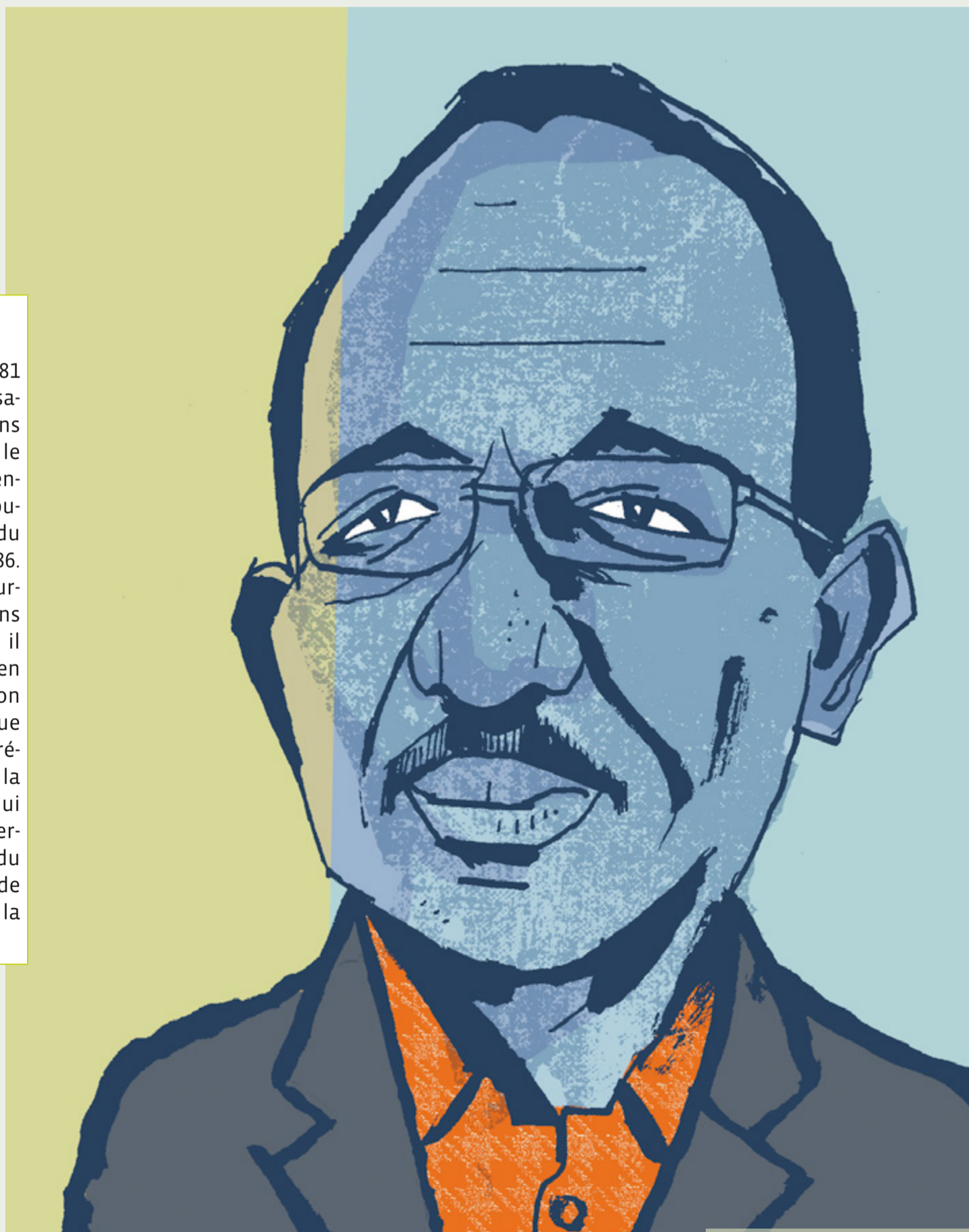


Du Sud au Nord, de la ville à la campagne

ITINÉRAIRE D'UN PÉDIATRE CONGOLAIS, PASSEUR DE DÉVELOPPEMENT

Dr. Masendu Kalenga

Arrivé en Belgique en 1981 pour suivre une spécialisation en pédiatrie et soins intensifs pédiatriques, le docteur Masendu Kalenga est retourné en République Démocratique du Congo (alors Zaïre) en 1986. Chef du service des urgences pédiatriques dans un hôpital de Kinshasa, il est revenu en Belgique en 1992 suite à la dégradation de la situation politique lors de la transition de régime. À un an et demi de la pension, il est aujourd'hui chargé de cours à l'université de Liège et à la tête du service universitaire de néonatalogie au CHR de la Citadelle.



Défis Sud: Docteur Kalenga, avant d'émigrer en Belgique, vous étiez déjà actif dans des actions de développement.

MK: De retour au pays après ma spécialisation en Belgique, à la fin des années 1980, j'ai fondé avec quelques collègues «Solidarité médicale». Il s'agissait d'encourager des médecins spécialistes de Kinshasa à se rendre dans les zones rurales. Plus de 80% des spécialistes travaillent en ville! Nous partions 3 ou 4 semaines, les radios locales et les missions religieuses annonçaient notre venue. Les gens faisaient la file pour bénéficier d'un soin, d'une opération. Ils venaient parfois de plus de cent kilomètres à la ronde. Quand la situation politique s'est dégradée, lors de la transition, j'ai dû revenir en Belgique où je vis toujours aujourd'hui.

DS: Comment est née Cap Santé?

MK: En 2003, six ans après mon retour en Belgique, j'ai participé à la fondation de Cap Santé avec Jean-Luc Fauchet, un ami belge toujours vice-président de Cap Santé. Nous avons d'abord mené des actions ici, au Nord. Nous avons associé des personnes d'origines camerounaise, burundaise et congolaise. Nous participions à des événements locaux basés sur la diversité: semaines thématiques, colloques, rencontres, etc. Ensuite, nous avons institué notre propre forum annuel «Question Santé d'Afrique» afin de faire connaître au public belge les enjeux de santé en Afrique. Il s'agissait de nous faire connaître ici.

