

Compte rendu du séminaire régionale au Rwanda en septembre 2011

Introduction et objectifs

Du 12 au 15 septembre 2011 l'Ecole de Santé Publique de Kigali, la Coopération Technique Belge (CTB), le 'GRAP-PA Santé' et Be-cause Health ont organisé à Rubavu au Rwanda le premier séminaire régional sur le 'Renforcement des systèmes de santé au Rwanda, Burundi et la RD Congo'.

Les objectifs du séminaire étaient :

1. Arriver à une compréhension commune par rapport à des concepts-clé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé
2. Echanger des expériences régionales pour la promotion d'un système de santé local performant
3. Faire des propositions opérationnelles pour la qualité de l'exécution des programmes en cours, les formulations des futurs programmes
4. Promouvoir une dynamique de capitalisation et de réflexion continue dans le secteur de la santé dans chacun des pays avec l'appui des acteurs belges dans le pays
5. Montrer les contraintes/obstacles au renforcement des systèmes de santé inhérent aussi bien à la situation des pays, aux institutions de coopération belge et aux politiques internationales de coopération

La présence de différents acteurs publics, académiques et civils des pays concernés, impliqués dans la coopération belge, a mené à un échange très fructueux, qui servira à nourrir la coopération pour le futur. Beaucoup de contacts ont été établis entre les acteurs. Dans ce newsletter nous vous passons en revue le programme, et en particulier les apports des ONGs belges et de leurs partenaires. Le rapport entier sera mis sur le site web de la CTB.

Pour Remo Meloni (CTB), 'ancien' de la coopération belge, le séminaire était un dernier défis professionnel. Nous l'avons remercié pour toute sa carrière pendant une petite célébration.

Bonne lecture !

Karel Gyselincx, président

Dirk Van der Roost, secrétaire



Remo Meloni



Les soins de santé primaires et les politiques de santé au Rwanda, en République Démocratique du Congo et au Burundi

La première journée du séminaire a été consacrée aux soins de santé primaires et aux politiques de santé des trois pays présents : Rwanda, République Démocratique du Congo et Burundi.

Le cas du Rwanda a été présenté par le Dr. Ina Kalisa, de l'Ecole de Santé Publique de Kigali. Dans ce pays, le génocide de 1994 avait anéanti les progrès réalisés en faveur des soins de santé primaires. Pourtant aujourd'hui, on constate une importante amélioration des indicateurs liés à la santé maternelle et à la mortalité infantile et infanto-juvénile. Depuis la fin de la guerre, d'importantes réformes ont été en effet mises en place pour renforcer le système de santé, comme la mise en place de mutuelles de santé, du financement basé sur la performance, de la décentralisation et la coordination de l'aide internationale. Plusieurs défis restent à relever en ce qui concerne la malnutrition, la lutte contre la pauvreté, les ressources humaines et la dépendance du secteur de l'aide internationale.

Pour la RDC, le Dr. Ahadi Simbi, du Ministère de la Santé Publique a présenté les résultats et les défis de la mise en œuvre de la Stratégie pour le Renforcement du Système de Santé (SRSS), adoptée en 2006 pour répondre aux nombreuses faiblesses du système de santé. Depuis, la gestion des niveaux central, intermédiaire et périphérique a été réorganisée ; un plan de développement des ressources humaines a été élaborée et des incitants pour la rétention du personnel de santé ont été mis en place ; une Cellule d'Appui et de Gestion des financements a été créée ; des Comités de coordination unique ont été mis en place au niveau central et des provinces. Cependant, la réussite de ces réformes dépend entre autre de la prévisibilité du financement, du dialogue entre les acteurs et de la bonne gouvernance. La Coopération belge a été invitée à poursuivre son appui au secteur de la santé afin de favoriser la mise en œuvre des réformes initiées.

