



39^{ième} Cours International pour la Promotion de la Santé 2002-2003

**SOINS DE SANTÉ MENTALE ET SERVICES DE
SANTÉ DE PREMIER ECHELON.**

*ANALYSE DES RÉSULTATS DU PROJET SA.M.O.A (SANTÉ MENTALE EN
MILIEU OUVERT AFRICAIN), GUINÉE CONAKRY.*

Mémoire présenté en vue de l'obtention d'un « Master en Santé Publique » par

Abdoulaye SOW

Antwerpen, Belgium

DÉDICACE

Le présent travail est dédié à :

Mme LAURA LIEBSTAEDTER MARGARETE pour m'avoir encouragé en décembre 2000 de venir suivre ce cours à Anvers. Son soutien et ses conseils ont été d'une grande utilité durant ce long séjour.

Mon épouse HASSATOU et mes enfants KADIATOU ET MAMADOU SALIOU pour avoir accepté ces 10 mois d'absence utiles pour l'avenir de notre famille.

Toute l'équipe de Fraternité Médicale Guinée et singulièrement au personnel des trois centres de santé associatifs, acteur à part entière de l'action Sa.M.O.A en Guinée.

Tous les patients, qui m'ont donné une importante background sur la santé mentale.

REMERCIEMENTS

A mon guide de thèse pour sa disponibilité et sa contribution à la réflexion.

A Dr Michel DEWEZ, Psychiatre, psychanalyste et coordinateur du projet Sa.M.O.A pour son encadrement et sa guidance sur le terrain.

Aux Docteurs Alpha Amadou Sank Diallo et Mamadou Aliou Bah respectivement chefs de service de Médecine interne et de l'Hémato-oncologie de l'hôpital Donka, à Conakry pour leur soutien

A l'équipe du Service de Santé Mentale «la Gerbe» qui participe au développement de Sa.M.O.A en Guinée et en Belgique

A mes parents

A tous les participants de la 39eme promotion du CIPS pour les connaissances acquises auprès d'eux

Enfin, je remercie tout le personnel de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et particulièrement à l'équipe du département de la santé publique.

A B R É V I A T I O N S

ASBL : Association Sans But Lucratif

AVCI: Années de Vie Corrigées de l'Incapacité

ACT: Action Churches Together

DCS : Direction Communale de la Santé

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DG VIII: Direction Générale (ligne de financement de l'union européenne)

FMG: Fraternité Médicale Guinée

IMT: Institut de Médecine Tropicale

LBFSM: Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

ME: Médicament Essentiel

ONG: Organisation Non Gouvernementale

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEV: Programme Elargi de Vaccination

SSPE: Service de Santé de Premier Echelon

SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SaMOA: Santé Mentale en milieu Ouvert Africain

SSP: Soins de Santé Primaire

SMI : Santé Maternelle et Infantile

RÉSUMÉ

Le rapport mondial de la santé 2000, classe les maladies neuropsychiatriques (une des composantes de la santé mentale) pour la charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité, en deuxième position derrière les maladies infectieuses et parasitaires. L'an 2001 a été consacré par l'OMS, «année de la santé mentale» sous le thème : «Oui aux soins, non à l'exclusion».

En Guinée comme dans la plupart des pays en développement, les questions de la santé mentale restent une composante marginale dans le système de santé. Pour tout le pays, seul le service de psychiatrie et ses trois psychiatres sont en mesure de s'occuper des questions de santé mentale.

En 2000, un projet de partenariat qui associe un service de santé mentale (du nord) en Belgique et une ONG, prestataire de soins de santé primaire (du sud) en Guinée est développé. Connue sous le nom de Sa.M.O.A (Santé Mentale en milieu Ouvert Africain), ce projet avait pour objectif de vérifier l'hypothèse selon laquelle: «En Afrique comme en Europe, la prise en compte de la Santé Mentale dans la pratique des médecins généralistes au niveau des services de santé polyvalents, sur un mode ambulatoire, est possible et efficace»

Dans ce document, nous allons présenter l'analyse des résultats de ce projet. Après trois ans d'activités, nous pouvons dire que l'hypothèse s'est largement confirmée; les agents de santé polyvalents sont aujourd'hui capables de prendre en charge les questions de santé mentale de façon ambulatoire au niveau de trois services de santé de premier échelon, les familles et la communauté sont impliquées dans les soins prodigués aux patients.

