

Intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires en République démocratique du Congo

Erick Mukala Mayoyo, Willem van de Put, Sara Van Belle, Bibiane van Mierlo, Bart Criel

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2021/1 (VOL. 33), PAGES 77 À 87
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.211.0077

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-1-page-77.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires en République démocratique du Congo

Integration of mental health in health care services in the Democratic Republic of Congo

Erick Mukala Mayoyo^{1,2,3}, Willem van de Put⁴, Sara Van Belle⁴, Bibiane van Mierlo⁵, Bart Criel⁴

➔ Résumé

Objectifs : Cet article vise à documenter l'expérience d'intégration d'un programme d'offre de soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaires du district de Lubero en République démocratique du Congo (RDC) entre 2011 et 2015, et à analyser l'accès et l'utilisation des services de santé mentale.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective utilisant un design d'étude de cas. Les données collectées dans les différents documents du projet et l'analyse documentaire des textes normatifs venant du ministère de la Santé publique ont permis d'analyser les résultats d'intégration.

Résultats : Les résultats indiquent que 3 941 patients ayant un problème de santé mentale ont utilisé les soins offerts aux centres de santé (CS) et à l'hôpital du district entre 2012 et 2015. En 2015, le taux d'utilisation moyen des soins curatifs dans les CS pour des problèmes de santé mentale était de 7 nouveaux cas pour 1 000 habitants par an. La majorité de ces patients ont été pris en charge en ambulatoire, en première ligne de soins.

Discussion : Notre étude montre qu'il est possible d'intégrer la santé mentale dans les services de santé en RDC. Néanmoins, les grands problèmes en termes d'accès et d'utilisation des soins de base indiquent que la réussite d'une telle initiative d'intégration est tributaire de la qualité du système de santé en place et de l'implication d'un éventail d'acteurs sanitaires et non sanitaires, y compris des personnes clés au sein des communautés.

Mots-clés : Soins de santé primaires ; Santé mentale ; Psychiatrie ; Intégration ; République démocratique du Congo.

➔ Abstract

Objective: The study aims to document the experience of integrating a mental health care package into the general health care system of Lubero district in the Democratic Republic of Congo (DRC) between 2011 and 2015, and more specifically, the effects of this integration on the access to and use of health services offering mental health care.

Method: This is a retrospective study using a case study design. Data collected from different project documents and an analytic review of the official reports of the Ministry of Public Health were used for an analysis of the results of the integration.

Results: The results indicate that 3,941 patients with mental health problems used the care offered at the health centers and the district hospital between 2012 and 2015. In 2015, the average utilization rate of curative care in health centers for mental health problems was 7 new cases/1,000 inhabitants/year. The majority of these patients were treated on an outpatient basis, at primary health care level.

Discussion: Our study shows that it is possible to integrate mental health into existing general health services in the DRC. Nevertheless, the major problems in terms of access and use of basic care in the Lubero district indicate that the success of such an integration depends on the quality of the health system in place and the involvement of a wide range of both health and non-health actors, including key people within communities.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Integration; Psychiatry; Democratic Republic of Congo.

¹ Institut supérieur des techniques médicales de Kananga – Kananga – RD Congo.

² Programme national de santé mentale – Ministère de la Santé publique – Kinshasa – RD Congo.

³ École de santé publique – Université de Lubumbashi – Lubumbashi – RD Congo.

⁴ Institut de médecine tropicale – Anvers – Belgique.

⁵ Culture for Change – La Randstad – Pays-Bas.

Introduction

Les troubles psychiatriques et de santé mentale constituent un problème de santé d'envergure mondiale. Leur retentissement s'évalue aujourd'hui à 32,4 % des années vécues avec un handicap et 13 % des années de vie ajustées sur l'incapacité [1]. En outre, parmi les dix principales maladies invalidantes au monde, quatre (dépression, problèmes liés à l'abus d'alcool, schizophrénie et trouble bipolaire) relèvent de problèmes de santé mentale [2]. Ces troubles représentent pratiquement 10 % de la charge mondiale de morbidité dans les pays à revenu faible et intermédiaire et un énorme défi pour l'amélioration de la santé globale, du fait que certains évoluent en comorbidité avec tant d'autres maladies chroniques non transmissibles [2-4].

En 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé son programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » (*Mental Health GAP Action Programme – mhGAP*) [5]. Ce programme a permis d'accélérer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP), à travers l'amélioration des connaissances et des capacités des prestataires non-spécialistes en santé mentale [6].

Pourtant, l'intégration de la psychiatrie dans les soins de santé primaires doit être soigneusement conçue afin que les malades bénéficient du bon type de soins et que celui-ci soit dispensé par des personnes appropriées [7]. Cette notion de « services intégrés » se rencontre aujourd'hui dans de nombreuses approches, mais beaucoup de questions demeurent à ce sujet : l'intégration de quoi ? dans quoi ? [8]

D'aucuns estiment que le mhGAP a permis de combler considérablement le fossé observé entre les besoins des populations et la fourniture des soins primaires de santé mentale [9], y compris dans certains pays africains [10-12].

En 2011, selon l'OMS, la charge de morbidité imputable aux troubles neuropsychiatriques a atteint 4,7 % en République démocratique du Congo (RDC) [13] où l'on observe un fossé important entre la demande et l'offre des soins de santé mentale dans les structures sanitaires des districts de santé (appelées « zones de santé ») du pays, dû à une forte institutionnalisation des soins de santé mentale.

En l'absence d'une offre de soins de santé mentale dans les services de SSP, la demande de soins s'oriente vers les rares hôpitaux psychiatriques disponibles [14]. Pourtant, des études ont montré que les soins de santé mentale

offerts par des prestataires non spécialisés constituent une meilleure stratégie de diagnostic précoce et d'intervention dans des contextes fragiles et à revenu faible [15].