Au début, nous avons également un volet intitulé «Migrations et santé»: nous accompagnions médicalement des migrants africains ici et sensibilisions aux problèmes de santé liés à l'immigration: risques cardio-vasculaires, approche de l'hiver, etc. Au bilan, c'était extrêmement épuisant en tant que médecin et nous nous sommes rendus compte que ça ne payait pas: nous avons envie que le développement se fasse surtout là-bas où les vrais problèmes se posent. Les migrants ici ont des problèmes mais ça nous semblait alors moins aigu par rapport à ce qui se passait dans nos pays d'origine.

Nous avons donc décidé de ne maintenir que le forum annuel comme action au Nord et de cesser l'accompagnement des migrants, d'autant que d'autres associations prenaient le relais. Nous nous sommes concentrés sur ce qui se passait dans les pays africains.

DS: Quelle a été votre première action phare en RDC, comment s'est-elle nouée?

MK: Dès 2004, nous avons effectué des voyages dans nos régions d'origine au Cameroun, au Burundi. En RDC, nous avons cherché à consolider les actions menées par le passé avec Solidarité médicale. Nous avons commencé dans ma région d'origine, à Kabin-da (ex-province du Kasaï oriental): je connaissais mieux cette région, ça représentait une chance de plus grande efficacité. Grâce à un don de 1 500 euros du Rotary Club de Verviers, nous avons fourni des bicyclettes et des trousseaux médicaux afin de faciliter le retour dans les villages des infirmiers qui les avaient fuis à cause de la guerre. Suite à cela, nous avons monté des actions de récoltes de fonds (concerts, soupers, vente d'objets d'art ...) qui, complétés par un nouveau don du Rotary, nous ont permis d'acheter un premier véhicule pour faciliter le déplacement de médecins spécialistes venus de Kinshasa via l'aérodrome de Mbuji-Mayi. Cette opération a donné un élan nouveau à notre projet.