Cependant, au cours de la dynamique du projet, des résultats non planifiés ont été obtenus. Nous avons constaté que: «l'intégration des soins de santé mentale dans la pratique des services généraux a amélioré la relation individuelle qui lie le médecin à son malade (au-delà des seuls malades mentaux); le service de santé de premier échelon à sa communauté et a influencé les relations entre les services de santé polyvalents et d'autres institutions de soins y compris les tradithérapeutes».

La mise en œuvre de ce projet et son approche innovante ont fondamentalement changé la donne pour les centres de santé. L'analyse des mécanismes qui sous tendent les résultats nous permet d'identifier des risques, des opportunités ainsi que des nouveaux défis pour les services de santé de premier échelon dans le système local de santé de la ville de Conakry organisé sur le modèle de district sanitaire.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. PREMIÈRE PARTIE: DÉFINITIONS, CONTEXTE, PROJET	5
2.1 DÉFINITION.....	5
2.2 LE CONTEXTE GUINÉEN, SON SYSTÈME DE SANTÉ ET LA PLACE DE LA SANTÉ MENTALE.....	6
2.3 DESCRIPTION DU PROJET.....	8
2.3.1 <i>Le défi</i>	8
2.3.2 <i>Les acteurs du projet</i>	9
2.3.3 <i>La logique du projet, l'hypothèse à tester</i>	11
2.3.4 <i>Description du dispositif et mise en œuvre du projet</i>	11
3. DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DES RÉSULTATS DU PROJET	13
3.1 ÉVALUATION OPÉRATIONNELLE.....	13
3.2 ÉVALUATION ANALYTIQUE.....	13
3.2.1 <i>Confirmation de l'hypothèse</i>	13
3.2.1.1 Le problème de santé mentale est énorme.....	14
3.2.1.2 Le programme Sa.M.O.A répond aux besoins et s'installe dans la durée.....	14
3.2.1.3 Les prises en charges sont efficaces et adaptées.....	18
3.2.1.4 Les médecins ont acquis des compétences.....	19
3.2.2 <i>Un résultat non planifié : Les services de santé sont renforcés par l'intégration</i>	20
3.2.2.1 La relation entre soignant et soigné est améliorée.....	21
3.2.2.1.1 Observations.....	21
3.2.2.1.2 Mécanisme.....	21
3.2.2.2 La relation entre les services de santé et la communauté est améliorée.....	24
3.2.2.2.1 Observations.....	24
3.2.2.2.2 Mécanisme.....	25
3.2.2.3 Les relations entre FMG et les tradithérapeutes et les autres institutions de santé ont changé.	26
3.2.2.3.1 Relations avec les tradithérapeutes.....	26
3.2.2.3.2 Relations avec les autres centres de santé, les hôpitaux et le service de psychiatrie.....	26
3.2.2.3.3 Relations avec le programme national.....	27
4. TROISIÈME PARTIE : FAIRE FACE À L'AVENIR, DÉFIS OPPORTUNITÉS, RISQUES ET STRATÉGIES	28
4.1 L'IMPORTANCE DU CONTEXTE.....	28
4.2 D'UN DÉFI À L'AUTRE.....	30
4.3 DES RISQUES : DES MENACES POUR LE FONCTIONNEMENT EN SYSTÈME.....	30
4.4 OPPORTUNITÉS : MAINTENIR LES ACQUIS ET ALLER DE L'AVANT.....	32
5. CONCLUSION	33

1. Introduction

Dans le monde, 400 à 450 millions de personnes sont concernées par un trouble mental, d'origine neuropsychiatriques ou consécutif à un problème psychosocial dont, 120 millions souffrent de dépression. Une admission sur 4 en moyenne dans les différents hôpitaux de la planète l'est pour un motif en rapport avec la santé mentale (OMS 2001; Simard F 2002; Piel E & Roelandt J.L 2001)

Dans le monde, un jeune de moins de 15 ans sur 5 souffre de troubles mentaux plus ou moins graves. Le risque pour toute une vie dans la population générale pour la schizophrénie est de 1%. On compte dans le monde 70 millions d'alcoolos dépendants, 50 millions d'épileptiques. Un million de personnes se suicident chaque année et 10 à 20 millions font une tentative de suicide (OMS 2001).

Un français sur 4 souffrira au cours de l'année d'un trouble mental, soit 25% de la population. En Belgique, 10% des personnes ont des maladies d'ordre mental. Aux Etats-Unis, le pourcentage de personnes ayant déjà consultés pour des symptômes importants de dépression et d'anxiété dépasse les 50% (Simard F 2002).

