



Rapport de mission

Dates : du 26 juin au 09 juillet 2023

Lieu : Goma (Nord-Kivu)

Programme PADISS2-NK

Michel ROLAND MD MPH PhD

ULB Coopération

Table des abréviations

AFEMED	Association des Femmes Médecins
AGR	Activité génératrice de revenus
AS	Aire de santé
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
AT	Assistance technique
BCZ	Bureau central de la zone de santé
CB	Chefs de bureau de la Division provinciale de la santé
CD	Chef de la Division provinciale de la santé
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019 : SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome)
CPN	Consultation pré-natale
CPS	Consultation post-natale
CS	Centre de santé
CS-K	CSMU Kyeshero
CS-R	CSMU Rapha
CSMU	Centre de santé médicalisé urbain
CSU	Couverture santé universelle
DPS	Division provinciale de la santé
ECZS	Equipe cadre de la zone de santé
EPP	Encadreurs provinciaux polyvalents
ETP	Equivalent temps-plein
EUP-FASS	Etablissement d'Utilité Publique Fonds d'Achat des Services de Santé
FC	Franc congolais
HAS	Haute Autorité de la Santé (France)
HGR	Hôpital général de référence
IMC	Infirmité motrice cérébrale
MOOCs	Massive Open Online Courses (cours ouverts en ligne de grande diffusion)
MVE	Maladie à virus Ebola
NDICI	Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument
ONG	Organisation non gouvernementale
PADISS-NK	Programme d'appui et de développement intégré du système de santé au Nord-Kivu
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCI	Prévention et contrôle des infections
PMA	Paquet minimal d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRO-DS	Programme de renforcement de l'offre de développement de l'accès au système de santé
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
SNIS	Système national d'information sanitaire
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TDR	Test de dépistage rapide
TdR	Termes de référence
UCO	ULB Coopération
UE	Union Européenne
VLG	Violences liées au genre
ZS	Zone de santé

Table des matières

1.	Contexte général	7
2.	La mission actuelle	9
3.	Termes de référence	11
3.1.	Objectifs.....	11
3.1.1.	Objectif global	11
3.1.2.	Objectifs spécifiques.....	11
3.2.	Résultats escomptés à court terme.....	11
3.3.	Champs d'intervention	11
4.	Le système de santé congolais	13
5.	Méthode de travail et type d'intervention	14
6.	Analyse du processus de mise en place des 2 CSMU	15
6.1.	La prise en charge des patients	17
6.1.1.	Accueil et attente	17
6.1.2.	Rendez-vous	18
6.1.3.	Demandes de soins non programmés et urgences	18
6.1.4.	Organisation du dossier, circuit et stockage	19
6.1.5.	Tenue du dossier, communication des données et du dossier.....	21
6.1.6.	Réalisation des soins	21
6.1.7.	Satisfaction des patients	22
6.2.	Les professionnels	23
6.2.1.	Bientraitance et éthique.....	23
6.2.2.	Bases théoriques et conceptuelles.....	24
6.2.3.	Droits de la personne accompagnée.....	25
6.2.4.	Expression et participation de la personne accompagnée	26
6.2.5.	Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement	26
6.2.6.	Accompagnement à l'autonomie	27
6.2.7.	Accompagnement à la santé	27
6.2.8.	Continuité et fluidité des parcours de soins.....	29
6.3.	Projet du centre et gestion.....	30
6.3.1.	Projet du centre.....	30
6.3.2.	Gestion du centre en matière financière et de gouvernance	30
6.3.3.	Accès à la prise en charge.....	32

6.3.4.	Politique qualité	34
6.3.5.	Bonne utilisation des ressources.....	35
6.3.6.	Ressources humaines et exercice des responsabilités.....	36
6.3.7.	Ressources matérielles.....	39
6.3.8.	Hygiène, désinfection stérilisation	40
6.3.9.	Système d'information	41
7.	Réunions de formation.....	42
7.1.	Cas cliniques	43
7.2.	Séance de retour au CS-R	44
7.3.	Séance de retour au CS-K	44
8.	Réunion avec les cadres de la DPS	45
9.	Recommandations.....	46
9.1.	Recommandations fondamentales	46
9.1.1.	Stabiliser la situation financière	46
9.1.2.	Résoudre la rivalité entre les CSMU et les CS classiques à proximité	48
9.1.3.	Connaître avec précision la population de référence	48
9.2.	Autres recommandations.....	49
9.2.1.	Concernant les patients.....	50
9.2.2.	Concernant les professionnels	50
9.2.3.	Concernant le centre	51
10.	Propositions pour le fonctionnement du futur 3 ^e CSMU	53
10.1.	Définir précisément l'objectif du projet	53
10.2.	Réaliser un diagnostic communautaire	54
10.3.	Investiguer le réseau social-santé	54
10.4.	Définir le cadre des valeurs	54
10.5.	Explicitier les modèles conceptuels de référence	55
10.5.1.	L'approche factuelle	55
10.5.2.	La santé communautaire	55
10.5.3.	La promotion de la santé.....	55
10.5.4.	Le modèle centré sur la maladie	56
10.5.5.	Le modèle bio-psychosocial et la médecine humaniste	56
10.5.6.	La transdisciplinarité	56
10.5.7.	Les soins centrés sur le patient	56
10.5.8.	L'éducation thérapeutique du patient	57
10.5.9.	Le patient partenaire.....	57
10.6.	Réfléchir à la composition de l'équipe de base.....	57

10.7.	Préciser l'origine des ressources financières.....	58
10.8.	Construire un plan financier réaliste	59
10.9.	Décider d'une politique d'inscription.....	59
10.10.	L'architecture des locaux.....	60
11.	Conclusions et leçons à tirer	61
11.1.	A court terme	61
11.1.1.	Trois recommandations générales	61
11.1.2.	Un ensemble de recommandations spécifiques	61
11.1.3.	Concernant l'ouverture du 3 ^e CSMU	62
11.2.	A plus long terme	63

Les trois dernières pages formant le chapitre 11 constituent un résumé synthétique de l'ensemble du rapport en listant les principaux points d'attention à retenir ainsi que les principales recommandations proposées.

1. Contexte général

Le projet PADISS-NK (« Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé au Nord-Kivu ») est développé depuis 2017 au niveau de la ville de Goma (zones de santé de Goma et de Karisimbi sous la coordination de la Division provinciale de la santé du Nord-Kivu, avec la collaboration des équipes des zones de santé de Goma et de Karisimbi ainsi qu'avec l'accompagnement de l'équipe d'ULB Coopération. Le PADISS fait partie d'un programme signé entre le Gouvernement de la RDC et l'Union Européenne, intitulé « Programme de Renforcement de l'Offre de Développement de l'accès aux Soins de santé en République démocratique du Congo (PRODS, 11^{ème} FED) dans le cadre du contrat FED/038-165, signé entre la RDC et l'Union Européenne.

En 2006, le Ministère de la santé de la RDC s'est doté d'une stratégie sectorielle, qui sert de référence pour la planification et la mise en œuvre de l'action sanitaire, à savoir la « Stratégie de Renforcement du Système de Santé en RDC (SRSS) ». Cette stratégie a été révisée en 2010, afin de renforcer sa cohérence avec les principes de renouveau des soins de santé primaires préconisés par l'OMS depuis 1978 et confirmés en 2008. En lien avec cette stratégie, les normes de la zone de santé ont été actualisées et diffusées. Lors de l'élaboration des nouvelles normes, il a été précisé que des normes adaptées au contexte urbain seraient élaborées après une étude minutieuse.

Le ministère de la santé de la RDC a donc prévu de développer au moins un centre de santé médicalisé urbain (CSMU) rationalisé, médicalisé dans le sens de la présence d'au moins un médecin présent dans le centre, dans au moins une zone de santé d'apprentissage et de recherche.

Tenant compte des apports du système de santé du Nord-Kivu au système national de santé de la RDC et de l'appui par une ONG Universitaire dans le cadre du PRODS/PADISS, le Ministère de la Santé a choisi de développer cette étude dans la province du Nord-Kivu. Cette étude a ainsi été intégrée comme un volet du PADISS pour le Nord-Kivu.

Dès la présentation du programme et sa mise en place officielles, différentes activités ont été réalisées, témoignant de la mise en route concrète et de la faisabilité du programme : revue de littérature, voyages d'étude, élaboration des plans des centres de santé médicalisés, réhabilitation et construction des bâtiments, installation des équipements, mise en route opérationnelle de 2 CSMU, Rapha (CS-R) dans la zone de santé de Karisimbi, et Kyeshero (CS-K) dans celle de Goma, formation initiale des travailleurs des deux centres, etc

Le concept testé dans le cadre de mise en place du premier échelon urbain dans le cadre du PADISS-1, et de la recherche-action sur le premier échelon urbain, était celui d'une équipe pluridisciplinaire, qui s'inscrit dans la logique d'une prise en charge globale centrée sur la personne (versus centrée maladie ou activité telle que la CPN, CPS, ...). L'approche humaniste de prise en charge, qui met au centre le patient, en prenant en compte ses dimensions mentales, familiales, sociales, et ses choix dans l'amélioration de son état de santé, sont au cœur du métier des équipes pluridisciplinaires de 2 centres de santé urbains médicalisés (CSMU).

En 2019 au démarrage de 2 CSMU, la première formation d'induction des 2 équipes (mai 2019) des 2 CSMU réalisées par l'AT long-terme et l'expertise locale, ont permis de renforcer leurs capacités et de poser les bases au sujet : (i) du concept de recherche à tester, (ii) de l'approche humaniste des soins, y compris la lutte contre les discriminations dans l'action des CSMU, (iii) de l'organisation interne et la consolidation de l'équipe CSMU, (iv) de la prise en charge des malades chroniques, en particulier les diabétiques et hypertendus.

Cette première formation a été suivie d'une deuxième formation, avec l'appui d'une AT court-terme (docteur Michel Roland, octobre 2019). Cet appui-formation, a permis notamment de poser les bases de la charte des CSMU, du métier de l'assistant social au sein des CSMU et du parcours du patient au sein du CSMU.

Une première mission d'évaluation a été réalisée par le docteur Jean-Pierre Noterman en 2020, dont le rapport citait une série de constats et proposait un ensemble de recommandations. Sur ces bases, il a intégré l'équipe de l'assistance technique (AT) à partir de 2021.

2. La mission actuelle

Le PADISS-2, dont la mise en œuvre a débuté le 1^{er} janvier 2022, s'inscrit dans la continuité de ce PADISS-1, clos le 31 décembre 2021. Le PADISS-2 vise à « Renforcer la résilience du système de santé, dans la province du Nord-Kivu, notamment face aux épidémies (MVE) et pandémie (COVID-19), dans un contexte de progression vers la CSU, tout en y poursuivant l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins (poursuite de l'objectif du PADISS-1).

Il est articulé sur les 5 résultats suivants :

1. La DPS coordonne les actions, assure l'accompagnement technique des zones de santé et mobilise les ressources nécessaires à la mise en place d'un système de santé provincial fonctionnel, de qualité et résiliant ;
2. Le cadre de travail du système de santé et le confort des patients sont améliorés au niveau des 9 zones de santé soutenues par le PRO-DS par la construction, la réhabilitation, l'équipement de structures sanitaires et la fourniture d'intrants essentiels ;
3. Les personnels de santé ont acquis de nouvelles compétences techniques et non techniques leur permettant une recherche permanente de la qualité et une plus grande résilience individuelle et collective en articulant leur travail autour d'une approche pluridisciplinaire et humaniste, centrée sur la personne ;
4. La participation des populations à l'organisation du système de santé est renforcée et reconnue. L'introduction du concept de « patient·e partenaire » renforce la qualité de la prise en charge et la résilience du système de santé.
5. L'expérience et le savoir-faire accumulés par les différentes parties prenantes du PADISS-2 sont capitalisés et diffusés au niveau de la province.

Comme l'indiquent les résultats 3. et 4., l'approche humaniste pluridisciplinaire et humaniste centrée sur le patient est au cœur des nouveaux métiers du personnel soignant, et impose non seulement l'ajustement des outils de prise en charge du patient mais aussi et surtout :

- un changement profond dans les attitudes des équipes des prestataires,
- des ajustements dans leurs modes d'organisation,
- mais également le renforcement des capacités sur certains aspects précis ; les changements souhaités ne peuvent être obtenus et être durables que si les encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) intègrent également ce changement de paradigme dans leurs processus d'accompagnement du développement des zones de santé.

La mission actuelle s'inscrit dans la prolongation et la continuité des activités précédentes, à savoir soutenir la pérennité dans la zone de santé urbaine de Goma d'une organisation viable des structures de soins de premier échelon, comme le prévoit le résultat 4 du PADISS.

Il s'agit d'une 3^e mission de formation dans les suites de la première session tenue en mai 2019 et de la deuxième en octobre de la même année.

Les thèmes suivants ont été abordés au cours de la première mission :

- Contexte urbain, fonction et offre des soins du centre de santé médicalisé urbain,
- Approche humaniste des soins,
- Communication et lutte contre les discriminations,
- Paquet de soins et prise en charge du diabète, de l'hypertension artérielle au niveau du centre de santé urbain médicalisé,

- Notions de recherche au niveau du centre,
- Organisation et gestion du centre.
- Réelle intégration de l'hôpital provincial de référence dans le niveau opérationnel périphérique du système de santé avec les centres de santé médicalisés urbains pilotes, objets de la recherche,
- Réflexion préliminaire sur la faisabilité d'une approche d'accréditation,
- Analyse en profondeur des potentialités des CSMU.

Les résultats atteints au cours de la deuxième ont concerné :

- Les principes d'organisation du parcours de soins du patient au niveau du CSMU. sont maîtrisés par les membres de l'équipe CSMU ;
- Les éléments essentiels du dossier familial, et processus d'inscription des ménages ;
- Les stratégies et les outils de suivi du patient à domicile et au cours d'une référence ;
- Les fonctions de l'assistant social au sein du CSMU ;
- Les principes de base de l'approche patient partenaire ;
- Les principes et pratiques de base de la prise en charge intégrée des malades chroniques (en particulier les hypertendus et les diabétiques) ;
- Une charte de valeurs ;
- Un début de réflexion sur le développement d'une stratégie de promotion de la santé.

3. Termes de référence

3.1. Objectifs

3.1.1. Objectif global

L'objectif global de cette consultance est de contribuer au renforcement des capacités des acteurs du système sanitaire du Nord-Kivu dans l'approche humaniste des soins centrés sur la personne /patient partenaire, en lien avec les objectifs du renforcement de l'intégration des services de santé essentiels et leur qualité dans le cadre de la Couverture santé Universelle (CSU).

3.1.2. Objectifs spécifiques

Cette consultance court-terme comporte 3 objectifs spécifiques :

1. Analyser le niveau actuel de mise en place des CSMU et de fonctionnement des équipes pluridisciplinaires, en lien avec la charte des CSMU et les principes et outils posés lors des précédentes formations ;
2. Renforcer les capacités des cadres de la Division provinciale de la santé (DPS), en particulier le chef DPS (CD), les chefs des bureaux (CB) et encadreurs provinciaux polyvalents (EPP), sur l'approche humaniste des soins centrés sur la personne /patient partenaire ;
3. Tirer les leçons de 4 ans d'initiative de mise en place d'une prise en charge qui se veut globale et de proximité au niveau de la première ligne de soins en milieu urbain, par une équipe pluridisciplinaire.

3.2. Résultats escomptés à court terme

5 résultats sont attendus de cette consultance :

1. Le processus de mise en place de 2 CSMU est analysé, en lien avec le protocole de recherche et les principes de base posés lors de l'induction des 2 équipes CSMU ;
2. Les leçons sont tirées de cette expérience et des recommandations formulées, en vue de la poursuite de la recherche, de l'amélioration organisationnelle de l'approche orientée vers une transdisciplinarité et du démarrage du 3^{ème} CSMU ;
3. Les capacités des équipes cadres des zones de santé de Goma et Karisimbi (ECZS) et des 2 CSMU sont renforcées en rapport avec l'approche humaniste des soins centrés sur la personne /patient partenaire ;
4. Les capacités des cadres de la DPS (CD, CB et encadreurs) sont renforcées en rapport sur l'approche humaniste des soins centrés sur la personne /patient partenaire ;
5. Des points d'actions sont identifiés, afin d'intégrer cette approche dans l'accompagnement des zones de santé.

3.3. Champs d'intervention

- Equipes des 2 CSMU ;
- Equipes cadres des zones de santé (ECZS), en particulier les encadreurs des 2 CSMU ;
- Équipe cadre provinciale, en particulier le chef de Division provinciale de la santé (CD), les chefs de bureau (CB) et les encadreurs (EPP) des zones de santé de Goma et de Karisimbi ;
- L'hôpital provincial général du Nord-Kivu et d'autres structures qui pourront faire l'objet de référence des cas des CSMU ;
- Les éventuels patients chroniques fréquentant les 2 CSMU.

L'AT long-terme est constituée des personnes suivantes :

- Jean-Bosco Kahindo, chef de projet ;
- Agnès Echterbille ;
- Dieudonné Kambala ;
- Prudence Mitangala Ndeba ;
- Edgar Musabao ;
- Nzanzu Mahamba ;
- Jean-Pierre Noterman.

4. Le système de santé congolais

- Son référentiel se rapporte à la Déclarations d'Alma Ata¹ (1978), à la Charte d'Ottawa² (1986), à l'Initiative de Bamako³ (1987), à la Déclaration de Paris (2005) et au Programme d'Accra⁴ (2008), et à la Déclaration d'Astana⁵ (2018) : système de santé échelonné à 3 niveaux, la santé est une valeur et un droit, implication des populations dans la gestion du système de santé et dans la participation aux coûts, participation communautaire, démocratie sanitaire.
- Dans ce système, une pyramide échelonnée à 3 niveaux est donc constituée, correspondant aux lignes de soins, et dont l'unité opérationnelle est la Zone de santé (ZS) :
 - o Niveau périphérique ou opérationnel : 516 zones de santé ZS (100-200.000 habitants avec équipe cadre = ECZS), divisées en aires de santé AS (5-10.000 habitants) regroupées en quartiers :
 - 1^{er} échelon : 7.868 Centres de Santé organisant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) par les centres de santé eux- mêmes, les centres de santé de référence, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales
 - 2^e échelon : 434 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) organisant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA).
 - o Niveau intermédiaire : 26 Divisions Provinciales de la Santé, 26 Inspections Provinciales de la Santé (structures déconcentrées de l'Inspection générale de la Santé), des Hôpitaux Provinciaux de Référence et les structures provinciales assimilées, organisant l'appui technique aux ZS avec des fonctions de coordination, de formation, de supervision, de suivi, d'évaluation, d'inspection et de contrôle, traduisant les normes édictées par le niveau central en directives opérationnelles et veillant à leur application.
 - o Niveau central : le Ministre de la Santé appuyé par son cabinet, le Secrétariat Général et les directions centrales, définissant les programmes de santé et autres services spécialisés ; 57 hôpitaux nationaux, 4 hôpitaux universitaires, 32 hôpitaux spécialisés et structures assimilées ; rôle normatif et de régulation avec des fonctions de coordination et d'orientation stratégique
- La zone de santé ZS est l'unité de base de planification sanitaire et de la mise en œuvre des soins de santé primaires. De leur côté, les aires de santé AS élaborent des micro-plans qui sont consolidés et intégrés au niveau de l'ECZS pour en faire un plan global de la zone de santé. Les ZS concernés par le développement des CSMU sont celles de Karisimbi (AS et CSMU de Rapha) et de Goma (AS et CSMU de Kyeshero).
- La division provinciale de la santé (DPS) est l'administration en charge de l'offre de soins dans chaque province de la RDC. Elle est dirigée par le Chef de la division provinciale de la Santé (CD), avec l'aide des Chefs de bureau (CB) et des encadreurs provinciaux polyvalents (EPP).