En 2004-2005 nous avons entamé un premier dialogue avec la Direction générale au Développement. Il a d'abord fallu comprendre les exigences particulières de la DGD et apprendre formellement à constituer un dossier recevable par l'administration ainsi que l'approche par la gestion du cycle de projets.

DS: C'était nouveau comme démarche pour vous?

MK: Oui, mais j'y étais sensible, je comprenais parfaitement. À l'époque, j'ai beaucoup avancé en autodidacte en me documentant sur la gestion du cycle de projets. Cela a même eu un impact positif sur d'autres domaines de ma vie personnelle. Nous avons été extrêmement bien accompagnés dans cet apprentissage par l'équipe de la DGD, en particulier par Edgar d'Adesky, Benoît Jonckheere et Ariane Bourlard.

En 2006-2007, nous sommes donc retournés à Kabin-da réaliser le premier atelier d'analyse participative avec l'aide d'un modérateur local, un médecin congolais qui avait déjà une expérience de travail avec des ONG. Ce premier atelier d'analyse participative a été l'enclenchement de tout ce que nous faisons aujourd'hui.

Notre premier programme a été financé sur un an, en 2009. Puis, voyant nos résultats, la DGD nous a d'emblée inscrit dans un programme triennal 2010-2012, suivi d'un nouveau pour les années 2013-2015.

« Nous avons envie que le développement se fasse surtout là-bas où les vrais problèmes se posent. »

De la santé à un développement local intégré

Cap Santé est active depuis une quinzaine d'années dans le développement local autour de projets de santé.

La stratégie de Cap Santé consiste à s'aligner sur le Plan national de développement sanitaire qui vise notamment la revitalisation des zones de santé, tout particulièrement dans les régions rurales.

L'action de l'Osime basée à Liège donne la priorité à la formation et au recyclage des acteurs locaux. Elle s'appuie sur le renforcement des capacités des cadres responsables de la gestion du système de santé local, la réhabilitation ou la construction de plusieurs centres de santé-maternité, et sur la consultation et la participation active de la population.

Soutenue depuis 2009 par un programme annuel puis par deux programmes triennaux successifs de la DGD, Cap Santé a progressivement évolué vers un modèle de développement de plus en plus intégré: l'assainissement de l'accès à l'eau et l'équipement en latrines pour 8 000 ménages (avec l'aide de l'Unicef-Congo), la création d'une mutuelle de santé pour garantir l'accès aux soins et, plus récemment, la création d'une coopérative agricole afin d'améliorer les revenus des populations locales (avec le soutien initial de Wallonie-Bruxelles International). Cap Santé encourage également les échanges sur le terrain avec des experts belges et la participation d'autres migrants d'Afrique.

Depuis quelques années, Cap Santé étend son action au-delà de sa première zone d'intervention, Kabinda (dans le centre du pays, région d'origine du docteur Kalenga, co-fondateur de l'Osime) et intervient désormais également dans les zones de santé de Ngandajika (sud-ouest de Kabinda) et de Kalonda-Est (à l'est de Kabinda)

ou que notre action pourrait servir une ambition électorale cachée. Il faut simplement rassurer par notre simplicité, notre régularité et surtout par le fait que des choses se réalisent. Nous avons également accueilli un médecin de la région venu se former en Belgique, qui a pu constater la simplicité de notre association. Quand nous nous rendons sur place, cette modestie est entretenue, cela renforce la confiance. Ce n'est jamais acquis et ne va pas de soi.

Une autre difficulté, c'est l'appropriation: c'est une lutte permanente et une préoccupation constante pour nous. En général, les populations embrayent assez rapidement mais nous avons l'impression, une fois que nous repartons, qu'il n'y a pas une appropriation forte de ce que nous avons bâti ensemble. Pourquoi ont-ils laissé se dégrader leur bien? Pourquoi attendent-ils que nous venions remarquer qu'il y a une fuite dans une toiture?

