



Rapport de la mission du 13 au 23 septembre 2014 à Kinshasa dans la zone de santé de Masina



Redacteurs: Banota Luc, Bronne Vinciane, Demaré Valéry, Fantuzzi Delphine, Madoki François, Mesmin Helene, Oldenhove Geneviève, Van Eetvelde Marie Pierre.

Mise en page: Bronne Vinciane

Avec le soutien de la MM Marolles, MM Miroir, MM Riches-Clares, RDC Compétence, Bel Compétence et le CGAT.

Editeur Responsable: Madoki François, Rue de Nieuwenhove, 42 - 1180 Bruxelles

Novembre 2014

Glossaire

ASBL	Association Internationale Sans But Lucratif
AISBL	Association Sans But Lucratif
ARC	Agent de Relais Communautaire
AS	Aire de Santé
BDOM	Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales
CGAT	Centre de Gestion du risque et d'Accompagnement Technique
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CODEV	Comité Villageois de Développement
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Pré Natale
CPS	Consultation Pré Scolaire
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CTB	Coopération Technique Belge
DS	District de Santé
FMM	Fédération des Maisons Médicales
HCR	Haut-Commissariat aux réfugiés
HGR	Hôpital Général de Référence
ICAP	International Center for Aids care and treatment Program
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IT	Infirmier Titulaire
MM	Maisons Médicales
MSF	Médecins Sans Frontières
PMA	Paquet Minimum d'Activités
RAA	Réflexion Après l'Action
RDC	République Démocratique du Congo
SALT	Soutenir, Apprécier, Lier, Transferer
SC	Santé Communautaire
SSP	Soins de Santé Primaire
TBC	Tuberculose
TDR	Termes de Références
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

Table des Matières

<i>I.</i>	<i>Introduction</i>	6
<hr/>		
<i>II.</i>	<i>Termes de références</i>	6
<hr/>		
a.	Raison d'être de la mission	6
b.	Balises et objectifs	6
c.	Méthodologie	8
d.	Leçons apprises de la précédente mission de 2011	10
e.	Limites de l'observation	11
f.	Pré-test	11
<hr/>		
<i>III.</i>	<i>Programme de la mission</i>	12
<hr/>		
<i>IV.</i>	<i>Bilan financier</i>	14
<hr/>		
<i>V.</i>	<i>Présentation des Centres de Santé</i>	15
<hr/>		
a.	Tombwa Ya Maria	16
b.	Bolingo	18
c.	Esperodi	20
d.	Elonga	22
<hr/>		
<i>VI.</i>	<i>Présentation des structures ressources</i>	24
<hr/>		
a.	CGAT	24
b.	RDC Compétence	25
<hr/>		
<i>VII.</i>	<i>Analyse de l'observation</i>	26
<hr/>		
A.	Parcours du Patient	26
B.	Accueil	27

1)	Accessibilité générale	27
2)	Comptoir de l'accueil	27
C.	Soin curatif	28
1)	Anamnèse, examen clinique et diagnostique	28
2)	Prise en charge thérapeutique	28
D.	Gestion du centre de santé	30
E.	Observatoire de la Santé	31
F.	Dynamique communautaire	32

VIII. Perspectives d'avenir **35**

a.	Maintien des échanges	35
b.	Axes de collaboration	35

IX. Perspectives d'avenir Liboso/CGAT **36**

a.	Le bilan sur les activités du centre	36
b.	Les perspectives de collaboration avec Liboso	37

X. Réflexion après l'action **38**

XI Conclusion **41**

XII. Annexes **42**

1)	Termes de références du projet de la mission de septembre
2)	Grille d'observation et canevas
3)	Prétest RC
4)	Prétest Marolles
5)	Prétest Miroir

I. Introduction

Ce rapport présente les informations, observations, enseignements et pistes de réflexions recueillis au cours de la mission Liboso qui s'est déroulée entre le 13 et le 23 septembre 2014. En effet, en se rendant dans 4 CS de Masina, les huit travailleurs des MM partis en mission ont pu confronter leur vécu de professionnels bruxellois de la santé avec celui de leurs homologues kinois.

Comme le lecteur s'en apercevra, il a été rédigé en mettant l'accent sur le croisement des regards de partenaires œuvrant dans des réalités certes différentes mais mus par la même préoccupation envers la santé des patients et de leur communauté dont ils ont la responsabilité.

Constituant à coup sûr le point de départ d'actions futures, ce rapport ouvre avec enthousiasme un vaste champ de réflexions où les échanges s'avèrent moteur de changements. Apporter une pierre à l'édifice qui permet une meilleure prise en charge des patients, c'est l'un de buts principaux poursuivis au cours de cette mission.

II. Termes de références

Vous trouverez en annexe n°1 les TDR de la mission dans leur intégralité.

a. Raison d'être de la mission

Liboso est une asbl qui est active dans le domaine de la santé et de la coopération internationale. Son but est d'œuvrer à l'amélioration de la prise en charge du patient, de la qualité des soins des structures de 1ère ligne (dispensant des SSP et de l'accès aux soins). L'action de Liboso se veut de créer le lien entre des MM en Belgique et des CS en RDC.

L'idée maîtresse est l'échange de compétences entre ces structures de soins. Nous sommes convaincus que **ce regard croisé est porteur de changements et d'améliorations**. Aussi, nous avons organisé une mission du 13 au 23 Septembre 2014 à Kinshasa dans la ZS de Masina.

b. Balises et objectifs

➤ Balises

Au préalable à la mission, nous avons voulu réfléchir et identifier nos attentes pour cette mission en termes de processus : quelle posture nous semblait-elle la plus appropriée à adopter ? Quels bénéfices humains et professionnels pourrions-nous retirer de cette mission ?

Voici, les cinq balises que nous avons « gardé en tête » tout au long de ces dix jours et qui perdureront au-delà de la mission au travers de nos échanges futurs avec les CS :

- S'enrichir de l'expérience des autres
- Prendre conscience d'un autre système (mode de fonctionnement)

- Identifier ce qui pourrait être transposable à notre pratique
- Réinterroger nos pratiques au travers du regard de l'autre
- Définir ensemble des axes de réflexion communs sur le long terme

➤ Objectifs

L'objectif global était d'échanger avec des structures sanitaires similaires au Nord comme au Sud, c'est-à-dire ayant comme mission de dispenser des SSP de première ligne.

L'analyse de la prise en charge du patient par les différentes disciplines, leur mode d'interaction, la gestion des structures de soin, ainsi que la participation de la communauté dans les systèmes de santé ont été autant d'éléments sur lesquels nous nous sommes arrêtés afin de répondre à notre objectif global.

Pour cela, nous avons décliné trois objectifs spécifiques se situant à trois niveaux différents:

▪ Le niveau de la prise en charge des patients

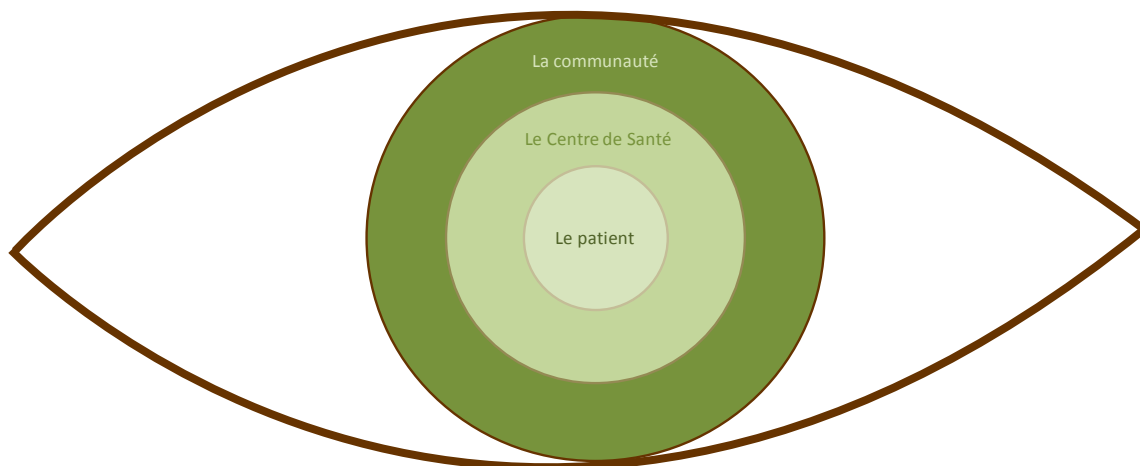
Il s'agissait d'analyser et de nous enrichir du contexte, des atouts, des difficultés, des enjeux, des défis, des projets futurs d'autres CS similaires par leur mission concernant la prise en charge des patients.

▪ Le niveau structurel (la gestion / l'organisation des CS)

Nous supposons que comprendre les autres modes de fonctionnement dans un axe de gestion, de dynamique d'équipe et de définition des priorités d'intervention, nous permettrait d'avoir un regard sur nos propres systèmes et de questionner les facteurs favorisant la prise en charge globale des patients à l'échelle structurelle des CS.

▪ Le niveau communautaire

Les MM ont pour mandat de développer des actions communautaires en santé. Les pays du Sud ont une société de type communautaire. La communauté intervient dans le fonctionnement du système de santé au Congo. N'y a-t-il pas des parallèles à faire ? L'échange des pratiques sur ces points ne peut-il pas enrichir le travailleur du Sud et du Nord ?



c. Méthodologie

➤ Stratégies

Nous avons visités quatre CS avec participation communautaire se situant dans le quartier de Masina. Nous avons constitué quatre binômes de travailleurs des MM qui ont observé le même CS durant la mission. Nous avons eu un maximum d'échanges avec la communauté (habitants du quartier).

De manière pratique, nous avons :

- partagé le quotidien de travail des différents acteurs des CS (Ex: assister à des consultations)
- observé les pratiques des travailleurs
- eu des temps d'échanges et d'entretiens individuels et collectifs
- observé les outils et documents de travail

En nous appuyant sur *l'approche SALT (cf. partie VI b. du présent rapport)* à laquelle chaque membre de la mission a été sensibilisé, nous avons appliqué le principe mettant l'accent sur l'humain en appréciant les communautés qui nous accueillent (les CS). De même, nous nous sommes appuyés sur les forces de celles-ci et nous avons évité une posture d'expert. Cette approche nous a permis un échange plus authentique avec nos homologues.