Entre 2011 et 2015, une expérience a été menée par l'organisation non gouvernementale (ONG) néerlandaise HealthNet TPO dans le cadre du programme *Pamoja* (« ensemble » en langue Kiswahili), mené par le Consortium néerlandais pour la réhabilitation (Dutch Consortium for Rehabilitation – DCR) regroupant quatre organisations non gouvernementales partenaires : Save the Children, CARE, ZOA Refugee Care et HealthNet TPO. La composante du programme relative à la santé mentale visait entre autres un changement de paradigme de prise en charge, passant de l'approche de psychiatrie « verticale » à celle de la santé mentale intégrée. Cette nouvelle approche souligne que la majorité des problèmes de santé mentale peuvent être résolus au niveau périphérique (ménage, communauté, centre de santé [CS] et hôpital du district) du système de santé [16]. Cette expérience n'a fait l'objet d'aucune évaluation formelle depuis son implémentation.

Nous pensons qu'une meilleure compréhension de cette expérience pilote aiderait à tirer d'importants enseignements pouvant contribuer à sa transférabilité et/ou son adaptation à d'autres districts sanitaires du pays. L'objectif de cette étude est d'analyser les résultats de cette expérience spécialement concernant l'accès et l'utilisation des services offrant les soins de santé mentale.

Matériels et méthodes

Conception de l'étude

Cette étude rétrospective a utilisé le design d'étude de cas enchâssé unique [16]. Ce design a été retenu car il s'agit d'un cas unique d'intégration de santé mentale dans les services de santé d'un district sanitaire comportant trois niveaux d'intervention (communauté, première et deuxième lignes). Des données qualitatives et quantitatives concernant la période du projet (août 2011 à décembre 2015) ont été collectées.

Choix et définition du cas

Le cas choisi concerne l'expérience d'intégration des soins de santé mentale dans les services de santé polyvalents. L'unité d'analyse correspond à l'ensemble des structures

sanitaires polyvalentes du district de Lubero. Cette intégration est définie comme un processus de mise en commun d'un paquet d'offres de soins de santé mentale et du paquet d'offres d'activités existant dans les services de santé polyvalents. Ce processus implique : (i) l'analyse de la situation et du contexte de l'intervention, des politiques et des plans d'action existants, (ii) le renforcement des capacités des personnels de santé par la formation à l'aide du guide d'intervention mhGAP, (iii) la délégation des tâches, (iv) la définition du paquet d'offres de soins de santé mentale à offrir dans des structures sanitaires de première et deuxième ligne, (v) l'approvisionnement en médicaments et autres intrants. Il inclut également (vi) l'offre de soins de santé mentale aux personnes fréquentant les structures sanitaires, (vii) la supervision, (viii) le renforcement des systèmes communautaires par la mise en place des réseaux de soutien social, (ix) la communication pour la promotion et la prévention en santé mentale, (x) le renforcement du système d'information sanitaire, et (xi) la participation de la communauté aux activités de santé mentale. La finalité est d'offrir des soins de santé intégrés [11].

Contexte de l'étude

L'étude a été menée dans le district sanitaire de Lubero dans la province du Nord Kivu à l'est du pays où HealthNet TPO a mené le projet pilote *Pamoja* en utilisant des éléments du mhGAP de l'OMS et en suivant les recommandations de la Politique nationale de santé mentale [17]. En RDC, il existe sept coordinations provinciales de santé mentale opérationnelles dont celle de la province du Nord Kivu.

Lubero est l'un des 19 districts qui constituent la division provinciale de la santé de Nord Kivu. En 2011, ce district couvrait une population estimée à 209 538 habitants sur une superficie de 4,241 km². D'après un rapport d'état des lieux effectué par HealthNet TPO en décembre 2010 [18] dans cinq aires de santé du district de Lubero, 48,2 % des habitants seraient confrontés à un problème de santé mentale. Toutefois, ce rapport ne précisait ni la définition des problèmes de santé mentale ayant été utilisée ni les critères diagnostiques de ces problèmes. Ce rapport indiquait aussi que les patients psychiatriques sont souvent qualifiés de « fous », ensorcelés, possédés et ayant touché aux fétiches.

Ce district sanitaire est constitué de trois grands sous-secteurs. Le sous-secteur public, constitué de six postes de santé, 18 CS, deux CSR et un hôpital général de référence (HGR) au sein duquel a été construit, dans le cadre du programme *Pamoja*, un service (spécialisé) de santé mentale,

avec une capacité d'accueil de 10 lits. Le sous-secteur privé non lucratif composé de cliniques (répertoriées et non répertoriées par le ministère), centres hospitaliers (CH) et hôpitaux d'organisations associatives, dont l'effectif demeure mal connu. L'Église catholique dispose du centre d'écoute de Mulo, qui offre des soins de santé mentale à base communautaire. Le sous-secteur privé lucratif est constitué de cliniques et pharmacies (informelles et formelles), CH et hôpitaux privés, dont le nombre n'a pas été répertorié. Ce système local de santé est pluraliste et constitué de différents cadres de référence de prise en charge, autres que le seul biomédical, où les églises et les maisons de tradipraticiens offrent aussi des soins. Leur nombre reste inconnu, mais ils sont probablement fort utilisés.

Jusqu'en 2015, Lubero se caractérisait par une forte carence en ressources humaines pour la santé mentale (aucun neuropsychiatre, aucun infirmier spécialisé en neuropsychiatrie, un seul psychologue) et un sous-financement chronique des soins de santé. En outre, les dépenses de santé mentale sont totalement à charge des ménages.

Avant l'expérience pilote de Lubero, les activités des coordinations de santé mentale ont été centrées sur les institutions psychiatriques (publiques et privées) installées dans les provinces concernées. L'expérience de Lubero était une opportunité pour les responsables de la santé mentale, à différents niveaux de la pyramide sanitaire, de repenser l'organisation de l'offre de soins de santé mentale au pays.

Cadre théorique de l'étude

La théorie de changement du *Programme for Improving Mental Health Care* (PRIME) [11], appliquée aux programmes de santé mentale des pays à revenu faible et intermédiaire a servi de cadre de référence à l'étude.