Nous avons d'autres idées aussi, au-delà de la mutuelle de santé et de la coopérative agricole dont nous avons soutenu la création. Comme par exemple de soutenir l'entrepreneuriat ou de lancer à nouveau un projet de microcrédit.

C'est cette vision-là, de développement local intégré, qui n'est pas simple à faire passer auprès de la population locale.

DS: Vous opposent-ils une autre vision, d'autres modèles de développement, d'autres projets?

MK: Non, c'est juste peut-être une lenteur. J'ai l'impression aussi que les gens ont été conditionnés. Pendant longtemps, durant la colonisation et dans la période postcoloniale, les gens qui venaient de l'extérieur faisaient de l'assistanat. Les missionnaires ont dominé l'action sociale pendant plusieurs décennies. Et ils y sont toujours. Le fonctionnement, c'était: on vous construit ce dont vous avez besoin mais sans vous demander ce que vous en pensez. Il faut faire partir cette mentalité-là. Les gens doivent encore apprendre qu'ils peuvent prendre en main leur destinée, ça se construit sur une longue durée.

DS: Et cela passe par des actions concrètes plutôt que sur une action directe sur les mentalités?

MK: Oui, il faut une histoire concrète. C'est valable pour tout le monde, d'ailleurs. À propos de la construction de bâtiments pour abriter des centres de santé, la DGD y était opposée. Elle estimait que cela représentait un risque

« Pourquoi attendent-ils que nous venions remarquer qu'il y a une fuite dans une toiture? »

DS: Vous semblez disposer de bons réseaux, cela est-il suffisant?

MK: Cela nous aide à construire le futur. Mais nous avons aussi quelques faiblesses. Il est difficile de trouver des personnes bénévoles disponibles pour bâtir tout cela. Je le fais, mais je ne dispose pas de suffisamment de temps, mon travail au CHR de Liège et à l'université est très prenant.

DS: Comment êtes-vous accueillis et perçus, en tant qu'émigrés de retour au pays?

MK: Nous avons l'avantage de connaître le milieu et de nous y être rendus plus d'une fois, ça crée des liens de confiance, ce sont de bons piliers sur lesquels s'appuyer localement. Mais ça n'était pas suffisant parce que les gens là-bas ont des expériences mitigées avec des migrants revenus au pays: au point que certains peuvent penser que nous pourrions nous faire de l'argent sur leur dos

Cap Santé, chiffres et territoires

Qualifiée d'Osim – pour organisation de solidarité issue des migrations –, Cap Santé bénéficie de 1 400 000 euros de financement de la Direction générale au Développement de l'UE, sur trois ans, auxquels il faut ajouter des subsides plus ponctuels et variables de quelques milliers à quelques dizaines de milliers d'euros de la part de la Région wallonne (subsides à l'emploi), de la Loterie nationale, de la Fondation Roi Baudouin ou encore de Wallonie-Bruxelles International. Des opérations de récolte de fonds complètent le tout. C'est, en personnel, 4 permanents basés à Liège, bientôt 5 grâce au recrutement en cours d'une responsable administrative et financière. À Kinshasa, deux personnes forment l'antenne locale de Cap Santé, dont le responsable adjoint du programme de la DGD et un agent logistique, tous deux recrutés localement. À Kabinda même, une cellule rémunérée directement par Cap Santé soutient les actions localement.

D'abord engagées à Kabinda, les actions de Cap Santé ont été étendues aux zones de santé de Kalonda-Est et de Ngandajika avec la même méthodologie participative, de renforcement des capacités et de progressivité. Depuis cette année, Cap Santé accompagne également la division provinciale de la nouvelle province de Lomami dont Kabinda est le chef-lieu.

« L'idée est qu'en améliorant leurs conditions socio-économiques, les gens peuvent être moins tentés d'aller voir ailleurs. »

d'alourdissement de la dépendance pour les bénéficiaires. Nous avons néanmoins réalisé des constructions de certains bâtiments, clairement non réhabilitables. Dans les rapports, nous les avons appelées « réhabilitations », ce qui était conforme aux attentes de la DGD et a posteriori nous avons montré des photos, expliqué le fonctionnement. Finalement, la DGD nous a donné le feu vert pour poursuivre des constructions. Nous avons transgressé les prescrits du cahier des charges et c'est devenu la règle! (rires)

DS: Quels sont vos rapports avec d'autres Osim ici au Nord?