➤ Outil (cf. grille d'observation et canevas - annexe n°2)

Suite à la formulation de nos objectifs, nous avons réalisé une grille d'observation afin d'avoir une référence après l'action. Cette grille nous a permis « d'avoir bien en tête » ce que nous désirions observer, mais nous tenions fort à ce que sur le terrain, nous ne devions pas « remplir une grille » mais bien observer, en se mettant à la place des acteurs.

La grille, utilisée dans un second temps, nous a permis de structurer notre vécu, nos échanges, ainsi que le présent rapport de mission. En effet, la structure du chapitre X « analyse de l'observation », reprend à l'identique la structure de la grille d'analyse.

➤ Acteurs

- Maisons Médicales de Bruxelles

- Centre de Santé du Miroir

- Maison Médicale des Marolles

- Maison Médicale des Riches-Clares

- Centres de Santé de Kinshasa

- Centre de santé et maternité BOLINGO

- Centre de santé ELONGA

- Centre de santé ESPERODI

- Centre de santé et maternité TOMBWA YA MARIA

- Travailleurs des Maisons Médicales

-Banota Luc (Riches-Claire) : Médecin

-Bronne Vinciane (Miroir) : Chargée de communication – santé communautaire

-Demaré Valéry (Riches-Claire) : Accueillant

-Fantuzzi Delphine (Marolles) : Kinésithérapeute

-Madoki François (Liboso) : Médecin

-Mesmin Helene (Miroir) : Infirmière en santé communautaire

-Oldenhove Geneviève (Marolles) : Médecin

-Van Eetvelde Marie Pierre (Riches-Claire) : Médecin



➤ **Public cible**

-Professionnels de santé (tous les secteurs confondus)

-Patients

-Habitants du quartier

-Animateurs communautaires

-Autorités spirituelles et religieuses

d. Leçons apprises de la précédente mission de 2011

En 2011, a eu lieu la première mission exploratoire à Kinshasa, il s'agissait d'établir les bases d'une collaboration et d'un partenariat entre six CS de Kinshasa et trois MM de Bruxelles. Différents axes avaient été formulés en fin de mission basés sur l'échange d'expérience, la facilitation pour le renforcement du plateau technique et la facilitation de l'organisation de formations.

Le partenariat n'a pas pu s'inscrire dans la durée car les attentes n'étaient pas les mêmes et il y avait de fortes différences entre les missions des structures de Kinshasa et celles des MM de Bruxelles.

Néanmoins, la mission a renforcé le souhait des équipes des trois MM de rencontrer, de partager et d'échanger autour de l'amélioration de la prise en charge des patients et de la qualité des soins en tant que structures de 1^{ere} ligne.

Soucieux de tenir compte des leçons apprises de la précédente mission, lors de la phase de préparation de la mission 2014, nous avons fait les choix suivants :

- Nous avons été appuyé sur le terrain par une structure locale afin de faciliter la mission auprès des partenaires du Sud : il s'agit de RDC Compétence (cf. partie VI b. du présent rapport)
- Nous n'avons pas réalisé cette mission en collaboration avec le CGAT même si ses membres nous ont fourni un appui logistique conséquent (cf. partie VI a. du présent rapport). Nous souhaitons distinguer les objectifs de cette mission, des objectifs de Liboso qui ont un volet « accessibilité aux soins » pour lequel il y a un partenariat avec le CGAT.
- Nous nous sommes informés du contexte avant de partir (rencontre avec Nathalie Ribesse, médecin généraliste à l'observatoire de la santé de Bruxelles, ayant eu une expérience avec la CTB à Kinshasa)
- Nous avons échangé avec des CS accessibles géographiquement, ce qui nous a contraints de ne pas rencontrer le CS de Boo Suba.
- Nous avons basé cette mission sur l'échange de pratiques communes
- L'équipe des huit travailleurs des MM a opté pour une méthode de travail de répartition des responsabilités entre tous
- Nous avons sélectionné quatre CS acceptant l'idée de cet échange, dispensant des SSP et réalisant des actes techniques de base (circoncision, etc.)
- Chacun des quatre binômes est resté dans le même CS durant toute la mission
- Nous mettrons un accent à maintenir le contact et identifier avec les acteurs le(s) moyen(s) de communication les plus adaptés
- Nous veillerons à restituer l'avancée du projet dans des temps et dans une forme adéquate à l'ensemble des acteurs (équipes des MM, travailleurs congolais, etc.)



e. Limites de l'observation

Nous avons souhaité vous faire part des limites de l'observation que nous avons identifiées collégialement à l'issu de cette mission.

D'une part, le temps effectif de présence dans les CS a été de quatre jours. Il paraît donc évident que les différents points d'analyse que vous découvrirez au fur et à mesure de votre lecture ne sont pas exhaustifs. Il est également possible que certains points ne soient pas révélateurs de la réalité. Le remplissage de la grille d'observation fut un exercice difficile : relater les faits, sans jugement, sans influence et en dégager des points d'analyse demande de vraies compétences qui s'acquièrent via des formations auxquels aucun des huit travailleurs des MM n'a participé.

De plus, le facteur temps est également important dans le processus d'intégration. En effet, nous avons tous témoigné avoir approfondi les échanges avec les acteurs du Sud et donc nous sentir intégrés, le dernier jour de la mission. Quelques jours supplémentaires auraient probablement permis d'enrichir les apports de la mission.

Autre point à avoir en tête lors de la lecture de ce rapport est que les points d'analyse ne sont pas représentatifs des quatre CS. S'ils ont tous des missions similaires, ils ont aussi chacun leurs particularités dont certaines sont partagées. Une des difficultés pour l'équipe des huit travailleurs des MM a été de synthétiser les observations de quatre binômes ayant observé quatre CS différents.

Enfin, la barrière de la langue, nous a limité dans nos échanges notamment avec les communautés. Seulement deux des huit travailleurs des MM parlaient le Lingala.

f. Pré-test

Afin de tester avant le départ notre grille d'observation, l'équipe des huit travailleurs a décidé de désigner certains d'entre eux pour aller dans l'une des deux autres MM partenaires du projet. L'exercice consistait à observer d'autres professionnels de la santé, à entrer en contact avec les patients d'une autre MM, à écouter ses remarques, à s'imprégner de l'ambiance générale, à observer les outils et l'organisation des autres MM ...

Pour ce prétest nous nous sommes imposé d'observer uniquement l'accueil. Etant donné que l'expérience fut très enrichissante et que l'exercice fut apprécié par nos collègues accueillants nous proposerons à nos équipes de poursuivre ce travail après la mission à Kinshasa. Cet exercice a permis de renforcer notre position sur le fait que l'observation et l'échange des compétences est une étape essentielle pour améliorer la qualité de l'offre des soins de santé en maison médicale.

Les différentes notes de ces prétests se retrouvent à la fin de ce rapport. (Annexes n°4,5 et 6)

III. Programme de la mission

Dates de mission : du samedi 13/09/2014 au mardi 23/09/2014

Samedi 13/09

18h : Atterrissage Kinshasa groupe 1, prise de connaissance des logements

Dimanche 14/09

8h : Courses

9h : Petit-déjeuner

10h : Groupe 1 finit de s'installer, transfert des photos prises le premier jour sur la page « facebook »

13h : Visite de Katty De Patoul (ex. médecin généraliste à la maison médicale des Marolles), moment d'échange sur ses expériences du Congo et entre nous sur les maisons médicales

13h45 : Visite de Judith : explication de la préparation qui a été faite sur place par RDC Compétence

15h : Détente chez Tintin

19h : Courses

20h30 : Repas et arrivée groupe 2

Lundi 15/09

8h : Petit-déjeuner + débriefing avec Anatole sur le début de l'observation dans les centres de santé

10h : Présentation des binômes aux centres de la délégation « Liboso » et répartition des binômes

11h : Début de l'observation dans les centres

15h30 : Fin de la journée d'observation et retour aux logements

19h : Réflexion Après Action en groupe

Mardi 16/09

7h : Petit-déjeuner

8h30 : Arrivée dans les centres de santé

15h30 : Fin de la journée d'observation et retour aux logements

19h : Réflexion Après Action en groupe

Mercredi 17/09 :

7h30 : Petit-déjeuner

9h30 : Visite chez Madame la Bourgemestre de Masina

11h : Visite de la zone de santé Masina I et écoute de la préparation des relais communautaire pour la vaccination polio

13h : Visite de la zone de santé Masina II

15h : Repas

18h : Rencontre de Judith, présentation de notre film, préparation de la restitution de l'observation pour vendredi aux centres et le lundi aux les organes supérieurs de santé.

20h : Souper

22h30 : Retour aux logements

Jedi 18/09 :

6h30 : Petit-déjeuner
8h : Participation à la vaccination porte à porte pour la poliomyélite
13h30 : Pause
14h : Séance de questions/réponses avec travailleurs du centre
15h30 : Fin de la journée d'observation et retour aux logements
19h : Réflexion Après Action en groupe

Vendredi 19/09

7h30 : Petit-déjeuner
9h : Arrivée et début de l'observation dans les centres
14h : Présentation aux centres du film de présentation et restitution
15h : Séance de questions/réponses
16h30 : Fin de la journée d'observation et retour aux logements

Samedi 20/09

8h : Départ journée détente « chutes de Zongo ». Retour vers 21h

Dimanche 21/09

Matinée : Détente
14h : Préparation restitution du lundi
18h : Préparation PowerPoint et repas
23h00 : Retour aux logements

Lundi 22/09

Matinée : Fin de la préparation du PowerPoint et de la présentation aux centres de santé et aux organes de santé supérieurs
13h30 : Départ pour la salle de réunion
15h : Présentation et restitution de l'observation
16h : Séance de questions-réponses

Mardi 23/09

8h : Petit-déjeuner
10h30 : Réunion de présentation au CGAT
11h30 : Visite mutuelle de Kalembelembe
15h : Repas + Réflexion Après Action de groupe et individuelle, expression du ressenti
18h : fin de la Réflexion Après Action
22h : Décollage pour Bruxelles

IV. Bilan financier

Nous nous sommes basés sur un budget de mission d'un peu plus de 14.000€ auquel il faut ajouter des frais indirects de mission. Concernant ce dernier aspect, nous y retrouvons les salaires et honoraires des travailleurs envoyés en mission, à l'exception de Luc Banota dont le séjour est décompté de ses congés annuels.