Selon cette théorie, l'intégration des soins de santé mentale passe par l'alignement aux politiques et plans stratégiques de santé mentale existant dans le pays, l'allocation des ressources nécessaires, le renforcement des capacités et la délégation des tâches, afin de réaliser le diagnostic et la prise en charge des cas dans les structures sanitaires polyvalentes ayant intégré le paquet d'offre de soins de santé mentale [11].

La théorie implique également que le programme d'intégration soit accepté par les différents détenteurs d'enjeu au niveau de la communauté, des structures sanitaires et du bureau central du district sanitaire. Les psychotropes doivent être disponibles dans les structures sanitaires de première et deuxième lignes de soins, ciblées pour offrir les soins de santé mentale. Les prestataires de soins dans

Tableau I : Critères de sélection des documents

Critères	Inclusion	Exclusion
Période	<ul style="list-style-type: none"> • 1999 à 2015 pour les documents de politiques du PNSM • Décembre 2011 à décembre 2015 pour les documents de projet <i>Pamoja</i> rédigés par HealthNet TPO et APPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant 1999
Langues	<ul style="list-style-type: none"> • Français, Anglais 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres langues
Types de documents	<ul style="list-style-type: none"> • Documents du programme DCR portant sur le volet santé mentale, rédigés soit par HealthNet TPO, soit le consortium DCR : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus de réunions et ateliers ▪ Plans opérationnels, d'action et d'activités ▪ Notes techniques, de recherche et de plaidoyer ▪ Rapports d'activités cliniques, de formation, de supervision et d'évaluation ▪ Rapports d'enquêtes et études réalisées ▪ Rapports de mission et rapports annuels et final • Rapports d'activités du PNSM Nord Kivu, en lien avec le volet santé mentale du programme <i>Pamoja</i> • Documents normatifs (politique et plan directeur de santé mentale, etc.) de PNSM 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents du programme DCR ne portant pas sur le volet « santé mentale »
Droit d'exploitation	<ul style="list-style-type: none"> • Documents libres d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents dont le droit de diffusion était réservé

les structures sanitaires polyvalentes doivent être en mesure d'offrir des soins de santé mentale à ceux qui en ont besoin et de mobiliser un soutien psychosocial de base (support émotionnel, conseils pratiques, psychoéducation, regroupement familial, etc.). Un système de gestion adéquate, de contrôle de qualité et de supervision clinique doit également être établi.

L'un des éléments importants de la théorie de changement stipule que la communauté est consciente de la problématique des troubles mentaux et que la stigmatisation est en conséquence réduite. Ceci permet de mieux identifier les personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté, de leur offrir un soutien psychosocial communautaire (support émotionnel, conseils pratiques, psychoéducation, regroupement familial, activités récréatives, réinsertion professionnelle, visite à domicile) et, si nécessaire, de les orienter vers les structures sanitaires. Sensibilisées à l'importance d'une prise en charge (précoce) des troubles mentaux, ces patients sont alors disposés à se faire soigner à différents niveaux d'intervention.

Au regard des approches décrites ci-dessus, notre hypothèse est qu'une intégration de la santé mentale dans le système de SSP est possible, y compris dans un contexte fragile, et qu'elle est également susceptible de contribuer à l'amélioration de l'acceptabilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé généraux.

Sources d'information

Pour constituer une base documentaire pertinente et diversifiée afin de tester la théorie de changement décrite ci-dessus, nous avons sélectionné les documents suivant une procédure par choix raisonné, qui ont constitué nos unités statistiques. Ces documents étaient issus de quatre sources : 1/ HealthNet TPO ; 2/ le programme du DCR, également connu sous le nom *Pamoja* ; 3/ l'Association pour les projets psychosociaux (APPS), une ONG nationale basée à Kinshasa, en RDC, partenaire de HealthNet TPO et spécialisée en santé mentale et 4/ le Programme national de santé mentale (PNSM). Ce sont des sources documentaires et statistiques. Après l'application des critères de sélection (tableau I), 37 documents ont été retenus.

Collecte de données

Les données ont été collectées de différentes manières. D'une part, la revue documentaire a permis d'inventorier et d'analyser les documents du projet produits par HealthNet TPO et ses partenaires, en l'occurrence l'APPS et les organisations membres de DCR. Cette méthode a également aidé à réunir les documents politiques, stratégiques et protocoles sur la santé mentale du pays. D'autre part, le

