



PREAMBULE

L'**A.s.b.l** **Maison Médicale d'Accueil et de Cure**, en sigle **A.s.b.l/MMAC** est une organisation non gouvernementale « O.N.G » non confessionnelle à vocation sanitaire à but non lucratif. Elle est née d'une dynamique initiée par une infirmière de la diaspora Congolaise en France, animée par la conviction qu'il est possible d'améliorer l'état de santé des Congolais en République Démocratique du Congo (RDC).

Au cœur de l'Afrique centrale, ce grand pays à cheval sur l'équateur compte aujourd'hui plus 70 millions d'habitants, dont environ 30,4% se situe en milieu urbain. L'incidence de la pauvreté y est très élevée, ce qui ne leur permet pas de satisfaire les besoins fondamentaux. L'espérance de vie à la naissance est de 50 ans pour les femmes et de 54 ans pour les hommes. En 2009, la mortalité infantile était de 89 pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5ans, et la mortalité maternelle de 9,44 pour 1000 femmes en ceinte.*

Ainsi l'**A.s.b.l/MMAC** prévoit en priorité de mettre en place un Centre de Santé, ou de travailler en synergie, ou encore en partenariat avec des structures de soins pré-existantes surtout sur les zones rurales ou peri-urbaines, afin de rendre les soins de santé plus accessibles à tous, pour une somme raisonnable, destinée même aux plus démunies, ainsi qu'adaptée au coût de la vie locale tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. La plus valeur de ce projet est la l'établissement des échanges de savoirs et pratiques sanitaires et culturelles entre la France et le RDC où la Diaspora Congolaise peut se révéler et prendre une place active.

*OMS, rapport narratif : profil pharmaceutique de la République Démocratique du Congo. Juin 2011.

- PRÉSENTATION DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA RDC



Source: WHO

La Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, réunie du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma – Ata de septembre 1978 ; en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations.

Elle réaffirme également la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être; reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement afin de traduire les engagements en actions.

Promouvoir la collaboration intersectorielle et les partenariats public privé, y compris avec la société civile et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé et de mieux promouvoir les déterminants économiques, sociaux, démographiques, nutritionnels, culturels et environnementaux de la

santé...

Mettre en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins en ressources humaines pour la santé et visant à améliorer la planification, à renforcer les capacités des institutions de formation en santé, et à promouvoir la gestion, la motivation et la fidélisation de ces ressources pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé.

Les communautés, y compris la société civile, doivent chercher à obtenir la reconnaissance de leur rôle dans la gouvernance des services de santé, en particulier pour ce qui est des interventions de santé publique et autres interventions à assise communautaire liées à la santé, et explorer avec les gouvernements la possibilité de conduire de campagnes de sensibilisation auprès de la diaspora africaine, afin de faciliter la participation effective de celle-ci aux activités de développement.

Les Nations Unies estiment aujourd'hui la population de la République démocratique du Congo plus de 70 millions d'habitants, avec une croissance annuelle d'environ 2 millions d'habitants, du fait d'une fécondité élevée (estimée entre 2005 et 2010 à 6,7 enfants en moyenne, par femme). Selon une enquête du Ministère de la Santé menée en avril 1998, la pyramide démographique de la RDC montre que la population congolaise est très jeune. En effet, les jeunes (moins de 20 ans) représentent environ 57 % de la population totale contre 38,8 % pour la population adulte (entre 20 et 59 ans) et 4,2 % pour la population du 3ème âge.

- **Situation politique et socio-économique**

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la RDC a connu des crises à

répétition (rébellions des années 1961 à 1964 d'une part, et 1978 à 1980, d'autre part ; pillages des années 1991 et 1993 ; guerre de libération des années 1996 et 1997 ; guerres d'agression cycliques et à répétitions des années 1998 à ce jour, qui ont causé des conséquences dramatiques sur la vie de la nation, en général et sur le système de santé, en particulier.