Afin de couvrir ces dépenses, il a été demandé de façon équitable à chacune des ASBL (Liboso, MM Marolles, MM Riches Claires et CS Miroir) une participation identique qui correspond au quart du budget de mission. Cette participation individuelle a été évaluée à 3.561 euros par ASBL. Toutes les MM ont contribué à cette somme sous forme de don de mission, sauf la MM des Riches Claires qui l'a fait partiellement et sous deux formes : 2.000€ en don et 1.500€ en prêt envers Liboso. L'ASBL Liboso possédait avant le départ une somme de 1.800€ sur ses comptes bancaires.

Au terme de la mission, les frais indirects seront diminués, à savoir que Marie-Pierre s'associe à Luc pour baisser ses frais à la MM Riches Claires et confirme que son séjour de mission sera pris sur ses congés annuels.

Nous tenons à faire remarquer la grande disparité dans les frais de change. Le taux le plus défavorable à l'achat du dollar américain reste l'aéroport de Zaventem avec un taux de 0,91euros pour 1dollar. Les banques en Belgique sont à peine plus favorables. Alors qu'à Kinshasa malgré la disparité, nous avons une moyenne de 0,77€ avec 0,8 € dans les bancontacts à Kinshasa ou à l'aéroport de Kinshasa ou mieux, environ 0,73€ dans les restaurants, supermarché et station-service carburant à Kinshasa. La moyenne de change en Francs congolais est de 0,0008€ par franc. Les chiffres donnés en euros ne sont donc pas pour toutes les dépenses des certitudes mais des évaluations dépendant du taux de change.

Il est à savoir, que des dépenses imprévues ont été ajoutées aux frais de missions. Nous pouvons citer l'exemple de certaines assurances voyage pour les travailleurs qui n'en possédait pas. Nous avons aussi été surpris par la taxe aéroportuaire demandée au moment du départ de Kinshasa vers la Belgique d'environ 44€ par voyageur (55\$), ce qui donne une dépense supplémentaire de 352€. Dans le même ordre d'idée, la prévision du cout des logements était insuffisante puisqu'un surplus d'environ 693€ a été constaté (autres frais RDC compétence 172€ de plus, frais de réunion à Kinshasa 146€ supplémentaires, etc.).

Nous pouvons aussi nous satisfaire des quelques gains octroyés pendant la mission. De faibles gains par exemple sur les billets d'avion avec leurs assurances annulation, les frais de reprographies non utilisés, etc... Mais le plus grand gain est celui du budget alimentation d'environ 1900€ (restaurant et autres frais alimentaires compris).

Les voyageurs ont aussi émis une participation de 320€ au total largement supérieure aux dépenses de loisir programmés et coûtant environ 181€.

Il faut aussi rajouter l'aide d'Anatole Mangala (CGAT), la participation de certains travailleurs en mission (frais de téléphone) ainsi que l'aide logistique de Luc Banota (et ses proches) qui a été estimée à 1500€ (véhicule, restauration). Ces dons constituent aussi des dépenses éventuelles de mission et sont repris dans le bilan car pourraient constituer des dépenses réelles dans une prochaine mission notamment les frais de transport.

Pour finir, la somme dépensée pour cette mission a été évaluée à un peu moins de 16.000€ dans laquelle se trouve le prêt de la MM Riches-Claires de 1.500€ ainsi que 570€ à rembourser aux travailleurs en mission. En considérant que la somme perçue était d'environ 14.300€ au départ, Liboso doit, pour être à l'équilibre, ajouter une somme d'un peu plus de 1.700€.

V. *Présentation des Centres de Santé*

Les quatre CS visités se situent dans le quartier de Masina, trois sont dans la ZS de Masina 2 et un dans la ZS de Masina 1.

Ils ont tous pour mission de dispenser des SSP à la population du quartier.

Trois des quatre CS ont un statut « privé, agréé par l'état » : c'est-à-dire qu'une convention a été signée entre la communauté religieuse et l'état, ce qui engage le centre à fournir un PMA à la population le fréquentant. Le quatrième est un CSR.

Bref descriptif de la structure du système de santé en RDC (recueil des normes de la zone de santé)

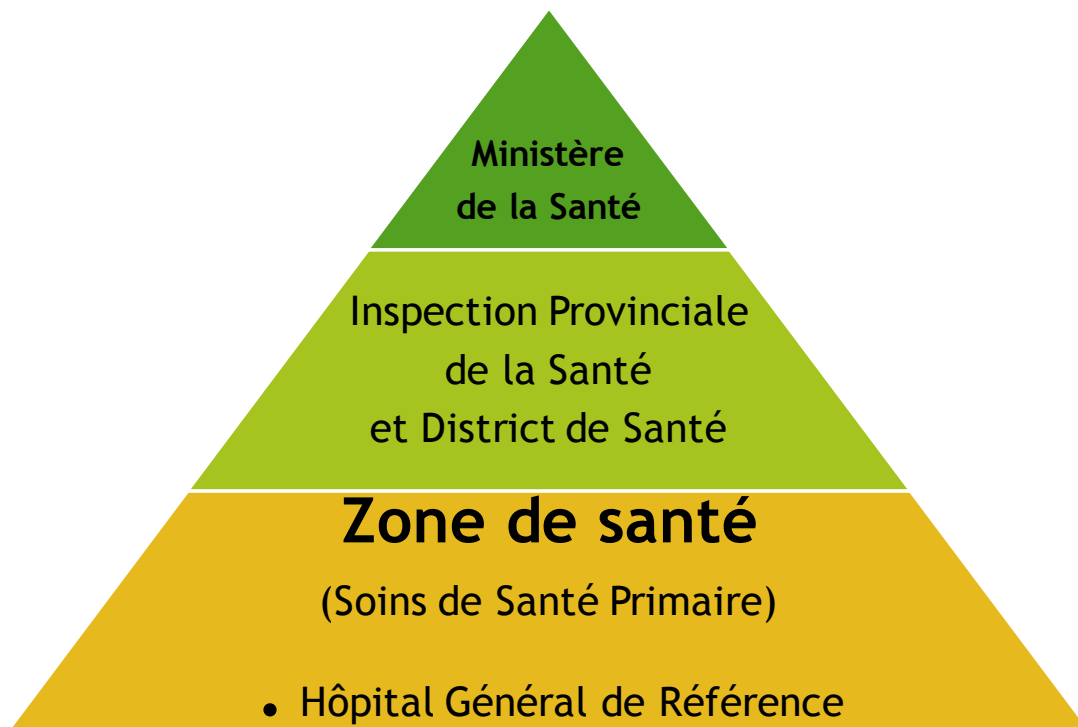
Le système de santé national est organisé en trois niveaux:

- le niveau central avec un rôle de normatif et régulateur (ministère de la santé)
- le niveau intermédiaire jouant le rôle d'appui technique aux ZS (ZS). Il s'agit des IPS et des DS.
- le niveau périphérique, c'est la ZS. C'est le niveau de planification et d'opérationnalisation des activités de SSP.

La ZS est subdivisée en AS. Chaque AS est couverte par un CS.

Parmi les structures sanitaires obligatoires d'une ZS, on retrouve les CS et l'HGR. Les structures facultatives permettent de répondre aux exigences d'accessibilité : il s'agit, entre autre, des CSR.

Le CS est le lieu de premier contact de la population, tandis que l'HGR est le niveau de référence.



Nota bene : il est à savoir que nous ferons une distinction entre IT et les Infirmiers, le premier ayant une place de responsable. La place d'IT s'acquiert par l'expérience

a. Tombwa Ya Maria

Tombwa ya Maria signifie l'assomption de la vierge noire. Ce CS est dirigé par des religieuses de l'oblat de l'assomption de confession catholique. Il a un statut de centre privé agréé par l'état de l'AS Sans-Fil.

Il a été créé en 2007 et s'est agrandi en 2009 par la construction d'une maternité.

A l'origine, la congrégation travaillait pour l'éducation sur le territoire national. Petit à petit, les axes d'intervention se sont diversifiés (santé, handicap). A Kinshasa, les sœurs œuvrent dans le domaine de la santé.

Activités du Centre de Santé

- Consultations médicales
- Suivi des patients porteur du VIH (soutien d'un programme MSF et d'une personne vivant avec le VIH), de la TBC (soutien d'un programme de l'ICAP), des patients diabétiques et hypertendus
- Observation en hospitalisation provisoire (max 48h)
- Soins infirmiers
- Pharmacie
- Laboratoire
- CPS
- CPN
- Échographie de fœtus
- Circoncision
- Maternité
- Approche communautaire (soutien des ARC)
- Accompagnement des patients inscrits à une mutuelle

Équipe de travail

- Les religieuses travaillent dans le centre: une accueillante (sœur Solange, aidée de sœur Blandine), deux infirmières (sœur José et sœur Carine), une accoucheuse (sœur Consolée) et une gestionnaire (sœur Thérèse)
- Un IT (Pépé Nonjintele)
- Un médecin généraliste (Dr Diane)
- Deux infirmiers (Joseph et Bienvenu)
- Trois laborantins
- Deux accoucheuses
- Deux sentinelles dont une fait le chauffeur si un patient doit être transféré en urgence
- Un ARC (Françoise)

Descriptif des lieux

L'entrée principale se fait dans la salle d'attente autour de laquelle s'organise l'accueil, deux bureaux de consultation, une salle de soin, un labo, une salle d'observation et 2 bureaux administratifs.

La maternité a sa propre entrée même si les travailleurs peuvent l'atteindre via un circuit interne. Le bâtiment principal comprend le bureau de gestion du CS, une salle de travail (trois lits), une salle d'accouchement (deux tables d'accouchement) et une salle d'accueil/attente.

Le second bâtiment comprend quatre chambres de quatre lits et des latrines réservées aux accouchées.

Les horaires du CS sont les suivantes :

- Ouverture quotidienne de 7h30 à 15h30 sauf Dimanche
- Le laboratoire de 7h30 à 11h30
- La garde 24h/24 (maternité et soins)

Nota bene: une consultation coûte 2,5€ et 3€ la nuit

Financement

Le CS ne perçoit pas de subsides de l'état, par contre, il est inscrit à deux programmes d'aide internationale: VIH (MSF), TBC(ICAP).

Le financement se fait par les recettes des consultations et petits actes techniques. Le CS perçoit ces entrées, soit par le versement direct de bénéficiaires ou par les mutuelles de santé auxquelles certains patients sont adhérents (mutualité des enseignants, etc.).