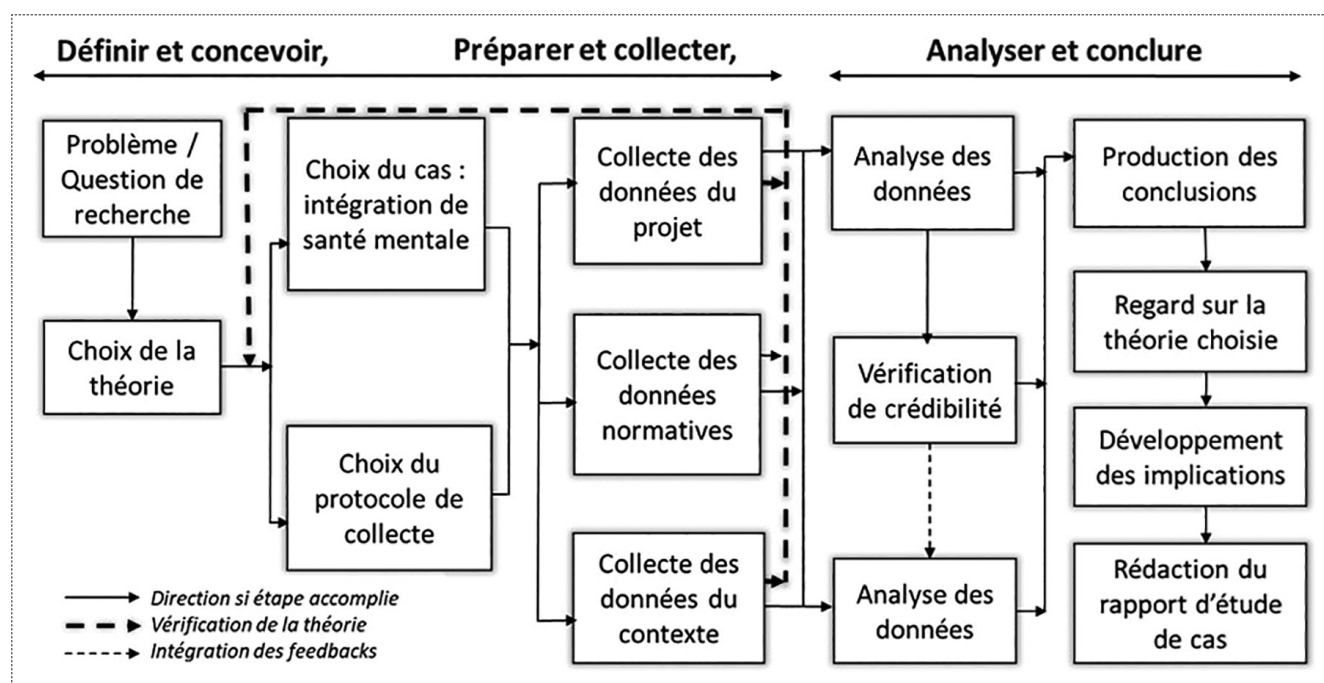


Figure 1 : Modèle opératoire (méthode) appliqué à l'étude de cas (Adapté de Yin [16])

rapportage réalisé par la coordination de santé mentale du Nord Kivu (antenne provinciale du PNSM) a permis de réunir les données agrégées dans un document au format texte (.doc) et Excel (.xls).

Plan d'analyse

Les résultats de l'expérience d'intégration de la santé mentale ont été évalués suivant deux volets. Premièrement, l'accessibilité de ces services a été décrite à travers des indicateurs d'accès (incluant la disponibilité des ressources humaines et des psychotropes, l'accessibilité géographique, financière...). Deuxièmement, l'utilisation de ces services a été mesurée en calculant les indicateurs relatifs au fonctionnement des services de santé.

Déroulement de l'étude

Nous basant sur le modèle opératoire présenté ci-dessus (figure 1), nous avons utilisé la stratégie analytique appliquée aux études de cas proposée par Yin [16]. Nous avons analysé les résultats, par rapport à l'intégration d'un paquet, d'une offre de soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaires du district de Lubero,

et plus particulièrement ses effets sur l'accès et l'utilisation des services. La théorie de changement de PRIME a été utilisée comme cadre théorique de l'étude [11] (figure 1).

Les résultats issus de la première analyse des documents du projet ont été soumis à l'appréciation de deux personnes-ressources impliquées dans le programme *Pamoja*, pour vérification de crédibilité. Il s'agit du consultant principal (ancien conseiller technique) d'HealthNet TPO et du coordonnateur d'APPS. Leurs *feedbacks* écrits ont été intégrés à la seconde analyse documentaire. La triangulation des informations récoltées principalement dans les documents rédigés par HealthNet TPO et son partenaire APPS dans le cadre du programme *Pamoja*, ainsi que des données agrégées rapportées par la coordination de santé mentale de Nord Kivu a permis de minimiser les biais d'information.

Réflexivité

Durant la période de déploiement du programme *Pamoja*, le chercheur principal et premier auteur de ce manuscrit (EMM) était indépendant vis-à-vis d'HealthNet TPO. Son intérêt pour l'expérience de Lubero est née en mars 2015 lorsqu'il a été appelé à assurer les fonctions de coordonnateur de santé mentale dans la province du Kasai occidental, dans son ancienne configuration. Dès lors, il était question de

s'inspirer de cette expérience pilote, afin d'étudier les possibilités d'implémenter une intervention similaire dans cette province. Nous sommes conscients que la position actuelle du chercheur principal au PNSM pourrait influencer la façon d'évaluer une intervention dans laquelle le PNSM était pleinement impliqué.

Considérations éthiques

Cette étude ayant une vocation essentiellement documentaire, elle a porté sur des informations documentaires agrégées, généralement anonymes. Cet anonymat était garanti sur l'ensemble de leur durée de conservation et de traitement. Leur usage à des fins d'études a été discuté avec les responsables actuels d'HealthNet TPO et de la coordination de santé mentale du Nord Kivu qui ont donné leur approbation tacite. La relecture des résultats sollicitée par l'ancien consultant international d'HealthNet TPO et le coordonnateur d'APPS a été volontaire. Il a été convenu que les informations collectées soient conservées par le chercheur principal pour au moins deux ans avant d'être détruites.

Résultats

Accessibilité aux services

L'accessibilité aux services de santé polyvalents pour des gens ayant des problèmes de santé mentale a été étudiée à travers différents indicateurs.

S'agissant de la disponibilité des services, dans chacun des CS (de référence) et à l'hôpital du district, au moins deux prestataires (infirmiers et/ou médecins) ont bénéficié d'une formation en santé mentale. Au total, 52 professionnels de santé, dont 10 médecins et 36 infirmiers, trois psychologues, un nutritionniste et deux assistants sociaux ont été formés. Dans chaque aire de santé, au moins deux relais communautaires ont été formés pour assurer les activités de promotion de santé mentale. Au total, 44 agents de santé communautaires, soit 30 relais communautaires et 14 présidents des comités de santé venant des 18 aires de santé du district sanitaire de Lubero ont été formés pendant quatre sessions d'une durée de deux jours chacune.

Durant la phase de déploiement du projet, dans les structures sanitaires appuyées, les médicaments psychotropes essentiels étaient généralement disponibles, mais dans certaines structures, des ruptures de stock allant de un à dix jours par mois ont été signalées.

Les activités de santé mentale ont donc été intégrées dans les structures de santé polyvalentes du district sanitaire. L'objectif était de s'assurer que les soins de santé mentale seraient géographiquement accessibles à partir des CS implantés relativement près de la population cible. Dans 13 des 18 aires de santé de CS implantées dans le district, 71 % de la population qui a eu recours aux soins de santé mentale offerts dans les CS polyvalents ont indiqué ne pas devoir effectuer de longues distances pour arriver au CS. Dans les cinq aires de santé restantes, 48 % ont déclaré que l'accès était problématique (figure 2).