Plaquette tournante de la géopolitique africaine pendant les années de la guerre froide, en raison principalement de sa position géostratégique, la RDC, en dépit des financements qu'elle bénéficie des parts et d'autres d'occidentaux ou de communauté internationale, n'ont toujours malheureusement pas servi à aider le développement du pays. La RDC est actuellement classée parmi les pays les plus pauvres du monde, malgré ses immenses ressources naturelles, le dynamisme reconnu et l'esprit d'entreprise de sa population. La décennie de conflit, aggravée par la culture de mauvaise gestion soutenue, a eu des effets dévastateurs sur l'économie nationale. Le PIB a ainsi successivement baissé de 380\$ US (1960) à 224\$ US (1990). Il était de l'ordre de 158,6\$ US en 2008. La RDC occupe le 167^{ème} rang sur les 177 pays dans le classement des pays sur l'Indice de Développement Humain sur les critères de la Santé, éducation et niveau de vie (IDH3). La France se trouve au 20^{ème} rang en 2013.

Le fonctionnement du système de santé reste peu efficace du fait d'un certain nombre de problèmes liés au leadership, au système de financement, aux ressources humaines, au système d'approvisionnement en médicaments essentiels.

Le taux moyen de l'utilisation des services de santé, selon le rapport de « l'État Santé et Pauvreté en RDC (Banque mondiale, 2005) » est d'environ 0,15 consultations par habitant et par an qui correspond à moins d'une consultation

par personne tous les 6 ans. Deux tiers des patients en RDC, ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder.

Selon une étude réalisée par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, en 2007, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes.

- **Profil épidémiologique**

Le profil épidémiologique est dominé par les maladies infectieuses, parasitaires et carencielles. Elle est onzième parmi les 22 pays qui supportent 80% du fardeau mondial de la tuberculose, avec une prévalence VIH chez les femmes enceintes stables, depuis plusieurs années, autour de 4%. Les enquêtes sur la mortalité, font apparaître des taux de mortalité élevés. La mortalité maternelle est de 590 décès pour 100.000 naissances vivantes. La mortalité infanto juvénile est de 142 décès pour mille naissances vivantes.

Le secteur de la santé est marqué par plusieurs caractéristiques importantes :

- un faible engagement de l'État, à la fois en termes de financement du système, de régulation du secteur et de fourniture de services de soins médicaux.
- une participation importante du secteur privé, des organisations religieuses et des ONGs, qui gèrent un nombre important de centres de santé et la moitié des hôpitaux.

- une couverture inégale du territoire, avec un déséquilibre sensible entre les zones urbaines et les zones rurales.

Une zone de santé est un espace géographique bien défini comprenant une population d'environ 50 000 à 100 000 personnes en milieu rural et de 100 000 à 250 000 personnes en milieu urbain. Elle comprend deux niveaux d'intervention: un réseau de « centres de santé » (dispensaires) correspondant chacun à une subdivision de la zone de santé, l'«aire de santé » (5 000 à 10 000 habitants en milieu rural, 15 000 à 30 000 habitants en milieu urbain). Le centre de santé a pour mission d'offrir à la population un ensemble minimum de soins de santé primaire – et doit se trouver à moins de 5 kilomètres (soit environ une heure de marche) de la population desservie. La zone de santé qui comprend un ensemble de centres de santé et un Hôpital Général de Référence, constitue le niveau opérationnel. Un « hôpital général de référence » qui offre un ensemble de soins complémentaires pour la zone de santé. Il existe aujourd'hui plus de 500 zones de santé, dont une bonne partie est gérée par des structures non-gouvernementales et où le secteur privé joue parfois un rôle actif.

- **LE BAS-CONGO**



Source : RDC maps 2010.