La politique sanitaire du Burundi a été présentée par le Dr. Sublime Nkindi du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Plusieurs défis se posent aujourd'hui, notamment dans la gestion des ressources, la qualité et l'accessibilité des soins, la gouvernance du secteur. La décentralisation a été initiée; une stratégie pour les ressources humaines a été élaborée et un observatoire des ressources humaines mis en place ; le financement basé sur la performance a été promu dans quelques provinces. Des opportunités se profilent aujourd'hui avec la volonté politique de s'engager davantage dans le secteur, et celle des partenaires internationaux d'appuyer une approche sectorielle en finançant un fonds commun. Parmi les recommandations adressées à la Coopération belge, celle de continuer à appuyer le secteur selon son approche systémique et orientée vers le renforcement des capacités institutionnelles.

Jessica Martini - Grappa/Université Libre de Bruxelles

Appui au niveau intermédiaire du système sanitaire : quel intérêt pour un système de santé en crise ?

De nombreux pays à faible revenu ayant opté pour les soins de santé primaires ont, sous l'impulsion de l'OMS, développé le district de santé comme outil de mise en œuvre. Les bailleurs et partenaires techniques se sont beaucoup intéressés au soutien au district sanitaire. Leurs appuis ont souvent contribué à améliorer l'accès aux services de santé, la fourniture des soins ainsi que leur qualité. Ainsi, des milliers des personnes sont mieux prises en charge, des souffrances sont soulagées et des nombreux décès souvent évités. Dans de nombreux districts de santé, les communautés participent à des degrés divers aux dynamiques de gestion de leurs structures de soins et de leurs districts de santé.

Toutefois, les districts de santé ne fonctionnent pas comme des petits îlots isolés. Ils font au minimum partie d'un système de santé au niveau national. Au sein de ces systèmes, participent nombreux acteurs, dont certains peuvent avoir des objectifs parfois contraires à ceux d'un district de santé. En effet, certains acteurs sont engagés principalement dans le soutien de certains programmes verticaux, au point qu'ils sont susceptibles de porter préjudice à des dynamiques qui renforcent le district de santé en tant qu'élément du système. Enfin, pour certains pays, le niveau central du Ministère est tellement éloigné du district sanitaire, qu'il lui est difficile d'être informé de certaines réalités locales,

au risque d'édicter des normes, des stratégies, des directives, dont certaines, appliquées comme telles, pourraient s'avérer contre-productives au niveau du district de santé. Dans ces conditions, certains Etats ont mis en place des niveaux intermédiaires du système sanitaire, plus technique et plus au fait des réalités de terrain, niveaux qui sont hélas confrontés de manière régulière à des problèmes de ressources financières, matérielles, voire de compétences.

Ainsi, un niveau intermédiaire, sans ressource, peut s'avérer contre-productif, voire entraver les dynamiques de développement du district. Un niveau intermédiaire nécessite un appui matériel et financier et souvent aussi un soutien conceptuel et méthodologique. L'expérience développée par le CEMUBAC en République Démocratique du Congo montre que l'appui au niveau intermédiaire doit être envisagé dans une approche globale, qui privilégie le dialogue et un apprentissage collectif et continu de l'équipe du niveau intermédiaire et d'autres parties prenantes, quant à l'action sanitaire au niveau de la province sanitaire. La finalité est d'améliorer la réponse aux besoins des districts de santé et de renforcer l'autonomie des équipes de gestion de ces districts. Abordé de cette manière, le niveau intermédiaire est susceptible de contribuer au renforcement des six piliers du système sanitaire.

Jean-Bosco Kahindom & Carole Schirvel - Cemubac

Appui de MEMISA-Belgique au renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo (par Dr. Emery BEWA, Coordinateur des Projets)

MEMISA¹ est une coopération médicale missionnaire organisée en une association sans but lucratif de droit Belge spécialisée dans le **domaine des soins de santé primaires**.

Les interventions de MEMISA se fondent sur le système de santé de district (zone de santé en RDC) prôné par l'Organisation Mondiale de la Santé comme unité fonctionnelle et opérationnelle de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires.