L'accessibilité financière aux soins de santé mentale offerts aux CS et à l'hôpital du district constituait une préoccupation importante du programme *Pamoja*. Au CS, par exemple, le tarif des soins de santé mentale a été fixé à 20 dollars pour tout l'épisode de maladie. Ceci représentait une réduction d'environ 90 % par rapport au tarif facturé dans les maisons de tradipraticiens. Le forfait assuré par HealthNet TPO ne couvrait que les frais des psychotropes essentiels. Les frais d'hospitalisation au service de santé mentale de l'hôpital du district étaient à charge du patient. Nous ne disposons malheureusement pas des données concernant le coût moyen de ces hospitalisations.

Sur 1 675 patients ayant consulté pour des problèmes de santé mentale depuis le lancement du projet, un échantillon composé de 650 personnes a participé à l'enquête de satisfaction organisée par HealthNet TPO en 2013. De ces participants, la majorité (64,8 %) a jugé les soins de santé mentale acceptables du fait qu'ils contribuent, d'après eux, à l'humanisation de leur prise en charge. Ils ont indiqué que ces services ne s'opposent pas aux normes sociales et aux préférences communautaires et culturelles dominantes dans le district de Lubero. Ils ont observé un changement partiel et positif par rapport à la stigmatisation et la maltraitance à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Cependant, il a également été observé que dans les aires de santé où des attaques de groupes rebelles étaient fréquentes, susceptibles de faire fuir le personnel des structures sanitaires, la population adoptait des attitudes parfois négatives envers le programme *Pamoja*, craignant que les experts internationaux impliqués soient associés aux organisations rebelles. Cette perception a peut-être affecté le degré d'acceptation globale des soins de santé mentale.

De l'analyse du rapport de l'enquête d'HealthNet TPO susmentionnée, il ressort que 64 % des personnes interrogées ont affirmé avoir été informées sur la disponibilité d'une offre de soins de santé mentale dans le CS implanté dans leur aire de santé. 70 % ont indiqué d'avoir été sensibilisé sur divers thèmes de santé mentale, notamment la prévention d'un problème de santé mentale. 64 % ont

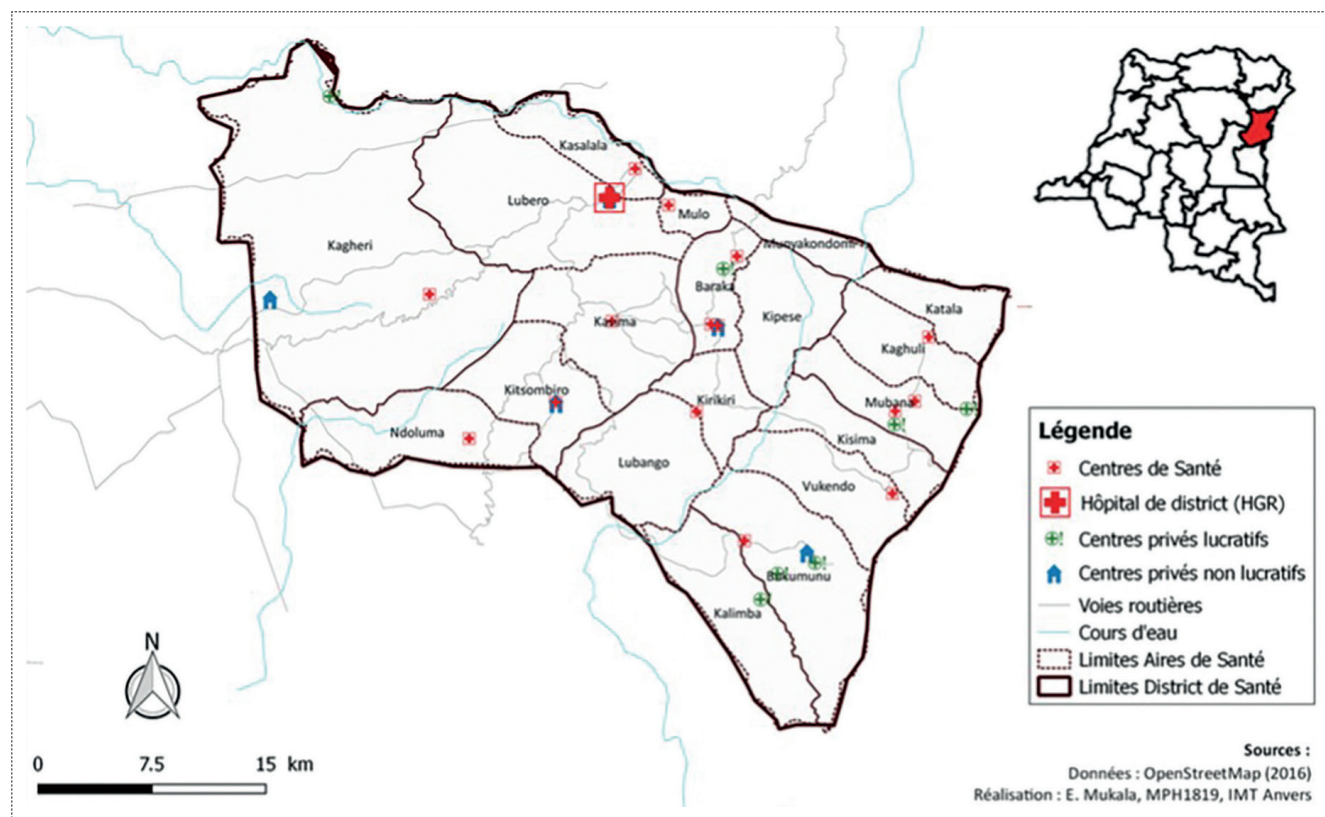


Figure 2 : Carte du district (zone) de santé de Lubero avec distribution des structures sanitaires

déclaré connaître un malade ou une famille avec une personne en détresse psychologique. Enfin, 89 % des patients se sont déclarés confiants envers les soins de santé mentale offerts dans les structures sanitaires polyvalentes existantes et s'attendaient à ce que ces soins contribuent à la résolution de leurs problèmes.