Personnes de contact: Pépé Nonjintele et sœur Thérèse

Travailleurs ayant visité ce centre : Hélène Mesmin et Marie-Pierre Van Eetvelde



b. Bolingo

Bolingo signifie amour.

Activités du Centre de Santé

- Consultations médicales (par une infirmière, passage d'un médecin 1 fois/semaine)
- Suivi des patients porteur du VIH (soutien d'un programme MSF et d'une personne vivant avec le VIH), de la tuberculose (soutien d'un programme de l'ICAP et action Damien), des patients diabétiques et hypertendus
- Observation en hospitalisation provisoire (max 48h, deux lits d'observation)
- Soins infirmiers
- Pharmacie (donne directement les médicaments aux patients, si rupture de stock, les patients achètent les fournitures dans une pharmacie et le centre contre-remboursement)
- Laboratoire (rapidité d'analyse des résultats, souvent le jour même)
- CPS
- CPN (collective et individuelle)
- Approche communautaire (soutien des ARC)
- Accompagnement des patients inscrits à une mutuelle
- Sont déontologiquement tenus de dépister et de prendre rapidement en charge tout début d'épidémie dans la zone de santé.

Équipe de travail

- Quatre infirmières (accueil, salle de soins, consultation médicale, et alternance dans le suivi des patients à pathologies chroniques),
- Un gestionnaire
- Un laborantin
- Une femme d'ouvrage
- Un agent de relais communautaire
- Passage d'un médecin 1X/semaine.
- Passage d'un ophtalmologue 2X/mois.

Descriptif des lieux

L'entrée principale donne sur une parcelle avec, à gauche, une salle d'attente sous toit, sans mur, banc en béton, sur la droite l'annexe comprenant le laboratoire, le cabinet de prise en charge des patients chronique ainsi que sa salle d'attente, et au centre, un pavillon avec tout le reste : une salle d'attente interne, un cabinet de consultation, une salle d'observation, une salle de soins ainsi que le bureau du gestionnaire.

Les toilettes sont à l'extérieur à l'arrière.

L'accueil se fait à l'extérieur sur la gauche du pavillon en face de la salle d'attente externe.

Les horaires du CS sont les suivantes :

Ouverture quotidienne de 7h30 à 15h30 sauf le WE (référence des soins urgents à Twomba Maria)

Le laboratoire de 7h30 à 15h30.

Pas de système de garde. La garde la plus proche est le CS Tombwa ya Maria.

Nota bene: une consultation coûte 3000 F.C., si le patient est mutualisé cela lui coûte 500 F.C. Qui font office de ticket modérateur et les 2500 F.C. Restant sont pris en charge par l'organisme assureur.

Financement

Le CS ne perçoit pas de subsides de l'état, par contre, il est inscrit à deux programmes d'aide internationale: VIH (MSF), tuberculose (ICAP – Action Damien).

Le financement se fait par les recettes des consultations et petits actes techniques. Le CS perçoit ces entrées, soit par le versement direct de bénéficiaires (75%) ou par les mutuelles de santé (25%) auxquelles certains patients sont adhérents (mutualité des enseignants, ambassade de Belgique, etc.).

Le BDOM gère salaires et médicaments chroniques qui ne sont pas repris par les aides d'Action Damien et MSF. Le centre est tenu de tenir à jour un registre avec toutes les prises en charge lourdes, s'il y en a qui s'ajoutent > le centre de santé doit faire une demande au BDOM pour recevoir des financements pour les nouveaux traitements.

Personne de contact: Mama Rita

Travailleurs ayant visité ce centre : Luc Banota et Delphine Fantuzzi



c. Esperodi

Le CS ESPERODI signifie « Espérance dans le royaume de Dieu ». Ce CS se situe dans la commune de Masina, au Quartier Sans-fil. Depuis janvier 2014, le centre de santé a reçu 1200 patients.

Activité du CS Consultations médicales

- Observation en hospitalisation
- Soins infirmiers
- Pharmacie
- Laboratoire
- CPS
- CPN
- Maternité
- Approche communautaire (soutien des ARC)
- Le centre met à disposition des agents communautaires une grande salle de réunion. La plupart des formations et évaluations des actions communautaires ont lieu au sein du Centre de Santé Esperodi.

Equipe de travail

Le personnel fixe du centre de santé se compose d'une accueillante, d'un auxiliaire, de deux infirmiers, d'un IT, de deux docteurs, de deux personnes responsables du laboratoire et de deux gestionnaires. Le centre de santé accueille également de nombreux stagiaires.

Descriptif des lieux

Ce centre de Santé propose de nombreux services. En plus des consultations médicales, il y a la présence d'un plateau technique et d'une maternité.

Ce centre est ouvert tous les jours et propose trois plages horaires de consultation.

- Matin : de 06h00 à 07h00
- Midi : de 12h00 à 13h00
- Soir : de 17h00 à 19h00

L'accueil est ouvert de 08h30 à 16h30. Un service de garde pour les lits d'observation est aussi mis en place de 17h00 à 08h00 du matin.

Personne de contact

Mr Modeste (Président du Comité de gestion).

Travailleurs ayant visité ce centre : Vinciane Bronne et François Madoki



d. Elonga

Le centre de santé Elonga se situe sur la route menant à l'aéroport, la population de ce quartier est extrêmement dense et vit dans un grand contexte de précarité. Le centre est le long d'un marché très animé à l'arrière du centre s'étend un quartier où se mélangent parcelles d'habitation et échoppes de petits commerce ou d'artisanat tel que couture , restauration et tamisage du manioc.

Activités du Centre de Santé

- Consultations médicales
- Suivi des patients porteur du VIH (soutien d'un programme MSF)
- Consultation de dentisterie
- Observation en hospitalisation provisoire (max 10h)
- Soins infirmiers
- Pharmacie
- Laboratoire
- Suivi des patients atteints de tuberculose avec le soutien de la fondation Damien
- CPS
- CPN
- Approche communautaire (soutien des ARC)
- Accompagnement des patients inscrits à une mutuelle

Équipe de travail

- une équipe de 20 personnes environ travaille sous la direction de Maman Pauline
- Un infirmier titulaire (Richard)
- Un médecin généraliste part time et une endocrinologue une fois par semaine
- Les infirmiers /ères Maman Bébé pour les tous petits, Maman Hortense pour les autres enfants, Maman Françoise pour les suivis tuberculeux, Maman Véronique pour les soins, Maman Sophie pour le suivi des diabétiques et Hypertendus
- Trois laborantins
- Une dentiste
- Une infirmière pharmacienne Maman Joséphine
- Un agent de relais communautaire (Maman Mapassa)

Descriptif des lieux

Le bâtiment est très grand, on entre directement via le marché dans une petite cour dans laquelle se trouve la porte du centre. La salle d'attente sert aussi de lieu d'accueil et de salle de consultation pour la CPN. Au fond de la salle un petit escalier mène au bureau de Maman Pauline.

De cette salle d'attente s'ouvrent les portes qui donnent accès aux différentes consultations et bureaux. Au milieu de cet espace il y a un petit jardin à ciel ouvert qui améliore l'aspect esthétique et fonctionne comme un luit de lumière. Au fond du bâtiment un petit couloir mène à l'arrière et permet de traverser la ruelle pour accéder à la consultation des patients tuberculeux. Maman Mapassa relais communautaire tient son échoppe à cet endroit de la ruelle.

Les horaires du CS sont les suivants :

- Ouverture quotidienne de 7h30 à 15h30 sauf Dimanche
- Le laboratoire de 7h30 à 14h
- La garde n'est pas assurée

Financement

Le centre dépend de l'armée du Salut et est financé par celui-ci. Deux aides extérieures existent MSF pour le VIH et la fondation Damien pour la tuberculose.

Le financement se fait par les recettes des consultations et petits actes techniques. Le CS perçoit ces entrées, soit par le versement direct de bénéficiaires ou par les mutuelles de santé auxquelles certains patients sont adhérents (mutualité des enseignants, etc.).

Personnes de contact: Maman Pauline, Samuel et Maman Bébé

Travailleurs ayant visité ce centre : Valéry Demaré et Geneviève Oldenhove



VI. *Présentation des structures ressources*

a. CGAT



Le CGAT est une association issue de la société civile congolaise. Il a pour vocation d'encadrer, de stimuler et de professionnaliser toute initiative de mutualisation des coûts en matière de soins de santé. L'ASBL vise l'autonomie et le développement de mutuelles de santé. Cela passe par la recherche de pratiques de tarifs adaptés au secteur non-marchand.

Actuellement actif à Kinshasa, au Bas-Congo, au Nord Kivu et dans la province de l'Equateur, il apporte son savoir-faire en organisant par exemple des études de faisabilité pour l'implantation de mutuelles, ou encore en permettant la formation d'agents pour la sensibilisation des populations à ce type de solidarité autour de la santé.

Plus que tout, le CGAT a une connaissance profonde du réseau sanitaire où il est implanté. C'est à cet égard que la collaboration avec Liboso prend une autre dimension. En effet, pour pouvoir entamer un échange de compétences avec des CS, il est primordial qu'un partenaire congolais puisse avoir une connaissance approfondie du système de santé en RDC.

Enfin, le CGAT est la structure qui a mis en œuvre la mission de septembre 2014, assurant tant l'aspect logistique que le lien avec les équipes cadre des DS et avec celle des formations sanitaires rencontrées.

Personnes de référence :

Dr. Irène Nsadi, médecin conseil et Mme Liliane Muthekwa, responsable du CGAT National.



b. RDC Compétence



RDC Compétence représente un ensemble de personnes qui se bat pour démontrer la capacité du Congolais à lutter pour sa santé avec ses propres ressources. Il existe une grande diversité d'actions que les communautés peuvent mener pour prévenir la maladie et pour améliorer la qualité des vies.

Le but de RDC Compétence est de mettre des communautés en contact, afin que les forces des unes servent d'exemple aux communautés qui se sont donné des priorités pour progresser.

RDC Compétence utilise la méthode SALT. Bel Compétence a formé les différents travailleurs à cette approche avant la mission.

Les concepts de base de l'approche SALT sont :

- S : soutenir et stimuler
- A : apprécier, analyser et apprendre
- L : lier et écouter
- T : se transformer et transférer

RDC compétence a visité et préparé les quatre CS concernés par notre mission. Ils ont aidé les centres de santé à formuler leur rêve. Le rêve est la vision que la communauté se fait de l'idéal à atteindre. Il constitue une source d'énergie et de motivation pouvant conduire la communauté vers sa compétence.