¹ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>

² <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349653>

³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/1985>

⁴ <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>

⁵ <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>

5. Méthode de travail et type d'intervention

Quatre sources d'information ont été réunies pour constituer le matériel de base pour la rédaction du présent rapport en fonction des objectifs généraux et spécifiques, et des résultats attendus :

- Consultation d'un ensemble de documents locaux pour le cadre étudié : rapports de consultance et de mission précédentes, bilan de réorganisation des CSMU, rapport sur l'état d'avancement du 1^{er} échelon multidisciplinaire en milieu urbain, rapport sur la numérisation du système d'information et de gestion dans les CSMU, recommandations UCO, rapports synthétiques des CSMU.
- Consultation de la littérature scientifique sur différents sujets connexes au développement et au fonctionnement des centres de soins primaires, notamment en matière d'évaluation, de soins centrés sur le patient, d'humanisme dans les soins, de partenariat patient, etc.
- Assistance aux contacts entre les différents intervenants et les patients (notamment au cours des consultations) : observation, un peu participative.
- Entretiens individuels à certains moments propices lors des observations, et collectifs sur le modèle des focus groups.

La rencontre organisée le 28 juin avec toute l'AT long-terme a défini le calendrier suivant :

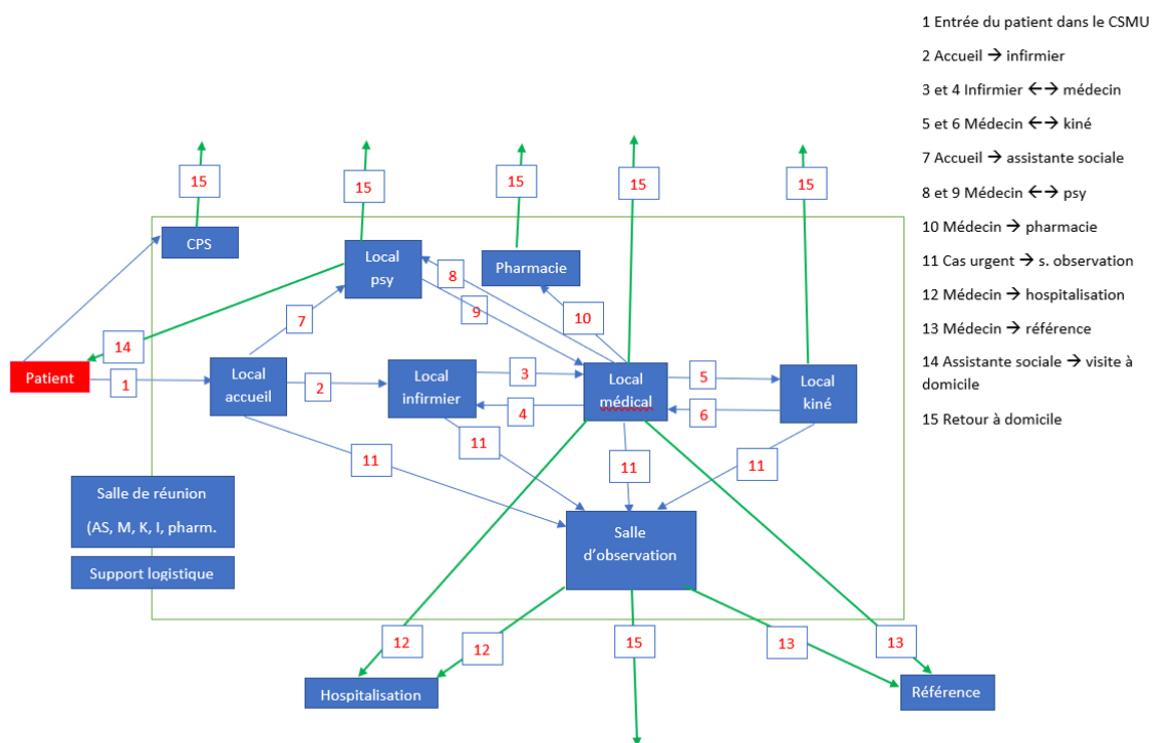
- Le 28 et le 29/06 : présence dans le CS-R pour l'observation des pratiques et les entretiens individuels.
- Le 30/06 : congé clinique (jour férié) ; réflexions sur l'avancée et la réalisation des recommandations, ainsi que sur l'utilisation du cadre d'évaluation du fonctionnement actuel des CSMU.
- Le 01/07 : observation des pratiques et entretiens individuels le matin ; réunion d'équipe au complet entre 12h30 et 15h30 : évaluation collective du CSMU puis formation (soins centrés sur le patient, partenariat patient, humanisme) dans une optique de renforcement des capacités.
- Le 02/07 : mise en route de la rédaction du rapport.
- Le 03/07 et le 04/07 : présence dans le CS-K pour l'observation des pratiques et les entretiens individuels.
- Le 05/07 : observation des pratiques et entretiens individuels le matin ; réunion d'équipe au complet entre 12h30 et 15h30 : évaluation collective du CSMU puis formation (soins centrés sur le patient, partenariat patient, humanisme) dans une optique de renforcement des capacités.
- Le 06/07 : préparation de la formation du lendemain.
- Le 07/07 : formation (soins centrés sur le patient, partenariat patient, humanisme) dans une optique de renforcement des capacités, avec la participation de l'équipe de l'AT, du CD, des CB et des EPP.
- Le 08/07 : journée de debriefing avec toute l'AT long-terme.

6. Analyse du processus de mise en place des 2 CSMU

Il s'agit du premier résultat attendu, en lien avec le protocole de recherche et les principes de base posés précédemment lors des formations antérieures.

Pour ce faire, le référentiel d'évaluation des centres de santé publié par la HAS en 2007⁶ a été utilisé, de même que la mise à jour très complète de 2022⁷ qui a étendu le référentiel initialement limité aux centres de santé aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. Des adaptations leur ont été apportées en fonction du contexte congolais local.

A noter que lors de la mission qui s'est déroulée en octobre 2019 juste après l'ouverture des 2 CSMU, leur mode de fonctionnement était strictement semblable. Le parcours du patient au sein du centre a été identifié comme le suivant :



Avec le temps, des divergences sont apparues, mais pas seulement de forme :

- le CS-K a conservé le modèle initial avec un accueil polyvalent assuré par un assistant social et par, à certains moments, tous les autres professionnels ; l'accueil inscrit le patient et l'oriente vers le professionnel considéré comme le plus indiqué, alors qu'au CS-R c'est un accueillant non spécialisé qui, une fois l'inscription faite, adresse le patient au médecin qui juge si le patient doit être orienté dans un deuxième temps ;
- les priorités sont mises sur les inscrits au CS-R, plutôt sur une accessibilité maximale pour tous au CS-K, avec les différences qui en découlent.

⁶ Référentiel d'évaluation des centres de santé. http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2016/03/referentiel_evaluation_centres_sante1.pdf

⁷ Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. HAS, mars 2022 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

Mais d'autres différences sont également apparues progressivement :

- au CS-K le médecin tient seul sa consultation, au CS-R c'est un binôme médecin-infirmière ;
- la politique d'engagement n'est pas la même dans les deux CSMU ;
- la grille du coût des prestations n'a pas non plus suivi la même évolution ;
- le système d'information n'est pas non plus strictement identique des deux côtés, avec des degrés d'informatisation inégaux.

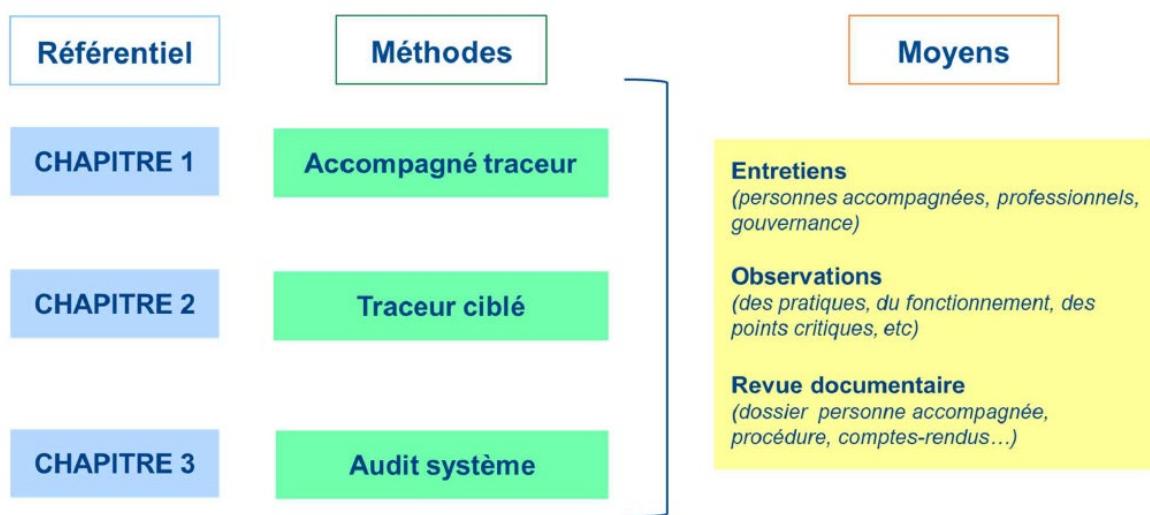
Constatant ces divergences croissantes, l'AT a décidé d'en faire un des éléments de la recherche action que constitue le programme PADISS-2 et d'y instiller une comparaison des 2 CSMU sur des bases concertées avec le risque d'une rivalité réciproque mais dans une optique scientifique devant surtout servir d'élément d'appui pour le 3^e CSMU dont la construction est en cours. L'accompagnement de chacun des 2 CSMU est par ailleurs assurée par des membres différents de l'AT.

Trois domaines complémentaires sont examinés dans une visée critique constructive : 1/ les patients (les personnes, les bénéficiaires), 2/ les professionnels et 3/ le centre en tant que tel. Chacun d'entre eux est directement associé à une méthode d'évaluation :

- L'accompagné traceur (les patients),
- Le traceur (les professionnels),
- L'audit système (le CSMU).

L'évaluation est menée au travers de la méthode retenue grâce aux différents moyens cités au chapitre méthodologique précédent : entretiens (personnes accompagnées, professionnels, gouvernance, ...), revue documentaire, et observation.

Le déroulement complet peut donc être figuré de la manière suivante :



Cette démarche qui peut être assimilée à une évaluation de la qualité implique un engagement volontaire pour un processus d'amélioration continue et de développement des capacités. Les objectifs qui composent le référentiel sont à la fois souhaitables et réalistes, donnant lieu à la détermination d'actions d'amélioration.

La définition préalable d'indicateurs et d'objectifs chiffrés quantitatifs fait partie intrinsèque du processus, mais l'évaluation peut se mettre en place d'une manière limitée et progressive pour initier l'esprit d'évaluation, d'amélioration de la qualité, et de renforcement des capacités.

Les encadrés du chapitre 6. correspondent aux éléments d'évaluation qui ont été recueillis par les différentes méthodes utilisées, ceux-ci n'ayant donc pas vocation d'exhaustivité.

Quelques statistiques :

	CS-R (Rapha)	CS-K (Kyeshero)
Personnes AS	32 548	46 073
Personnes CMSU	16 550	17 029
Familles	2 549	2 729
Personnes/famille	6,5	6,2
Médecins	3	2
Kinés	2	2
Infirmiers	3	3 dont 1 pour coordination CSMU et social
Psychologue	1	1
Techniciens développ. et santé comm. (accueil et social)	2	
Travail social	0	0
Agent administratif		1
Total travailleurs	11	9
Vus médecins	14 638 dont 858 chroniques	8 226 dont 2 416 inscrits et 571 chroniques
Vus kinés	673	844
Vus infirmiers		1 425 dont 285 en salle de soins
Vus psychologue	127	172 dont 21 domicile
Vus social		128 dont 13 domicile

Dans la mesure où c'est le CS-R qui a été visité en premier, la première partie des encadrés concernent le CS-R, le chapitre consacré au CS-K ne mentionnant que les différences entre les deux CSMU dans la mesure où les similarités entre les 2 CSMU sont encore très importantes malgré leur évolution un peu divergente.

6.1. La prise en charge des patients

6.1.1. Accueil et attente

La prise en charge du patient dans les CSMU débute dès l'accueil. Le patient doit recevoir une information claire, compréhensible et adaptée, pour lui permettre de faire les choix les plus conformes à ses préférences, et dans le respect de la confidentialité. Les délais de réponse doivent être réduits au maximum (ex. lors des consultations, au téléphone, pour les visites à domicile, ...), les conditions d'attente rendues les plus confortables possible. Ces objectifs nécessitent souvent l'élaboration de procédures, leur connaissance et leur application effective par le personnel.

Critères :

- Les modalités de réponse à un appel téléphonique sont définies.
- Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée.
- Les conditions d'accueil permettent de préserver la confidentialité des informations relatives au patient.

- La configuration des lieux et la signalétique facilitent l'orientation du patient à l'intérieur du centre.
- Les conditions d'attente sont adaptées.

CS-R et CS-K :

Peu de patients téléphonent au CSMU pour prendre rendez-vous ; par contre, l'accueil ou même certains soignants prennent très souvent contact pour assurer le respect des échéances fixées et la continuité des soins, ou pour comprendre une défection à un rendez-vous fixé ;

L'accueil est le lieu central pour mettre à jour les informations relatives aux familles et permettre l'approche familiale des accompagnements, une démarche qui prend parfois beaucoup de temps et qui se prolonge systématiquement au domicile des patients, l'occasion d'appréhender le lieu de vie et les facteurs de risque ;

L'attente et la circulation des patients dans le centre sont bien organisées ;

La confidentialité est minimale, la notion de secret professionnel partagé gagnerait à être formalisée mais est néanmoins bien connue et respectée ; dans ce cadre, certaines pratiques existent, comme ne pas mettre au courant du diagnostic le représentant des usagers parfois sollicité pour expliquer l'intérêt d'un rendez-vous et pour y accompagner personnellement le patient.

6.1.2. Rendez-vous

La prise de rendez-vous doit être la plus efficace possible et respecter les besoins et les attentes des patients : libre choix du praticien, prise en compte du caractère plus ou moins urgent des soins, regroupement des rendez-vous du patient et de sa famille, etc.

Critères :

- Les modalités de réponse à une demande de rendez-vous sont définies.
- Le libre choix du praticien par le patient est favorisé.
- Les modalités de gestion des rendez-vous optimise la prise en charge des patients.

CS-R et CS-K :

La plupart des rendez-vous se prennent directement dans le centre ;

Les prises par téléphone sont peu fréquentes, et concernent en général la CPS et les malades chroniques ;

Par contre le CSMU utilise énormément le téléphone pour rappeler un rendez-vous ou s'enquérir d'une absence et en connaître la raison (éducation thérapeutique) ;

Les consultations curatives ne sont pas a priori personnalisées, mais la demande des patients de revoir le même médecin sur rendez-vous durant un même épisode est le plus souvent satisfaite, ce qui est également le cas pour les malades chroniques qui s'attachent souvent à un médecin particulier en développant avec lui un lien relationnel fort.

6.1.3. Demandes de soins non programmés et urgences

Des dispositions particulières doivent permettre de gérer les demandes de soins non programmés qui sont faites par téléphone ou à l'accueil. Ces dispositions font la différence entre les situations d'urgence vraie et les situations d'urgence ressentie, les premières nécessitant une prise en charge rapide.

Critères :

- Une réponse est apportée aux demandes de soins non programmés qui s'expriment au téléphone ou à l'accueil.
- La prise en charge des urgences dans le centre est organisée.

CS-R :

Les demandes de soins non programmés sont satisfaites par les consultations curatives organisées tous les jours ;

Le problème se pose pour les soirées, les nuits et les week-ends, et aussi pour les vraies urgences (relativement rares) ; dans ces cas, ce sont les 3 hôpitaux de référence (l'hôpital provincial, celui de Kyeshero et l'hôpital général de référence Virunga) qui assurent les prises en charge, mais avec un très mauvais retour des informations, hypothéquant de ce fait la continuité des soins ;

En dehors des heures de présence, il n'y a pas de permanence téléphonique susceptible d'assurer l'orientation des patients.

CS-K :

Les principes sont les mêmes mais le centre signale la grande fréquence des cas graves et/ou urgents, ou même désespérés ;

Un transport à l'hôpital est nécessaire quasi tous les jours ; l'hôpital n'envoie quasiment plus l'ambulance demandée, et les patients hésitent à s'y rendre au vu du coût très élevé des prestations actuellement ; dans les faits, si l'indication d'hospitalisation est posée, le transport se fait en moto avec tous les dangers qui en découlent, vu l'absence d'un véhicule en état de marche ;

Cette haute fréquence des cas graves pour lesquels les capacités du CSMU sont dépassées (malgré 4 lits d'observation) est source de tristesse et de découragement.

6.1.4. Organisation du dossier, circuit et stockage

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives et de santé, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient pris en charge. Le dossier compile les informations recueillies par les professionnels de santé et la traçabilité des actions effectuées. Il est un outil de communication et de coordination entre les acteurs de soins et avec les patients.

Au-delà des aspects cliniques, les objectifs qualité du dossier sont répartis en deux thèmes valables que le dossier soit ou non informatisé : 1/ des aspects structurels : identification du patient, dossier unique et familial, circulation et stockage du dossier dans une optique d'efficacité et de sécurité des données, etc. ; 2/ des aspects de fonctionnement : tenue structurée, communication d'informations de santé, à l'intérieur ou à l'extérieur du centre, etc.

Critères :

- Le dossier du patient est unique et composé de toutes les rubriques nécessaires à sa prise en charge.
- Tous les dossiers relatifs à une même famille sont regroupés pour permettre une approche familiale.
- Les dossiers des patients sont en permanence localisables et accessibles par les personnes autorisées.

- La sécurité et la confidentialité des données sont garanties par les conditions de classement interne, de stockage et de circulation du dossier.

CS-R :

Tous les éléments nécessaires à une prise en charge de qualité des personnes et des familles (administratifs, sociaux, familiaux, domestiques, cliniques, ...) sont présents mais à différents endroits, soit sous forme informatisée, soit sous forme papier, ce qui entraîne une certaine lourdeur mais qui, en l'absence d'un système d'information unique et cohérent, est inévitable ;

Les dossiers sont bien classés, bien identifiés avec plusieurs clés d'identification : un n° familial (code ZS, code AS, code quartier, code avenue, nombre de ménages enregistrés dans l'avenue, code encodeur), un n° individuel basé sur le n° familial et la position occupée dans la famille, et un code lien de parenté avec le chef de ménage ;

Les dossiers sont disponibles si nécessaire ;

La confidentialité est assurée dans le cadre du secret professionnel partagé mais sans que ce principe n'ait été clairement formulé et endossé par tous les travailleurs ;

De nombreux supports d'information existent, les plus importants étant 1/ le dossier familial papier (parfois difficile à retrouver parce que rangé en fonction de l'avenue) rassemblant les prises en charge individuelles, 2/ la tablette centrée sur l'approche familiale, les facteurs sociaux, les facteurs de risque sanitaire, la prévention primaire, le niveau socio-économique, et 3/ le registre informatisé des consultations permettant les prescriptions ;

Le système des tablettes dont tous les travailleurs disposent permet une gestion et une analyse dynamiques et quantifiées en temps réel du fonctionnement du CSMU ;

Ce changement qualitatif du recueil d'information a conduit à une campagne d'inscriptions massives (pas toujours bien gérée).

CS-K :

Les mêmes efforts ont été (et sont encore) réalisés pour tenir à jour la base de données des patients et des familles, et le résultat semble atteint au vu des chiffres ;

L'inscription, commencée lors du premier contact sur support papier, est une procédure très proactive pour maximiser la productivité du centre,

et est prolongée lors d'une visite à domicile pour valider les informations précédemment recueillies et collecter celles qui nécessitent la présence sur place ;

Les paramètres sociaux rassemblés sont impressionnantes et permettent la vision globale qui se veut être celle des CSMU : langue, religion, enfants dormant sous moustiquaire, source de l'électricité, capacité à payer les soins, nombre de chambres à coucher, nombre de maisons sur la parcelle, distance pour eau potable, emplacement de la toilette, etc. et même coordonnées GPS ;

Beaucoup de ces données sont des données considérées comme sensibles car relatives à la vie privée (et à sa protection) : un accord formel des patients pour leur recueil et leur traitement, uniquement à l'intérieur du centre et dans une visée thérapeutique, est sans doute requis au vu de la « Loi n° 20/017 relative aux télécommunications et aux technologies de l'information et de la communication », qui est entrée en vigueur en novembre 2022.