L'intervention de MEMISA porte sur l'appui structurel à la mise en œuvre des soins de santé primaires dans 38 zones de santé de la RDC couvrant une population estimée à 4.629.469 habitants desservie par 38 hôpitaux généraux de référence et 560 Centres de Santé.

L'objectif Général de l'intervention est de contribuer, par la promotion des soins de santé, au bien-être des populations pauvres du Sud en tant que droit humain fondamental dans le cadre d'une approche holistique prenant en compte les besoins fondamentaux de la personne dans sa communauté.

L'objectif spécifique est de parvenir, à long terme, au renforcement du système dans les 38 Zones de Santé appuyées en appuyant les 2 échelons (CS et HGR) et le niveau intermédiaire.

Trois résultats ont été assignés à l'appui aux zones de santé : le fonctionnement intégré du système renforcé ; accessibilité aux soins de qualité améliorée et la collaboration multisectorielle renforcée.

Après plus de dix ans d'appui structurel, les interventions de MEMISA ont apporté des résultats tangibles.

L'appui de MEMISA a permis progressivement de forger ou de renforcer un système de santé intégré dans ces zones d'intervention. Le travail d'équipe, la fonctionnalité des organes de gestion et de participation communautaire, l'accompagnement des zones de santé et l'interaction entre les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence sont devenues des réalités.

Le dialogue avec les responsables locaux des structures en place a permis de renforcer la collaboration multisectorielle et de susciter une réflexion globale sur les possibilités d'amélioration des services et soins de santé offerts à la population.

¹ Memisa qui est un sigle néerlandais qui signifie **Medische Missie Samenwerking**, elle peut être traduite en français en **coopération médicale missionnaire**

L'appui MEMISA a permis de lancer le système de solidarité avec les populations locales pour faire face aux tarifs d'hospitalisation difficiles à supporter par les patients pauvres et /ou démunis. Le système de paiement forfaitaire au centre de santé et pour les activités critiques (césarienne, transfusion sanguine) à l'HGR, la mise en place d'un fonds d'équité pour la prise en charge des indigents et le développement des mutuelles de santé pour rendre les soins plus accessibles sur le plan financier.

L'appui n'est certes pas la plus consistante en termes de budget alloué. Mais la différence réside dans l'approche. Il est possible d'obtenir des résultats appréciables avec des ressources financières modestes, question de bien identifier les priorités avec une approche participative pour l'appropriation du programme par les bénéficiaires.

L'expérience de MEMISA a montré à suffisance que l'apport de l'accompagnement de proximité des structures et le suivi des activités des entités appuyées favorise le développement de Zones de Santé ; en outre l'expérience de MEMISA dans l'appui à lutte contre certaines maladies (Paludisme, VIH-Sida et diabète) montre qu'il est possible de mettre à profit les fonds alloués à lutte spécifique contre certaines maladies pour renforcer le système de santé. L'intégration des interventions permet donc de dépasser le clivage entre les approches verticale et horizontale.

Il apparait clairement que pour obtenir des résultats durables et satisfaisants, il faut une combinaison harmonieuse de plusieurs facteurs : ressources humaines, équipements, médicaments, directives et standards de prise en charge sur un fond d'accompagnement et d'encadrement.

Emery Bewa - Memisa

Intégration de la santé mentale dans les soins de sante offerts aux populations

Partant de mon expérience professionnelle comme infirmière, j'ai découvert qu'aller au delà des techniques des soins et offrir un moment d'échange avec les malades sur leur contexte de vie, leur relation de couple, leur vie de famille faisait resurgir des problèmes sociaux qui sont la cause des plaintes présentées ou leurs conséquences. De ceci, plusieurs questions ont surgi en moi et ont permis de créer « le centre d'écoute et d'accompagnement, C.E.A. Asbl de droit congolais » a pour offrir à toute personne en détresse psychologique un endroit pour parler en tout confiance de problème lié à son état de personne. Il a comme but de promouvoir le développement intégral de la personne humaine à travers un encadrement psychothérapeutique et social par des rencontres placées sous le signe de l'écoute et du dialogue.