Lors de la mission, les facilitateurs de RDC compétence sont venus nous aider à restituer notre semaine d'observation et aider les deux communautés à rêver d'une future collaboration.

Après la mission, RDC Compétence accompagnera régulièrement les centres de santé dans le processus de développement des compétences.

Personne de référence : Judith Dialunda

Il est à préciser qu'au-delà de la facilitation, Judith fut un appui important pour établir nos stratégies avant, pendant et le sera, nous l'espérons, pour la suite. En effet, elle a assisté à plusieurs de nos débriefings durant la mission. Nous permettant, ainsi de bénéficier de précieux conseils d'un acteur de terrain...



VII. *Analyse de l'observation*

A. Parcours du Patient :

Nous avons observé une grande qualité de la prise en charge tout au long du parcours du patient dans les différents centres de santé.

Le parcours est bien balisé et connu par le patient. Celui-ci se présente d'abord à l'accueil et règle la consultation, ensuite il est directement pris en charge pour mesurer ses signes vitaux. L'infirmier ou le médecin qui assure les consultations le reçoit, échange avec lui et fait preuve d'empathie. La convivialité des consultations et l'écoute des professionnels ont été relevées dans les quatre CS.

Si le patient a besoin de faire des examens complémentaires (prise de sang) ou encore de passer par la pharmacie interne du CS, le patient repasse par l'accueil pour régler cette prestation supplémentaire avant d'être redirigé. Nous nous rendons compte de la totale intégration des différents services et des différentes spécialités médicales.

Tout au long de ce parcours, le patient est vraiment mis en avant et tout s'articule autour de lui. Pour les patients qui ont une maladie chronique (diabète, HIV, tuberculose et HTA), le parcours est adapté selon ses besoins. Ces systèmes de parcours fonctionnent très bien, ils sont élaborés, coordonnés et sont finalement logiques.

Les CS font preuve d'une forte adaptabilité face au peu de moyens ; Notons qu'il existe dans chacun des quatre CS un parcours spécifique pour les urgences. En effet, l'accueil a le rôle de prendre les paramètres vitaux et notamment la température. En cas de fièvre supérieur à 38°C, le patient est directement orienté vers le dispensaire pour recevoir une injection d'antipyrétique selon un protocole écrit.

Le fait que chaque CS ait sa pharmacie interne permet de s'assurer de la compliance et du suivi du traitement pour chaque patient. Cela permet également d'éviter le gaspillage et de s'assurer de la qualité du traitement (lutte contre le commerce illégal de médicaments).

Il y a également l'existence d'outils qui aident les professionnels pour le suivi des consultations (exemple : le carnet du patient). Quotidiennement (à 7h30 le matin) a lieu le rapport et les études de cas entre les équipes : moment privilégié permettant à l'équipe de se mettre au même niveau d'information et d'échanger à propos de certaines prises en charge.

Nous soulignerons aussi la rapidité des actes techniques grâce au laboratoire interne à chaque CS. Malgré tout, le patient qui présente une maladie peu fréquente, risque d'être envoyé dans un laboratoire de référence pour y faire son examen biologique.

Après les quelques jours passés auprès du personnel des CS, nous nous sommes rendu compte que les professionnels de la santé pensent que les patients deviennent de moins en moins « patients » et parallèlement, certains patients se plaignent des temps d'attente trop longs. N'y a-t-il pas, dès lors, des stratégies à mettre en place pour alléger ce temps d'attente entre chaque étape du parcours ? Ne faudrait-il pas proposer des consultations d'urgence dans certains cas qui le justifieraient ? Ne devrait-il pas être envisagé d'ouvrir les CS quelques heures de plus par jour ? Cela pourrait engendrer plus de satisfaction de la part de certains patients...

En ce qui concerne les références et les contre références nous observons de très grandes différences entre les deux systèmes. D'après les professionnels rencontrés, les systèmes de référence sont très bons et l'orientation se fait généralement selon le choix du patient. Les infirmiers connaissent leurs limites de responsabilité. La plupart du temps, l'IT et les médecins décident de référer tous les patients dont la prise en charge ne relève plus de l'activité du CS (norme définie par le PMA).

De l'autre côté, le système de contre référence des hôpitaux vers les CS ne fonctionne pas bien. Ce système rencontre certains problèmes et les transmissions d'informations sont insuffisantes de la seconde ligne vers la première ligne. Il serait intéressant de voir comment ce système pourrait être amélioré.

B. Accueil

1) Accessibilité générale

Les CS assurent chacun leurs permanences, avec des horaires précis et des gardes de nuit pour certains. Les informations d'une permanence à une autre sont transmises en interne lors des discussions des cas cliniques rencontrés.

Ils réfèrent à l'extérieur dès que la situation dépasse les compétences du personnel ou l'infrastructure.

Ils sont tous accessibles facilement, situés dans les différentes zones, «au centre de leur quartier», avec une offre de soins correspondant aux PMA.

Bien qu'il y ait une certaine hétérogénéité du niveau social au sein de Masina, les soins sont généralement accessibles à la population, voire gratuits pour certaines pathologies, grâce aux subsides extérieurs... Parfois on assiste, devant des cas de grande précarité ou des situations urgentes à des dons personnels de la part de certains membres de l'équipe...

Aussi, la solvabilité des patients du quartier est connue des relais communautaires qui, via le centre avec lequel ils collaborent, peuvent proposer une prise en charge des soins ou une aide aux personnes qui n'y auraient pas accès.

La mutuelle existe seulement pour certains secteurs professionnels (enseignants,...), malheureusement pas pour toute la population.

2) Comptoir de l'accueil

L'accueil est calme, sans téléphone, et un peu austère, sans horaires consultables parfois, et sans beaucoup d'autre affichage, même informatif.

L'accueillant y est souvent seul à œuvrer, et constamment à son poste, disponible et chaleureux, au milieu de la salle d'attente qui laisse peu de place à la convivialité...

Première ligne d'accès, l'accueil reçoit la demande du patient, répartit et réfère aisément à l'intérieur du centre, et s'occupe souvent des paiements des soins et/ou des médicaments s'il n'y a pas de « caisse »... la majeure partie de son travail est plutôt administratif.

Dans certains centres, la personne de l'accueil a une formation paramédicale, une ressource à ce niveau qui permet aussi la continuité.

Se sentant valorisée par son rôle qui demande aussi une écoute de qualité, le plus souvent la personne de l'accueil se trouve être à l'aise à son poste, même si elle craint les affluences... Mais ce n'était pas le cas ce mois de septembre... les budgets des familles sont serrés et plutôt dirigés vers la rentrée scolaire ...



C. Soin curatif

1) Anamnèse, examen clinique et diagnostique

Nous avons pu pendant les quatre jours de notre observation suivre des consultations dans les quatre centres choisis. Les constatations se recoupent très fort. Ces consultations sont gérées soit par un médecin soit par un(e) infirmier(e).

Une des constatations les plus importantes pour nous est le rôle majeur de l'infirmier, en effet celui-ci a un rôle équivalent à celui d'un médecin en Belgique. Il mène l'anamnèse qui est souvent de très bonne qualité, il réalise un examen clinique très systématisé ce qui lui permet d'arriver plus facilement à un diagnostic, il demande des examens complémentaires si nécessaire et délivre le traitement. L'infirmier doit porter beaucoup, il a un grand sens des responsabilités. Dans ce contexte le rôle du médecin est beaucoup moins important, il n'est pas toujours présent et son travail consiste à voir les patients qui lui sont transférés par l'infirmier. Il ne fait pas systématiquement d'examen clinique.

Les maladies infectieuses sont recherchées avec grands soins ainsi que les pathologies qui peuvent avoir des conséquences importantes sur la morbidité/ mortalité par exemple le diabète.

Ces consultations sont faites par du personnel bien formé, présentant de l'empathie, et cherchant à faire son travail avec un grand sérieux toujours tourné vers le patient. Nous avons été touchés par beaucoup de dévouement et de professionnalisme. Le personnel cherche des solutions alternatives si les conditions médicales, sociales ou financières sont un handicap pour le patient. Il y a un grand respect du secret professionnel.

Les conditions de travail sont difficiles avec un manque criant de moyens, peu de place, très peu de matériel, pas d'accès facile à l'eau et donc une hygiène difficile. Les locaux sont rarement fermés, les portes entrouvertes laissent peu de place à l'intimité.

Mais malgré ces conditions difficiles et la charge de travail qui est très importante, nous pouvons témoigner de l'efficacité de ce travail.

2) Prise en charge thérapeutique

Un des enseignements intéressants tiré de notre observation est l'articulation entre une prise en charge individuelle et collective de la santé. En effet, en prenant pour exemple les CPN et les CPS, nous pouvons remarquer que les messages de prévention à propos de la vaccination, la nutrition ou de l'hygiène sont délivrés de manière collective à l'ensemble des mamans présentes aux activités. Ces mêmes messages sont par la suite repris lors de contacts individuels avec les participantes. Les sujets abordés sont variés et souvent en lien avec les préoccupations en cours de grossesse. Retenons parmi elles les questions autour des IST, du diabète, de l'hypertension, de l'accouchement, du VIH, de la transmission mère-enfant ou de l'infection par le virus Ebola. Les thèmes abordés sont souvent soulevés par les participantes elles-mêmes. Il existe en effet une grande interactivité avec les soignants.

Un autre fait remarquable est la place de l'agent communautaire dans la prise en charge thérapeutique. Il constitue un point important dans le suivi de traitement de maladies longues, comme la tuberculose, ou chroniques, comme l'infection par le VIH. Dans ces cas de figure, l'agent communautaire, en contact étroit avec sa communauté, peut signaler une aggravation d'un état de santé, l'apparition d'une situation sanitaire inquiétante, voire participer au soutien d'un malade en cas d'abandon d'un traitement.

Il faut compléter le tableau de la description de la prise en charge thérapeutique par l'importance du rôle des pairs. Ainsi, chez les patients présentant une infection par le VIH, la présence et le soutien d'autres malades sont importants dans le mécanisme qui conduit à rendre le patient acteur de son traitement.

Dans les centres de santé visités, une pharmacie est présente pour les traitements courants.

Au niveau de la continuité des soins et plus particulièrement de la transmission des informations utiles entre les soignants, plusieurs cas de figure ont été observés. Dans certains centres, la transmission d'une équipe à l'autre se fait au moment du changement. Elle prend également la forme d'une réunion plus formelle, celle du staff médical.