6.1.5. Tenue du dossier, communication des données et du dossier

Il est important que tous les intervenants aient une bonne connaissance des différents éléments du dossier unique et familial, que le remplissage soit effectué de manière standardisée selon une structure déterminée et consensuelle. Ces conditions sont indispensables pour que le dossier puisse remplir son rôle d'aide aux soins, à leur qualité, à la synthèse des informations significatives, et à la coordination du travail d'équipe.

Critères :

- Les informations concernant le patient sont actualisées et lisibles.
- Les professionnels du centre accèdent aux différentes rubriques du dossier du patient selon leur spécificité et certains droits d'accès définis.
- La communication aux autres professionnels de santé d'informations concernant les patients contribue à la qualité et à la continuité des soins.
- Le patient peut avoir accès à son dossier conformément à la réglementation.

CS-R et CS-K :

Malgré le nombre de prises en charge, la lourdeur du système des dossiers (coexistence de plusieurs supports différents mais concomitants), et la résistance habituelle des soignants à l'informatique, un énorme effort a été fait et continue encore au quotidien pour assurer la qualité des encodages papier et électronique ;

Celle-ci garantit l'accès des informations sanitaires et gestionnaires à tous en cas de nécessité ; il n'est pas (encore ?) dans la culture médicale locale de donner accès au patient à son dossier ce qui, de toute manière, nécessite les capacités suffisantes de manipulations d'un ordinateur.

6.1.6. Réalisation des soins

Différents objectifs sont soulignés pour la réalisation des soins : confidentialité, continuité, concertation pour des situations de soins complexes. Le consentement formel du patient est nécessaire pour la réalisation des soins.

Critères :

- L'intimité du patient et la quiétude des séances de soins sont assurées.
- La confidentialité des informations concernant le patient est assurée dans le cadre du secret professionnel partagé.
- La sécurité du patient est assurée.

- La continuité des soins est assurée.
- Les situations de soins complexes font l'objet d'échanges entre les professionnels pour en assurer la plus grande qualité possible.

CS-R :

L'intimité des patients est préservée (fermeture des cabinets à clé en cas d'examen physique), et le temps de consultation est suffisant en dehors des grosses affluences ;

Le secret professionnel partagé est une réalité, avec les limites familiales et communautaires qui relèvent des habitudes locales ;

La continuité des soins est assurée en interne, mais très insuffisante en externe, essentiellement en raison des habitudes des hôpitaux, des spécialistes, et même des structures communautaires, peu habitués au partage d'information et aux synergies formalisées ;

Une réunion clinique est organisée chaque semaine (le mercredi) à laquelle tous les travailleurs du centre sont conviés, indépendamment de la réunion de gestion du vendredi ;

Au cours de ces réunions, certains cas, surtout complexes, sont discutés, mais plutôt sur un modèle interdisciplinaire que réellement transdisciplinaire (càd construction collective d'un savoir et d'un projet commun relatifs à un patient ou à une situation clinique).

CS-K :

Au-delà des prises en charge, l'aspect collectif est mis en avant quand c'est possible ; en kiné par ex., le grand nombre d'AVC amène à la coexistence de plusieurs patients dans le même local et qui commentent les exercices proposés par les professionnels en comparant gentiment leurs performances dans une ambiance d'échanges très chaleureuse et conviviale ;

Des groupes de patients chroniques sont organisés le samedi, rassemblant des diabétiques, des hypertendus, des AVC, etc. ;

Très souvent, certains cas sont discutés, soit formellement en réunion d'équipe (le mercredi après-midi), soit de manière informelle au cours des consultations, un professionnel en appelant un autre pour avis.

6.1.7. Satisfaction des patients

La mesure de la satisfaction des patients est un élément important de la démarche qualité. Les résultats des enquêtes de satisfaction constituent le point de départ d'actions d'amélioration et/ou une évaluation d'actions déjà entreprises, dans tous les domaines de la qualité ressentie par les patients. L'objectif pour le centre est d'analyser les résultats obtenus afin de définir les priorités et les actions d'amélioration qu'il veut initier ou poursuivre.

Critères :

- Une enquête de satisfaction des patients est réalisée régulièrement.
- La gestion des plaintes et des réclamations est organisée.

CS-R :

Aucun système de recueil des plaintes et des remarques des patients n'est organisé, mais un groupe « Représentants des usagers » existe et se réunit tous les 15 jours ; ce groupe rassemble un certain

nombre de patients élus par la communauté, un représentant de l'AT, et un représentant de l'Eglise gestionnaire ;

Les avis du tout-venant sont donc difficilement exprimés et entendus, mais l'équipe a l'impression subjective d'une grande satisfaction au travers de certaines constatations, par ex. le nombre de patients non-inscrits venant au centre sur recommandation ;

Des démarches d'évaluation plus systématiques gagneraient à être mises en place à l'aide d'outils standardisés adaptés au contexte local⁸.

CS-K :

L'impression de grande satisfaction des patients est aussi présente, malgré la dissuasion organisée par l'autre CS classique proche et les interventions parfois musclées du Comité de quartier ;

Le centre n'a pas de comité de quartier associé ni de comité représentant les usagers.

6.2. Les professionnels

6.2.1. Bientraitance et éthique

Les professionnels contribuent aux questionnements éthiques.

Critères :

- Les professionnels identifient en équipe les questionnements éthiques propres à la personne accompagnée.
- Ils associent la personne et son entourage (famille et proches) aux questionnements éthiques liés à son accompagnement.
- Ils sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique.
- Le questionnement éthique se situe dans le cadre théorique des soins centrés sur le patient et du patient partenaire.

CS-R :

Plusieurs réunions d'équipe sont organisées, dont des réunions cliniques de discussion de cas complexes, qui pourraient être le lieu d'expression de questionnements éthiques formalisés, ce qui est très rarement le cas, même si cette dimension est présente de manière informelle non explicite ;

L'éthique constituée en tant que telle dans son acception classique n'est pas dans les priorités du centre, alors qu'elle constitue un élément fondamental des modèles de soins centrés sur le patient et du partenariat patient, mais les attitudes de tous les soignants (depuis le premier contact à l'accueil) est extrêmement respectueuse (le professionnel se présente s'il n'est pas connu du patient, me présente comme un médecin belge venu observer le fonctionnement du centre, remercie le patient d'être venu à son rendez-vous, et sans retard) ;

L'équipe se rend compte aussi de la gêne de certains patients qui attendent dans la rue et qui n'aiment pas être vus comme malades, cette constatation débouchant sur une réflexion concernant la disposition des locaux et de l'endroit dédié à l'attente ;

Comme pour d'autres matières, le besoin d'une formation en ce domaine éthique est exprimé.

⁸ Vers une Belgique en bonne santé : soins centrés sur le patient

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/soins-centres-sur-le-patient>

CS-K :

Les responsables de l'accueil et de l'enregistrement font preuve d'un grand professionnalisme se manifestant, notamment, par une écoute respectueuse et par la prise en compte de la dignité de la personne, et ce, malgré le grand nombre de personnes parfois présentes dans un petit local et la sensibilité de certaines informations échangées ;

Certains patients reviennent parfois (rarement) se plaindre à l'accueil du comportement d'un soignant dans son cabinet, ces situations étant alors présentées et discutées lors de la réunion d'équipe ;

A la différence des autres soignants, la psychologue conserve elle-même ses dossiers et ne transmet les informations confidentielles dont elle dispose que de manière exceptionnelle et au seul travailleur concerné ; il s'agit donc d'une éthique de terrain, présente mais non formalisée en tant que telle.

6.2.2. Bases théoriques et conceptuelles

Il est absolument indispensable que tous les professionnels pris individuellement et que le CSMU collectivement dans son ensemble adhèrent au modèle de soins pratiqués dans un souci de cohérence et d'efficacité maximale pour un minimum de ressources).

La connaissance soutenant l'exercice des soins est basée sur l'approche factuelle (« médecine basée sur la preuve ») qui concilie dans l'intérêt de la personne accompagnée la connaissance scientifique validée, le contexte social et sociétal, les préférences du patient avec l'éthique et l'expérience personnelles du professionnel.

A côté de la médecine factuelle, les prises en charge et les accompagnements se réfèrent à d'autres cadres conceptuels et modèles de soins : la santé communautaire, la promotion de la santé, le modèle bio-psycho-social, la transdisciplinarité, les soins centrés sur le patient, l'éducation thérapeutique, les soins intégrés, le patient partenaire.

Critères :

- Chaque intervenant organise dans sa vie professionnelle des moments réguliers pour renforcer et mettre à jour ses connaissances scientifiques factuelles.
- Des formations sont régulièrement organisées par le centre pour renforcer et mettre à jour les connaissances des professionnels en matière conceptuelle relative aux modèles de soins.
- Des réunions cliniques se tiennent régulièrement en particulier pour la gestion des cas complexes et pour les confronter aux modèles théoriques.

CS-R :

Le modèle consensuel de base de dispensation des soins est celui de la médecine factuelle à laquelle tous adhèrent mais à des degrés divers ; les autres modèles plus théoriques (soins centrés sur le patient, patient partenaire, ...) sont peu abordés et considérés a priori comme acquis sans que ce fait soit vérifié ;

Peu de formations structurées sont organisées que ce soit au sein des différents services pour améliorer les connaissances scientifiques, ou collectivement pour discuter des modèles conceptuels et de leur application ;

Des réunions cliniques hebdomadaires sont tenues pour discuter des cas complexes auxquelles participent tous les professionnels, quel que soit leur domaine d'activités, dans une approche théoriquement bio-psycho-sociale et transdisciplinaire ; sur ce plan, on peut considérer que le stade de pluridisciplinarité (simple coexistence des disciplines) a été dépassé, mais que celui de

transdisciplinarité n'est pas atteint (construction collective d'un projet commun, centré sur le patient, éventuellement partenaire) ; il s'agit plutôt d'une interdisciplinarité où toutes les disciplines se parlent en s'apprenant réciproquement.

CS-K :

Il n'y a qu'une seule réunion hebdomadaire (le mercredi après-midi) qui aborde simultanément des problématiques cliniques, de gestion, d'évaluation, de suivi, etc. ; la gestion de la réunion est tournante ;

Une forte demande de formations est exprimée, encore renforcée par la réunion d'équipe plénière tenue en fin de mission (jugée d'ailleurs trop courte) ; le contenu des formations désirées concernent autant les modèles conceptuels et théoriques que la clinique et la médecine factuelle ; une formation au travail en équipe, à la transdisciplinarité et au collectif serait aussi manifestement d'une grande utilité ; les seules formations reçues depuis le début sont 5 jours sur le système CSMU avant l'ouverture des 2 centres, et celle de la première mission (courte durée) en octobre 2019 ; ceci explique que tous les travailleurs engagés postérieurement n'ont bénéficié d'aucune formation interne.

6.2.3. Droits de la personne accompagnée

Les professionnels favorisent l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée.

Critères :

- Les professionnels acceptent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée.
- Ils respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée.
- Ils respectent sa vie privée et son intimité, dans toute la mesure du possible et du désirable.
- Ils respectent sa liberté d'opinion, ses croyances et sa vie spirituelle.
- Ils respectent son droit à l'image.
- Le centre favorise son exercice des droits et libertés.
- Il garantit la confidentialité et la protection des informations recueillies à son sujet lors des soins.

CS-R et CS-K :

Les principes éthiques, de bientraitance, de respect des droits des personnes accompagnées ne sont pas évoqués en tant que tels, mais beaucoup d'entre eux sont respectés de manière spontanée non formalisée ;

Une réelle démarche concertée et de réels efforts sont déployés pour garantir la dignité des consultants et pour leur assurer l'écoute qu'ils demandent sans que les opinions réciproques n'interfèrent avec l'accompagnement proposé ;

L'approche centrée sur le patient est présente, mais certes encore insuffisante, nécessitant que les patients puissent sortir de l'impression de pouvoir médical et des relations verticales, et que les soignants en favorisent l'évolution ;

Malgré la sensation ressentie de satisfaction générale des patients, certaines situations de violences, surtout verbales, sont signalées et déplorées, mettant l'accent sur les devoirs du patient à côté de seulement ses droits : les professionnels aussi doivent pouvoir bénéficier de respect et de dignité partagée ;

Une formation à la gestion des violences et des situations critiques est évoquée.

6.2.4. Expression et participation de la personne accompagnée

Les professionnels favorisent la participation sociale de la personne accompagnée.

Critères :

- Les professionnels favorisent la préservation et le développement des relations sociales et affectives de la personne accompagnée.
- Ils la soutiennent ou l'orientent pour accéder aux services et dispositifs disponibles.

CS-R :

Dans une optique à la fois individuelle et communautaire, le service social suit une série de situations problématiques en tentant d'y apporter des solutions concrètes ;

L'ensemble des travailleurs est particulièrement sensible à cette dimension sociale ;

Les familles en difficulté financière peuvent bénéficier de soins totalement gratuits à l'intérieur du centre ;

Des initiatives de formation à l'entrepreneuriat social, en collaboration avec un médecin et de représentants des usagers, sont organisées pour permettre à certains patients précarisés de bénéficier de petits revenus (petits élevages, maraîchage, jardinage, ...) ou même de réelles activités génératrices de revenus (AGR), dans un objectif d'empowerment.

CS-K :

Toutes les démarches possibles sont également réalisées pour permettre un accès aux soins optimal ;

Malheureusement, la dégradation de la situation socio-économique interfère fortement avec les possibilités de recourir au réseau collaboratif et aux structures sociales-santé ambulatoires ou institutionnelles.

6.2.5. Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement

Les professionnels adaptent avec la personne son projet d'accompagnement au regard des risques auxquels elle est confrontée.

Critères :

- Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques inhérents à la personne accompagnée et liés à une/des addictions, à une tendance aux chutes, à la dénutrition, à la malnutrition, à des problèmes de déglutition, etc.
- Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés à la sexualité auxquels le patient est confronté.
- Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse.

CS-R et CS-K :

La co-construction et la personnalisation d'un projet d'accompagnement avec un patient ou une famille relève du modèle centré sur le patient, mais en appelle d'autres (bio-psycho-social, communautaire, éducation thérapeutique, médecine factuelle, ...) ;

Si l'écoute des consultants est pleine et respectueuse, l'investigation du propre agenda des patients n'est pas encore de mise de manière systématique, ces derniers n'en faisant d'ailleurs pas la demande ;

Le modèle paternaliste est encore bien présent autant du côté des soignés que des soignants ;

Une formation à l'application des nouveaux modèles est évoquée par certains lors d'entretiens individuels et lors de la réunion de retour collective ;

Les plans d'accompagnement, par contre, tiennent bien compte le plus souvent de la situation du patient concerné en fonction des risques inhérents à sa personne (addictions, sexualité (moins de questions sur ce sujet), faiblesse, tendance aux chutes, à la dénutrition, etc.) et de son contexte de vie ;

La base de données contenue dans les tablettes facilite évidemment grandement ce souci.

6.2.6. Accompagnement à l'autonomie

Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement pour favoriser l'autonomie de la personne.

Critères :

- Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le suivi de son parcours scolaire.
- Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le suivi de son parcours professionnel en lien avec les partenaires.
- Les professionnels soutiennent et accompagnent la personne dans le développement de ses compétences, la stimulation et le maintien de ses acquis en matière de santé.

CS-R et CS-K :

Le développement de l'autonomie est un des objectifs principaux du travail du centre que ce soit à l'échelon individuel (soins centrés sur le patient, éducation thérapeutique, ...) ou collectif (santé communautaire) ; cet objectif traverse toutes les prestations d'écoute, d'aide et de soin, mais de manière le plus souvent non formalisée et à une échelle insuffisante ;

L'état de santé de l'enfant est suivi à la CPS (avec une volonté d'un taux de couverture maximal) en abordant les aspects préventifs et d'éducation thérapeutique ;

Au-delà des actions communautaires, certaines expériences personnelles sont tentées comme le prêt à une patiente pour l'achat d'une machine à coudre, prêt à rembourser progressivement au fur et à mesure des revenus générés par sa couture ; c'est un petit fonds de solidarité constitué par la vente d'un triporteur ;

Cet ensemble d'initiatives peuvent être reliées au modèle (collectif) de soins centrés sur les patients dans une visée de renforcement de l'empowerment ; elles se heurtent évidemment à la vulnérabilité des personnes cibles potentielles en raison de la priorité donnée à la survie et au quotidien.

6.2.7. Accompagnement à la santé

Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement de la personne en matière de prévention (en ce compris les enfants), de santé physique, de santé mentale, d'accompagnement de fin de vie et de deuil.

Critères :

- Les professionnels élaborent un calendrier de suivi en matière de vaccination, de dépistage, de suivi des facteurs de risque et des maladies chroniques.

- En cas de non-suivi de ce calendrier, un système de rappel est organisé en même temps qu'un travail de compréhension des facteurs de résistance.
- Les professionnels repèrent et/ou évaluent régulièrement et tracent les besoins d'accompagnement en santé mentale de la personne accompagnée selon des modalités adaptées, en y incluant la référence vers un professionnel spécifique (psychologue).
- Les professionnels co-construisent le projet d'accompagnement en santé mentale avec la personne et le réévaluent régulièrement.
- Les professionnels alertent et/ou mobilisent tous les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement en santé mentale de la personne.
- Les professionnels recueillent et tracent les volontés de la personne sur son accompagnement de fin de vie et ses directives anticipées selon des modalités adaptées.
- Les professionnels échangent en équipe pour adapter l'accompagnement à la fin de vie de la personne, dans le respect de ses volontés exprimées.
- Les professionnels échangent en équipe pour adapter l'accompagnement au deuil vécu par la personne.
- Les professionnels mettent en œuvre l'accompagnement de la fin de vie et/ou du deuil de la personne.

CS-R :

L'atteinte d'une bonne couverture vaccinale est dans les priorités fondamentales du CSMU au travers de la CPS, grâce à un système bien organisé de rendez-vous et de rappels, soutenu par des actions de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique, et avec l'aide des représentants des usagers qui vont parfois à domicile pour accompagner les parents avec leurs enfants à leurs rendez-vous ;

Le centre a engagé une psychologue dont l'intégration est très harmonieuse et qui travaille dans une optique interdisciplinaire en proposant et discutant de projets d'accompagnement ;

Les fins de vie se passent de moins en moins à domicile, un témoin à la fois de l'évolution de la société et de sa médicalisation, et de la charge et des coûts inhérents à la prise en charge ambulatoire ;

Néanmoins, pour ces cas graves, le centre assure des visites à domicile pour respecter son engagement d'accompagnement.

CS-K :

L'objectif de bonne santé (bio-psycho-sociale) est au cœur des activités du CSMU ;

Malgré les difficultés, le temps perdu et les coûts liés aux déplacements, les visites à domicile sont réalisées par l'ensemble des professions (a minima pour les médecins) pour les prises en charge qui le nécessitent et pour valider les informations recueillies lors du premier contact à l'accueil et l'appréhension des différents éléments en situation de réalité pour ensuite les encoder sur la tablette ;

L'attention des travailleurs à la santé mentale, déjà présente dès le début, est encore renforcée depuis l'engagement d'une psychologue qui assiste, comme les autres soignants, à la réunion d'équipe ;

Les besoins en santé mentale sont importants en raison du contexte sociétal (dépression, anxiété, insomnies, états psychotiques, syndromes de stress post-traumatiques en lien avec les violences, notamment celles faites aux femmes) ;

Les projets d'accompagnement sont de fait bio-psycho-sociaux avec des calendriers d'échéances pour les maladies chroniques et ébauche de plans de soins centrés sur la maladie (« disease management ») mais personnalisés (« case management »).