Le Bas-Congo compte 31 zones de santé



Source : Google

- **Situation socio-économique et sanitaire du Bas-Congo**

Le Bas-Congo est une des provinces de la RDC située dans la partie sud-ouest du pays. C'est également la seule ouverture sur l'océan. Elle compte un peu plus de 3 millions d'habitants. Son taux de pauvreté est de 70%. La malnutrition chronique est de 67%, dont 24% de malnutrition sévère. L'insuffisance alimentaire est liée à une baisse de la production vivrière, maraîchère et animale depuis des décennies liée à l'exode rurale et à une culture spécialisée dédiée à l'exportation, un pouvoir d'achat inférieure à 1 \$ US par jour.

La population de la province est jeune puisque près de 60% a moins de 20 ans. Le chômage y est relativement faible (1,4% en 2005). Le secteur agricole est très répandu, donnant du travail à 8 personnes sur 10.

Le Bas Congo présente un taux net de scolarisation dans le primaire (64,7% année 2005) plus élevé que la moyenne nationale. Le taux de mortalité infantile avant l'âge de 5 ans y est très élevé (185‰ année 2007) par rapport à l'ensemble

du pays (102‰). Par ailleurs, plus de 90% des ménages du Bas Congo ne disposent pas d'un robinet d'eau dans leur parcelles et près de 85% ne sont pas raccordés à l'électricité. L'assainissement est également préoccupant avec 15,1% des ménages de la province qui n'ont pas de toilettes. Enfin, la quasi-totalité (99,4%) des ménages optent pour le dépotoir sauvage, la rue ou les cours d'eaux pour se débarrasser de leurs ordures.

Facteurs sociaux défavorables à la santé : ce sont d'abord les problèmes liés au chômage et à la pauvreté qui entraînent une inversion des valeurs morales, une mentalité opposée aux changements, l'absence d'émulation (nivellement par la base).

Situation de la femme :

le taux de scolarité des femmes est de 60% en primaire. Les femmes sont généralement absentes dans les instances de prise de décision. La plupart des pratiques coutumières sont défavorables à la femme : autorisation maritale, droit de succession etc. la coutume n'encourage pas une femme à posséder des biens durables. Elles ne prennent pas la parole dans les juridictions de pouvoir coutumier. Le salaire de la femme est géré par le mari. Les femmes sont également soumises à des interdictions alimentaires qui auraient une influence sur la santé.

Dans le Bas-Congo, l'influence des croyances traditionnelles (sorcellerie) sur la santé est forte.

Les facteurs favorables à la santé sont : une grande sociabilité des communautés, une grande discipline communautaire, le sens de l'organisation et du respect des valeurs morales, l'acceptation du rôle déterminant de la femme et des enfants, l'aspiration à une vie meilleure.

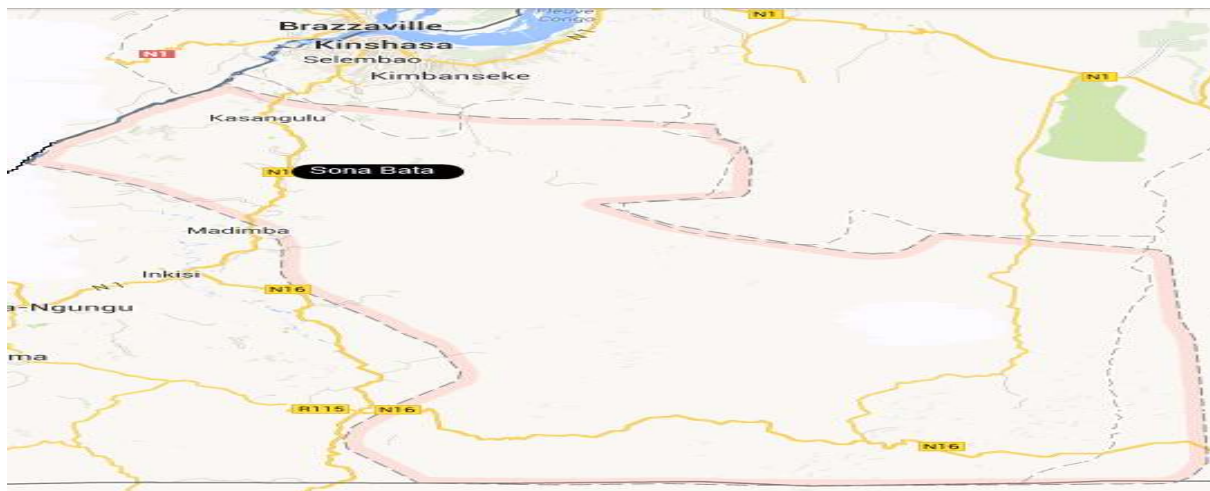
Les hôpitaux existants sont vétustes, sous-équipés, de moyens financiers précaires, de matériels peu entretenus, de faibles capacités techniques avec un personnel soignant pour la plupart sous qualifié.