Lors des échanges, les acteurs nous ont fait part de l'augmentation de la prévalence du diabète, notamment chez les jeunes et les femmes enceintes. Ils attribuent ce phénomène à une mauvaise hygiène de vie. Toujours d'après eux, la population n'a pas le réflexe des attitudes préventives ni de la prise en charge précoce des maladies.

Sur le terrain, les acteurs sont convaincus qu'une maman en bonne santé, c'est une famille en bonne santé. Les mères investissent les centres de santé de sorte qu'elles savent qu'elles y trouveront les réponses aux problèmes de santé de leurs enfants.

Du point de vue des observateurs que nous sommes, nous remarquons que les activités des centres sont menées de façon optimales compte tenu des conditions de travail difficiles. Face à celles-ci, les acteurs nous paraissent avoir une bonne gestion du stress.

Nous nous interrogeons sur les différentes stratégies adoptées concernant le dossier médicale. En effet, nous avons observé que certains centres privilégiaient la tenue d'un registre compilant les symptômes et traitements par patient tandis que d'autres utilisaient un dossier individuel. Une constatation similaire peut se faire quant à la vaccination dont les informations sont collectées dans un registre.

Enfin, la prise en charge de la douleur reste pour nous une question intrigante. Nous observons des réponses éloignées de nos réflexes habituels et souhaitons intégrer cela dans le contexte socioculturel que nous sommes encore loin d'appréhender correctement.

Pour conclure, la demande de formation en tout genre est très forte de la part de nos homologues congolais et un soutien allant en ce sens nous semble important.



D. Gestion du centre de santé

Nous avons axé notre observation sur trois efficiences : ressources humaines, ressources financières et stratégies.

Nous avons remarqué, de façon commune aux quatre CS une bonne efficacité des ressources humaines. Les centres possèdent un membre responsable du centre (ex : Infirmier en chef, gestionnaire, etc.) très efficace et à l'écoute du personnel. Généralement, ce dernier s'occupe aussi de la gestion de conflit. Dans les travailleurs, il y a une mixité remarquable entre professionnels et volontaires. Le personnel semble satisfait de l'ambiance de travail dans les CS. Pour nous observateur, nous nous posons les questions sur l'effectif du personnel des CS ainsi que sur la charge de travail que nous trouvons élevée.

Concernant les ressources financières, les travailleurs rémunérés le sont souvent suivant un barème avec prise en compte de l'âge et de l'ancienneté : salaire fixé (ex : BDOM), payé en temps et en heure (certains centres). L'efficacité salariale reste un facteur de stabilité du personnel. Les salaires restent malgré tout relevés comme insuffisants par les travailleurs. Cette stabilité est largement influencée par, d'une part, les subsides (MSF, Action Damien, Armée du salut, ...) et, d'autre part, par les paiements des patients (paiement de leur propre chef ou affiliation ou abonnement à des « mutuelles »). De plus, l'état intervient aussi pour une partie du paiement de certains salaires. Les patients affiliés/ abonnés permettent une constance et une stabilité plus importante en ressources pour les CS. Par contre, la notion de « mutuelle » observée la plupart du temps se rapproche beaucoup plus de notre notion « d'assurance ». Il semble qu'en RDC, il aurait une notion d'obligation légale des entreprises envers leurs employés sur la prise en charge de la santé. Les « mutuelles » répertoriées telle que celle des enseignants, subsidiée par le Ministère de l'enseignement, sont fort appréciées car renforcent l'efficacité des ressources financières. A notre avis, une amélioration de disponibilité financière serait à recommander ainsi qu'une politique salariale des équipes plus optimale et une plus grande accessibilité financières aux soins, probablement en adoptant un système mutualiste plus conséquent.

En termes de stratégie, nous avons remarqué une prise en charge efficace de maladies longues ou chroniques (HIV, TBC, Vaccination) ainsi qu'une stabilité importante des équipes. Le salaire optimal reste une motivation de la stabilité de l'équipe. Notre constat souhaiterait une amélioration de l'efficacité des ressources. Par exemple, l'amélioration de l'état des locaux et du bureau accueil, la création de point d'eau et l'utilisation de ceux-ci et surtout ceux qui sont déjà présents, une augmentation des moyens d'asepsie, l'informatisation, l'amélioration de l'intimité. La communication externe peut être améliorée. Peut-on espérer la participation des travailleurs à la gestion des centres ?



E. Observatoire de la Santé

Dans les centres de santé, les infirmières et/ou médecins sont tenu de remplir des registres pour l'Observatoire de la santé (ex : registre pour CPN, CPS, VIH, TBC, celui du laboratoire et le général). Ils reprennent le lieu d'habitation, les symptômes, le diagnostic final et éventuellement le traitement.

Lors du remplissage des registres et annonce de diagnostic (ex : VIH), les travailleurs ne marquent pas « positif » ou « négatif » comme résultat mais par exemple « ok » pour un test positif. C'est un code entre thérapeute garantissant la confidentialité des données.

Les infirmières et/ou médecins ne sont pas spécifiquement formés à remplir les registres, ils apprennent sur le terrain.

Les centres de santé ont des « cahiers de réquisitions » pour les nouvelles pathologies chroniques (ex : TBC, VIH...) avec une prise en charge des frais par des organismes supérieurs et/ou partenaires (Action Damien, MSF...).

Si le nombre de prises en charge augmente, il faut écrire un rapport au Bureau Central (normalement cela se fait chaque mois mais il existe aussi la possibilité de faire des demandes intermédiaires).

Si les centres de santé et l'Observatoire venaient à dépister une épidémie, les CS seraient, déontologiquement, tenus d'aller trouver les malades dans la communauté.

Exemples d'application :

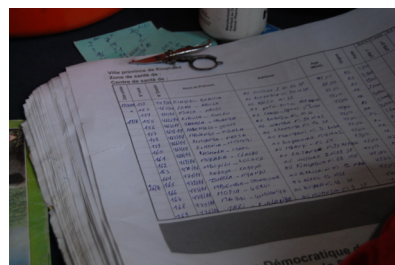
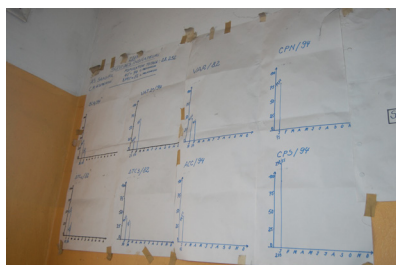
- Statistiquement, on peut démontrer qu'il y a moins d'enfants nés avec le VIH chez les mères participant au programme de CPN que celles qui n'y viennent pas.
- Le taux de couverture vaccinale est connu et replacé sur graphique. Sur ces chiffres se basent des évaluations pour la création de campagne et maximaliser la sensibilisation à la vaccination.
- Ils savent chiffrer combien de personnes consultent mensuellement dans les centres de santé.
- Ils peuvent définir quel pourcentage de la population effectue sa visite de contrôle au centre de santé (seulement 30%).
- Etc.

Ils nous posent la question de savoir si on est capable de restituer toutes ces données...

La collecte des données permet aux CS d'avoir un regard global sur leurs activités, de s'évaluer, de définir leurs priorités et de les légitimer. Les CS sont régulièrement supervisés par les autorités concernant cette activité qui est une obligation légale à laquelle chaque CS dépendant du système national de santé doit répondre.

Les travailleurs des CS pensent qu'il faudrait améliorer :

- Les retours statistiques de l'Observatoire de la santé sur les chiffres que les CS envoient.
- La mise à jour des données statistiquement/graphiques.
- Un recensement de la population des ZS pour une meilleure évaluation de la couverture vaccinale, prise en charge des pathologies chroniques et/ou transmissibles, etc.



F. Dynamique communautaire

Au sein de chaque CS, il existe un organe de participation communautaire appelé le COSA composé (environ 10 pers) :

- d'habitants du quartier
- de travailleurs de CS
- d'ARC

Au sein des CS, il y a la présence d'un ou plusieurs ARC. Ils sont 82 pour la ZS de Masina 2 et 515 sur l'ensemble du territoire de Masina.

A chaque échelon du système de santé, la communauté est représentée soit à titre individuel (ARC) ou collectif (CODEV, CODESA, etc.). La hiérarchie est, dans ce cas, la même que celle décrite dans la partie V. « Présentation des Centres de Santé ».

Les ARC sont les acteurs sur le terrain de la participation communautaire. Ils doivent être habitants du quartier. Ils connaissent le quartier et les canaux de diffusion des informations. Ils sont choisis par la communauté pour une durée déterminée. Ils doivent bénéficier de l'écoute et de la confiance des habitants du quartier.

Ils permettent la capitalisation des ressources d'un quartier. Ils sont vecteurs de lien social.

Les ARC reçoivent une formation organisée par la ZS. Nous avons eu la chance de participer à la formation spécifique pour la campagne de vaccination contre la Polio.

Les ARC sont bénévoles, mais peuvent être rémunérés pour les actions financées par des bailleurs de fonds comme la campagne de vaccination contre la polio à laquelle nous avons participé. Leur participation à la campagne de vaccination permet d'optimiser celle-ci.

Les ARC ont des **tâches et des rôles** bien définis par écrit :

Leur formation leur donne des missions d'orientation, de sensibilisation, d'éducation à la santé et de surveillance épidémiologique de la communauté (15 à 20 ménages/ARC).

Leur intervention s'effectue aussi bien dans les CS, qu'à domicile. Ils agissent dans les CS dans le cadre des consultations de prévention comme la CPN et la CPS.

Ils ont aussi pour rôle de favoriser l'adhésion au traitement pour certaines maladies infectieuses comme le VIH. En effet, des patients vivants avec le VIH sont présents dans les CS pour participer à la prévention et la prise en charge du VIH.

Ils sont le relais entre la communauté et le CS et vice et versa. La SC est un maillon essentiel au système de santé pyramidal du Congo. Ils permettent au CS de mieux connaître la communauté.

Suite à l'observation des différentes expressions de l'axe communautaire dans les CS, nous avons dégagés quelques points d'analyse.

Il faut tout d'abord préciser que c'est dans l'observation de l'approche communautaire que la barrière linguistique (cf. partie « limite de l'observation » du présent rapport) a été la plus présente. En effet, s'agissant d'interagir principalement avec les acteurs de la communauté, la langue la plus communément parlée était le Lingala, hors six des huit « travailleur des MM » ne comprenaient pas cette langue.