6.2.8. Continuité et fluidité des parcours de soins

Les professionnels favorisent la continuité de l'accompagnement dans le CSMU, ainsi que la fluidité du parcours de la personne accompagnée, en coordination avec la famille, les proches et les partenaires.

Critères :

- Les professionnels anticipent les situations de crise ou de rupture dans l'accompagnement ou le parcours de la personne et l'alertent des risques engendrés.
- Les professionnels accompagnent les interruptions et les ruptures d'accompagnement de la personne, selon des modalités adaptées, par exemple les visites à domicile.
- Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée.
- Les professionnels se coordonnent avec les partenaires du territoire impliqué dans le parcours de la personne accompagnée et partagent les informations nécessaires.
- Les professionnels informent la personne accompagnée et son entourage des alternatives pour la conduite de son parcours.
- Les professionnels transmettent toutes les informations nécessaires à la continuité de l'accompagnement de la personne aux professionnels qui prennent le relais et à l'entourage.

CS-R :

Les relations avec les partenaires de santé potentiels sont difficiles et peu opérantes ;

Des conventions de collaboration (par ex. pour les urgences de jour et de nuit, pour les accouchements, ...) existent avec quelques hôpitaux (l'hôpital provincial, celui de Virunga et celui de Kyeshero), mais les tarifs qui y sont pratiqués sont très dissuasifs ;

De plus, souvent les patients du CSMU y sont refusés parce qu'une convention signée avec les structures concernées permet des tarifs plus accessibles alors que les finances hospitalières sont dans le rouge ;

De plus, les retours (les contre-références) sont très aléatoires nécessitant parfois un déplacement d'un travailleur du centre pour aller rechercher un rapport d'hospitalisation ou de spécialiste ;

Un partenariat existe également avec un laboratoire privé pour la biologie clinique mais là aussi les coûts sont élevés risquant de mettre en péril la santé financière du CSMU (le patient payant 5 \$ par mois tout compris, alors qu'un simple dosage de créatinine en coûte 12) ;

Les ressources de santé locales semblent parfois assez adéquates, mais sans aucune communication a fortiori coordination (une église catholique locale organise un dépistage de la cataracte et prend en charge les interventions nécessaires ; une vieille patiente débarque au CSMU au 3^e jour post-op avec un problème social majeur faisant qu'elle n'a quasi plus mangé depuis l'opération).

CS-K :

La situation socio-économique est telle qu'actuellement, seuls les patients riches ou couverts par une assurance (abonnés dans le CSMU) peuvent encore aller se faire soigner à l'hôpital en cas de besoin ;

Les conséquences sur la santé en sont évidemment importantes avec le constat de report de soins de plus en plus fréquents ;

Les soignants sont eux aussi impactés par ces conditions de vie de plus en plus difficile, à la fois parce qu'ils y sont confrontés et profondément touchés à la détresse des patients, mais aussi parce qu'ils vivent ces difficultés à titre personnel.

6.3. Projet du centre et gestion

6.3.1. Projet du centre

Le projet d'un centre doit prendre en compte les données de l'environnement (offre de soins sur le territoire de santé, politiques des institutions, besoins de la population) ainsi que l'avis et les propositions des professionnels du centre et préciser les orientations stratégiques explicites à partir desquelles sont définis des objectifs et des actions à mettre en œuvre. Il permet de guider les activités et de rassembler les professionnels autour d'une vision partagée de ses missions, de son fonctionnement et de son développement.

Critères :

- Le centre dispose d'un projet destiné à guider ses activités.
- Le projet prend en compte les données de l'environnement : besoins de la population, offre sanitaire et sociale environnante, politiques des institutions.
- Les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi du projet du centre.
- Le projet du centre est disponible pour tous les travailleurs, les patients et les partenaires extérieurs.

CS-R :

Le projet global du centre est celui du PADISS, et est connu de l'ensemble des travailleurs ;

L'environnement est bien pris en compte mais pas complètement (cf. prise en compte initiale insuffisante de la coexistence locale d'un autre centre de santé, concurrent dans les faits, un facteur de contrainte externe majeur) ;

Les compétences sont utilisées dans le cadre du projet : par exemple les 3 médecins se sont partagé les domaines de la consultation curative avec la CPN, de la santé communautaire et de la santé familiale ;

Les CSMU veulent assurer le PMA (intégrant donc les activités préventives), mais avec une médicalisation et une volonté d'amélioration de la qualité des soins.

CS-K :

Le PADISS est aussi bien connu de tous de tous les travailleurs, et sur le fait qu'il s'agit d'une recherche action pilote sur sa nature en tant que telle (les modèles de soins qu'il veut porter), et sur son montage financier ; l'enjeu est de taille dans la mesure où certaines décisions politiques pourraient en être influencées.

6.3.2. Gestion du centre en matière financière et de gouvernance

Une gestion financière rigoureuse pour atteindre l'équilibre de fonctionnement est une des conditions premières pour assurer la qualité des soins, la satisfaction des patients et celle des soignants. Celle-ci doit être validée par la structure de gouvernance en place qui doit prendre en compte les attentes et besoins de la population du territoire concerné, de l'équipe des soignants dans un objectif de santé individuelle et de santé publique.

Critères :

- Il existe une structure de gestion reconnue, redevable de la stratégie globale du centre, du budget, des décisions prises et de leur application.
- Les travailleurs peuvent exprimer des avis consultatifs à cette structure.
- Au moins une fois par an, le bilan et le budget prévisionnel annuels sont examinés et validés par la structure de gestion.
- La comptabilité est suivie régulièrement par un comptable professionnel.
- Les travailleurs peuvent consulter l'ensemble des documents comptables.

CS-R :

Théoriquement la gestion est assurée par une structure directoriale émanant d'une Eglise évangélique (à laquelle appartient d'ailleurs le terrain sur lequel le CSMU a été construit) mais dans les faits, ce sont l'équipe des travailleurs et l'AT qui le font avec une très large autonomie ; le CSMU fait donc partie des services publics de santé de la RDC, dans le cadre du projet PADISS, mais avec un gestionnaire privé associatif ; des réunions de gestion hebdomadaires sont tenues auxquelles assistent les travailleurs du centre, un représentant de l'Eglise et un représentant de l'AT au cours desquelles tous les problèmes internes sont abordés selon un ordre du jour immuable incluant le suivi des décisions prises ;

Un travailleur de l'équipe est désigné coordinateur selon une décision datant du début des CSMU : un responsable de la gestion sous tous ses aspects (finances, clinique, ressources humaines, etc.), choisi pour une durée de 6 mois et en rotation ; cette décision formalise un certain degré d'autogestion ; mais l'application effective ce modèle de fonctionnement est ardue vu la diversité des compétences et de la capacité de leadership nécessaires ; dans les faits, l'accompagnement au quotidien est assuré par l'AT dont un des membres est très présent et très disponible ;

Le suivi financier est fait régulièrement par un comptable professionnel, et communiquée à l'AT ; les dépenses se répartissent comme suit : salaires (50%), pharmacie (25%), fonctionnement (15% dont 3% versés à l'Eglise), investissements (5%), management (5%), ainsi qu'une dîme versée à l'Eglise sous forme de pourcentage, et les recettes : la subvention EUP-FASS tout récemment diminuée de 50% (passée de 3 000 \$ par mois à 1 500) par le bailleur UE (ce qui rend la situation très fragile dans un contexte déjà difficile), les mutuelles et les assurances (pour les abonnés), le ticket modérateur des patients ainsi qu'un petit fonds social (l'ensemble des contributions de la communauté est évaluée mensuellement à 1 100-1 200 \$, et va plutôt en diminuant vu la situation économique du Congo, avec une énorme augmentation du coût de la vie, et encore ce mois-ci une dévaluation du franc congolais par rapport au dollar) ; par ailleurs, un Comité (consultatif) de représentants des usagers (élus) se tient tous les 15 jours auquel participent également un représentant de l'Eglise et un représentant de l'AT ; le peu d'implication (conseils, contrôles, évaluation, participation, ...) des instances politiques et administratives de la zone de santé est constatée et profondément regrettée.

CS-K :

Le CSMU est un centre public d'Etat construit sur un terrain appartenant à l'Etat ;

Une réunion se tient chaque semaine (le mercredi) à laquelle participent tous les travailleurs et (souvent) un membre de l'AT ; il y est discuté de clinique, de gestion (notamment de l'état financier du centre), d'évaluation, de suivi des décisions ; l'animation est tournante entre tous les travailleurs ;

Une coordinatrice (infirmière) a été désignée pour assurer le fonctionnement quotidien, mais elle prend aussi en charge l'écriture des rapports mensuels (pour le SNIS) et la comptabilité ;

Les recettes cumulent la part EUP-FASS 1 500 \$ et les prestations d'environ 2 600 \$ (ce chiffre est fragile vu la précarisation croissante de la population en raison d'une augmentation constante du coût de la vie) ; de plus en plus de patients tombent dans l'indigence et nombreux sont ceux qui renoncent aux soins ; pendant mon séjour, s'est déroulée une visite du pôle UE du Ministère qui a clairement dit que les subventions NDICI étaient appelées à diminuer puis disparaître avec le temps dans une visée d'autonomisation de la RDC par rapport à son système de santé ; il est évident que les contributions directes des personnes et des familles ne peuvent pas suffire à assurer le fonctionnement correct des soins de santé primaires : un défi à relever pour l'Etat au travers de son PNDS 2024-2030 (Plan National de Développement Sanitaire) pour une protection sociale étendue dans le cadre de la couverture santé universelle, qui est par ailleurs dans le 3^e Objectif de Développement Durable (ODD) de l'OMS ; des solutions globales et innovantes devront être imaginées et mises en place pour permettre la pérennisation des actuels CMSU et la multiplication des centres de santé médicalisés de 1^{ère} ligne ;

La répartition des dépenses est la même en % (sans rétrocession à l'Eglise) qu'au CS-R ce qui donne en chiffres absous par mois : salaires (750 \$ de l'EUP-FASS et 1 250 via les prestations, AFEMED 1 100, matériel 200, gardiennage 240, hygiène 160, management 150, bâtiment 200, électricité 20, divers 100 ; à noter que les travailleurs sont eux-mêmes soumis à des conditions de vie de plus en plus difficiles liées à la situation socio-économique du pays (par ex. nouvelle dévaluation récente du FC) associée à l'indifférence de l'Etat à leur égard en ne payant pas leur dû ; un exemple significatif : le transport pour venir travailler est du ressort de chacun et peut se monter à 3-4 000 FC par jour càd 1,2-1,6 \$ chacun des 25 jours de travail chaque mois) ;

A noter que certains travailleurs reprochent clairement à l'AT un manque d'empathie et de compréhension à leur égard qui ne touche pas seulement au problème des salaires, mais aussi leurs conditions de vie et de travail ; ce reproche a aussi été exprimé au CS-R, même si, dans l'ensemble et des deux côtés, le ressenti des équipes par rapport à l'AT reste globalement positif ; beaucoup parmi les anciens professionnels estiment avoir mis « tout leur cœur » à se dévouer « corps et âme » dans une expérience certes intéressante mais à inventer de toutes pièces, et que le résultat aujourd'hui est pour beaucoup une déception, une grande fatigue voire un découragement qui va donc bien au-delà des seuls aspects financiers et qui les pousserait éventuellement à « fuir ».

6.3.3. Accès à la prise en charge

L'une des missions des CSMU est de favoriser l'accès aux soins : accès de tous à la prise en charge, accès physique des personnes, accès ou orientation quel que soit le moment (en réfléchissant aux modalités d'ouverture du centre, d'orientation vers d'autres structures). Cet objectif implique des partenariats et un travail en réseau. Les CSMU ont un rôle à jouer dans les nouveaux modes de prise en charge (soins centrés sur le patient, médecine humaniste, patient partenaire, ...) en coopérant avec les autres offreurs de soins, en lien avec les services des secteurs social et médico-social, même ceux des secteurs alternatifs comme les tradipraticiens ou les guérisseurs.

Critères :

- Le centre favorise l'accès de tous aux soins.
- Le centre favorise l'accès physique des personnes.
- Le centre propose des solutions de prise en charge à tout moment.
- Le centre favorise une prise en charge globale des personnes.
- Le partenariat et le travail en réseau facilitent l'accès aux soins.

CS-R :

Le principe de base est celui de la couverture universelle sur une base territoriale (l'AS) ;

Mais dans les faits, vu une inscription massive à visée stratégique à un certain moment et la mauvaise adhérence des patients non-inscrits, la priorité a été progressivement donnée aux patients inscrits ;

Le prix des consultations pour les non-inscrits a été fixé initialement comme plus élevé et ils n'ont pas accès à certaines prises en charge (CPN, CPS, maladies chroniques par ex.) mais seulement aux consultations curatives ;

La fréquentation du centre est agréable et les lieux bien aménagés ;

Au vu de la situation économique actuelle au Congo, toutes les consultations ont été ramenées à 5 \$ pour, malgré tout, permettre une accessibilité maximale aux prises en charge et mieux répondre à la vocation territoriale sans sélection qui est celle, a priori, des soins de santé primaires ;

L'accès physique est facile ;

Il y a peu de travail en réseau, en raison, notamment, des relations difficiles avec le 2^e échelon (quasiment pas de contre-références) ;

Quelques conventions de collaboration existent néanmoins comme pour les urgences, les accouchements, les hospitalisations, les examens de laboratoire, ... mais de manière minimale ;

Aucune relation de collaboration n'a été établie avec les tradipraticiens (qui maintenant sont reconnus par une licence) beaucoup plus nombreux que les médecins et chez qui une majorité de patients se rendent dans un premier temps ;

Des défauts sont identifiés quant à l'architecture et aux locaux du centre : parfois le matin, les patients s'accumulent devant le local d'accueil, jusque dans la rue, ce qui est particulièrement pénible par temps de pluie ;

Une réflexion est en cours sur la disposition des locaux pour améliorer les conditions d'accès et d'accueil ;

A noter la présence assez près du CSMU, d'un autre centre de santé (CS Karisimbi-Rapha) qui préexistait depuis longtemps à son ouverture en 2019 (un CS public classique de 1^{ère} ligne, donc non-médicalisé, géré uniquement par des infirmières (dont certaines A1) et des administratifs) ; ce CS prend en charge les hospitalisations et les accouchements, et il appartient à la même Eglise évangélique que le CSMU ; les relations entre les professionnels des 2 centres sont relativement bonnes mais celles entre les deux structures se sont des plus mauvaises, surtout depuis la campagne d'inscription du CSMU en 2021, réalisée sans information ni a fortiori concertation ; or ce 2^e centre à Rapha est de grande taille, assure hospitalisations (d'un jour) et accouchements, jouit du soutien financier de grosses ONG, développe des programmes intéressants (ex. sur les VLG) et est actuellement en expansion avec la construction de nouveaux bâtiments ; par contre, il n'est pas médicalisé ;

Il est vraiment dommage que des collaborations (ou au moins des relations) formelles n'aient pas été établies dans un objectif de synergies positives ; en ce qui concerne les accouchements par exemple, leur coût en hôpital (au minimum 25-50 \$) en limite l'accès, mais il s'agirait alors de renforcer les capacités ambulatoires en ce domaine sur base des indicateurs habituels (morbi-mortalité néonatale et maternelle).

CS-K :

Près du CSMU en construction en 2019, existait également depuis longtemps un CS public d'Etat (CS Afia-Kyeshero) classique de 1^{ère} ligne càd non médicalisé ; son équipe pensait que les nouveaux locaux lui étaient destinés, ce qui n'était pas le cas (impossibilité que des infirmières A1 travaillent dans une

équipe médicalisée), et la désillusion a été massive, source d'une rivalité violente non encore totalement apaisée à ce jour ;

Le CSMU n'est associé à aucun Comité de santé et n'a pas encore de Conseil de représentants des usagers ; la coexistence est difficile ; le Comité de quartier, relevant du CS classique et nommé par la DPS, fait des contre-campagnes pour détourner la population du CSMU ; des actions, parfois violentes, sont encore parfois menées (encore tout récemment) ; aucune synergie n'est réellement effective alors que les équipes et leurs missions ne sont pas totalement les mêmes ; une fusion a été proposée par le CSMU avec intégration de l'équipe du CS, mais celle-ci a refusé ; par ailleurs, comme à Rapha, le CS est de grande taille (14 travailleurs, infirmières et agents administratifs), développe des programmes communautaires, et bénéficie depuis peu également d'un financement EUP-FASS (actuellement NDICI) ;

Malgré tout, la résolution du problème semble possible : à la suite d'une action récente initialement violente, une réunion a été mise sur pied aboutissant à l'apaisement et à une volonté de collaboration sur certains projets (un notamment centré sur les adolescents) ;

Enfin dans la mesure où les CS classiques voudraient être médicalisés, il y a là une convergence d'intérêt avec les CSMU, d'autant qu'il y a beaucoup de médecins inemployés au Congo ;

Sur un autre plan, le CSMU ne travaille pas sur une base territoriale et accepte des patients et des familles venant de partout, en raison de la bonne réputation du centre, ceci essentiellement pour des raisons financières, donc pour augmenter les recettes (mais aussi bien-sûr le travail qui en résulte à équipe constante) : actuellement il y a 600 nouveaux épisodes ouverts chaque mois avec un objectif de 1 000 ;

Les visites à domicile sont évidemment rendues plus difficiles en raison des distances importantes à parcourir ; toutes les consultations (pour les inscrits et les non-inscrits) sont égalisées à 5 \$; cette somme couvre un épisode et sous les composants dans un souci d'accessibilité et de qualité : contacts avec les soignants (par ex. 26 séances de kiné sont prévues pour un traitement post-AVC), les médicaments, les références, le labo, l'échographie, ...) :

On peut parler de paiement forfaitaire à l'épisode avec la restriction que si l'épisode se prolonge ou qu'il s'agit d'un malade chronique, chaque mois, les 5 \$ sont renouvelés ;

Au début des CSMU, il a été question d'un financement lié à l'activité, mais vu la croissance rapide du nombre de patients pris en charge, l'UEP-FASS a choisi plutôt le principe d'un subside forfaitaire mensuel (3 000 \$ encore divisés récemment par 2), indépendamment du nombre de patients vus ni de la masse de travail ;

La CPN (y compris les examens nécessaires) est également à 5 \$ par mois, et la CPS est gratuite.

6.3.4. Politique qualité

La politique qualité d'un centre est présente dans l'ensemble du référentiel. Pour assurer le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité, le centre doit définir une politique et organiser sa mise en œuvre. L'impulsion et le suivi de la démarche par les responsables (AT, ECZ) en constituent un élément essentiel. Les projets d'amélioration qui portent directement sur la prise en charge des patients bénéficient d'une réflexion menée en équipe.

Critères :

- Le centre a défini une politique qualité.

- La mise en œuvre de la politique qualité est organisée.
- La gestion documentaire est organisée.
- Le centre soutient les soignants pour qu'ils puissent bénéficier d'une mise à jour régulière de leurs connaissances scientifiques.
- Des formations sont régulièrement organisées par le centre pour renforcer et mettre à jour les connaissances des professionnels en matière conceptuelle relative aux modèles de soins.

CS-R et CS-K :

Une politique qualité n'est pas formellement définie mais plusieurs démarches de ce type ont été établies et fonctionnent pour des problèmes jugés prioritaires, par ex. une réponse structurée au manque de recours (environ 50% des inscrits n'ont jamais fréquenté le centre, et la moitié des femmes enceintes n'ont pas suivi la CPN) : la principale cause identifiée est le manque d'information sur les offres de soins au sein du centre, parfois en lien avec une campagne d'inscription massive qui a entraîné un travail systématique à l'accueil, des visites domiciliaires, et un traçage des consultations pour améliorer la continuité des soins pour les maladies chroniques ;

Par ailleurs, peu d'informations scientifiques factuelles sont disponibles au sein du centre pour les travailleurs, même lorsqu'elles seraient facilement disponibles (ex., les guides pratiques de l'OMS par ex. celui sur la tuberculose⁹, le guide clinique et thérapeutique de MSF¹⁰, des synthèses sous forme électronique gratuite¹¹, le manuel MSD Pro¹² etc.) ;

Un petit fonds documentaire, la connaissance de sites scientifiques fiables, et une formation d'accès aux bonnes informations seraient manifestement très utiles, notamment pour améliorer la qualité de la prescription.