Utilisation des services

Les indicateurs de l'utilisation des soins de santé mentale dans les services de première ligne (CS) (tableau II) et de deuxième ligne (HGR) (tableau III) du district de Lubero ont été calculés. En 2012 et 2015, respectivement 46 098 et 73 270 personnes (sur une population totale estimée à respectivement 209 538 et 222 299 habitants) ont fréquenté la consultation curative des CS du district. Le taux d'hospitalisation dans l'HGR demeure bas, même si on constate une hausse légère et continue au cours des années.

Le taux d'occupation moyen des lits au service de santé mentale de l'HGR est passé de 33,2 % en 2012 à presque 95 % en 2015. La durée moyenne de séjour des patients

psychiatriques dans ce service est restée relativement stable : elle était de neuf jours en 2012 et de presque 10 jours en 2015. Sur 100 patients avec des problèmes de santé mentale référés à l'hôpital par les CS, 58 en 2012 à 74 en 2015 y étaient hospitalisés.

Sur l'ensemble des patients suivis dans les CS ayant intégré la santé mentale, les fiches diagnostiques indiquent que 37,2 % des patients ont été soignés en raison de troubles dépressifs, 27,9 % en raison de troubles psychotiques et 23,9 % en raison d'épilepsies/crises convulsives (tableau IV).

Discussion

Presque 4 000 patients ont utilisé les CS pour un problème de santé mentale durant la période du projet (2012-2015). Les résultats suggèrent que l'intervention telle que décrite était en grande partie cohérente avec la théorie de changement établie.

Tableau II : Indicateurs de l'utilisation des soins curatifs dans les services de première ligne (CS) du district de Lubero de 2012 à 2015

Indicateurs d'utilisation de consultation curative	2012	2013	2014	2015
1 Population estimée de la zone de santé de Lubero	209 538	215 824	222 299	228 968
2 Nombre de nouveaux cas à la consultation curative ^a	46 098	ND	68 913	73 270
3 Taux d'utilisation de la consultation curative générale (tous les centres de santé du district sanitaire) (NC/hab./an) (= 2/1)	0,22	ND	0,31	0,32
4 Nombre de nouveaux cas (NC) avec problème de santé mentale se présentant à la consultation curative générale au centre de santé	436 ^a	1 263	1 388	854 ^b
5 Proportion de cas consultants pour problème de santé mentale sur l'ensemble de l'utilisation de la consultation curative générale (= 4/2)	1,9 %	1,9 %	2,6 %	2,5 %
6 Taux d'utilisation de la consultation curative générale pour problème de santé mentale (NC/1 000 hab./an) (= 4/1)	4	6	6	7

a : Basés sur notre calcul

b : Données pour un semestre, le dénominateur est divisé par 2

ND : Non disponible

Tableau III : Indicateurs de l'utilisation des soins dans les services de deuxième ligne (HGR) du district de Lubero de 2012 à 2015

Indicateurs de l'utilisation	2012	2013	2014	2015
1 Population totale zone de santé Lubero	209 538	215 824	222 299	228 968
2 Nombre d'admissions au service de santé mentale de l'hôpital du district sanitaire de Lubero	252	412	476	498
3 Taux d'hospitalisation pour problèmes de santé mentale pour 1 000 habitants (= 2/1)	1,2	1,9	2,1	2,6

Tableau IV : Proportion de (nouveaux) cas ayant bénéficié des soins de santé mentale dans les centres de santé du district de Lubero, pour la période d'août 2012 à juin 2015

Types de troubles neuropsychiatriques	Août 2012 à juillet 2013		Août 2013 à juillet 2014		Août 2014 à juin 2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Troubles dépressifs	438	39,0	446	35,8	581	37,0	1 465	37,2
Épilepsies/crises convulsives	323	28,7	280	22,5	337	21,5	940	23,9
Troubles psychotiques	256	22,8	385	30,9	459	29,2	1 100	27,9
Troubles liés à l'abus des substances	61	5,4	66	5,3	112	7,1	239	6,1
Troubles de développement	25	2,2	20	1,6	34	2,2	79	2,0
Démences	12	1,1	38	3,0	29	1,8	79	2,0
Troubles psychosomatiques	9	0,8	11	0,9	19	1,2	39	1,0
Total	1 124	100	1 246	100	1 571	100	3 941	100

Au regard de ces résultats, on peut admettre qu'il est possible, même dans un contexte fragile, d'intégrer la santé mentale dans des services de santé de première ligne, pourvu d'y allouer les ressources requises et d'obtenir l'engagement ferme de toutes les parties prenantes.

Pour collecter les données, nous avons pu puiser dans deux sources réputées fiables, à savoir HealthNet TPO et la coordination de santé mentale du Nord Kivu. La qualité des données obtenues a été influencée en grande partie par la qualité des rapportages et l'implication des prestataires

qui, faut-il le noter, ne bénéficiaient d'aucune prime spéciale pour cette tâche. Cependant, les chiffres se sont parfois basés sur des estimations, ce qui appelle à une certaine prudence dans l'interprétation de ces indicateurs. L'utilisation de la consultation curative des CS de la zone pour des problèmes de santé mentale reste basse. Une comparaison intéressante est celle avec le programme de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre mis en place dans le district sanitaire de Binza (au nord Kivu), un contexte plus stable par rapport aux conflits armés que celui de Lubero. Ce programme offrait entre autres une prise en charge psychosociale et de santé mentale des victimes de violences sexuelles. Le taux d'utilisation des soins curatifs pour motif de santé mentale était estimé à 0,9 pour mille habitants en 2015. Il faut noter ici que la prise en charge à Binza était gratuite pour les patients. Tout chiffre ou comparaison demeure discutable, car, jusqu'en 2015, le système officiel d'information sanitaire congolais utilisait d'autres indicateurs et définitions de santé mentale (psychose, névrose et épilepsies).