Le présent projet de santé mentale qu'exécute Louvain Coopération au Développement , ONG de l'Université Catholique de Louvain en partenariat avec le Centre d'Ecoute et d'Accompagnement, grâce à l'appui de la DGD concerne l'intégration des SSM dans les SSP en structurant une prise en charge psychosociale des personnes en souffrance psychique sur base des actions des réseaux d'écoute et des services de santé et le programme de réforme progressive d'enseignement de cours de santé mentale à l'Institut d'enseignement médical de la Fomulac Katana

Ce projet a démarré en 2008 dans les Zones de santé appuyées par LD par des activités dont : la formation des prestataires des soins, des supervisions formatives, des rencontres d'échange d'expérience, rencontres d'Intervision.

Le thème de la première formation est centré sur la sensibilisation à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, notre priorité étant d'aider les soignants à s'occuper des personnes et non des cas et à aborder l'aspect communautaire en santé mentale par des visites à domicile et de sensibilisation.

Thérèse Mussole - Louvain développement

Réponse aux épidémies de rougeole :

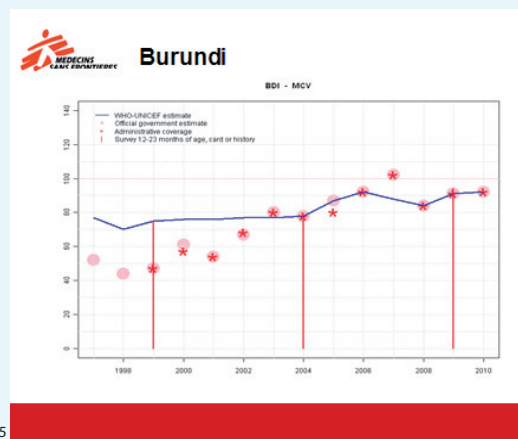
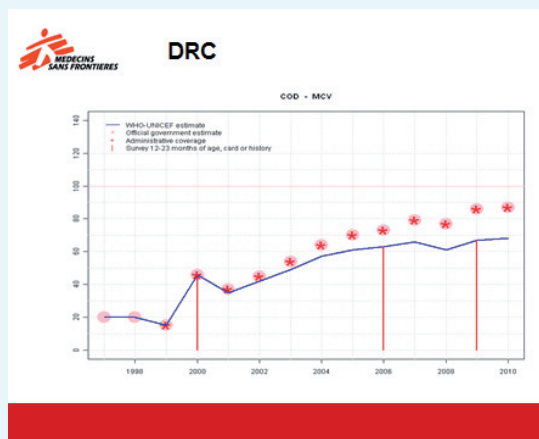
Les enjeux pour les systèmes de santé au Burundi et en République Démocratique du Congo.
Médecins Sans Frontières, Centre Opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB)²

Septembre 2011

Atelier Régional des Systèmes de Santé, Rubavu – Rwanda

Le contexte général de la rougeole a énormément changé ces dernières années : suite à des efforts et investissement considérables, une meilleure couverture du Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été obtenue par la mise en oeuvre des stratégies définies afin de réduire la rougeole. Ces stratégies visent à vacciner les enfants avant 12 mois avec une première dose et de fournir une deuxième dose de vaccination soit à travers les activités PEV de routine, soit à travers des Activités Vaccinales Supplémentaires (AVS). Il est également prévu de renforcer la surveillance et d'améliorer la prise en charge des cas quand ils surviennent. La réalisation sur le terrain de ces différentes stratégies est donc extrêmement dépendante du bon fonctionnement du système de santé.