6.3.5. Bonne utilisation des ressources

L'objectif est d'assurer une prise en charge de qualité au meilleur coût, en prenant en compte l'ensemble des ressources mobilisées. Les moyens choisis sont définis par les responsables dans le respect des obligations déontologiques de chacun et des orientations définies. Le but est l'optimisation des recettes financières, la connaissance des coûts et des recettes, et la diffusion de l'information nécessaires aux personnes du centre.

Critères :

- Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses.
- L'utilisation des différents types de ressources contribue à leur efficience.
- Les coûts des différentes activités et, le cas échéant, les recettes produites sont connus.

CS-R :

Un comptable suit très régulièrement la situation financière du centre (présent 2-3 fois par semaine), et il participe aux réunions du vendredi ;

⁹ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345326>

¹⁰ <https://medicalguidelines.msf.org/sites/default/files/pdf/guideline-170-fr.pdf>

¹¹ <https://reference.medscape.com/>

¹² <https://www.msdmanuals.com/fr/professional>

Sur le plan financier, la santé du CSMU est très fragile vu la diminution récente de la subvention de l'UE EUP-FASS (requalifiée NDICI), par ailleurs versée irrégulièrement, ce qui entraînent une importante diminution et l'irrégularité dans le versement des salaires avec de fréquents retards de paiement (les salaires sont en moyenne de 200-380 \$) ;

Sur l'ensemble travailleurs, seuls deux d'entre eux sont salariés d'Etat avec un système de primes de risque aléatoire et sans aucune logique ;

Malgré tout, l'engagement et l'attachement des travailleurs au projet persiste, mais va néanmoins en diminuant vu le découragement induit, hypothéquant d'autant plus la survie-même du CSMU ;

Il aurait été théoriquement nécessaire d'augmenter le ticket modérateur des prestations, mais c'est plutôt le choix inverse qui a été fait pour ne pas trop diminuer l'accessibilité des plus démunis et des non-inscrits (cf. expérience très négative de l'hôpital provincial qui a vu sa fréquentation dramatiquement s'effondrer) ;

Par ailleurs, le nombre de consultations n'a quasi pas augmenté malgré le renforcement de l'équipe des travailleurs ;

A noter que plusieurs services ont été externalisés (ou font l'objet de conventions de partenariat) en dehors de la pharmacie et des médicaments : l'hygiène et le nettoyage, le laboratoire, l'hospitalisation, la sécurité, la comptabilité ;

Certains de ces choix font aujourd'hui l'objet de grosses réserves sur le plan financier en raison de leurs coûts fort importants et de leur prélèvement sur le budget propre du centre.

CS-K :

Il n'y a pas de comptable attaché au centre, c'est la coordinatrice qui assume la fonction ;

L'évolution est la même que dans le CS-R mais avec un moindre renforcement de l'équipe et une augmentation constante (et volontaire) du nombre de patients sans que le nombre de consultations augmente parallèlement ;

Un petit fonds de réserve a pu être constitué ;

Ceci explique la régularité et la moindre diminution des salaires (qui sont de l'ordre de 200-450 \$ par mois càd une échelle barémique inférieure à 3), malgré un système de prime toujours limité et sans aucune logique ;

Alors que le CSMU est un centre public d'Etat, l'exemple d'une infirmière qui travaille depuis plus de 20 ans et qui n'a jamais perçu aucune rémunération en provenance de l'Etat est rapporté ;

Enfin, dans les suites d'une récente revendication collective pour une revalorisation salariale, le centre a décidé d'une modification de la clé de répartition du Fonds fixe des médicaments (fournis par l'ASRAMES), permettant de ce fait une augmentation de la part salariale dans les dépenses (de 50 à 65%) ; actuellement la situation est apaisée et le degré de satisfaction des travailleurs passé de mauvais à moyen.

6.3.6. Ressources humaines et exercice des responsabilités

La contribution efficace des ressources humaines au fonctionnement du centre requiert la mise en place d'une politique de gestion des ressources humaines, de procédures de recrutement, de formation, et d'évaluation de tous les personnels, càd l'ensemble des professionnels qui travaillent

dans le centre. Un objectif important de la politique des RH consiste à impliquer toutes les personnes impliquées dans le fonctionnement du centre.

Critères :

- Le centre a mis en place une politique de gestion des ressources humaines.
- Les recrutements sont cohérents avec le projet du centre.
- Le plan de formation du personnel est en adéquation avec les besoins du centre.
- Une évaluation du personnel est conduite régulièrement.
- La prévention des risques pour le personnel est assurée.
- Le centre soutient les soignants pour qu'ils puissent bénéficier d'un plan de développement en matière de projet de vie professionnelle.

CS-R :

Les recrutements sont validés par la structure religieuse gestionnaire du centre, le plus souvent sur proposition de l'équipe et de l'AT, en cohérence avec le projet global et les valeurs portées (cf. l'engagement de 2 médecins, de 2 kinés, d'une psychologue) ;

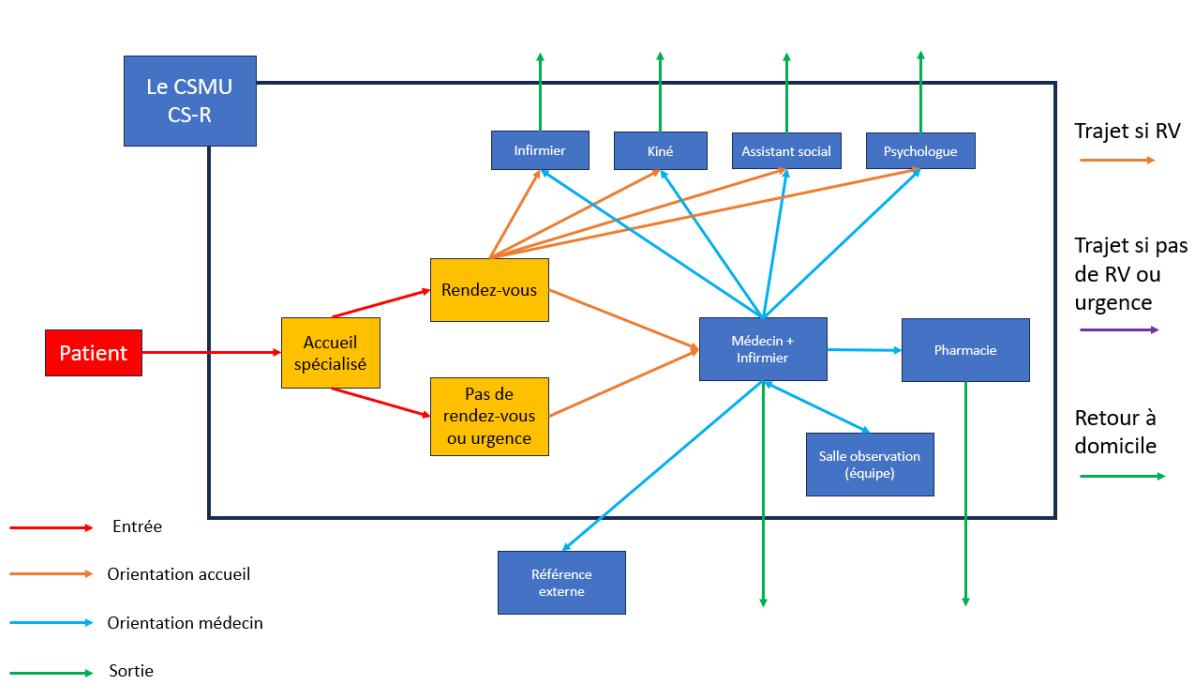
Il n'y a pas vraiment de politique formalisée de gestion des RH, ni d'évaluation systématique, ni de plan de formation (ce qui, en fait, est signalé et demandé, notamment la possibilité de formations ou de stages extérieurs) ;

Les relations entre collègues semblent bonnes et beaucoup de décisions se prennent sans cadre préétabli : par exemple la formation d'un médecin à la technique de l'échographie ;

A noter que l'engagement des professionnels reste fort, quoique pénible, malgré les conditions parfois difficiles ;

Par ailleurs, l'intérêt majeur d'un coaching régulier sur place est souligné unanimement, augurant peut-être la présence permanente d'un coordinateur (directeur) pour le soutien quotidien à la gestion des RH, et à la gouvernance du centre ;

Par rapport à la situation initiale, le circuit du patient dans le CSMU a été modifié pour plus le médicaliser ; les raisons en sont l'encombrement de patients à l'accueil avec l'infirmier prenant systématiquement les paramètres, le médecin tout seul à sa consultation, le doute sur le bien-fondé de l'orientation directe à partir de l'accueil vers le service spécifique remettant en cause la responsabilité du médecin ; l'adhésion à ce nouveau schéma ne s'exprime pas unanimement, certains mettant en cause la réintroduction de la hiérarchie médicale, la perte de pluridisciplinarité et le manque d'activité de l'infirmier pendant les consultations, limitée à la prise des paramètres sous la supervision du médecin ; la question mériterait certainement d'être rediscutée d'une manière sereine et collective, sans a priori, et dans le respect des modèles conceptuels qui ont prévalu lors de la conception des CSMU ; trajet de soins actuel au sein du CS-R :



CS-K :

La cohésion de l'équipe est très forte, avec une importante résilience collective ;

Volontairement, pour préserver une certaine sécurité financière, l'équipe professionnelle a été moins renforcée qu'au CS-R ;

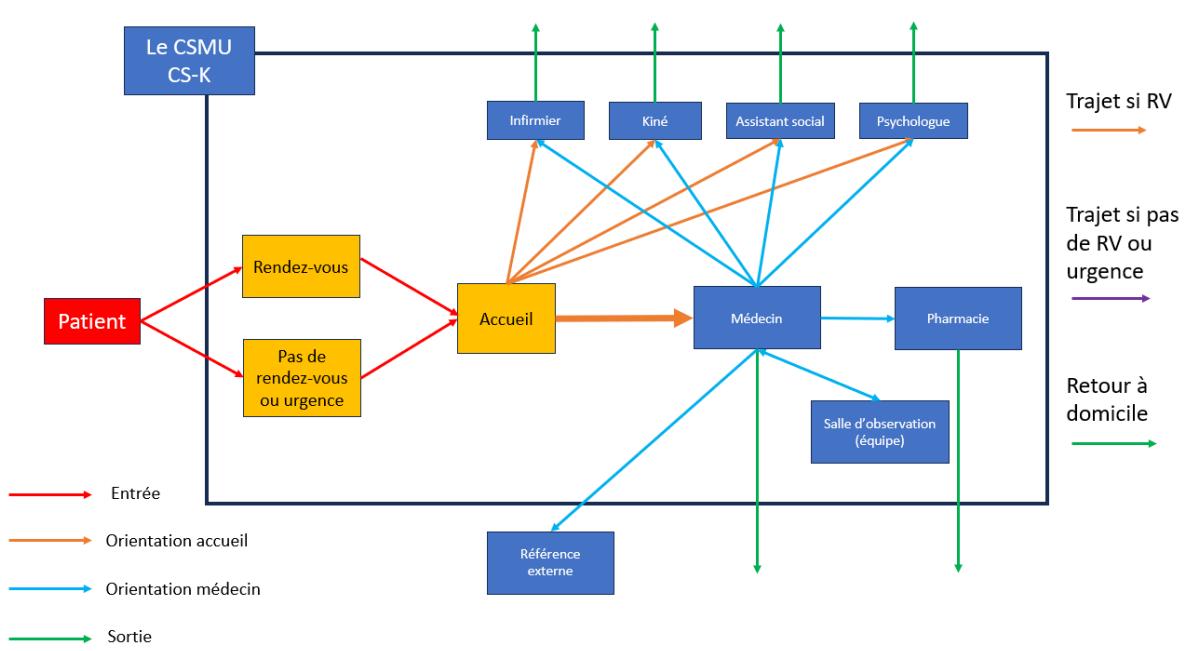
Comme au CS-R, la demande est forte pour de la formation continue, la constitution de ressources documentaires, des stages (notamment en santé mentale), et pour construire un plan individuel (et collectif pour le centre) de développement professionnel continu ;

Les décisions se prennent aussi sans hiérarchie établie, en équipe avec l'appui de l'AT, et des interventions a minima des responsables de la ZS ou de la DPS ;

Un travailleur a été désigné comme coordinateur, un rôle paraissant indispensable dans la durée et réunissant actuellement une polyvalence de compétences (comptabilité, travail social depuis la démission de l'assistant social, accueil, ... au-delà de la première profession d'infirmière de la personne) ;

La psychologue ne peut bénéficier ni de supervision ni d'intervention, et elle craint de fonctionner en circuit fermé et en roue libre au détriment de la qualité des aides qu'elle apporte à ses patients ;

Le circuit du patient au sein du CSMU est resté assez semblable à celui mis en place au début, donnant à un accueil spécialisé la tâche d'orientation vers le professionnel indiqué ; mais dans les faits, l'aiguillage se fait vers le médecin dans 95% des cas ; trajet actuel au sein du CSMU :



Dans une visée multidisciplinaire et démédicalisante, tous les professionnels sont amenés à assurer la fonction accueil à certaines périodes ;

Les actes médicaux techniques sont effectués par le médecin sauf lorsqu'il est vraiment débordé, auquel cas c'est l'infirmière qui les réalise (prise poids, TA, rythme cardiaque, glycémie au bout du doigt, bandelette urinaire, TDR, etc.) ;

L'infirmière est souvent occupée à d'autres tâches que celles relevant spécifiquement de sa fonction, le dispensaire fonctionnant en général au ralenti.

6.3.7. Ressources matérielles

Ce sont des éléments essentiels de l'organisation et de la gestion. Les ressources matérielles (locaux, équipements et consommables) participent à la qualité des prestations délivrées aux patients, notamment par leur adéquation aux besoins et attentes des patients et des professionnels.

Critères :

- Les utilisateurs sont associés aux procédures d'achat et d'évaluation des consommables et des équipements.
- Les approvisionnements sont assurés.
- La maintenance des différents équipements est organisée.

CS-R :

Le CSMU est correctement équipé, en matière de matériels fixes et disposables (TDR, nécessaires pour les soins, ...), et de médicaments (même si les ruptures de stocks restent encore beaucoup trop nombreuses au point que l'approvisionnement simultané auprès d'un autre partenaire (privé) a été imaginé) ;

Les professionnels expriment leurs besoins qui sont, en général et si possible, satisfaits (par ex. achat d'un nouvel ordinateur), mais des manques subsistent ;

Les manques sont cités par certains travailleurs, pas par tous : un échographe de qualité, du matériel pour la kinésithérapie (à certains moments, 6 patients présentant des séquelles d'AVC se trouvent

simultanément dans un local assez exigu avec les 2 kinés, et un matériel vieilli et insuffisant), pas d'ordinateurs en suffisance obligeant certains travailleurs à utiliser le leur, pas de permanence ou de système organisé (soir, nuit, week-end), pas de lit d'hospitalisation ou de maternité (une demande de la communauté), pas de circuit structuré organisant la continuité des soins et leur intégration ;

La gestion de la pharmacie a été totalement externalisée au niveau de l'AFEMED fournie par l'ASRAMES (avec une certaine diminution des ruptures de stock) pour un coût représentant 25% du budget total du CSMU ; son système de gestion informatisée est directement relié directement à celui du CSMU) ;

En ce qui concerne la maternité et l'hospitalisation (de moins de 24 heures de toute manière selon les normes), aucun travailleur mais beaucoup de patients en déplorent l'absence ; l'organisation de ces services (en principe partie intégrante d'un centre de soins primaires) nécessiterait des locaux plus vastes (donc de nouvelles constructions) et une permanence sur place 24/24 ce qui est inimaginable ; par contre, la salle d'observation permet des mises au point et des traitements résidentiels de moins d'un jour ;

Un gros problème réside dans la régularité de la production et de la fourniture de l'électricité nécessaire actuellement d'origine solaire et stockée dans des batteries (déjà anciennes), ce qui provoque des insuffisances d'alimentation par mauvais temps et la nécessité de repasser momentanément à l'encodage papier ; le raccordement au réseau a été promis plusieurs fois mais chaque fois différé vu la situation tendue autour de la ville ; un souci d'autonomie énergétique avec de nouvelles batteries plus puissantes est un besoin exprimé.

CS-K :

Les mêmes manques sont signalés en particulier concernant le vieillissement et la dégradation des matériels, par ex. en kinésithérapie, pour lequel existe une forte demande pour ce type de soins (très souvent 30 patients par jour) ;

Des téléphones mobiles appartenant au centre seraient bienvenus en cas de visite à domicile, de même que plus d'ordinateurs disponibles ;

Un petit local pour que les travailleurs puissent se déshabiller et laisser leurs affaires serait aussi bien utile, et la pièce de l'accueil à l'entrée du centre est vraiment très petite ;

Le besoin existe aussi pour un véhicule (en bon état, car un triporteur qui a été fourni n'a jamais roulé) permettant de conduire les patients vers les hôpitaux en cas de nécessité ;

L'alimentation électrique est assurée correctement en raison du raccordement au réseau et des panneaux solaires alimentant des batteries ;

Il n'y a pas de connexion Internet mais un Intranet très efficace permettant le fonctionnement des ordinateurs et des tablettes ; malheureusement le système actuel est sensible à la foudre, fréquente en cet endroit, et les serveurs ont déjà brûlé à plusieurs reprises.

6.3.8. Hygiène, désinfection stérilisation

Le centre doit assurer aux patients, aux professionnels et autres personnes un environnement salubre et sûr. Dans cette perspective, les principaux axes d'action sont le respect des règles d'hygiène, la réduction du risque infectieux, l'hygiène des locaux et l'élimination appropriée des déchets.

Critères :

- Les règles d'hygiène sont appliquées dans le centre et au domicile des patients.
- La propreté des locaux est assurée.
- Les bonnes pratiques de désinfection pour le matériel réutilisable non stérilisable sont respectées.
- Les bonnes pratiques de stérilisation sont respectées.
- Les déchets sont éliminés conformément aux règles de bonne pratique.

CS-R et CS-K :

Les centres sont très propres, régulièrement nettoyés, et répondent aux normes d'hygiène habituelles ;

La gestion de la crise du coronavirus a été assurée efficacement ;

De la solution désinfectante est présente en de nombreux endroits ;

La stérilisation se fait à l'eau bouillante (casserole à pression), il n'y a pas d'autoclave ;

A noter que la gestion du nettoyage a été externalisée à une société par choix financier, remis un peu en question actuellement.

6.3.9. Système d'information

Pour obtenir leurs objectifs, les CSMU ont besoin d'information. De même que tout centre assure la gestion de son personnel et de ses équipements, il doit assurer également et quelle que soit sa taille, la gestion de ses informations. Le système d'information est au service du fonctionnement du centre, que ce soit dans le domaine de la gestion ou de la prise en charge des patients.

On parle de système d'information dès que celle-ci fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage, analyse. Cette organisation peut employer des moyens manuels et/ou des moyens automatisés. L'informatique est le moyen privilégié pour automatiser le système, mais elle ne couvre pas celui-ci en totalité, des solutions manuelles étant parfois plus adaptées.

Critères :

- Le système d'information est conçu pour contribuer efficacement aux activités du centre.
- Il fait l'objet des mesures de sécurité nécessaires.

CS-R et CS-K :

L'informatisation est une des grandes réalisations concrétisées, que ce soit pour les aspects structurels et administratifs (signalétique patient, conditions de vie à domicile, données sociales, etc.) ou pour les aspects santé ;

Les dossiers individuels de prise en charge des membres d'une même famille sont réunis dans une chemise papier unique, ce qui permet une approche centrée sur la famille (comprise dans un sens élargi : tous ceux qui vivent sous le même toit), tandis qu'une série de tablettes mises à disposition de chacun des travailleurs gèrent de manière dynamique l'ensemble des informations administratives, sociales et de suivi, dont les facteurs de risque ; le suivi clinique est, lui, encore sous forme papier à côté d'un logiciel « registre » qui permet de prescrire et d'assurer la continuité ; l'ensemble est très fonctionnel mais assez lourd en entraînant des doubles encodages.

