2012

- 06/04/2011 réunion de débriefing avec les membres de la mission des maisons médicales
- 11/05/2011 temps de parole au comité d'initiative des Mutualités Saint-Michel
- 22/11/2011 facilitation et perspectives du projet des maisons médicales au sein de l'équipe de la maison médicale des Riches Claires.
- 01/12/2011 facilitation et perspectives du projet des maisons médicales au sein de l'équipe de la maison médicale des Marolles.



Collaborations

Au nord :

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Bel Compétence

Emergences

Au sud :

Centre de Gestion et d'Appui Technique