Le taux de consultation pour motif de santé mentale relativement faible à Lubero peut s'expliquer de différentes manières. Selon certains auteurs [4, 19], l'intégration de la santé mentale reste problématique pour les prestataires de soins en général. D'autres soulignent que certains patients psychiatriques non psychotiques consultent difficilement, puisqu'ils ne reconnaissent pas leurs symptômes. D'autres encore disent que les patients ayant des troubles mentaux (les psychotiques par exemple), ou d'autres pathologies ayant des implications sur la santé mentale, telle que la maladie à virus Ebola, ne sont pas pris au sérieux par certains professionnels. Ils sont parfois stigmatisés ou discriminés [20].

La proportion des cas ayant bénéficié des soins de santé mentale après un diagnostic de « dépression » mérite une attention particulière. Près de 40 % des personnes ayant bénéficié des soins de santé mentale dans les CS du district de Lubero, de 2012 et 2015, ont reçu ce diagnostic sans faire une distinction entre le degré de dépression ou le type de trouble. Comme cette proportion est deux fois supérieure à celle publiée dans une revue systématique avec méta-analyse des publications provenant de cinq continents, et indiquant que la prévalence de dépression sévère est globalement de 18 % [21], il est fort probable que le diagnostic ait été problématique. Une autre revue systématique souligne qu'en Afrique, la dépression toucherait plutôt les jeunes étudiants [22]. Mais il existe, à notre connaissance, peu d'étudiants à Lubero, probablement à cause des situations de conflits armés récurrentes. Il se peut, comme souligne Jacob [23], que des personnes ayant

reçu le diagnostic de dépression présentaient des symptômes similaires, mais suite à des situations diverses, notamment d'ordre social, culturel et/ou économique (pauvreté ou autres problèmes financiers, difficultés interpersonnelles et violences familiales, violences structurelles, conflits communautaires, migration et déplacement forcés). Tous ces problèmes contextuels complexes ne peuvent pas être catégorisés de la même manière. Il en est de même pour la prescription d'antidépresseurs en appliquant des solutions protocolisées. Ce « comptage des symptômes sans contexte » peut avoir contribué à la surestimation des cas, sans tenir compte de l'hétérogénéité diagnostique [23], ou de la difficulté de l'utilisation de ce diagnostic dans un contexte comme la RDC.

Ce qui nous mène à la question de la médicalisation excessive de la santé mentale souvent observée. Selon les résultats de notre étude, les aspects psychiatriques des soins médicaux semblent avoir été privilégiés au détriment des aspects psychosociaux, culturels et spirituels qui peuvent avoir un effet considérable sur le bien-être des gens, et qui apparemment demandent d'autres investissements de la part des prestataires. Les cliniciens ont parfois du mal à regarder au-delà de leur mandat. Les données disponibles n'ont cependant pas permis de trouver des indications qui confirmeraient l'hypothèse qu'en absence de primes dédiées à l'offre des soins, les prestataires cliniques privilégieraient les traitements médicaux afin de rentabiliser leurs efforts en vendant eux-mêmes des médicaments. Or cette situation nous renvoie à la question posée par Salvarelli [24] concernant la commercialisation des soins de santé mentale dans un contexte de pénurie de médicaments utilisés en psychiatrie.

La majorité des patients hospitalisés pour raisons de santé mentale (73,6 %) ont été référés par les CS, suggérant que les prestataires au niveau des CS ont bien compris l'importance d'un continuum de soins dans la prise en charge de problèmes de santé mentale [25].

La peur d'une stigmatisation sociale a été souvent signalée par les usagers des soins de santé mentale. Les chercheurs affirment que la stigmatisation reste un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé mentale et appellent à la sensibilisation des populations pour éviter le rejet des malades par leurs familles, amis, employeurs et autres [26-28]. Lorsque la stigmatisation émane des prestataires eux-mêmes au sein des structures sanitaires [29], la question devient encore plus problématique. Le fait que les gens sont supposés recevoir des soins dans une clinique ou CS « spécialisé » en santé mentale peut encore renforcer cette stigmatisation. Intervenir au sein de communautés sans utiliser des qualificatifs tels que « dépression » ou

« hystérie » s'avère donc une piste à privilégier, à condition que les capacités des personnels du secteur psychosocial, hors du milieu sanitaire, jouent un rôle et que ce type de prise en charge soit renforcée.

La force de notre étude réside dans le fait qu'elle documente, pour la première fois à notre connaissance, une expérience d'intégration formelle de la santé mentale dans les services de santé d'un district sanitaire congolais. Ses principales limites sont les suivantes :

1. La recherche a porté sur des données agrégées et compilées à des fins spécifiques du projet. Les personnes qui les ont collectées n'ont pas toutes la même formation ou le même profil professionnel et, de ce fait, les informations n'étaient pas toujours homogènes. La triangulation des résultats effectuée a cependant contribué à minimiser les biais liés à l'information ;
2. Avec les données disponibles, il n'a pas été possible i) d'analyser la situation par aire de santé et vérifier si tous les patients provenaient effectivement du district sanitaire de Lubero ou d'autres districts ; ii) d'analyser plus en profondeur les facteurs explicatifs des faibles taux de consultation curative pour motif de santé mentale ; et iii) d'analyser l'équité dans l'offre et l'utilisation des soins de santé mentale au niveau du district.

Conclusion et perspectives

En dépit de ces difficultés dans la mise en œuvre de l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires du district à Lubero, l'engagement des personnes impliquées dans la mise en place de cette initiative a certainement contribué aux résultats positifs. Cette expérience pilote s'avère positive. En effet, elle a contribué à une amélioration progressive de l'accès et l'utilisation des services des soins offerts aux malades présentant un problème de santé mentale. À travers leurs différentes notes de plaidoyer, les autorités du district et le personnel des CS ont partagé à plusieurs reprises leur enthousiasme par rapport à l'initiative en soulignant que la santé mentale mérite plus d'attention et que l'introduction de la santé mentale dans les SSP contribue effectivement à la qualité des soins en général.