Quatre maladies mentales figurent aujourd'hui parmi les 10 principales causes d'incapacité dans le monde. Cette charge de morbidité croissante a un immense coût humain et économique. On estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité dans le monde (OMS 2001).

D'après les estimations concernant à la fois les pays développés et en voie de développement, il semble que les névroses et les stress affectifs aigus consécutifs à des évènements de vie, dont un deuil, le stress chronique découlant de difficultés économiques et sociales prolongées, les comportements déviants secondaires à des troubles de la personnalité et les problèmes de développement chez l'enfant et l'adolescent représentent 20-40% de toutes les maladies traitées dans les établissements des Services de santé de premier échelon (OMS 1999).

Dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Afrique, les chiffres sont probablement plus importants compte tenu de la pauvreté, de la fréquence des maladies déprimantes comme le SIDA, des guerres civiles avec leurs corollaires de pathologies psychiatriques post traumatique (« Post Traumatic Stress Disorder ») ainsi que d'autres calamités (sécheresse, épidémies...) dont l'impact est indéniable même s'il est difficile à évaluer.

Les données publiées par l'O.M.S démontrent qu'aucun pays ne consacre suffisamment de ressources pour prévenir et soigner ces maladies. La plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé. Il n'y a donc aucune commune mesure entre la charge de morbidité due à ces maladies et les moyens qui leur sont alloués. Plus de 40 % des pays n'ont aucune politique de santé mentale, plus de 30 %, n'ont pas de programme dans ce domaine, et plus de 90%, n'ont aucune politique de santé mentale qui englobe les enfants et les adolescents particulièrement en Afrique et en Asie. En outre, le fait que les troubles mentaux et du comportement ne bénéficient pas, dans les plans de santé, du même niveau de financement que les autres maladies, représente un lourd fardeau économique sur les malades et leurs familles (Simard F 2002)

Ces chiffres démontrent l'importance grandissante à accorder à la santé mentale. La maladie mentale est malheureusement encore aujourd'hui très mal perçue par la majorité des populations. C'est, seulement depuis 1980, que les pays ont commencé à accorder de l'importance aux soins dans ce domaine ; même si l'OMS se penche sur la question depuis les années 70 comme le témoigne les différentes réunions d'experts et de recherches effectuées au fil des années (Simard F 2002).

En 1974 : réunion du comité d'expert. Elle prône la décentralisation des services de santé mentale et leur intégration aux services de santé généraux..

En 1975 : Organisation par l'OMS de l'étude collective sur les stratégies de prestations des soins de santé mentale dans 7 pays en développement. L'étude confirme la nécessité de la décentralisation et de la réforme des soins psychiatriques.

En 1978, le bureau régional de l'OMS souligne la nécessité d'édifier des services communautaires et de réduire les hôpitaux psychiatriques existants

En 1979, la réunion d'experts régionaux tenue à Brazzaville constate les problèmes auxquels sont confrontés la plupart des pays en développement. Ces réunions ont précédé ou coïncidé avec la conférence d'Alma Ata qui prône les soins de santé primaires.

En 2001, l'OMS consacre la santé mentale comme thème de l'année «non à l'exclusion, oui aux soins ».

La Guinée n'est pas en marge de cette situation. Comme dans la plupart des pays, la politique nationale de santé en Guinée, repose principalement sur la stratégie des soins de santé primaires, adoptée en 1978 à la suite de la Conférence d'Alma Ata et confirmée au cours de la Conférence de la santé de juillet 1984. La stratégie des soins de santé primaires, consiste à

rendre accessible au plus grand nombre possible de personnes de soins dont elles ont besoin à un coût raisonnable et supportable pour le pays. L'équité et la justice sociale constituent les principes de base de cette stratégie. Si des progrès notables ont été ainsi réalisés dans le programme des soins de santé primaire, ce n'est pas le cas dans le domaine de la santé mentale. Pour l'ensemble du pays, il existe un seul service de psychiatrie et trois psychiatres, un des ratios le plus faible au monde.