Suite aux efforts de ces dernières années, la mortalité a été réduite de 78%³ et la couverture vaccinale pour la rougeole en Afrique a atteint 69% en 2009⁴. Néanmoins, il n'est pas surprenant que des épidémies continuent à se déclarer – même dans des contextes où la couverture est supérieure à cette moyenne et pourrait être considérée comme « bonne » (comme au Burundi – voir graphique ci-dessous). En effet, même avec une couverture de 90% au niveau national, une épidémie peut se produire (comme cela a d'ailleurs été le cas récemment en Europe et aux Etats-Unis) dès qu'un nombre critique de personnes susceptibles est atteint (d'autant plus que 10 à 15% de personnes vaccinées ne développeront pas d'immunité après une seule dose). Le risque d'épidémie est, bien entendu accru dans les pays à faible couverture vaccinale (comme c'est le cas en DRC – voir graphique ci-dessous). Concrètement, depuis 2008, 30 pays en Afrique Sub-saharienne ont subi une épidémie de rougeole, plus de 320.000 nouveaux cas ont été déclarés et plus de 2400 personnes – en grande majorité des enfants en sont décédés.



La vaccination est considérée comme une des activités de base d'un système de santé, entre autres, vu son efficacité. La présence d'une épidémie de rougeole doit donc être vue comme un indicateur de failles du système (couverture PEV insuffisante) ou comme un indicateur d'efficacité du système, à travers sa capacité à y réagir. Dans cette logique, les approches de renforcement du système de santé appliqué à la vaccination doivent renforcer les différents éléments du système qui peuvent prévenir les épidémies ainsi qu'y répondre lorsqu'elles surviennent. L'exemple ci-dessous illustre la situation (« photo » prise de la semaine 32 de l'année) de l'évolution de l'épidémie en RDC... Et il y a encore du travail...

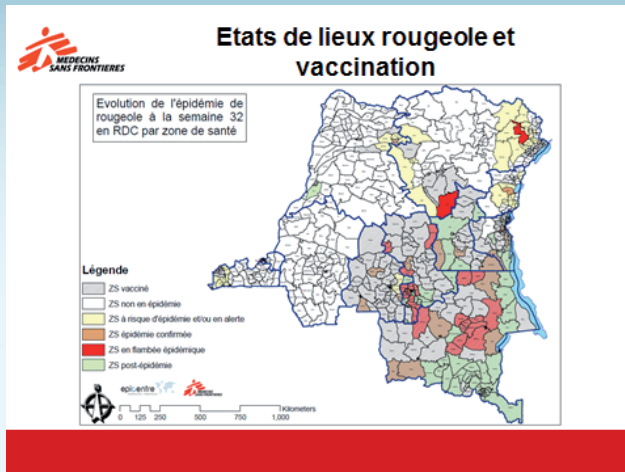
2 Voir la présentation complète qui comprend les données et exemples spécifiques du Burundi et de la DRC ;

3 Entre 2000 et 2008 ;

4 Comparé à 56% en 2001 ;

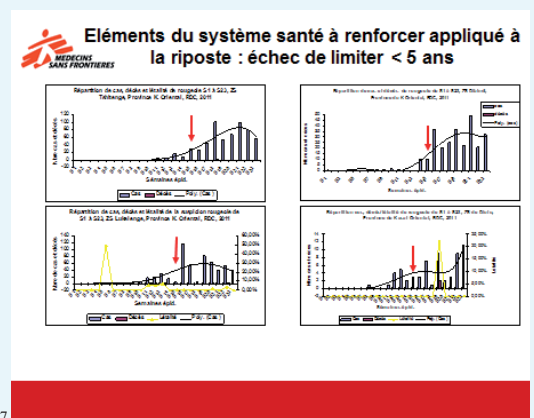
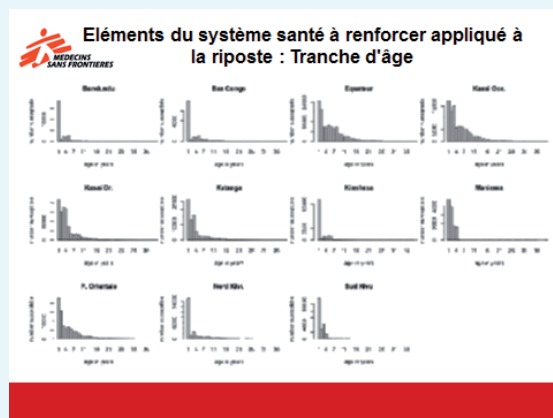
5 http://www.who.int/immunization_monitoring/data/cod.pdf ;

