

# Intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires à Lubero (RDC)

Erick Mukala Mayoyo<sup>1,2,3</sup>, Willem van de Put<sup>4</sup>, Sara Van Belle<sup>4</sup>, Bibiane van Mierlo<sup>5</sup>, Bart Criel<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, <sup>2</sup> Centre de Connaissances en Santé en RD Congo, <sup>3</sup> Programme National de Santé Mentale RDC, <sup>4</sup> Institute of Tropical Medicine, <sup>5</sup> Culture for Change

## Introduction

Bien que 22 millions de Congolais soient affectés par des problèmes de santé mentale, l'offre de soins est quasi-inexistante dans les services de santé polyvalents. L'expérience pilote d'intégration a été menée dans le district sanitaire rural de Lubero, de 2011 à 2015, selon la stratégie mhGAP (*mental health Gap Action Programme*). Mais, celle-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation rigoureuse jusqu'en 2018. Cette étude visait à documenter cette expérience en analysant l'utilisation des soins de santé mentale depuis le lancement de la prise en charge jusqu'à la fin du projet.

## Méthodologie

L'étude était menée dans le district sanitaire rural de Lubero au Nord Kivu, en RDC. En 2018, ce district comptait 250.199 habitants, répartis dans 18 aires de santé. Le design d'étude de cas rétrospective a été utilisé. Les données ont été collectées entre autres dans les documents du projet pour la période allant de 2011 à 2015. L'étude s'est déroulée tel que décrit ci-dessous (Figure 1).

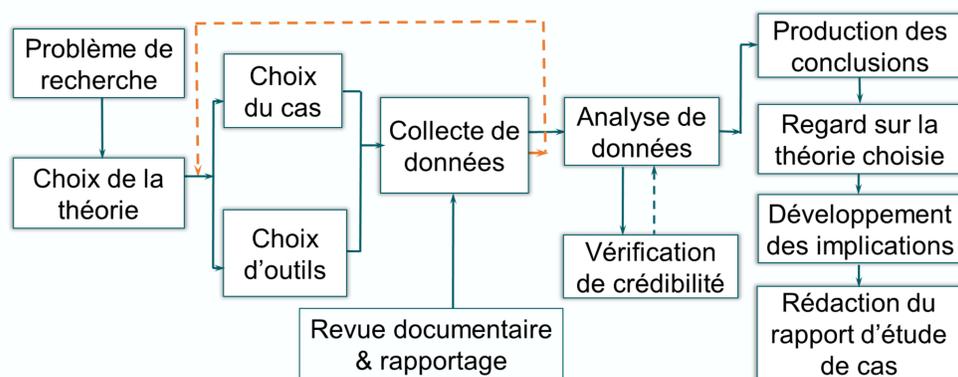


Figure 1 : Déroulement de l'étude de cas selon le design adapté de Yin (1994)

## Résultats

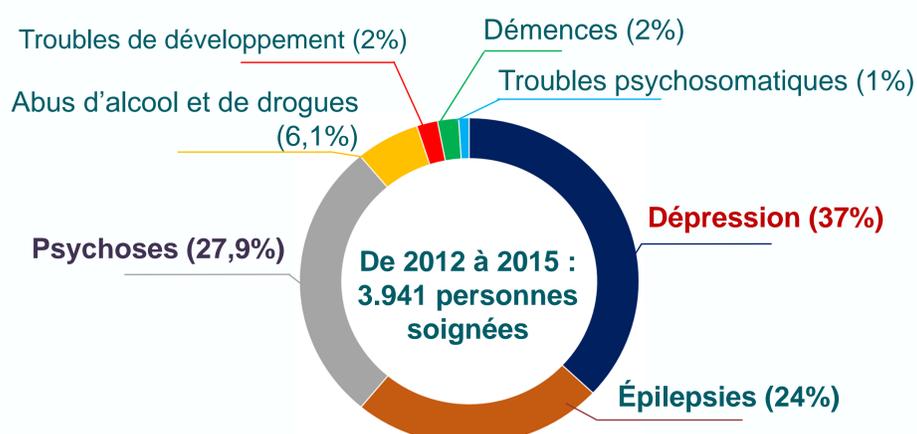


Figure 2 : Proportion de cas soignés pour problèmes de santé mentale aux centres de santé et à l'hôpital de district de Lubero, 2012-2015