La séroprévalence du HIV est de 5%, la prévalence du paludisme est de 0,41%, celle de la tuberculose est de 0,9%.

L'offre de soins ne satisfait pas les besoins de la population du fait de :

La rareté de médecins du fait de l'inaccessibilité géographique, l'insuffisance de revenus de la population, des infrastructures délabrées, du nombre réduit du personnel soignant et de la faible qualité des prestations par rapport aux coûts.

- **SONA BATA**



 Source: Google map.

- **Situation socio-économique de Sona Bata**

Sona Bata est une des localités du Bas-Congo, à 80 Km de Kinshasa, située dans le district de Lukaya avec accès sur la route nationale n°1. La langue parlée est le kikongo.

Sa température moyenne est de 25°C, assez uniforme tout au long de l'année. Son climat est tropical avec une forte pluviométrie et environ 5 mois de saison sèche.

Le tissu socio-économique est inexistant. Les gens vivent de la vente des fruits, légumes et de biens de première nécessité. Il s'agit également d'un lieu de passage des voyageurs et des commerçants (route nationale n°1).

L'activité principale de la population est l'agriculture de subsistance. Les activités d'ordre secondaire sont l'élevage de petit bétail et de la volaille, le petit

commerce, la production de braises (charbon de bois), l'extraction d'huile de palme et la pisciculture.

L'agriculture est pratiquée par la plupart des ménages. Cette production est plus destinée à la vente qu'à la consommation des ménages, ce qui est certainement une des causes de la malnutrition dans la zone.

Le petit élevage est pratiqué par quelques ménages. Il est de type familial et concerne la volaille et le petit bétail. Les produits d'élevage sont essentiellement destinés à la vente pour faire face aux charges familiales : soins de santé, scolarisation des enfants, etc.

Le petit commerce est organisé dans chaque village, le long de la Nationale n°1. Les paysans vendent les produits agricoles aux voyageurs et aux commerçants en provenance de Kinshasa.

La production de braise : cette activité attire un bon nombre de Kinois (habitants de Kinshasa) qui revendent ce charbon de bois en ville. Ceci a pour conséquence une augmentation de la production locale, qui entraîne le déboisement, l'appauvrissement du sol et la baisse de la production agricole.

La pisciculture est une activité qui vient de voir le jour afin de suppléer aux besoins alimentaires de la population. Jusque-là, il y a seulement quelques ménages qui la pratiquent.

Les activités saisonnières telles que le ramassage de chenilles, des termites et la cueillette des safu (fruit à la chair verte, non sucré) ont généralement lieu pendant la saison des pluies.

- **Situation sanitaire de Sona Bata**

Malgré 42 structures de soins de santé existantes, les habitants de Sona Bata ont un accès limité aux soins médicaux.

Nous avons visité à 45 km un hôpital construit par les missionnaires protestants et devenu public, aujourd'hui vétuste, délabré, sans eau potable ni électricité et sans moyens pour fonctionner. Les problèmes de santé rencontrés sont les complications liés à l'accouchement, les gastroentérites, le paludisme, les accidents de la route de la nationale n°1.

Graphique : Incidence des maladies les plus fréquemment enregistrées dans la zone de santé de Sona Bata en 2011

A notre visite nous constatons des situations inédites où les patients en incapacité de payer sont retenus des mois à l'hôpital. Nous observons également dans un des villages aux alentours la situation d'une personne atteinte de maladie mentale attachée à un arbre faute de soins.