6 http://www.who.int/immunization_monitoring/data/bdi.pdf ;



Les éléments à renforcer sont donc :

- L'accès géographique : l'améliorer en augmentant les structures et / ou en organisant des activités décentralisées et mobiles ;
- L'utilisation des services existants : supprimer les barrières à l'utilisation telle que le recouvrement des coûts ;
- Disponibilité des intrants : en quantité et temps adéquat ;
- Stratégies adaptées au contexte : afin d'augmenter la couverture, adapter les stratégies en vue d'atteindre la population cible (durée des campagnes, équipes mobiles, sensibilisation, tranche d'âge des personnes touchées [Le graphe de gauche ci-dessous montre les tranches d'âge à idéalement vacciner pour chaque province congolaise et celui à côté, l'échec quand il n'en a pas été tenu compte- la ligne rouge indique la semaine de vaccination et le graphique montre que la courbe est toujours ascendante après la campagne], etc.) ;



- Surveillance : à renforcer afin d'identifier les risques, planifier les AVS et identifier les cas quand ils surviennent ;
- Stratégie de riposte : renforcer les structures de santé pour la prise en charge des cas et organisation de campagnes de vaccination de riposte dans les zones touchées et environnantes ;
- Ressources humaines : qui doivent formées et rémunérées adéquatement.

7 Epicentre ;

8 MSF / Epicentre

Contacts: becausehealth@itg.be

Website: www.be-causehealth.be

Third Edition

page 6

En conclusion, nous pouvons dire que l'efficacité du renforcement des systèmes de santé doit être mesurée en termes d'impact sur la santé de la population. Appliqué à la vaccination, à la prévention et à la réponse aux épidémies de rougeole, un renforcement des systèmes de santé se doit donc : d'allouer les moyens nécessaires aux structures de santé (en personnel, en intrants) ; d'assurer la mise en œuvre de stratégies adaptées au contexte (tranche d'âge à vacciner, déploiement des activités, périodicité des AVS) ; et de supprimer les barrières à l'utilisation des services existants par la population (assurer la gratuité de l'accès).

Vincent Lambert - Médecins sans Frontières

Conclusions de la présentation sur les mutuelles de santé

- L'accessibilité financière aux soins ne résoud pas tout. Elle est néanmoins un de facteurs clés de la bonne santé.
- Le principe de base de la mutuelle de santé, c'est la solidarité entre tous, qui permet la mutualisation du coût de la santé.
- Cette mutualisation permet en retour, un accès aux soins médicaux pratiquement gratuit pour les malades.
- Dans les 12 zones de santé (sur le 34 que compte la Province du Sud Kivu) qui disposent déjà de mutuelles de santé, le taux de pénétration est encore faible : 4,25 % en moyenne. Cette moyenne cache une différence importante ; ainsi dans l'aire de santé de Ciriri, la mutuelle de santé compte comme affiliés 23 % de la population.
- On peut déjà observer les effets positifs de la mutualisation. Dans les mêmes zones de santé, le taux moyen d'habitants qui ont recours aux services hospitaliers est de 4,2 %. Dans cette même zone de santé, si on ne considère que la population mutuelliste, ce taux moyen est de près de 16 %. (N.B. : Le taux dans les pays européens disposant d'une couverture universelle varie entre 12 et 14 %).
- L'accès aux soins hospitaliers est donc clairement facilité par le fait d'être adhérent d'une mutuelle de santé, et ce, malgré le ticket modérateur de 20 % qui reste à charge du patient.
- Par ailleurs (mais des études d'impact plus poussées doivent encore le confirmer), il apparaît que la mutualisation invite les malade à se rendre à l'hôpital à temps, sans attendre une dégradation de la santé qui entrain des complications multiples et dès lors, non seulement des risques plus importants pour la santé, mais aussi des coûts de soins plus conséquents.
- Dans un pays comme la RDCongo où, sur 13 dollars sont dépensés par an par habitant, 7 dollars est en charge de la population, donc des malades. L'extension et la généralisation des mutuelles de santé, en répartissant ces risques et les coûts de la santé, assurait à coup sûr un accès nettement plus important aux soins.
- Les mutuelles de santé sont les prémices d'un système de financement endogène et solidaire de la santé. Elles sont une des voies possibles et efficaces de l'amélioration de la santé de la population.