Bien que ces résultats soient relativement satisfaisants, considérer cette expérience comme le modèle d'intégration de la santé mentale à reproduire dans tout le pays ne semble pas être une option à ce stade. La faible adhérence

des bénéficiaires au traitement, les problèmes d'accès, le coût des soins, le fossé persistant entre la demande et l'offre de soins de santé mentale restent des contraintes majeures. En outre, plus d'efforts doivent être accomplis pour associer à cette démarche d'intégration les tradipraticiens, les religieux et autres personnes clés afin de favoriser la prévention de troubles sévères et l'ancrage des pratiques psychosociales au sein des communautés.

Une question cruciale demeure : comment assurer la pérennisation de l'offre des soins de santé mentale dans un contexte fragile comme celui de la RDC, étant donné que le succès de telles initiatives dépend en grande partie de la performance du système de santé en général ? Un grand espace demeure pour d'autres expériences d'intégration de la santé mentale, tout en capitalisant sur les leçons apprises dans le projet décrit dans cette étude.

Finalement, il serait intéressant d'étudier, cinq ans après l'arrêt du programme *Pamoja*, les acquis au niveau du district de Lubero, et plus particulièrement son impact au sein de la communauté. Considérant les situations critiques qui surviennent dans cette zone, notamment l'épidémie d'Ebola et l'insécurité politique, il nous paraît urgent d'inventorier les besoins en matière de santé mentale et de poursuivre la recherche de solutions appropriées.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-8.
2. Funk M, Benradia I, Roelandt JL. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'Information psychiatrique*. 2014;90(5):331-9. DOI : 10.1684/ipe.2014.1203.
3. World Health Organization (WHO). Investing in mental health. Geneva (Switzerland) : WHO ; 2003. [Visité le 5/12/2018]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42823/9241562579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Sanchez C, Abebe Moges N. Level of mental health service integration in primary health care units in Debre Markos Town, Ethiopia, 2014. *Science J Public Health*. 2015;3(2):181-90.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS). Programme d'action « Comblé les lacunes en santé mentale » (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé ; 2008 [Visité le 5 janvier 2018]. En ligne : https://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf.

6. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N, Rivard M, Melki W, Piat M, *et al.* Building capacity in mental health care in low and middle-income countries by training primary care physicians using the mhGAP: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*. 2020;35(2):186-98. DOI: 10.1093/heapol/czz138.
7. O'Donnell H, Davis K, Meston S. Building the community-based mental health workforce to expand access to treatment. [Internet]. *Health Affairs Blog*. October 24, 2019. DOI: 10.1377/hblog20191022.281887.
8. Atun R, de Jongh T, Secci FV, Ohiri K, Adeyi O. Clearing the Global health fog: a systematic review of the evidence on integration of health systems and targeted interventions. Washington, DC (WA): World Bank Group; 2009. (World Bank Working Paper, n° 166).
9. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle income countries. *Evid Based Mental Health Month*. 2017;0(0):1-5.
10. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, *et al.* District mental healthcare plans for five low and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *BJPsych*. 2016;208(Suppl 56):s47-s54.
11. Breuer E, De Silva MJ, Shidhaye R, Petersen I, Nakku J, Jordans MJD, *et al.* Planning and evaluating mental health services in low- and middle-income countries using theory of change. *BJPsych*. 2016;208(Suppl 56):s55-s62.
12. Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Taghi Yasamy M, Adebayo K. Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:242.
13. WHO. Mental Health Atlas 2011. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva (Switzerland): WHO; 2011. [Visité le 18/04/2018]. En ligne : https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/cod_mh_profile.pdf?ua=1.
14. Okitapoy On'okoko M, Jenkins R, Mampunza Ma Miezi R, Okitundu Luwa E, Andjafono D, Muteba Mushidi I. Mental health in the Democratic Republic of Congo: a post-crisis country challenge. *International Psychiatry*. 2010;7(2):41-3.
15. Hanlon C, Luitel NP, Kathree T, Murhar V, Shrivasta S, *et al.* Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low- and middle-income countries. *PLoS ONE*. 2014;9(2):e88437.
16. Yin RK. Case study research. Design and methods. 3rd ed. London (UK): Sage Publications; 1994.
17. Programme national de santé mentale (République démocratique du Congo). Politique et plan directeur de développement de la santé mentale. Kinshasa : Ministère de la santé publique ; 1999.
18. HealthNet TPO. Intégration effective des activités de santé mentale dans les soins de santé primaires. Zone de santé pilote de Lubero : Rapport d'évaluation initiale. Dutch Consortium for Rehabilitation ; 2011.
19. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé publique*. 2005;17(4):583-96.
20. Keita MM, Doukouré M, Chantereau I, Sako FB, Traoré FA, Soumaoro K, *et al.* Les survivants de l'épidémie récente de la maladie à virus Ebola au service de psychiatrie de l'hôpital national Donka en Guinée-Conakry : étude psychopathologique et psychothérapeutique. *Evol Psychiatr*. 2017;82(1):127-47.
21. Lim GY, Tam WW, Lu X, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018;8:2861. DOI: 10.1038/s41598-018-21243-x.
22. Tam W, Lo K et Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ*. 2018;1-10. DOI: 10.1111/medu.13770.
23. Jacob KS. Movement for Global Mental Health: The crusade and its critique. *Natl Med J India*. [Internet]. 2016;29:290-2. [Visité le 14/06/2019]. En ligne : <http://www.nmji.in/text.asp?2016/29/5/290/197816>.
24. Salvarelli JP. De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? L'Information psychiatrique. 2013;89:15-31. DOI : 10.1684/ipe.2013.1005.
25. Patel V, Araya R, Chatterjee S, *et al.* Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007;370:991-1005.
26. Clément M, Aubé D. La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité. *Santé mentale au Québec*. 2002;27(2):180-97.
27. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2008;17(1):14-9. DOI: 10.1017/S1121189X00002621.
28. Chisholm D, Burman-Roy S, Fekadu T, Kathree T, Luitel N, Lund C. Estimating the cost of implementing district mental healthcare plans in five low- and middle-income countries: The PRIME study. *BJPsych*. 2016;208(Suppl 56):s71-s8. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.153866.
29. Sow A, Van Dormael M, Criel B, *et al.* Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*. 2018;2(30):253-61. DOI : 10.3917/spub.182.0253.