A Sona Bata, l'espérance de vie est en moyen de 47 ans chez l'homme et de 50 ans pour la femme. Le taux de mortalité infantile est de 109 pour 1000, comparativement à celui de la France qui est 3 pour 1000.

- **LA POPULATION CIBLE**

La population cible est :

- les habitants de Sona Bata et des alentours;
- les voyageurs de la nationale 1.

• L'OBJECTIF

L'objectif général est d'apporter une aide sanitaire et humanitaire à la population congolaise

Les objectifs spécifiques de l'Asbl/MMAC sont:

- créer un centre des soins de santé, ou de parrainer les structures de soins de santé pré-existantes surtout dans les zones rurales ou péri-urbaines en R.D.C ;
- apporter les soins et l'éducation à la santé, accessibles au plus grand nombre ;
- gérer les déchets de l'hôpital ;
- assurer, par ses actions au quotidien, le respect de l'environnement ;
- initier une synergie entre les associations congolaises dans le strict respect de leurs identités ;
- œuvrer pour la mise en place en RDC d'une politique sociale qui prenne en compte l'apport des Congolais de la diaspora.

• LES ACTIVITÉS DE L'Asbl/MMAC

Éducation et santé

- Mise en place et suivi du centre de soins et de santé, recherche de partenaires etc ;
- Multimédia ;
- Actions de prévention et de lutte contre les maladies endémiques, etc.

- Hygiène.

Techniques et développement

- Étude et encadrement de projets, recherche de partenaires, de bailleurs de fonds, etc. ;
- Organisation des stages de formation ;
- Création d'une banque de données de compétences congolaises en vue de leur mobilisation.

Intégration et réintégration

- Actions sociales pour une meilleure cohabitation dans la société ;
- Aide au retour et à la réinsertion, etc.

Volet juridique

- Assistance juridique ;
- Lutte contre le racisme, la xénophobie, l'injustice, la violence sous toutes ses formes ;
- Connaissance des droits et devoirs.

Information

- Tenue des conférences-débats, des dîners-débats ;
- Diffusion d'informations par toutes voies ;
- Apprentissage de la démocratie et de la bonne gouvernance, etc.

Jeunesse

- Promotion d'échanges entre les jeunes de la RDC et ceux de l'étranger
- Apprentissage des langues d'origine.

● LES MOYENS POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

- L'organisation des réunions, des conférences-débats, des dîners-débats, des manifestations culturelles, etc
- La diffusion des informations par toutes voies ;
- La création d'une banque de données des compétences congolaises en vue de leur mobilisation;

- L'organisation des échanges d'expériences et de savoir-faire avec d'autres organismes ;
- La création d'une caisse promotionnelle des actions de co-développement pour le Congo.

● RÉSULTATS ATTENDUS

- L'existence d'une infrastructure sanitaire moderne et de qualité
- Une population impliquée dans la vie du centre de santé et de la communauté
- Des patients plus satisfaits des soins reçus
- Un taux de fréquentation correspondant aux prévisions (plus de 30 consultations par jour)
- Une mise en place d'un dossier de suivi des patients.

● LES INDICATEURS DE SUIVI ÉVALUATION

- Le nombre de fréquentations des habitants et des voyageurs
- Le taux de patients satisfaits par la prestation
- Le taux d'exécution des activités programmées
- Le taux de fréquentation
- Le nombre de résidents locaux employés au centre de santé.

● L'IMPLANTATION DU CENTRE DE SANTÉ

● Les activités

Les activités des soins restent le volet prioritaire. Il s'agit de jouer un rôle véritable de centre dynamique de soins, de prévention et d'éducation sanitaire, faisant partie intégrante de la communauté de Sona Bata et se démarquer par la capacité d'innovation dans les pratiques cliniques tout en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des habitants du territoire.