Bukavu, Octobre 2011.

Luc Dusoulier - Mutualité chrétienne

Les défis des ressources humaines de la santé

Le personnel de santé œuvre au cœur du système et représente l'élément moteur essentiel pour tout progrès en matière de santé. Les ressources humaines sont reconnues comme un des déterminants majeurs de la santé qui conditionnent l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé dans de nombreux pays.

Depuis quelques années, une « crise » des ressources humaines en santé (RHS) a été reconnue à l'échelle internationale et a été désignée comme obstacle principal à la réalisation des OMD et ce malgré une augmentation des financements pour la santé. La crise se traduit par différents problèmes, à commencer par une pénurie aiguë de personnels de santé avec un déficit cumulé estimé à 4,3 millions de personnes. Par ailleurs, ces carences s'accompagnent d'inégalités importantes en défaveur de l'Afrique. Ce continent, qui concentre environ 14% de la population mondiale et supporte 24% de la charge de morbidité mondiale, ne compte que 3% des agents de santé du globe. A l'échelle des pays on retrouve également des distributions inéquitables des RHS en défaveur des régions rurales et difficiles d'accès. Dans les pays en développement (PED), les causes des pénuries et d'inégalités sont connues et interconnectées : dépenses en santé limitées, insuffisance de formations, insuffisance de recrutements, faibles rémunérations et flux migratoires des zones défavorisées vers les zones plus riches et ce à tous les niveaux (local, national, continental et international). D'autres symptômes de la crise des ressources humaines dans les PED ont trait à la qualité et à la productivité du personnel en place. De plus et au-delà des connaissances et des capacités, la motivation du personnel de santé est également reconnue comme un déterminant important de la performance du secteur de la santé.

Pour faire face à la situation inquiétante des RHS, de nombreuses initiatives ont vu le jour. Celles-ci sont internationales (organisations et événements), régionales ou privées (ONG et centres de recherche) et elles ont développé des projets dédiés à cette problématique complexe et globale. La conception et la mise en œuvre d'une politique et de stratégies de développement des ressources humaines doit-être au cœur des préoccupations des intervenants des systèmes de santé des PED. Pour être efficace, ces stratégies doivent, quelles que soient les circonstances, viser à améliorer le recrutement, l'éducation, la formation ainsi que la répartition, la productivité, la performance et la fidélisation. La gestion des RHS n'est donc plus considérée du seul point de vue de la planification de main-d'œuvre ou du développement de l'éducation professionnelle. D'autres nouveaux facteurs ont fondamentalement changé le paysage et de nouvelles et multiples stratégies sont apparues. Elles s'inscrivent dans le court, moyen et long terme. A l'échelle nationale et internationale, il faut par ailleurs mettre en place des codes éthiques pour freiner le débauchage du personnel du sud et il faut des engagements financiers suffisants et durables pour renforcer les systèmes de santé dont une large part doit être consacrée au développement des ressources humaines. Dans l'esprit des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, il est important que les appuis au développement des ressources humaines s'inscrivent dans le cadre des politiques et stratégies cohérentes, conçues et appropriées par les pays partenaires.