MK: Nous échangeons avec des Osim comme BAC. Avec les ONG, nous participons à des rencontres mais nous n'avons pas de synergie particulière. Nous avons déjà reçu un soutien financier de Memisa, ONG belge active dans les soins de santé primaire, par exemple et je contribue, à leur invitation, à certaines de leurs réflexions.

Lorsque nous sommes allés à Kabinda, on a créé une plateforme, encouragée par la DGD et la politique locale, afin de renforcer la cohérence des actions d'aide au dévelop-

pement entre tous les intervenants. Mais ce n'est pas simple quand c'est nous, Cap Santé, petite association, qui prenons l'initiative. De grosses organisations comme Cordaid, importante organisation de développement internationale basée à La Haye, ou comme l'Union européenne, acceptent de venir parler avec nous lorsque nous les invitons. Mais nous sommes trop petits par rapport à elles pour leur demander plus, comme par exemple de partager les informations... La DGD a fini par comprendre que ce n'était pas si simple de démontrer des synergies et des complémentarités avec de telles organisations.

DS: Intégrez-vous la problématique migratoire dans la réflexion et la conception de vos projets?

MK: Cette question nous habite depuis le début, même si on se demandait aussi si nous étions bien placés pour nous la poser. Nos actions ont permis d'améliorer le sort de plus d'une personne lorsqu'elles sont payées 100 ou 200 dollars plutôt que rien; nous offrons une prime aux agents de l'État avec qui nous collaborons. L'idée est qu'en améliorant leurs conditions socio-économiques, les gens peuvent être moins tentés d'aller voir ailleurs: pas nécessairement en Europe, mais vers la grande ville aussi.

Peut-être cela a-t-il aussi l'effet inverse pour certains, comme ce médecin chef de zone avec qui nous avons travaillé un temps, mais je pense qu'il serait parti de toute façon, peut-être même plus rapidement s'il n'y avait eu la collaboration avec Cap-Santé durant 10 ans. Je pense à une autre personne, un jeune infirmier en ophtalmologie, dont nous avons pris en charge une formation en spécialisation et qui, au bout de deux ans, nous a dit qu'il préférait retourner travailler en ville: mais nous ne le rémunérons pas, nous lui avons simplement permis de suivre une formation.

Hormis ces deux cas, il y a une grande stabilité de nos collaborateurs sur place et Cap Santé est même parvenue à amener de la ville plusieurs professionnels de la santé. Notre budget permet d'offrir une prime qui couvre leur manque à gagner aux spécialistes qui se rendent pour plusieurs semaines en zone rurale.

DS: Retournerez-vous vivre en RDC?

MK: Je ne sais pas encore. En tant qu'immigré, j'ai longtemps imaginé que ma vie en Belgique était provisoire. Nous avons tout fait

plus tardivement. On met du temps à investir durablement ici, dans les relations sociales, dans une maison, ... Je serai pensionné dans un an et demi et j'ai toujours un emprunt hypothécaire à rembourser alors que mes collègues en ont fini avec ce problème depuis longtemps (rires).

On vit toujours avec cette envie de retourner un jour. D'autant plus après avoir construit ce qu'on a construit là-bas. Dans un an et demi je serai pensionné, nous nous demandons sou-

vent, avec ma femme: pouvons-nous encore contribuer utilement au développement en retournant vivre là-bas, en accompagnant des projets sur place? Pourrons-nous nous réadapter à un nouveau changement de vie?

Mais il y a beaucoup de données qui entrent en jeu: un minimum de confort, l'idée qu'on se fait de la sécurité, la santé et l'âge qui avance, ... Qui vivra verra. ♦

Propos recueillis par Emmanuel De Loeu