L'amélioration continue de la qualité des soins et l'assurance de soins sécuritaires vont être la première préoccupation.

Les activités évolueront à partir des consultations externes et des activités de préventions et d'éducation jusqu'aux activités d'hospitalisation de semaine avec prise en charge des cas de médecine générale, d'accouchements normaux et de petites chirurgies (plaies, ulcères, panaris, extractions de corps étrangers, réduction de fractures fermées, etc).

- **La construction du Centre de Santé**

Les bâtiments seront donc simples, prenant compte des limites liées à l'environnement, avec possibilités d'extensions ultérieures d'activités. Le Centre de Santé débutera ses activités d'abord avec une faible capacité d'accueil, il limitera le nombre de lits entre 20 à 30 et tout en tenant compte du respect des valeurs culturelles locales, notamment en séparant les femmes et les enfants des hommes.

La construction du Centre de Santé sera en matériaux durables, en utilisant des briques cuites rouges de fabrication locale et des supports exclusivement métalliques. Le projet impliquera les habitants de Sona Bata. Elle sera simple avec un seul niveau, peu mécanisé pour des raisons d'entretien, susceptible d'être modifiée ou étendue ultérieurement.

Le sol étant argilo-sablonneux à Sona Bata, nous vérifierons d'être à l'abri des inondations saisonnières et des glissements de terrain, les fondations tiendront compte de ces paramètres. Ce terrain sera assez vaste pour permettre la construction des bâtiments ainsi que les logements du médecin et des employés, des garages, château d'eau, four à incinérer etc. Nous envisageons deux bâtiments principaux de 300m² qui hébergeront les activités de consultations externes à visée diagnostique, de soins et de prévention dans un

premier lieu, et les activités d'hospitalisation dans un deuxième temps et lieu. Il conviendra de prévoir un hectare ou plus pour le développement de toutes les activités. Un terrain nous est gracieusement mis à disposition.

Nous tiendrons compte des voies de desserte, des possibilités d'arrivée et d'évacuation d'eau.

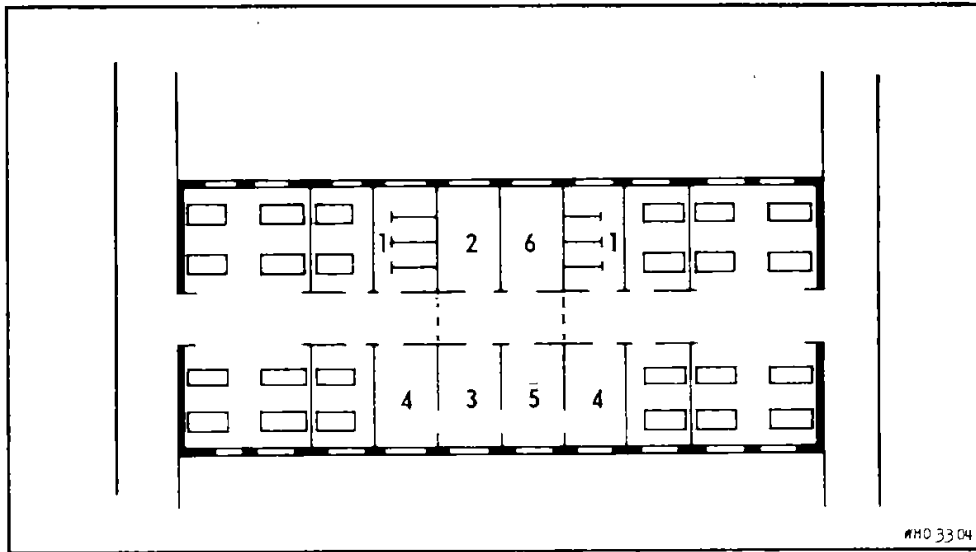
L'unité d'hospitalisation sera composée de salles comportant des cloisons séparant des ½ chambres d'une capacité de 4 lits chacune, afin de garantir une surveillance adéquate et un bon entretien des locaux. L'unité comprendra aussi 2 chambres à deux lits réservées aux isolements.