L'élément principal que nous retiendrons est l'implication de la communauté aux activités et au fonctionnement des CS. Que ce soit pour les activités menées au sein des CS (CPN, CPS, etc.), qu'à l'extérieur (campagne de vaccination), à chaque fois beaucoup de monde était présent.



Outre la participation des habitants, les ARC sont directement issus de la communauté et sont acteurs du système de santé au même titre que les professionnels de la santé. Ils représentent un soutien conséquent pour les CS.

D'autre part, les CS sont situés au cœur des quartiers. Nous avons pu observer à quel point les travailleurs connaissent leur communauté. Ils connaissent leur réalité quotidienne, leur représentation de la santé, leur difficultés et forces. Ceci vient être renforcé par la présence des ARC. Nous nous souvenons que lors d'une rencontre avec ces derniers, l'un d'eux nous dit « il suffit que je passe dix coups de téléphone pour toucher cent personnes ».

Il faut savoir que le rôle de l'ARC représente une responsabilité importante (cf. « taches et rôles » décrits précédemment), il s'ensuit une charge de travail importante. Les besoins en matière de santé sont importants, aussi la médecine de première ligne est directement concernée, et entre autre, les acteurs qui agissent directement dans les quartiers pour la sensibilisation, l'orientation et la surveillance des cas. Ils sont soumis à de nombreuses interpellations et situations complexes. Rappelons que ces derniers sont formés par la ZS mais ne sont pas des professionnels de la santé, il y a donc des limites à leur action.

Suite à nos observations de l'approche communautaire dans le contexte de Kinshasa, nous nous sommes questionner sur la place de cette approche dans nos pratiques au sein des MM de Bruxelles.

Tout d'abord, nous avons eu des difficultés à nous situer: en RDC, il semble qu'il y a peu de frontière entre la sphère privée et professionnelle. En effet, un ARC doit habiter le quartier, aussi son champ d'action concerne son cadre de vie, ses voisins et proches. Pendant qu'en Belgique une nette distinction est faite entre les acteurs de la santé communautaire (tous travailleurs de la santé) et les bénéficiaires (habitants) : est-ce là une des explications de la difficulté des professionnels en Belgique à initier une dynamique communautaire ? A impliquer les habitants ? Peut-on penser que nous ne connaissons pas suffisamment nos communautés et donc avons du mal à identifier leur besoins, leurs ressources et canaux de communication ?

Ensuite, les questions qui nous ont été adressés nous ont interpellés : «comment faites-vous en cas de décès? Pourquoi n'invitez-vous que la famille et les amis?» «Comment passez-vous vos messages?» «Est-ce que vous en Belgique vous considérez les problèmes de vos voisins comme vos problèmes?»

Ces échanges ont questionné directement le fait que le fonctionnement des MM limite l'investissement dans les actions communautaires : les MM ont une mission curative et de promotion de la santé avec un axe de santé communautaire. Ce schéma d'organisation ne limite-t-il pas le développement de l'approche communautaire ? Ne pourrions-nous pas imaginer avoir des ARC ?

Ces questionnements donnent un écho à ceux que l'on retrouve très fréquemment au sein des équipes des MM : « quelle définition donner à la SC et quelle entente commune-a-t-on? » « Quelle place à la santé communautaire dans les MM? » « Quelle place laissons-nous au patient dans la vie de la MM et dans les activités? »

Notre dernier point d'observation de l'axe communautaire portera sur les outils. En effet, nous avons été surpris par la place que prend le chant dans les actions communautaires. Véritable outil de sensibilisation et de communication, le chant est un support pour la promotion de la santé : technique utilisée lors des séances collectives de patients porteurs de la tuberculose, du HIV, etc.

Notons que de façon plus large, la spiritualité est présente dans la vie de chacun des 4 CS visités (prière du matin, etc.). Nous avons constaté que les leaders religieux pouvaient être impliqués dans la sensibilisation de la population : la campagne de vaccination est annoncée par le prêtre à la messe du dimanche.

Société de tradition orale, si le chant est omniprésent, les acteurs de terrains nous ont témoigné manquer de supports de communication écrits.

VIII. Perspectives d'avenir

Les enseignements tirés d'une mission aussi dense et riche, tant sur le plan professionnel que sur celui des échanges humains sont innombrables. A l'issue des dix jours de terrain, tous les acteurs concernés ont souhaité poursuivre le travail de collaboration envisagé initialement par l'AISBL Liboso.

Il s'agit désormais de synthétiser les perspectives d'avenir. Ce qui suit est le fruit d'un travail commun des membres de la mission et des membres des CS.

a. Maintien des échanges

La communication entre les différents partenaires est primordiale car c'est par là que l'interaction est rendue vivante. Les moyens évoqués sont les suivants :

- Envoi du rapport de mission validé par les équipes et les instances des MM bruxelloises pour novembre 2014 au plus tard. En RDC, cet envoi est destiné aux centres rencontrés ainsi qu'à l'équipe cadre de la ZS et du DS de Njili ainsi qu'à l'équipe cadre de la province.
- Recevoir une réponse et appréciation du rapport par les CS de Kinshasa.
- Interagir directement via internet, tout en informant la hiérarchie à Kinshasa.
- Echanger des revues de formations, des affiches pour des campagnes de prévention ou tous documents susceptibles de renforcer les connaissances des professionnels
- Créer une newsletter à parution trimestrielle.
- Mettre en contact les travailleurs des CS de Kinshasa avec nos collègues bruxellois.

b. Axes de collaboration

- Pistes d'actions avec les CS kinois.
 - Avoir des connaissances mutuelles identiques sur la réalité de travail des partenaires.
 - Organiser en partenariat une mission sud-nord.
 - Échanger sur des thématiques communes :

A différents moments de la mission, il a été identifié des thématiques communes qui pourraient être le socle d'échanges futurs. Nous avons repris, ci-après, ces dernières mais il est à préciser que la liste n'est pas exhaustive et que probablement d'autres sujets d'échanges apparaîtront au cours de la construction de ce partenariat.

- Accessibilité financière.
- Approche communautaire.
- Contre-référence.
- Observatoire de la santé et informatisation.
- Prise en charge des patients chroniques.
- Coordination entre les acteurs de terrain.

Une démarche commune permettant une harmonisation des actions envisagées traduite dans un document organisant les échanges entre les CS de Masina et les MM de Bruxelles devra être réalisée. Il a été proposé que RDC Compétences facilite la réalisation de ce document autour duquel les 4 structures de Kinshasa se retrouveraient pleinement.

- Pistes d'actions entre MM bruxelloises.
 - Rendre visible le projet Liboso (FMM, Constellation, RDC Compétence).
 - Envisager de former quelques professionnels aux techniques d'observation
 - Organiser une mission d'observation entre les MM.
 - Identifier et rencontrer les relais communautaires à Bruxelles.
 - Engager une réflexion sur l'approche communautaire
 - Avoir une réflexion sur les documents décrivant les normes et standards en Belgique pouvant déboucher sur un débat de notre système de santé.

La mission s'est entièrement développée autour de la qualité des soins. Rappelons que Liboso a également une préoccupation autour de l'accès aux soins. C'est toute la question de l'accessibilité financière aux soins et la manière dont la population y répond. A de nombreuses reprises, cette interrogation sur la mutualisation a parcouru les échanges avec nos homologues congolais. Il s'agit donc d'un axe d'action potentiel que Liboso devrait engager avec les MM membres.

Il est bien entendu que les perspectives décrites ici doivent tenir compte de l'évolution des échanges et des interactions entre tous les acteurs.

IX. Perspectives d'avenir Liboso/CGAT

Le 22 septembre 2014 a eu lieu une rencontre entre le CGAT et les membres de Liboso participant à la mission. Cette réunion avait lieu dans les locaux du CGAT et avait pour objectif de faire :

a. Le bilan sur les activités du centre

Il s'est donc agi, dans un premier temps, de partager les avancées du CGAT dans son action de soutien aux mutuelles et de promotion des initiatives mutualistes.

Le CGAT est actuellement actif dans les provinces suivantes :

- Bas-Congo où il accompagne déjà 2 mutuelles,
- Kinshasa où 9 mutuelles sont actives et dont 4 opèrent des remboursements de soins. Les plus anciennes mutuelles ont 3 ans,
- Nord Kivu où il accompagne 2 mutuelles (Beni Butembo et Goma) et
- Equateur.

Il existe une structure faîtière, le CGAT nationale, chargée de coordonner les actions sur l'ensemble de la RDC et d'y promouvoir le fonctionnement viable des mutuelles de santé.

L'action du CGAT comporte un axe tourné vers les sociétés. En effet, dans la volonté de s'organiser pour avoir accès aux soins, la population s'organise parfois autour de corporations qui créent leur mutuelle. C'est ainsi qu'une mutuelle des avocats est en cours de constitution. Ce qu'il y a d'intéressant c'est que le réel intérêt de la population se porte sur le paquet de soins pris en charge par la cotisation. A titre d'exemple, la cotisation à la mutuelle à Masina est de 22\$ par an et par personne. Ce montant peut atteindre 54 \$ dans d'autres zones. Il n'est donc pas rare de voir une personne adhérer à une mutuelle se situant en dehors de sa zone d'habitation ou bien fréquentée en majorité par les cotisants d'une corporation. Cela permet une approche solidaire car dans le cas de corporations aisées, comme celle des avocats, la survenue d'une maladie est moins fréquente que dans les milieux plus défavorisés.

Il existe par ailleurs le souci de voir se multiplier le nombre de mutuelles risquant de ne jamais atteindre le nombre suffisant d'adhérents pour être viables. Il faudrait en réalité augmenter le nombre de cotisants par mutuelle.

b. Les perspectives de collaboration avec Liboso

Sur la question des perspectives de collaboration entre le CGAT et Liboso, il est intéressant de constater qu'il existe actuellement en RDC une problématique de la qualité de l'offre de soins. A cela s'ajoutent les questions liées à l'hétérogénéité des tarifs par acte médical. Il y a là un plaidoyer à tenir face aux autorités de tutelle des mutuelles et au Ministre de la santé. En effet, la réalité de travail belge entre mutuelles et structures de soins illustre chaque jour l'importance d'une régulation des actes médicaux. Dans le cadre d'échange nord-sud, cette expérience doublée d'un certain degré d'expertise de Liboso pourrait permettre aux prestataires de soins congolais de percevoir leur intérêt à la standardisation de certains actes ou procédures médicales. Un cercle vertueux pourrait ainsi s'enclencher en voyant des patients mutualisés revenir en nombre et assurer des rentrées garanties à l'institution médicale. Mais cela ne pourra se faire qu'avec des prises en charge transparentes et de qualité.