Véronique Zinnen - Grappa / Université Catholique de Louvain



L'interaction entre patient et prestataire et l'estime de soi

Pour chaque personne, la connaissance de soi, de ses forces, de ses faiblesses, de ses difficultés, de ses limites, de ses besoins permet de se faire une image de soi en rapport avec la réalité.

Une image positive qu'une personne pourrait se faire, peut enrichir sa vie. Les gens heureux sont agréables à côtoyer et les relations qu'ils entreprennent avec les autres personnes sont plus satisfaisantes. En outre, elles permettent davantage de faire face aux exigences de la vie.

Ainsi, s'estimer, c'est prendre conscience de son unicité pour avoir des relations plus harmonieuses et positives avec autrui.

L'estime de soi se situe dans la personne, et se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès. « L'estime de soi se réfère à la valeur que l'on se donne soi-même dans différentes sphères de notre vie » : D. LAPORTE (1997). Elle est « liée à la façon dont une personne élabore et évalue la définition de son identité ». C. PICKHARDT (2002).

Dans l'estime de soi, il y a donc une notion de la valeur que l'on se donne. Il s'agit d'un système dynamique à la fois stable (identité, permet de se reconnaître et d'être reconnu par les autres) et flexible (possibilité d'évoluer, de s'adapter aux situations et besoins). Elle permet de se réaliser, d'élaborer des projets, de prendre des risques, d'aller à la rencontre de l'autre, de s'adapter à la réalité.

En milieu de soins, l'estime de soi agit à la fois sur la santé somatique et mentale des patients et sur les prestataires qui offrent les soins. C'est un indicateur de la bonne santé mentale.

Du point de vue du patient, l'estime de soi manifeste par la confiance, la compliance, l'observance aux traitements, le suivi du patient aboutissant à une efficacité des soins.

Du point de vue du prestataire, une bonne estime de soi lui permet d'avoir une attitude d'empathie, de prendre des initiatives et de s'adapter aux situations, une attitude résiliente face à l'état de santé du patient et favorise les liens sociaux. Elle est aussi un facteur de motivation pour le prestataire et une stratégie de gestion des ressources humaines qui limite la fuite des prestataires qualifiés et motivés. Ce qui permet une amélioration de la qualité des soins.

En cas d'une interaction positive, l'estime de soi entraîne un meilleur engagement dans la relation des soins, une meilleure gestion de soins dans son aspect de traitement et de suivi, une satisfaction, une motivation.

Par contre en cas d'interaction négative, on observe un manque de respect, de confiance, un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité, de réticence, de colère et de ressentiment, de frustration, une tension et un manque de temps à accorder au patient.

Dans un service de santé, l'estime de soi renforce certaines valeurs entre le patient et le prestataire : le respect et l'autonomie.

Les soins de santé primaires sont centrés sur une approche intégrée qui implique à la fois le patient, la communauté, les prestataires, l'équipe de gestion du district de santé, les décideurs nationaux et internationaux comme acteurs du système de santé ayant un pouvoir décisionnel. L'estime de soi sera donc bénéfique à chaque niveau concerné et aux différents acteurs impliqués pour susciter les interactions positives entre les acteurs.

Il y a donc :

- Nécessiter de sensibiliser /conscientiser le personnel de santé sur l'importance d'une interaction positive entre lui et le patient.
- Renforcer dans l'organisation du travail tout ce qui contribue à cette interaction positive.

Cela afin de renforcer l'estime de soi du patient qui elle-même contribuera à une meilleure interaction entre le patient et le prestataire.

Fernand Katembwe - Médecins du Monde

Retenez la date suivante :

15-16 décembre 2011 : Séminaire annuelle sur les déterminants sociaux de la santé à la CTB