Les services se situeront au milieu de l'unité, ainsi les hommes et les femmes seront de fait séparés.

• L'unité d'hospitalisation

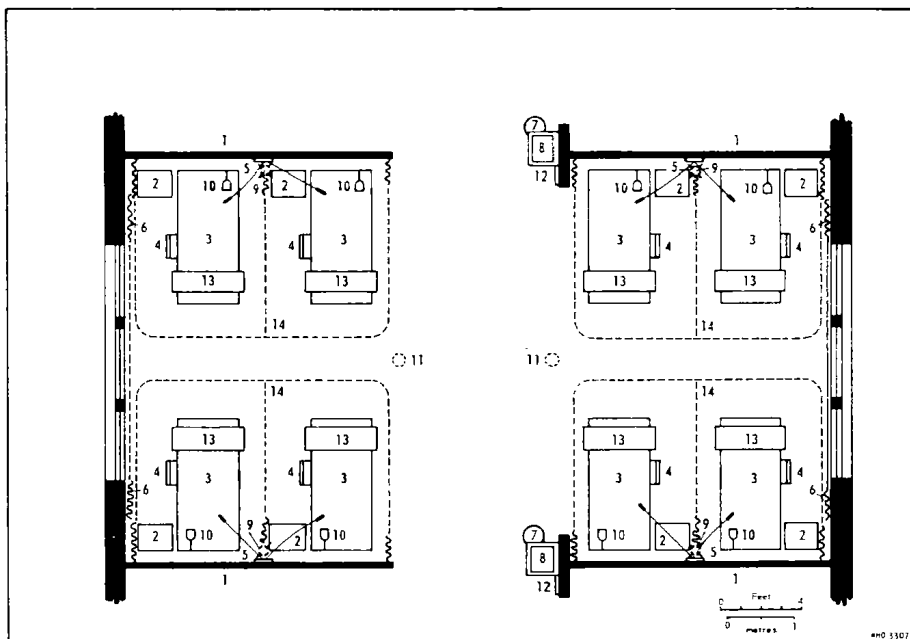
- Une salle de pansements
- Une poste de travail des infirmières contenant les appareils, le dépôt de médicaments, la table de préparation des injections, un évier, un lavabo.
- Un office de réception et de distribution de nourriture et de biberons
- Un bureau du médecin
- Un bureau de l'infirmière coordonatrice
- Des installations sanitaires pour la clientèle, faciles à nettoyer et entretenir
- Des placards encastrés dans les murs pour le linge propre
- Une buanderie recevra par des chariots métalliques le linge sale et le traitera rapidement
- La bâtisse respectera les possibilités de construction et d'entretien locales.
- Un local sera dédié au brancard.

FIG. 13. HÔPITAL RURAL COMPRENANT UNE SEULE UNITÉ



- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. W.C. | 4. Salles de pansements |
| 2. Office | 5. Bureau du médecin |
| 3. Salle de travail des infirmières | 6. Chambre de l'infirmière de garde |

FIG. 16. CHAMBRE A 4 LITS, OUVERTE



- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Cloison (hauteur : 2,30 m) | 6. Rideau de fenêtre | 11. Lampe de couloir |
| 2. Table de nuit | 7. Corbeille à papier | 12. Veilleuse de nuit |
| 3. Lit | 8. Lavabo | 13. Table de lit |
| 4. Chaise | 9. Lampe ajustable | 14. Rideau intérieur d'isolement |
| 5. Appel | 10. Lampe de chevet | |

D'après les plans-types élaborés par le US Public Health Service

• Les consultations et services techniques

Placés au centre, ils répondront aux besoins des activités essentielles de soins :

- les consultations externes de médecine diagnostique et préventive;
- une salle d'accouchements dédiée aux accouchements normaux;
- une salle septique permettra de traiter les abcès, les fractures fermées, les ulcères;