7. Réunions de formation

Chaque période d'observation et d'entretiens individuels dans chacun des 2 CSMU s'est terminée par une réunion plénière de 2 heures rassemblant tous les travailleurs, et comportant théoriquement 3 parties :

1. Une discussion collective centrée sur les différentes problématiques abordées durant les entretiens individuels : éléments nouveaux ? validation ou infirmation de certains éléments recueillis ? en simplifiant les catégories proposées :
 - Les patients :
 - Accueil et attente,
 - Rendez-vous,
 - Soins non programmés et urgents,
 - Organisation, stockage et circulation des dossiers,
 - Satisfaction des patients.
 - Les professionnels :
 - Éthique professionnelle,
 - Les modèles de soins,
 - Droits de la personne accompagnée (soins centrés sur le patient),
 - La qualité des soins,
 - Le trajet de soins dans le centre.
 - Le CSMU proprement dit :
 - Le projet du centre,
 - Accessibilité des patients,
 - Aspects financiers,
 - Ressources humaines et exercice des responsabilités,
 - Ressources matérielles,
 - Hygiène, désinfection, stérilisation,
 - Système d'information.
2. La présentation d'une série de modèles conceptuels, support du fonctionnement des CSMU, certains de ces modèles étant connus et présents dès le départ, d'autres étant apparus progressivement, d'autres devant encore éventuellement être véritablement installés :
 - La médecine scientifique,
 - La santé communautaire,
 - La promotion de la santé,
 - Le modèle centré sur la maladie,
 - Le modèle bio-psychosocial,
 - La transdisciplinarité,
 - Les soins centrés sur le patient,
 - Le trajet de soins (itinéraires cliniques),
 - L'éducation thérapeutique,
 - Le patient partenaire
3. A partir de cas cliniques, une nouvelle discussion collective sur l'intérêt et l'application des différents modèles exposés.

Ces réunions correspondent au 3^e résultat attendu de la mission actuelle : « Les capacités des équipes cadres des zones de santé de Goma et Karisimbi (ECZS) et des 2 CSMU sont renforcées en rapport avec l'approche humaniste des soins centrés sur la personne/patient partenaire ». A noter que les ECZS

n'étaient pas présentes ; elles ont été invitées à la réunion à destination des autorités sanitaires provinciales.

Promesse a été faite que tous les commentaires, remarques, suggestions, critiques positives et négatives, et même mouvements d'humeur, se retrouveraient dans mon rapport final de mission (au niveau de la grille d'évaluation du chapitre 6. précédent), mais de manière totalement anonyme, et qu'entre nous c'est la confiance réciproque qui devait nous animer.

Il a vite été évident pour ces 2 réunions plénières qu'une tranche de 2 heures était beaucoup trop courte pour épouser le programme prévu. Seules les 2 premières parties ont été menées jusqu'au bout. Mais le matériel rassemblé a été extrêmement riche émanant de quasi tous les participants.

7.1. Cas cliniques

- Cas clinique n°1 :
 - o Consultation d'une patiente de 57 ans ; a raté un RV en mai, et avait RV en juillet ; suivi chronique pour HTA : ne se sent pas bien (« vertiges ») et confusion dans la posologie de son traitement (n'a plus d'amlopipine : augmente quand ça ne va pas, arrête quand ça va).
 - o Mari diabétique 65 ans, suivi chronique mais n'est plus venu depuis plus d'un an ; par téléphone : a été amputé (NB : pas d'examen des membres inférieurs dans le dossier du CSMU), encore vu à l'hôpital (Heal Africa) mais a arrêté son traitement car pense être guéri ; pas envie de la prothèse proposée ; aucun rapport reçu de l'hôpital.
 - o Famille de 10 personnes, propriétaire de la maison (en dur) comprenant 7 chambres ; fils, filles, et petits enfants dans la maison ; 2 enfants non suivis en âge de CPS.
 - o Examen clinique : TA : 160/105, bouchon de cérumen des 2 côtés (prescription de glycérine mais manque de flacons à la pharmacie).
- Cas clinique n°2 :
 - o Une maman de 20 ans vient consulter avec sa petite fille de 9 mois pour une dépression apparue après la naissance et ayant entraîné 3 TS (essai de noyade dans le lac et d'autostrangulation).
 - o La petite est née avec un poids de 700 g, a passé 2 mois en couveuse, et est diagnostiquée IMC ; un traitement kiné a été prescrit mais les rendez-vous sont systématiquement manqués ; elle est malnutrie et n'a bénéficié que de l'allaitement maternel par une maman sans doute malnutrie également.
 - o La maman n'a pas terminé ses primaires, a déjà 1 enfant de 3 ans ; elle avait quitté sa famille lors de sa grossesse, mais le futur papa est parti et elle a dû retourner chez sa mère ; elle a déjà été vue par la psychologue mais est très irrégulière dans ses rendez-vous.
 - o La famille est composée de sa mère, d'elle-même, de ses 2 enfants et d'un enfant de sa sœur (fratrie de 5) ; le mari de sa mère a quitté le domicile sans plus donner de nouvelle, celle-ci était polygame mais son autre mari est décédé ; la mère travaille à la RVA (Régie des voies aériennes) mais ne perçoit que très irrégulièrement son salaire ; la famille a donc de très grandes difficultés économiques et organise dans sa maison vente et consommation de drogues (cannabis) dont la patiente est responsable, ce qui explique sa faible adhérence aux rendez-vous.
 - o Le contact est bon avec la psychologue, et l'assistant social se joint à la consultation, je suis présenté comme un médecin belge qui vient pour observer.
 - o La psychologue parle beaucoup, explique la dépression, la lie aux circonstances de vie ; elle dit qu'elle va parler au kiné pour le traitement de sa petite fille ; progressivement la patiente se détend et se met à parler tout en allaitant son bébé ; il lui est suggéré d'aller rencontrer le médecin pour une mise au point ; l'assistant social la remercie d'être venue

- à la consultation et à l'heure (un représentant des usagers est allé la chercher personnellement), et propose qu'on lui donne dorénavant des rendez-vous fixes le matin dans la semaine pour qu'elle puisse continuer son commerce ; il suggère aussi de l'accompagner pour accéder à certains moyens de subsistance (AGR) par ex. maraîchage ou couture.
- Une discussion en équipe (le mercredi) sera programmée pour aborder le cas et construire un projet : accueil, psychologue, assistant social, kiné.

7.2. Séance de retour au CS-R

Elle s'est tenue le samedi 1^{er} juillet de 12h30 à 15h15 et a rassemblé quasi tous les travailleurs malgré le week-end :

Rosette Kayugho	Psychologue	32 ans	Depuis 3 ans au CSMU
Reagan Takwisoni	Assistant social	24 ans	1 an 2 mois
Nadège Muengesyali	Médecin	28 ans	2 ans
Alpha Kihango	Comptable	27 ans	1 an 4 mois
Tryphose Syayighosola	Réceptionniste	24 ans	6 mois
Janvier Kasereka Ngwatala	Infirmier	34 ans	4 ans
Benjamin Mugaruka	Kinésithérapeute	34 ans	1 an 2 mois
Patrick Bitwayiki	Infirmier	34 ans	4 ans
Julienne Kavira Syauswa	Infirmière	28 ans	3 ans
Dorcias Kayugho Mwasimuke	Kinésithérapeute	25 ans	2 ans
Ange Rose Valimamo	Médecin	50 ans	4 ans
James Mungwiko Macali	Médecin	38 ans	9 mois

Vu la densité des échanges sur les parties 1. et 2., la discussion sur le cas clinique n'a pu se tenir, ce qui a débouché une fois de plus sur la demande de formations ultérieures. Le retour sur la séance en temps réel a été excellent, les participants étant très contents d'avoir renforcé leurs connaissances et pu partager leur expérience.

7.3. Séance de retour au CS-K

Elle s'est tenue le mercredi 5 juillet de 14h à 16h, et a également rassemblé quasi tous les travailleurs.

Véronique Idymbo	Psychologue	28 ans	1 an 2 mois
Agnès Nzanzu	Infirmière	50 ans	4 ans
Gabriel Kubali Kayaka	Médecin	37 ans	1 an 2 mois
Amisi Mwashti	Infirmier	36 ans	1 an 2 mois
Miantchol Akihuo Ngabo	Réceptionniste	34 ans	1 an 2 mois
Jolie Musitara	Médecin	42 ans	4 ans
Valérie Kyalima	Infirmière	36 ans	4 ans
Masikia Neradi	Kinésithérapeute	36 ans	4 ans
Agnès Usiuzike	Préposé pharmacie	32 ans	4 ans

Le déroulement et le retour ont été exactement les mêmes que ce qui s'est passé dans le CS-R.

8. Réunion avec les cadres de la DPS

Celle-ci s'inscrit dans le 4^e résultat attendu de la mission : « Les capacités des cadres de la DPS (CD, CB et encadreurs) sont renforcées en rapport sur l'approche humaniste des soins centrés sur la personne/patient partenaire ».

En plus du personnel de la DPS, plusieurs travailleurs des 2 CSMU étaient également présents.

Au vu de l'expérience dans les 2 CSMU et du temps de réunion limité à 2 heures, le déroulement a été légèrement modifié :

1. Présentation des participants
2. Introduction (contexte)

Rappel du programme PADISS, actuellement PADISS-2, de la redevabilité de la DPS, du choix des ZS de Goma et de Karisimbi, de la place et des actions d'ULB Coopération, de la mise sur pied des 2 CSMU en 2019, de la première mission d'induction-formation en 2019 quelques mois après, et de la seconde actuelle de formation-évaluation 4 ans après.

3. Brève restitution de la mission

Exposé des 5 résultats attendus et des différentes méthodes choisies pour les atteindre : observation en temps réel, entretiens individuels et collectifs, revues documentaires. L'ensemble des informations recueillies ont été classées selon un modèle proposé par la Haute Autorité de la Santé (France) et adapté au contexte local : centrage patients (« accompagné traceur », centrage professionnels (« traceur ciblé), centrage centre (« audit système »). Quelques éléments constatés ont été transmis mais c'est le rapport complet qui tentera la synthèse de l'ensemble. La DPS semble fort demandeuse de pouvoir prendre connaissance du contenu de ce rapport.

4. Exposé d'un cas clinique exemplatif

C'est le cas clinique n°3 qui a été choisi et exposé préalablement à tout développement théorique.

5. Différents paradigmes et modèles de soins

Cette partie a débuté par une revue des différents paradigmes de la santé : de croyance (culturelle, spirituelle, religieuse), maternant, biomédical (positiviste), bio-psycho-social (global), humaniste (promotion de la santé), dynamique (adaptatif), économique (libéral).

Après l'exposé du cas clinique, les modèles de soins ont été présentés les uns après les autres, avec, à chaque fois, une discussion du groupe montrant l'utilisation de ce modèle au travers du cas clinique. Les modèles les plus importants ont pu être amenés, même si un temps de réunion un peu plus long aurait été intéressant. Plusieurs participants ont exprimé une grande satisfaction, en demandant communication de la présentation PowerPoint.

9. Recommandations

Il s'agit du 2^e résultat attendu : « Les leçons sont tirées de cette expérience et des recommandations formulées, en vue de la poursuite de la recherche, de l'amélioration organisationnelle de l'approche orientée vers la transdisciplinarité et du démarrage du 3^{ème} CSMU ». L'énoncé et l'explicitation des recommandations répondent également au 5^e résultat attendu : « Des points d'actions sont identifiés, afin d'intégrer cette approche dans l'accompagnement des zones de santé ».

Ces recommandations sont extraites des rapports d'observation, des entretiens individuels et des réunions plénières, de la consultation de divers documents internes et de la littérature scientifique, décrits dans les chapitres précédents. Des points forts et faibles ont été identifiés et/ou signalés par les travailleurs des CSMU, de même qu'une série de solutions potentielles pour remédier aux problèmes mis en évidence ou pour renforcer les aspects positifs. Ni le recueil des données, ni leur analyse ne sont évidemment exhaustifs, et les pistes de recommandations proposées ne sont que des hypothèses à examiner attentivement et objectivement par divers partenaires stratégiques et par les travailleurs des centres, avant de les voir mises concrètement en application lors de la mise en route du 3^e CSMU actuellement en construction.

Vu l'origine commune des 2 CSMU et la persistance de grandes similarités malgré des évolutions parfois divergentes, l'ensemble des recommandations proposées les concernent tous les deux, avec parfois une certaine relativisation pour l'un ou l'autre.

9.1. Recommandations fondamentales

Trois recommandations fondamentales émergent indubitablement comme des incontournables à aborder prioritairement :

9.1.1. Stabiliser la situation financière

Celle-ci est en effet fragile dans les deux centres (plus dans le CS-R qui, à relativement court terme, risque de se trouver en situation de faillite), ce qui interpelle sur leur pérennité et qui provoque une grande angoisse existentielle chez de nombreux travailleurs.

Les solutions peuvent venir de deux côtés :

- Une augmentation des recettes qui n'ont elles-mêmes que deux origines : la subvention EUP-FASS (« tiers payant ») et la participation personnelle des patients (« ticket modérateur »).
 - Les perspectives de l'UE sont de diminuer progressivement les financements du Sud et de limiter tout ce qui peut être assimilé à de la substitution, l'objectif de cette stratégie étant de conduire à l'autonomisation progressive des pays aidés. Le rythme exact de la diminution budgétaire n'est pas connu mais la diminution, elle, est certaine. La marge de négociation à ce niveau est évidemment limitée, mais il n'est peut-être pas impossible de demander l'assurance d'un financement constant pendant une période connue même si limitée. Il est vraiment dommage que le financement initial à la performance ait été remplacé par un financement forfaitaire indépendant du nombre de patients et de prestataires, et de la masse de travail, et il semble évident que l'UE ne va pas modifier aujourd'hui la manière dont elle distribue ses budgets, par ex. pour instaurer un forfait familial ou individuel (capitation). Un plaidoyer solide et argumenté montrant l'intérêt ou plutôt la nécessité de continuer la recherche action PADISS-2 dans le temps pour soutenir les options actuelles et

- futures en matière de renforcement du système de santé congolais de première ligne, partie importante du SRSS mériterait quand même d'être tenté.
- L'augmentation de la participation personnelle des patients peut se réaliser soit en augmentant le nombre de prestations, soit en favorisant l'inscription de patients solvables. La première solution montre vite ses limites (risque d'épuisement professionnel et moindre qualité des soins), la seconde également (chute de l'accès aux soins, et justement pour ceux qui en ont le plus besoin). La situation impose néanmoins de tenter de les mettre en application dans certaines limites de faisabilité et d'éthique : optimisation des charges de travail de chacun, partage des responsabilités, occupation des temps vides, suivi social systématique pour les indigents, etc. ; une décision extrême serait de ne plus inscrire que les familles qui peuvent payer les montants dus ou d'augmenter ces montants (alors que le prix de toutes les prestations vient d'être fixé à 5 \$, justement pour favoriser l'accès aux soins pour tous). A noter que les recettes venant des patients varient de plus du simple au double entre les 2 CSMU ; une analyse en finesse mais exhaustive de cette différence doit être examinée attentivement pour en identifier les causes, et en déduire certaines solutions potentielles.
 - La diminution des dépenses : la part salaires des sorties a déjà été érodée dans d'importantes proportions dans les deux CSMU ; il n'est pas imaginable d'encore le faire, d'autant que la situation socio-économique actuelle du Congo touche non seulement les patients mais aussi les travailleurs. Une mauvaise dynamique d'équipe risquant d'interférer avec le fonctionnement global surviendrait certainement en cas de licenciement, alors que la solidarité et la cohésion sont fortes entre tous les travailleurs. Par contre, surtout au CS-R, une augmentation des prestations, dans certaines limites, ne devrait pas s'accompagner d'un renforcement du staff. Les autres dépenses doivent être examinées et même disséquées au cas par cas : l'externalisation de nombreux services est-elle rentable ou coûteuse (par ex. le labo) ? quels frais matériels peuvent-ils être diminués ? la consommation d'énergie est-elle minimale ? que recouvre les postes management et divers ?

Mais il est évident que des choix vont devoir être faits, avec une très bonne information de tous les intervenants et même, si possible, leur participation à certaines discussions, ceci avec le souci de trouver la juste balance entre un budget en équilibre, la satisfaction des travailleurs et la qualité des soins. La qualité des soins ne peut en effet être assurée si ceux qui en sont responsables sont démotivés et fragilisés, ce qui n'est heureusement pas encore le cas (mais ... à terme plus ou moins court ?) car ceux-ci continuent à manifester individuellement et collectivement une résilience et un engagement remarquables.

Par ailleurs, l'analyse du fonctionnement des CSMU, leur volonté d'accessibilité et de qualité des soins, et la composition de la population de référence (plutôt précaire) démontrent qu'il est impossible d'arriver à l'équilibre financier à partir des seules contributions des patients, même avec une multiplication des inscrits et de toutes les prestations : un apport complémentaire est dès lors absolument nécessaire, surtout si le subside NDICI est amené à encore diminuer et peut-être même à disparaître avec le temps ; l'Etat, engagé dans son PNDS, pourrait être sensible à un plaidoyer pour soutenir une expérience de recherche action susceptible de servir de modèle à la recomposition de la 1^{ère} ligne.

Pendant la réunion plénière avec l'une des deux équipes, une idée originale a été émise mais qui, à la discussion, s'est révélée peu possible dans l'immédiat : la mise sur pied d'une « mutuelle » locale. A côté des patients non-inscrits qui restent dans le paiement à l'épisode comme aujourd'hui, chaque

personne inscrite cotise une somme fixe sur une base mensuelle pour constituer la partie la plus importante des recettes « ticket modérateur » du centre (à côté de la part subside « tiers payant »). Le fondement peut d'ailleurs être familial plutôt qu'individuel (avec un éventuel plafond) et la cotisation modulée en fonction de certains critères socio-économiques. A noter que dès maintenant dans le système actuel, le paiement à l'épisode est renouvelé mensuellement pour les maladies chroniques.

Ce système est peut-être à prendre en compte pour le futur 3^e CSMU, et constituerait un nouveau volet de la recherche action menée dans le cadre du PADISS, la faisabilité d'un système mutuelliste, éventuellement à généraliser (avec le soutien de l'Etat ?), mis cette fois dans le rôle du tiers-payant.

9.1.2. Résoudre la rivalité entre les CSMU et les CS classiques à proximité

Instaurer la coexistence pacifique ou à terme collaborative est véritablement indispensable car, même si la situation s'est améliorée entre les centres de santé proches sur une même AS, la situation reste tendue (surtout au CS-K). Elle témoigne de la rivalité ressentie liée à la superposition des territoires et des missions pour les mêmes bénéficiaires.

Des deux côtés, un dialogue (difficile) a été engagé pour trouver l'apaisement. Une réunion des deux équipes a d'ailleurs été tenue au CS-K après des manifestations violentes menées contre le CSMU. Des petites actions rassemblant des professionnels à la fois du CSMU et du CS proche sont mises sur pied (un projet pour adolescents à Kyeshero par ex.) et aucun CSMU n'a dû être fermé depuis longtemps en raison d'attaques subies. Néanmoins, les travailleurs se sentent (et sont de fait) parfois menacés et insécurisés quant à leur intégrité physique, et un profond sentiment d'inconfort persiste.

Une méthode ayant souvent fait ses preuves est l'échange de travailleurs, de stages chez l' « autre » vécu comme mauvais. Apprendre à se connaître, découvrir qu'on est semblable dans le travail et l'engagement, voir de bons côtés qu'on n'imaginait pas, ... permet souvent d'aplanir les crispations, d'abandonner les idées toutes faites, de prévenir de nouveaux conflits.