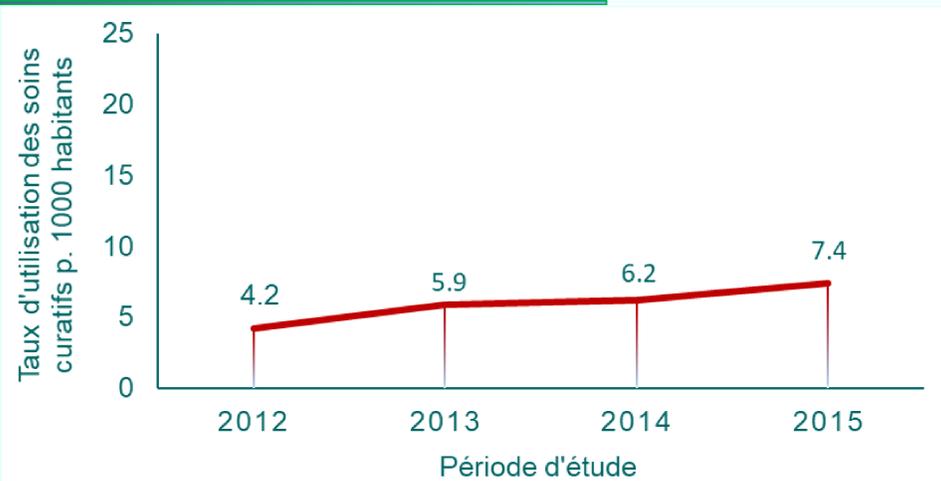


Figure 3 : Taux de consultations curatives dans les centres de santé du district de Lubero pour motifs de santé mentale, 2012-15, pour 1000 hab./an.

Les traitements médicamenteux et les interventions psychosociales dits « modernes », décrits dans le mhGAP, ont été fournis aux malades et à leurs familles. La place des soins spirituels et de la médecine traditionnelle n'a pas été bien prise en compte. Le taux de guérison n'a pas été rapporté, suscitant ainsi un questionnement sur la qualité de soins et l'efficacité de l'intervention dans ce contexte.

## Discussion

L'intégration de la santé mentale a été effectuée, mais les taux d'utilisation des soins restent très faibles, suggérant que les malades et leurs familles continuent à recourir à la médecine traditionnelle et à la prière. Les indicateurs d'utilisation de soins mesurés peuvent être interprétés avec prudence puisqu'il y aurait un risque qu'ils soient sur/sous-estimés du fait de la non-maîtrise de dénominateurs. Bien qu'à un coût forfaitaire de 20 dollars américains, le fait que les soins aient été payants pour des pathologies chroniques, dans un contexte d'extrême pauvreté, constituerait l'une des plus importantes barrières d'accès aux services. Aussi, des barrières relevant de stigmatisation, manque de confiance, information, et bien d'autres méritent d'être étudiées.

## Références

Breuer E, De Silva MJ, Shidaye R, Petersen I, Nakku J, Jordans MJD, et al. (2016). Planning and evaluating mental health services in low- and middle-income countries using theory of change. *BJPsych*. 2016; 208,s55–s62. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153841

Yin R. K. (1994). *Case study research. Design and methods*. 3rd edition. London: Sage Publications.

**Correspondance:** Erick Mukala Mayoyo, doctorant en sciences de la santé publique à l'Université Libre de Bruxelles et à l'Université de Lubumbashi. Chef de Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga et expert au Centre de Connaissances en Santé en RD Congo. E : erickmukala1@gmail.com – T : +243 817 292 399