Liboso agit au niveau de la première ligne de soins et connaît d'expérience les problématiques liées aux remboursements de soins, à l'agrément des structures de soins (maisons médicales), aux contrôles par les mutuelles.

Il semble ainsi évident que pour pouvoir imaginer une action, Liboso doit se situer dans le tissu sanitaire congolais. Le Médecin Inspecteur de la Province est par définition l'instance sanitaire susceptible de permettre à Liboso de proposer ses actions, s'il les juge opportunes. C'est avec un tel appui qu'un plaidoyer devrait être développé auprès des structures de soins.

X. *Réflexion après l'action*

Au dernier jour de la mission, les travailleurs des MM se sont retrouvés pour faire le point sur les dix jours passés à Kinshasa. Chacun a été invité à s'exprimer sur ce qu'il a retiré du travail effectué en mission.

Les points qui suivent proposent une synthèse de ces échanges selon ce plan :

- *Ce que nous avons apprécié*
- *Ce que l'on pourrait améliorer*
- *Ce que l'on peut faire à l'avenir*

L'idée est de « garder en mémoire » le processus de préparation et de réalisation de cette mission afin d'adapter une éventuelle future mission.

Ce que nous avons apprécié

Planification/organisation

- Les réunions de travail ont bénéficié d'une organisation qui peut être qualifiée d'efficace grâce aux règles de travail que nous nous sommes fixées.
- La décision de travailler en binôme dans les centres de santé a permis de mettre en œuvre une complémentarité qui est ressentie comme une véritable force de la mission. Ainsi, le fait de dissocier les maisons médicales, les formations et les personnalités constitue un bon choix.
- Les travailleurs ont le sentiment d'avoir amélioré la phase de préparation de la mission compte tenu des leçons apprises de la précédente mission.
- L'autonomie de l'organisation du temps de travail des binômes.
- La possibilité d'avoir pu explorer les environs des CS pour permettre des rencontres humaines.
- L'aide de RDC-Compétence a été très précieuse.
- Le soutien et l'aide d'Anatole de même que celui du CGAT ont été essentiels à la réussite de la mission.

Gestion du groupe

- L'ensemble des membres de la mission « y a mis du sien ». Tout le monde a pris une part active dans tous les aspects de la mission.
- Il a été rappelé le dynamisme de notre groupe ainsi que sa motivation, et cela dès avant le départ en mission.
- Nous avons également apprécié la complémentarité dont nous avons fait preuve dans nos compétences (communication, logistique, comptabilité, structuration etc.).
- Malgré la vie commune au cours de la mission, il a été possible de bénéficier de moments d'isolement quand certains en ont ressenti le besoin.
- Certains ont été touchés par les marques d'attention des autres membres de la mission dans certaines circonstances délicates.
- Tout le monde a apprécié le coup de pouce de Luc et François. En effet, leurs connaissances de Kinshasa et la présence de la famille de Luc ont permis une certaine aisance logistique. De plus, ils ont joué un rôle de traducteur. Luc a aussi veillé à la sécurité du groupe.

Logistique

- Le logement était très spacieux et propre.
- La prise en charge des déplacements de la mission par Luc a permis de ne pas faire trop peser les frais de transport sur la mission.

Ce que l'on pourrait améliorer

Planification/organisation

- Le rythme de travail était très soutenu, tant durant la préparation que durant la mission.
- Les membres de la mission auraient souhaité passer plus de jours dans les centres de santé.
- Les temps de réunion ont été nombreux.
- Dans le but de ne pas dépendre d'un contact, il serait souhaitable d'avoir plusieurs personnes ressources.
- Nous avons reçu beaucoup de demandes pour avoir nos coordonnées à Bruxelles mais il n'y a pas de centralisation de la communication
- Certains participants à la mission auraient souhaité être mis au courant sur les us et coutumes auxquels ils allaient être confrontés.

Gestion du groupe

- Tous les travailleurs des MM n'ont pas toujours eu l'occasion de s'exprimer en réunion : il aurait été bon parfois de laisser davantage de places aux collègues.
- Il serait bon d'être plus attentif à ce que chacun avance à la cadence qui lui convient.

Logistique

- L'aspect pratique et logistique de la mission doit être amélioré.
- Les soucis liés à la gestion des finances de la mission auraient pu être évités.
- Nous avons parfois eu des difficultés à nous joindre durant la journée (pas de téléphone, etc.)
- Les communications via le net ont posé problème.
- Au vu des logements mis à disposition, il faudrait penser à optimiser l'espace dans le but de réduire les frais de la mission.
- Beaucoup ont été dérangés par les chants du centre pour handicapés dès 5h du matin.
- Le périple jusqu'aux chutes de Zongo a été vécu comme assez pénible par certains.

Ce que l'on peut faire à l'avenir

Planification/organisation

- Continuer le projet Liboso avec le même rythme de travail à savoir une à deux réunions par mois et la réalisation des différentes activités par les travailleurs engagés dans ce projet.
- Envisager que quelque uns des travailleurs se forment aux techniques d'observation.
- Prévoir au sein des équipes des maisons médicales une tournante dans les membres participant aux futures missions. On peut ainsi imaginer que le binôme qui partirait serait composé d'un ancien membre de la mission au Congo et d'un travailleur n'y ayant jamais participé. On assurerait de la sorte la continuité du projet tout en permettant à chaque membre des maisons médicales de se confronter à la réalité du terrain.
- Mieux répartir les responsabilités dans la préparation de la mission.
- Envisager de cibler d'avantage les objectifs.
- Planifier de manière beaucoup plus précise l'horaire de la mission.
- Prévoir une mission de deux semaines, au moins, et qui comprendrait un temps de repos en son sein.
- Bien planifier et organiser le moment de détente et s'assurer que celui-ci permette un véritable repos à mi-mission.
- Nous devrions avoir des cartes de visite Liboso reprenant les coordonnées de contact. C'est une manière de centraliser les contacts. Il faudrait également avoir un point focal de contact Liboso repris sur des cartes de visite.

Gestion du groupe

- Systématiser la désignation en début de réunion d'un animateur, d'un gardien du temps et d'un scribe.
- Se munir d'un tableau et marqueurs effaçables pour mieux organiser nos réunions et les différentes tâches.
- Un autre souhait exprimé est celui de mieux s'écouter les uns les autres.
- Lors d'échanges importants, notamment sur le projet même de la mission ou sur d'autres points primordiaux, il serait bon de s'autoriser à se remettre en question et d'écouter toutes les voix, quitte à postposer une action.
- Respecter le rythme de chacun

Logistique

- Veiller à l'avenir à équilibrer les différentes tâches telles que la vaisselle, les repas, les courses, etc. voire professionnaliser la prise en charge logistique de la mission (cuisinière, prévoir un hébergement comprenant les repas, etc.).
- Avoir un compte financier congolais pour éviter les tracasseries lors des paiements.
- Prévoir un téléphone portable en ordre de fonctionnement par binôme, muni de son numéro d'unités d'appel, ainsi que de la liste de chaque numéro de téléphone des travailleurs.
- Il est primordial d'avoir, dès le début de la mission, des connections internet performantes.
- Veiller à ce que les conditions nocturnes d'hébergement soient adéquates.
- Les réunions de débriefing du soir devraient se tenir dans une salle et non dans l'un des appartements des membres de la mission.
- A l'issue de la mission, il faudrait constituer un album photos commun aux trois maisons médicales.
- Envisager de filmer la mission pour en faire un reportage de manière à améliorer le « faire savoir » à l'issue de la mission.

XI. Conclusion

La mission à laquelle nous avons participé nous a apporté tant au niveau personnel que professionnel qu'il est difficile d'en faire une « conclusion ».

En effet cette mission est un des premiers pas dans la grande aventure « Liboso ».

Rappelons la raison d'être de cette mission :

« Œuvrer à l'amélioration de la prise en charge du patient et la qualité des soins des structures de première lignes tant au nord qu'au sud. »

« Echange de compétences et regards croisés »

Un des éléments essentiels pour ce « regard croisé » est certainement la rencontre et la prise de connaissance des réalités des CS visités à Kinshasa. Il était pour nous indispensable, d'organiser une mission afin de nourrir la réflexion d'avenir sur les échanges de compétences.

Pour permettre aux acteurs de terrain des CS de découvrir les MM et de parvenir à niveau égal de connaissance des réalités, il serait nécessaire d'organiser une mission du sud vers le nord.

D'autre part, la période de pré-test au nord a été un moment fort de notre mission.

L'observation de notre voisin proche est un projet innovant dans le milieu des MM bruxelloises. Le travail étroit entre les membres de la mission issus des trois MM, a aussi rapproché nos équipes.

La formation de binômes mixtes, mélangeant les MM et les professionnels est ressentie comme une plus value pour le travail d'observation. Pourquoi ne pas renouveler cette expérience pour d'autres projets ?


L'observation au sud, axée sur la place du patient et son parcours au sein des CS nous a permis d'apprécier la grande adaptabilité des soignants Kinois face aux difficultés logistiques auxquelles ils sont confrontés.

Le haut niveau de travail d'observatoire de la santé nous a impressionné et donné envie d'améliorer cet aspect au sein de nos MM.

La dynamique communautaire est très différente à Kinshasa. Nous avons observé la grande implication de la communauté dans le fonctionnement des CS. Comment mieux impliquer nos patients dans les projets de nos MM ? Quelle place donne-t-on aux patients dans les activités des MM ? Quelle place donne-t-on à la SC ?

Ces questionnements sont des sujets que nous désirons approfondir dans l'avenir. Il ne tient qu'à nous de continuer à travailler ensemble pour améliorer nos pratiques.

XII. Annexes

- 1) Termes de références du projet de la mission de septembre**
 - 2) Grille d'observation et canevas**
 - 3) Prétest RC**
 - 4) Prétest Marolles**
 - 5) Prétest Miroir**
- 





Ce rapport présente les informations, observations, enseignements et pistes de réflexions recueillis au cours de la mission Liboso qui s'est déroulée entre le 13 et le 23 septembre 2014.