Il est probable que la paix se construira autant à partir du terrain et d'éléments concrets partagés que de discussions inter-institutionnelles, pour, dans un deuxième temps, pouvoir parler d'un rapprochement structurel conduisant très certainement un jour à une fusion, mais dans le respect mutuel et le partage de missions, de projets et de valeurs, avec la persistance possible de plusieurs sites si le nombre total d'inscrits devant dépasser le chiffre critique fixé à 12 000 personnes (voir plus loin l'explication de ce chiffre).

9.1.3. Connaître avec précision la population de référence

La connaissance quantitative et qualitative de la population de référence est une nécessité si l'on veut travailler dans une optique à la fois individuelle, collective et communautaire. Les avantages en sont multiples : 1/ avoir un dénominateur, élément indispensable pour toutes les données épidémiologiques (taux de couverture, prévalence des problèmes de santé, cible des actions de prévention, ...) ; 2/ adapter son offre de soins au profil de cette population ; 3/ utiliser cette connaissance comme élément de certains plaidoyers ; 4/ identifier et mettre en route les actions de santé communautaire ; 5/ fixer une limite dans la capacité de prise en charge ; 6/ préciser réciproquement les droits et devoirs des uns (patients) et des autres (professionnels du centre) ; etc.

Or actuellement dans les 2 CSMU, entre autres causes en raison d'une campagne d'inscription massive, non seulement la population n'est pas bien connue en matière d'utilisation des services, le centre n'a pas une appréhension suffisante de qui consulte ou pas : d'une part beaucoup d'inscrits ne viennent pas (ou ne sont même jamais venus) au centre, d'autre part beaucoup de ceux qui viennent ne sont pas inscrits.

Si un consensus existe sur le bien-fondé d'une approche territoriale, d'une bonne connaissance du système d'inscription par les inscrits, et d'une population bien identifiée par le centre, un processus doit être mis en action. En soins primaires, le nombre de patients d'un territoire consultant au moins une fois sur 1 an un quelconque professionnel de ce niveau est de 70% (la file active ou groupe contact annuel), sur 2 ans de 85%, sur 3 ans de 95% (il faut d'ailleurs attendre quasi 5 ans pour que tous aient au moins un contact)¹³ ¹⁴. Un projet peut alors être conçu et initié pour identifier tous les patients n'ayant eu aucun contact avec le CSMU depuis 2 ans (càd en principe 85%), les contacter, bien leur expliquer les principes de la charge dans le centre (curatif, préventif, communautaire), et confirmer leur inscription en connaissance de cause, sans trop insister si leur lieu d'habitation est lointain. Un centrage famille plutôt que le classique centrage patient est aussi imaginable et plus facile, mais les chiffres de fréquentation ne sont pas rapportés dans la littérature pour les entités familiales. Ces taux de fréquentation sont-ils transposables tels quels à la population qui fréquente les CSMU ? Sans doute pas, car ces chiffres sont issus d'études occidentales, donc dans une culture différente de celle de Goma. Quelques évaluations partielles ont néanmoins été réalisées montrant une file active (nombre de consultants sur une année) de 15-20% pour les inscrits et de +/- 50% pour les inscrits + non-inscrits, en sachant la valeur toute relative des 2 dénominateurs. Ce chiffre de 50%, pas très éloigné des 70% rapportés ailleurs, rend plausible le délai à remonter de 2 ans pour préciser pour la qualité des non-inscrits. Reste à savoir évidemment le nombre moyen de consultations annuelles par personne (ou par famille) dans un système mieux organisé et mieux informé.

Parallèlement les patients non-inscrits qui consultent pourraient voir leur nombre de consultations limité (pas plus de 2 fois ? ou pas plus de 4 fois pour une famille ?) à défaut d'une inscription éclairée, surtout si leur lieu d'habitation ne correspond pas à l'AS. Et l'accueil s'enquiert pour les consultants s'ils sont bien au fait des modalités de fonctionnement.

Le but final, pour les CSMU, est donc de stabiliser, y compris sur le plan de l'accessibilité, une population inscrite, bien informée, bien identifiée, bien connue, dans une zone bien définie (le territoire, en principe l'AS), et acceptant le principe des droits et des devoirs réciproques.

9.2. Autres recommandations

Celles-ci sont présentées dans l'ordre d'apparition des points d'attention soulevés dans la grille d'analyse. C'est aux équipes et à l'AT de les prioriser et de les appliquer (ou pas d'ailleurs).

Ces recommandations sont des hypothèses de solutions virtuelles pour des problèmes qui, eux, sont bien réels ou, en tout cas, sont vécus comme tels, donc méritent d'être pris en compte.

Toutes sont, en principe, réalisables dans les CSMU existant, à un rythme à déterminer si le choix est fait de les appliquer.

D'autres recommandations, plus fortes ou plus fondamentales, auraient pu encore être faites mais au risque de déstabiliser ou de trop encore augmenter la charge des équipes déjà en difficulté. Aucune n'est donc proposée qui risquerait de modifier en profondeur un fonctionnement d'équipe globalement opérationnel. Celles-là pourront être envisagées lors de la mise en route du 3^e CSMU.

¹³ European situation of the routine medical data collection and their utilization or health monitoring. De Brouwer C. Brussels 2001

¹⁴ An international comparative family medicine study of the Transition Project data (Netherlands, Malta, Serbia). Soler K, Okkes I, Oskam S, et al. Family Practice 2012 ; 29(3): 299-314

La liste sans être exhaustive est certainement trop lourde dans sa faisabilité, mais constitue un réservoir d'idées à envisager selon les besoins et les circonstances. Le coût de chacune des propositions est évidemment un élément déterminant

9.2.1. Concernant les patients.

- Améliorer les conditions d'attente en modifiant la configuration du lieu : augmentation de sa capacité ? déplacement dans le centre ? protection des patients du soleil et de la pluie ?
- Reconnaître l'accueillant comme un professionnel à part entière des soins primaires, et structurer le circuit du patient et des supports d'information à partir de ce lieu premier.
- Prendre contact avec les structures de référence les plus fréquentes (au moins les 3 hôpitaux concernés) et structurer des modalités souples de référence/contre-référence.
- Assurer le transport des malades graves ou urgents vers les structures de soins secondaires (ambulance).
- Installer un répondeur téléphonique et un panneau à l'entrée pour renseigner les recours et les orientations possibles lors de la fermeture du CSMU.
- Renforcer et optimiser le système déjà assez efficient d'identification des patients et des familles.
- Mettre à jour régulièrement les bases de données, notamment celles qui, sur les tablettes, conditionnent l'approche familiale et rendent possibles les évaluations systématiques.
- Compléter l'équipement informatique pour que tous les travailleurs disposent du matériel nécessaire.
- Sensibiliser et former tous les travailleurs (surtout les nouveaux) à la notion de secret professionnel partagé.
- Consolider le bon respect des normes de remplissage.
- Former systématiquement les nouveaux travailleurs à ce domaine.
- Construire un réseau formalisé et structuré de collaborations externes.
- Élaborer un document (papier et électronique) reprenant l'ensemble des éléments de ce réseau.
- Mettre cette ressource à la disposition de tous les travailleurs.
- Organiser 1x/an une enquête de satisfaction des patients choisis sur une base aléatoire, en s'inspirant d'outils standardisés développés dans d'autres pays et adaptés au contexte local.

9.2.2. Concernant les professionnels

- Expliciter (au cours d'une formation pluridisciplinaire ?) l'esprit actuellement informel mais bien présent néanmoins des principes éthiques soutenant le fonctionnement du CSMU, ainsi que le principe du secret professionnel partagé.
- Rédiger une charte éthique, l'afficher et la porter à la connaissance de tous, patients et soignants.
- Organiser des réunions cliniques pendant lesquelles les questionnements éthiques relatifs à certains cas complexe sont discutés.
- Mettre sur pied une intervision de l'équipe à intervalles réguliers à l'aide d'un professionnel psychologue.
- Organiser pour tous les travailleurs de chacun des 2 CSMU une formation longue par ex. tous les après-midis pendant une semaine, dans un lieu proche du centre, centrée sur les modèles et les concepts de soins, le travail en équipe, la transdisciplinarité, les droits de la personne, les principes de l'accompagnement, gestion de la violence, etc. ; cette recommandation aurait pu être considérée comme prioritaire.

- Définir pour (et avec) chaque travailleur un plan de formation pouvant constituer une ébauche de développement professionnel continu¹⁵.
- Capitaliser toutes les expériences d'autonomisation des patients et des familles en les rassemblant dans un document de référence.
- Faire de même pour les démarches d'action communautaire.
- Établir un calendrier préventif en fonction de l'âge et du sexe.
- Mettre en route les procédures adéquates pour le suivre càd un ensemble de démarches systématiques (vaccinations, grossesse, par ex.) et opportunistes (diabète, HTA, par ex.).
- Évaluer l'efficacité du respect du calendrier préventif au travers des taux de couverture correspondants.

9.2.3. Concernant le centre

- La problématique de la gestion et de l'équilibre financiers est considérée comme hautement prioritaire.
- Acheter un appareil automatisé de biologie clinique permettant de réaliser *in situ* un ensemble d'analyses (par ex. 18 analyses simultanées dont le résultat est obtenu en quelques minutes, incluant hémoglobine, créatine, triglycérides, cholestérol, urée, etc.).
- Pour le CS-K, améliorer les relations avec le Comité de quartier existant et mettre sur pied un groupe des représentants des usagers.
- Installer une connexion Internet sécurisée et mettre dans chaque local un ordinateur raccordé.
- Constituer un fonds documentaire minimal traitant à la fois du travail en équipe et des spécificités professionnelles de chacun ; mettre à disposition les guides globaux habituels (OMS, MSF, médicaments essentiels, ...).
- Constituer via Internet une banque de données de ressources et de connaissance : sites validés, capsules vidéo mises à disposition (par le pôle santé de l'ULB par ex.), MOOCs validés gratuits, etc.
- Désigner une personne coordinatrice du centre, en rotation si possible, appartenant de préférence au personnel, avec des capacités de polyvalence, de gouvernance et de leadership.
- Ne pas modifier dans l'immédiat les trajets des patients, différents dans les 2 CSMU, donc la répartition des responsabilités qui semblent convenir à une majorité dans les deux cas.
- Élaborer un plan d'investissements et d'amortissements pour garantir la qualité de toutes les ressources matérielles.
- Avancer dans la conceptualisation d'un dossier informatisé, individuel et familial, curatif et préventif, basé sur les épisodes de soins, et utilisant un système de codification international adapté aux soins primaires : CISP¹⁶ et CIM¹⁷ transcodées. La CISP-2 permet de classer et coder trois éléments de la consultation de médecine générale, ou plus généralement de soins primaires. Il s'agit des motifs de rencontre (du point de vue du patient), les appréciations portées par le professionnel de la santé (problèmes de santé diagnostiqués) et les procédures de soins (réalisées ou programmées). Le rapprochement de ces éléments permet de reconstituer des épisodes de soins, ce qui rend la CISP (Classification Internationale des Soins

¹⁵ Selon la HAS, le développement professionnel continue (DPC) s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice. Il vise à maintenir et actualiser les connaissances et les compétences, améliorer les pratiques https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019319/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

¹⁶ Jamoule M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires : CISP-2. Bruxelles : Care éditions, 2000.

¹⁷ <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>

Primaires) pleinement compatible avec l'orientation par problèmes du dossier médical. La CIM (Classification Internationale des Maladies) est la classification des maladies selon l'OMS, très généralement utilisée en soins secondaires et tertiaires) et en est aujourd'hui à sa 11^e édition.

10. Propositions pour le fonctionnement du futur 3^e CSMU

Celles-ci s'inscrivent dans le 2^e résultat attendu : « Les leçons sont tirées de cette expérience et des recommandations formulées, en vue de la poursuite de la recherche, de l'amélioration organisationnelle de l'approche orientée vers la transdisciplinarité et du démarrage du 3^{ème} CSMU ».

La structuration des soins de santé primaires reposant sur des équipes multidisciplinaires est un modèle universel (prôné par l'OMS depuis une cinquantaine d'années), mais la composition et le fonctionnement de ces équipes doit s'adapter aux contextes nationaux et aux contextes locaux. La multiplicité de la dénomination de ces centres en est d'ailleurs l'illustration : centre de santé intégré, centre de santé de base, poste de soins primaires, maison médicale, centre local de santé communautaire, maison de santé, etc.

Chaque pays, et parfois chaque communauté, doit dès lors définir et développer sa propre stratégie d'implantation d'une première ligne forte et structurée, permettant l'accès adéquat vers les niveaux plus spécialisés et la coordination avec ceux-ci.

Aucune méthodologie absolue standardisée reproductible n'existe pour réaliser cet objectif, théoriquement universel, mais plusieurs expériences peuvent servir d'exemple. Celle des maisons médicales belges est l'une d'entre elles. La démarche entreprise en effet en Belgique dans les années '70 et la mise sur pied des CSMU au Congo RDC ont en effet d'importantes similitudes : des initiatives privées associatives, des centres médicalisés, un objectif d'expérience pilote et de recherche action, une volonté de multiplication et de reproductibilité, des références théoriques clairement en relation avec la politique de l'OMS des soins de santé primaires^{18 19 20}, etc.

En ce qui concerne la conceptualisation, la mise sur pied, et la création du 3^e CSMU prévu dans le PADISS-2, plusieurs actions doivent s'envisager et être réalisées exhaustivement avant son ouverture.

10.1. Définir précisément l'objectif du projet

D'après les informations recueillies au cours de l'actuelle mission d'évaluation, les travailleurs parlent d'une solution pour la pléthore de patients et de travail dans les deux CSMU qui fonctionnent aujourd'hui. Mais il est aussi question au sein de l'AT d'une 3^e expérience pilote basée sur les 2 premières.

Le but est toujours la reproductibilité des deux centres fonctionnels, et la contribution au PNDS 2024-2030 en espérant que celui-ci valide l'approche médicalisée des centres de santé de base type CSMU, et s'inspire de leur mode de fonctionnement.

Reproduction ne signifie donc pas moule normé intangible, mais inspiration d'un modèle à adapter au contexte local, dans un cadre fonctionnel et éthique défini, et inséré de manière cohérente dans le système de santé congolais revisité par le PNDS. Il s'agit donc plutôt de la démonstration de la pertinence d'un modèle et de la capitalisation qui en résulte plutôt que de sa reproduction.

¹⁸ Déclaration d'Alma Ata (1978) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>

¹⁹ Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951>

²⁰ Déclaration d'Astana (2018) <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>

10.2. Réaliser un diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire constitue un préalable indispensable à toute démarche communautaire en santé. Il permet de cerner la situation sanitaire d'une population à un moment donné, en prenant en compte les déterminants environnementaux, sociaux et culturels. La communauté est impliquée à toutes les étapes du diagnostic, de la conception à la réalisation, sans oublier la restitution.

Le diagnostic communautaire repose sur 4 éléments : 1/ les besoins et problèmes, 2/ les ressources, 3/ les déterminants de la santé, 4/ les valeurs culturelles et les représentations de la communauté. Les problèmes de santé sont définis comme étant « un état de santé jugé déficient par l'individu, les soignants ou la collectivité.

Sans a priori ni restriction, de multiples intervenants, futurs partenaires potentiels, doivent être contactés, pour exposer et discuter le projet, et solliciter toutes les opinions : comité de quartier, personnages clés locaux (enseignants, responsables religieux), groupes communautaires, mouvements de jeunes, écoles de devoirs, structures d'aide sociale, soignants de toutes orientations (dont les tradipraticiens, et les professionnels travaillant en privé), etc.

Même si c'est difficile de ne pas s'accrocher à un référentiel solide et déjà testé (mais dans d'autres circonstances), il est nécessaire de pouvoir s'adapter au contexte communautaire local en modifiant certains éléments au risque de provoquer des mouvements de résistance et même d'opposition.

10.3. Investiguer le réseau social-santé

Il s'agit, en partie, d'un des éléments importants du diagnostic communautaire, identifier toutes les ressources locales en cette matière : groupes santé, associations sanitaires ou à vocation sociale, cercles sportifs, rassemblements de femmes ou de personnes âgées, ONG, groupes d'entraide, etc.

Mais il s'agit aussi d'identifier précisément toutes les structures environnantes 1/ de santé primaires (autres CS classiques, CPN, ...) pour le PMA, et les démarches effectuées en matière de prévention sanitaire (dépistages et traitements ciblés effectués par des églises par ex.), et 2/ de soins secondaires et tertiaires (hôpitaux généraux de référence pour le PCA, hôpitaux provinciaux de référence, hôpitaux privés).

Au-delà de l'identification la plus exhaustive possible de ce vaste réseau avec les domaines d'activité de chacun de ses éléments, une figuration graphique réticulaire peut être dessinée et quelques partenaires privilégiés repérés pour d'éventuelles synergies possibles. Dans ce cas, une rencontre préalable peut être très utile pour se présenter réciproquement et se connaître. Ce peut être aussi une opportunité pour anticiper des conventions de collaboration futures.

10.4. Définir le cadre des valeurs

« Vision-valeurs-missions » est la trilogie classique qui peut être utilisée en phase de développement d'un projet. Il s'agit d'un schéma qui représente des éléments essentiels à sa réussite et à son développement, et qui participe à la création de son image.

La définition d'une vision est du domaine de l'anticipation et de l'utopie : quel est l'idéal espéré à (très) long terme pour le projet entrepris ? à quoi ressemblera le monde à ce moment ? quel rôle le projet aura-t-il à y jouer ? La vision de Médecins du Monde est par exemple : « MdM veut un monde dans lequel le droit à la santé est acquis grâce à une couverture santé universelle ».

Les valeurs d'une structure donnent du sens à son projet et à ses actions en formalisant ses raisons d'agir et de fonctionner. C'est ce en quoi croient ses membres, ce qui semble digne d'estime sur le plan

moral, éthique, intellectuel ou physique. Elles se transmettent à tous les collaborateurs et à ses bénéficiaires. Au cours des réunions au sein et avec des membres d'ULB Coopération, durant les entretiens individuels et en plénière, deux critères de qualité sont apparus comme essentiels : l'efficience (la plus grande efficacité possible au moindre coût, humain, financier, technique, logistique, matériel ...) et l'équité (garantie de la plus grande égalité possible au bénéfice de tous, c'ds répartir les services et les offres en fonction des besoins et des demandes). Et les valeurs qui les sous-tendent sont nombreuses ; sans hiérarchie : la collégialité, le respect mutuel, la flexibilité, l'adaptabilité, la remise en question des idées reçues, l'ouverture au changement, la critique constructive, l'objectivité, l'engagement, la solidarité, l'empathie, la capacité de négociation, la confiance mutuelle, la franchise, la prise d'initiative, ... Elles sont si nombreuses qu'elles sont trop nombreuses. Il serait intéressant de les discuter pour en approfondir le sens et en choisir 5-8 définies comme prioritaires.

Les missions sont fixées globalement. Synthétiquement il s'agit de « réaliser dans un centre de santé médicalisé urbain le PMA élargi, animé par une équipe pluridisciplinaire avec une population de référence, représentée par les familles inscrites sur une base libre ». Le PMA actuel doit peut-être d'ailleurs être revu et éventuellement actualisé en fonctions des données épidémiologiques les plus récentes, de la situation urbaine et de la médicalisation des nouveaux centres, du réseau local social-santé de proximité, des ressources en matière de soins secondaires, etc.

10.5. Expliciter les modèles conceptuels de référence

Ils sont nombreux et témoignent de l'évolution depuis quelques décennies de l'approche paternaliste classique des soins. Comme décrit dans les chapitres précédents, ces modèles ne sont pas exclusifs, ils se complètent l'un l'autre, et coexistent le plus souvent pour fonder une approche holistique du soin compris comme un accompagnement d'une personne en souffrance mais qui participe à sa propre santé.