- une salle de repos pour les petites interventions ainsi que les attentes d'accouchements et les soins aux nouveau-nés;
- un laboratoire;
- une salle d'imagerie médicale (radiologie et échographie);
- une pharmacie;
- Une salle d'attente spacieuse et carrelée qui servira également aux activités d'éducation à la santé;
- Une salle de consultation médicale;
- Une salle de consultation infirmière;
- un bureau de l'infirmière chef;
- un guichet de distribution de médicaments;
- un bureau des archives;
- une réserve de petit matériel;
- un atelier d'entretien;
- les sanitaires pour les usagers;
- les sanitaires pour le personnel;

Prévoir également un approvisionnement électrique et des logements pour le personnel.



- Le personnel

Activité de consultations externes	2/3 ETP médecin coordonateur
	2/3 ETP infirmière coordonatrice
	1/4 ETP responsable à la comptabilité et ressources humaines
	1 ETP infirmière
	1 ETP infirmière auxiliaire
	3/4 ETP technicien de laboratoire et de pharmacie
	1/2 secrétaire
	1/2 ETP technicien de petits travaux
	3/4 agent hôtelier pour l'entretien ménager et la buanderie
En plus pour l'activité hospitalisation	1/3 ETP médecin coordonateur
	1/3 ETP infirmière coordonatrice
	1/4 ETP responsable à la comptabilité et ressources humaines
	1 ETP infirmière
	3 ETP infirmières auxiliaires
	1/2 ETP sage-femme auxiliaire
	1 ETP agent hôtelier
	1/4 ETP technicien de radiologie
	1/4 ETP technicien de laboratoire et de pharmacie
	1/2 ETP secrétaire
	1/2 ETP technicien de petits travaux
	1/2 ETP technicien d'hygiène et d'assainissement

Plannification 2013-2014

	Décembre	Janvier	Fevrier	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
Mobilisation des membres et des partenaires (France)										
Organisation d'une soirée de soutien (France)										
Démarches administratives locales (RDC)										
Construction du centre de santé bâtiment 1 (RDC)										
Acheminement du matériel de soins (RDC)										
Inauguration du centre de santé(RDC)										
Première évaluation des activités du centre de santé (3 mois)										
Deuxième évaluation des activités du centre de santé (6 mois)										
1er Compte rendu public (France)										

- Le budget prévisionnel

La Maison Médicale d'Accueil et de Cure	
Le budget prévisionnel année 2014	
Dépenses (en euros)	
Construction immobilière	30000
Groupe électrogène (amortissement) 36 mois	1680
approvisionnement eau	600
Matériel de soins (renouvelables)	7917
Matériel de soins (durable)	15992
Médicaments	15600
Lingerie	2500
Equipement électroménager (ammortissement)	1080
Transport	6500
Bureautique	1950
Mobilier	10400
Restauration (ammortissement)	3420
Rémunérations	10538
Total des dépenses	108177
Recettes (en euros)	
Cotisations	1000
Evenements	6061
Dons et legs en nature:lits, mobiliers, bureaux, appareils médicaux, materiel soins etc.	23000
Dons et legs (en argent)	3581
Prestation de services de soins	16425
Restauration	5610
Formation	2500
Subventions publiques	
Ville	4000
Département	8000
Région	8000
Union Européenne	30000
Total des recettes	108177

Références

- WHO, Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008-2013, la République démocratique du Congo.
- WHO, République Démocratique du Congo, Fiche d'information des Statistiques sanitaires 2010.
- Félicien MATADI, Monographie de la province du Bas-Congo, AVRIL 2005.
- Action Contre la Faim, Enquête Nutritionnelle Anthropométrique, Zone de Santé de Sona Bata, Province du Bas-Congo, République Démocratique du Congo, 2011.
- WHO, Architecture et équipement, « architecture et équipement de l'hôpital-centre de santé type », p.93-156.
- Programme des nations unies pour le développement - Unité de lutte contre la pauvreté, province du Bas-Congo, profil résumé, pauvreté et conditions de vie des ménages, 2009.