10.5.1. L'approche factuelle

Ce modèle s'inscrit dans la médecine basée sur la preuve qui associe la science biomédicale validée (en sachant que les zones « grises » sont nombreuses), aux préférences du patient, au contexte et aux circonstances cliniques, et à l'expérience, à l'éthique et au jugement clinique du médecin, le but étant de prendre les bonnes décisions au bon moment²¹.

10.5.2. La santé communautaire

La santé communautaire (selon l'OMS) est le processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les mieux aptes à répondre à ces priorités²².

10.5.3. La promotion de la santé

La Charte d'Ottawa (1986) définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci²³ ». C'est un des moyens d'aller vers la santé et pas un but en soi. En d'autres termes, il s'agit de

²¹ Sackett D, et al. Evidence-based medicine : what it is, and what it is not ? BMJ 1996 ; 312 : 71

²² La participation communautaire en matière de santé. Sacopar 1998 <https://www.sacopar.be/wp-content/uploads/2018/02/santecom4.pdf>

²³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349653>

permettre à chacun et à chaque communauté d'exercer une vraie responsabilité sur les déterminants de sa santé, d'avoir un contrôle sur tout ce qui concerne la santé dans une optique d'autonomisation et d'empowerment. La promotion de la santé concerne tous les échelons de la santé, depuis le soin individuel jusqu'à l'organisation du système de santé dans son ensemble.

10.5.4. Le modèle centré sur la maladie

Il fait référence aux approches sanitaires collectives standardisées focalisées sur une problématique de santé bien définie qui débouche sur les programmes verticaux (diabète, HTA, HIV, ... mais aussi VLG, etc.) et les procédures de disease management (soutenues par les disease managers). Leurs résultats sont indubitables mais elles ont aussi pour conséquences d'effacer les aspects transversaux des soins de santé primaires qui intègrent globalement l'ensemble des problèmes de santé des personnes et des communautés.

10.5.5. Le modèle bio-psychosocial et la médecine humaniste

Ce modèle est une hypothèse explicative de ce qu'est la santé qui considère les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires²⁴. Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial intègre en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale et nécessite une participation active du patient, dont le corollaire est une importance accrue sur les aspects humanistes. La médecine humaniste considère dans son approche tous les aspects liés au fait d'être humain : l'esprit et les processus psychologiques, y compris les croyances, les sentiments et les valeurs, le contexte social et les relations, l'identité et la personne, la subjectivité et l'expérience intérieure et subjective de la maladie. La focalisation exclusive sur la maladie somatique fait qu'une personne qui est aussi un patient fait l'expérience d'une forme de négligence, du fait d'être ignorée, peu écoutée, privée de sympathie et d'un traitement humain et compatissant.

10.5.6. La transdisciplinarité

Ce terme définit une approche globale qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline. La transdisciplinarité dépasse et transcende la multi-(pluri-) disciplinarité qui accolé les disciplines mais les maintient en silos hermétiques, et l'inter-disciplinarité qui dissout les parois des silos mais sans les faire vraiment communiquer²⁵. L'approche transdisciplinaire va plus loin en tentant non seulement de prendre en compte les différentes disciplines permettant d'aborder une problématique, de les faire se parler et communiquer entre elles, mais surtout de dépasser les cloisonnements entre elles pour construire une (méta-)connaissance holistique. Ce modèle s'applique particulièrement bien au domaine des soins de santé en mettant en communication mais aussi en tension les différentes disciplines (médicale, infirmière, kinésithérapeutique, psychologique, sociale, etc.) qui apportent chacune une connaissance partielle sur les malades et les maladies.

10.5.7. Les soins centrés sur le patient

Les soins centrés sur la personne sont une pratique dans laquelle les patients participent activement à leur propre traitement médical en étroite collaboration avec leurs professionnels de la santé. Parfois, les proches sont également inclus dans la création du plan de santé (plan d'accompagnement). La démarche centrée sur le patient s'appuie donc sur une relation de partenariat avec lui, ses proches, le

²⁴ Theoretical Tensions in Biopsychosocial Medicine. Armstrong D. Social Science and Medicine 1987 ; 25(11) : 1213-18

²⁵ Morin E, Nicolescu B, et al. Charte de la transdisciplinarité (1994) <https://ciret-transdisciplinarity.org/chart.php>

professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (plan d'accompagnement)²⁶.

10.5.8. L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS²⁷, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

10.5.9. Le patient partenaire

Le partenariat patient renvoie à un haut degré d'implication des patients dans la relation de soin. Il y est défini comme la coopération entre patients et professionnels de santé s'engageant consciemment dans un dialogue délibératif en vue d'une compréhension partagée de la situation de santé qui les rassemble, afin de coconstruire un projet en lien avec un objectif commun dans une dynamique de co-apprentissage et de partage de responsabilités et de pouvoir au sein d'une relation équilibrée. On qualifie dans ce cas le patient de partenaire de ses propres soins. Mais il peut également être impliqué à d'autres niveaux, par ex. dans un projet d'amélioration de la qualité des soins, de formation et même de recherche²⁸.

10.6. Réfléchir à la composition de l'équipe de base

Le modèle pluridisciplinaire est évidemment retenu, sans aucune restriction, mais la répartition des différentes disciplines et la définition de la population prise en charge sont fondamentales. Au vu des expériences actuelles des 2 CSMU et de leur minutieuse observation, au vu aussi de la volonté de conserver aux centres une taille limitée (à « échelle humaine », autant pour les professionnels que pour les patients) pour assurer les dimensions de proximité et de convivialité, le fonctionnement collectif et la qualité des soins, ainsi que la facilité des prestations domiciliaires, mais garantissant un effet de taille permettant les effets positifs de l'échelle, il semble qu'une équipe de base devrait rassembler une population de référence de l'ordre de 12 000 personnes (environ 2 000 familles) et rassembler à sa capacité maximale : 2,5 ETP médecins, 2,5 ETP kinés, 1,5 ETP infirmiers, 1,5 ETP travailleurs sociaux, 1 ETP psychologue, 1 ETP accueil, soit 10 ETP répartis entre 6 disciplines. Ce chiffre de 12 000 semble donc à la fois optimal et maximal.

Quelques éléments chiffrés, même très approximatifs, permettent d'avancer dans cette problématique difficile, par exemple la file active estimée à 50% en tenant compte à la fois des inscrits et des non-inscrits. Cette donnée conduit à un nombre de contacts à 6 000 par an pour une population

²⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

²⁷ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

²⁸ Néron A, Laloux M, et al. Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire. Santé Conjuguée 2019, n°88

de 12 000 personnes (2 000 familles), ce qui semble compatible avec la composition d'équipe proposée.

En ce qui concerne l'accueil, dans un objectif de pluridisciplinarité assumée, de connaissance réciproque et de solidarité, c'est plutôt le modèle actuel du CS-K qui est à retenir.

10.7. Préciser l'origine des ressources financières

Toutes les expériences antérieures et en particulier celle des CSMU montrent bien que, dans la situation actuelle de la population soumise à de rudes conditions socio-économiques, il est impossible d'assurer le fonctionnement d'un centre de santé, garant à la fois de la qualité des soins qui y sont dispensés et en équilibre financier basé sur son autosuffisance.

On retrouve toujours, en quantité et en nombre limités les deux mêmes types de recettes : d'une part un subside externe (amené à diminuer voire à disparaître), d'autre part les contributions des patients et des familles.

L'EUP-FASS (NDICI) a clairement exprimé sa position et la marge de négociation avec la structure est faible, se limitant à essayer de différer l'arrêt du subside ou au moins d'en ralentir le plus possible la diminution.

En ce qui concerne l'apport personnel des patients, une caractéristique très générale est observée dans tous les systèmes de protection sociale, quels que soient leur taille, le territoire où ils fonctionnent ou la population qu'ils touchent : c'est qu'il est totalement impossible que de tels systèmes se construisent uniquement à partir de la somme des contributions individuelles en silos de chacune des personnes de la population concernée (patients potentiels nécessitant des soins) pour assurer chacune leur risque individuel. Les morbidités se répartissent en effet inégalement, corrélées qu'elles sont aux inégalités sociales, et c'est la mutualisation et la globalisation qui permet la répartition et la dilution des risques, ainsi que la robustesse de tout le système. La mutualisation permet aussi, en faisant contribuer chacun en fonction de son statut économique, d'émuler les valeurs de solidarité et d'équité, les plus précaires étant effectivement plus et plus souvent malades, coûtant dès lors plus au travers d'une augmentation relative des soins nécessaires.

Une mutuelle locale de petite échelle, surtout si elle est organisée au sein d'une population relativement précaire et que la contribution de chacun est modérée par le principe d'accessibilité générale, ne peut pas arriver à l'équilibre financier sans une source supplémentaire de revenus. Ou alors, l'assiette (l'ensemble des bénéficiaires contribuant) doit être élargie au maximum pour couvrir la population la plus grande possible, idéalement la totalité de l'Etat. C'est donc à lui que revient la mise sur pied d'un système de couverture universelle pour tout le pays. Ce système permet à la fois la dilution des risques en les répartissant sur le plus grand nombre et l'adaptation des cotisations de chacun (ou de chacune des familles) en fonction de différents paramètres objectifs à combiner (âge, situation socio-économique, appartenance géographique, etc.). Ce système permet enfin le respect de valeurs sociétales importantes telle la solidarité et l'équité (l'égalité vraie càd chacun selon ses moyens et chacun selon ses besoins).

L'Etat (ou encore le NDICI ?) serait-il sensible à un plaidoyer montrant l'intérêt d'une recherche action centrée sur la mutualisation d'abord à petite échelle pour fournir la sécurité à l'expérience en lui assurant la base financière nécessaire ?

10.8. Construire un plan financier réaliste

Une discussion serrée doit se tenir entre tous les partenaires, avec le soutien fort et expert de l'AT, pour élaborer un plan financier détaillé triennal (ou même, de préférence quinquennal).

Le plan doit comporter un relevé exhaustif et justifié (au moins argumenté s'il est impossible d'avoir des certitudes) de toutes les charges et de tous les produits, sans qu'aucun poste comptable ne soit oublié.

La rubrique recettes est décrite au chapitre précédent 11.7. Celle des dépenses doit se baser sur le fonctionnement actuel des 2 CSMU ici étudiés dans une visée exemplative et non reproductive. De nouveaux éléments peuvent y être introduits : moins d'externalisation ? les salaires de tous les travailleurs dépassent le seuil de pauvreté (environ 450 \$ selon une estimation récente) pour garantir leur engagement dans le projet et leur pérennité ? une composition modifiée de l'équipe de base par rapport au schéma initial ? etc. L'exhaustivité de ce poste est indispensable pour assurer le réalisme et la qualité du budget prévisionnel en évitant toute surprise de nouvelles charges au-delà des charges fixes.

Ce plan financier doit être inclus dans un bon logiciel de comptabilité analytique, très régulièrement tenu à jour par l'encodage systématique, au moins hebdomadaire, de toutes les sorties (charges) et de toutes les entrées (produits). Le but recherché est la maîtrise au jour le jour de la situation financière du nouveau CSMU, dès le premier jour de son fonctionnement, et de permettre des révisés réguliers, au minimum quadrimestriel la première année, pour adapter les prévisions à la réalité. La démonstration et la remédiation en temps réel des écarts prévisionnels sont en effet indispensables pour éviter une déstabilisation irréversible sur le moyen et le long terme.

10.9. Décider d'une politique d'inscription

Si les principes de territorialisation et d'inscription préférentielle sont consensuellement acquis, il reste à les concrétiser par une politique d'inscription et de croissance raisonnées. Les défauts d'une inscription massive non informée ayant bien été mis en évidence dans les 2 CSMU actuels, c'est une croissance progressive qui sera organisée. Le délai nécessaire pour arriver au nombre de 12 000 personnes prises en charge (nombre considéré à la fois comme optimal et maximal) peut être évalué à 3-5 ans et sa croissance suivre une courbe sigmoïde si l'inscription commence à l'ouverture du centre, asymptotique horizontale si elle débute avant, mais dans les deux cas avec une phase de sensibilisation et d'information éclairée préalable. C'est cette courbe de croissance qui permet : 1/ de fixer l'évolution de la taille de l'équipe ; 2/ d'évaluer le fonds de départ nécessaire (salaires d'une équipe minimale et charges fixes) ; 3/ de suivre régulièrement le processus de croissance et ses répercussions sur la situation financière ; 4/ de revoir régulièrement les prévisions en fonction de la réalité constatée ; 5/ de proposer aux financeurs sollicités un plan financier robuste et argumenté.

L'inscription éclairée et la proximité géographique sont deux caractéristiques préférentielles qui doivent guider la croissance du CSMU. Mais, surtout dans les débuts, la prise en charge de patients ne voulant pas s'inscrire doit être possible. Une autre source de recettes est peut-être à chercher dans des conventions avec des assurances ou des systèmes spécifiques de protection sociale, qui assureraient des rentrées systématiques d'un montant supérieur aux 5 \$ habituels (ceux-là constituent la catégorie des abonnés).

10.10. L'architecture des locaux

Bien que la construction de ce 3^e CSMU soit déjà largement entamée, certains travailleurs ont émis une série de suggestions qui semblent importantes pour leur satisfaction et donc pour la future qualité des soins.

Il s'agit essentiellement de la taille des locaux dans les CS-R et CS-K, trop petits pour le déroulement des activités qui y sont menées, surtout le local d'accueil et la salle de kinésithérapie.

Le souhait est également unanimement émis d'une salle de réunion équipée et d'un local permettant de se déshabiller tranquillement, d'y ranger ses affaires personnelles en sécurité, de partager une boisson ou une collation.

Le lieu d'attente doit être pensé en fonction du confort des patients (par exemple en cas de grand soleil ou de forte pluie) et pour les protéger des regards extérieurs.

Une connexion Internet à un réseau fonctionnel est fortement demandée, de même que l'installation d'un anti-foudre efficace.

11. Conclusions et leçons à tirer

La mission actuelle visait essentiellement deux types de résultats : 1/ à court terme : évaluer 4 ans après leur création (2019) le fonctionnement des 2 CSMU, émettre une série de remarques générales et de recommandations utiles pour le présent, et utiliser ces éléments d'évaluation pour soutenir la création du 3^e centre actuellement en construction ; 2/ à plus long terme : inspirer la politique de santé de la RDC.

11.1. A court terme

11.1.1. Trois recommandations générales

11.1.1.1. Stabiliser la situation financière

Celle-ci est en effet critique dans les deux centres. Malgré une optimisation (encore en cours) visant la réduction des dépenses et la maximisation des recettes, l'équilibre et l'autosuffisance semblent impossibles dans l'état actuel. Les produits n'ont en effet que deux origines : la subvention EUP-FASS (actuellement NDICI) et les apports personnels (ou assurantiels) des patients. La première vient d'être diminuée et se réduira encore progressivement dans les années à venir conséquence de la politique européenne, la seconde est limitée par le faible nombre d'abonnés (assurés) et le statut socio-économique fragile d'un grand nombre de patients, lui aussi en dégradation constante au vu de l'évolution de la situation nationale et internationale (inégalités sociales, taux de pauvreté, ...). Une solution structurelle est donc à trouver au risque de mettre en péril la pérennité des 2 CSMU et toute l'expérience de recherche action qui y est associée.

11.1.1.2. Résoudre la rivalité entre les CSMU et les CS classiques à proximité

Que ce soit à Rapha ou à Kyeshero, malgré une amélioration de la situation très conflictuelle du départ, persiste une rivalité importante entre les anciens centres de santé classiques proches et les nouveaux CSMU. Un rapprochement et même des collaborations synergiques nécessitant des démarches proactives sont néanmoins potentiellement imaginables vu certaines complémentarités et la poursuite d'objectifs communs en matière de santé individuelle et publique sur une même base communautaire.

11.1.1.3. Connaître avec précision la population de référence

Le principe d'une base territoriale populationnelle à couvrir, la définition d'objectifs quantifiés à partir d'un dénominateur connu, les nécessités inhérentes à une approche de proximité, la définition d'un budget réaliste en fonction des besoins dépendent de la connaissance précise, à la fois démographique et sociologique, de la population de référence prise en charge contractuellement sur base d'un ensemble de droits et de devoirs réciproques.

11.1.2. Un ensemble de recommandations spécifiques

A côté de ces trois recommandations fondamentales prioritaires et indispensables, d'autres sont ressorties de l'évaluation du fonctionnement actuel des CSMU. Toutes sont intéressantes et potentiellement réalisables mais sont à classer par priorités en fonction des besoins, des circonstances et de moyens disponibles.

11.1.2.1. Concernant les patients.

- Améliorer les conditions d'attente.
- Reconnaître l'accueillant comme un professionnel à part entière.
- Structurer le circuit du patient et des supports d'information à partir de ce lieu premier.
- Prendre contact avec les structures de référence de proximité.
- Structurer des modalités souples de référence/contre-référence.

- Assurer le transport des malades graves ou urgents vers les structures de soins secondaires.
- Installer un répondeur téléphonique.
- Renseigner les recours et les orientations possibles lors de la fermeture du CSMU.
- Renforcer et optimiser le système d'identification des patients et des familles.
- Mettre à jour régulièrement les bases de données relatives aux patients.
- Optimiser l'équipement informatique.
- Sensibiliser et former tous les travailleurs à la notion de secret professionnel partagé.
- Consolider le bon respect des normes de remplissage.
- Former systématiquement les nouveaux travailleurs à ce domaine.
- Construire un réseau formalisé et structuré de collaborations externes.
- Élaborer un document reprenant l'ensemble des éléments de ce réseau.
- Mettre cette ressource à la disposition de tous les travailleurs.
- Organiser régulièrement une enquête de satisfaction des patients.

11.1.2.2. Concernant les professionnels

- Expliciter les principes éthiques soutenant le fonctionnement du CSMU.
- Rédiger et diffuser une charte éthique.
- Organiser des réunions cliniques systématiques.
- Mettre sur pied une intervision d'équipe.
- Organiser une formation longue centrée sur les modèles et les concepts de soins.
- Définir pour chaque travailleur un plan de formation.
- Capitaliser toutes les expériences d'autonomisation des patients et des familles.
- Faire de même pour les démarches d'action communautaire.
- Établir un calendrier préventif en fonction de l'âge et du sexe.
- Mettre en route les procédures adéquates pour le suivi du calendrier.
- Évaluer l'efficacité du respect du calendrier.

11.1.2.3. Concernant le centre

- Acheter un appareil automatisé de biologie clinique.
- Installer une connexion Internet sécurisée.
- Constituer un fonds documentaire minimal.
- Constituer une banque de données de ressources et de connaissance.
- Désigner une personne coordinatrice du centre.
- Élaborer un plan d'investissements et d'amortissements.
- Avancer dans la conceptualisation d'un dossier informatisé.

11.1.3. Concernant l'ouverture du 3^e CSMU

Dans la mesure où est programmée encore pour cette année 2023 l'ouverture d'un 3^e CSMU, les constats posés et les recommandations proposées à la suite de l'évaluation des 2 CSMU fonctionnant déjà constituent certainement un ensemble de points d'appui pour sa mise sur pied. Une série d'étapes successives semblent devoir être préalablement suivies chronologiquement, avant même la mise en fonctionnement, sous forme de chronogramme visant à éviter une série de difficultés ou même de freins constatés et vécus dans le passé.

- Définir précisément l'objectif du projet
- Réaliser un diagnostic communautaire.
- Investiguer le réseau social-santé.
- Définir le cadre des valeurs.
- Expliciter les modèles conceptuels de référence.

- Réfléchir à la composition de l'équipe de base.
- Préciser l'origine des ressources financières.
- Construire un plan financier réaliste.
- Décider d'une politique d'inscription.

11.2. A plus long terme

L'expérience actuelle des CSMU ouvre certainement des pistes de réflexion et de décision pour alimenter le processus en cours de Plan National de Développement Sanitaire, un plan stratégique global pour développer la qualité et l'accessibilité du système de santé congolais.

L'expérience des CSMU pourrait ainsi dans ce cadre servir de modèle pertinent inspirant (pas de moule à reproduire à l'identique), pour autant que les conditions de leur pérennité soient assurées.