Devant ce constat et de façon parallèle au programme national, est né un projet nord-sud en 2000 dans la ville de Conakry. Ce projet pilote dénommé Sa.M.O.A (Santé Mentale en milieu Ouvert Africain), tente d'intégrer la consultation psychiatrique dans le travail quotidien des généralistes au niveau des SSPE (services de santé de premier échelon). Il teste l'hypothèse suivante: *«En Afrique, comme en Europe l'intégration des soins de Santé Mentale dans la pratique des généralistes au niveau des services de santé polyvalents, sur un mode ambulatoire est possible et efficace.»*

Si le projet a effectivement développé la stratégie envisagée, les résultats vont bien au delà. L'hypothèse testée s'est vérifiée et confirme la pertinence de l'intervention des soins de santé mentale ambulatoire dans les SSPE. Au delà de cette confirmation, le projet a amélioré les relations entre soignant soigné et a renforcé les SSPE. Progressivement, la dynamique du projet a évolué, les acteurs ont pris conscience que la décision de mettre en place un dispositif institutionnel de façon très participative relève autant du technique (des soins plus efficaces) que du politique (ensemble des règles des différents acteurs, malades y compris engagés diversement et qui ont, chacun, leur « savoir », leur expérience, leur histoire et leurs « zones d'ombre».) L'objectif de ce document est d'analyser les phénomènes complexes qui expliquent nos résultats, tant les résultats attendus que les résultats non planifiés, afin de mieux anticiper les nouveaux défis qui résultent des changements obtenus.

En nous inspirant de Pawson et Telly (1997), nous reconnaissons l'importance du contexte sur les résultats d'une intervention. Nous considérons en effet que les résultats d'une intervention dépendent moins de la mobilisation des ressources identifiées au départ, que de l'interaction avec de nombreux facteurs contextuels. Plus que de savoir ce qui a marché, pour le reproduire, il est important de comprendre pourquoi cela à marché et surtout pour qui et dans quelles circonstances. En nous inspirant des méthodes de recherches sur les systèmes de santé, notre analyse va au-delà des effets directs recherchés par l'intervention mais sur l'ensemble du système.

Notre analyse suivra les étapes suivantes. Nous rappèlerons l'hypothèse de départ, vérifions dans quelle mesure elle est confirmée ou infirmée. Puis, nous étudions les mécanismes à

l'œuvre et leurs interactions avec le système de santé et le contexte de l'intervention. Cette analyse met en évidence des résultats non planifiés et permet d'identifier dans la situation nouvelle issue de l'intervention, des opportunités d'extension, mais aussi des menaces pour le fonctionnement des institutions de soins.

Dans une première partie, nous discuterons le concept de santé mentale, le contexte du projet Sa.M.O.A et nous décrirons l'intervention, ses ressources et sa mise en œuvre. Dans la deuxième partie, nous analyserons l'impact de l'intervention au niveau des SSPE au point de vue de la qualité des soins, des relations entre soignants-soignés et des interactions entre professionnels de santé et tradipraticiens. Dans la troisième partie, nous allons relever des questions que les résultats du projet soulèvent dans l'organisation du système de santé au niveau du district. Enfin, nous formulerons dans le contexte guinéen, des hypothèses de solutions pour répondre aux différentes questions soulevées. De ces réponses dépendront le futur du projet et la diffusion du modèle, qui reste à faire.

2. Première partie: Définitions, contexte, projet.

2.1 Définition

La santé mentale est une notion complexe qui varie selon les époques, les cultures, les milieux et les individus. Il est important de bien définir ce concept afin de permettre aux acteurs (intervenants professionnels, non-professionnels, groupes communautaires, organismes nationaux, etc.) qui œuvrent dans ce domaine de s'appuyer sur un cadre de référence commun. La santé mentale est une notion récente qui a peu à peu complété voir remplacé, celle de maladie mentale. On ne peut que souligner le lien avec la définition donnée par l'OMS de la santé qui considère qu'il ne s'agit pas d'une absence de maladie, mais d'un «*état complet de bien-être physique, mental et social*».

En 1989, en France (CLSC Sherbrooke 2003), la Politique de santé mentale précise que la santé mentale comporte trois dimensions :

- Un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques;
- Un axe psychodéveloppemental qui met l'accent sur les aspects cognitifs, affectifs et relationnels;
- Un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.

On ajoute également que c'est l'aspect psychodéveloppemental qui caractérise le mieux, l'état de santé mentale. On voit donc que le concept de santé mentale est sous-tendu «par un modèle bio psychosocial», largement admis (Bourquel C *et al.* 2001; CLSC Sherbrooke 2003). Si tous s'accordent sur ces trois dimensions, leur apport relatif est en revanche plus discuté, les uns mettant l'accent sur le biologique, les autres sur le psychologique et les derniers, enfin, sur le social.

En 1994 (CLSC Sherbrooke 2003), le comité de la santé mentale du Québec propose la définition : "*L'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement* "

Le comité d'experts de l'OMS conclu « la santé mentale suppose chez l'individu l'aptitude à lier les relations harmonieuses avec autrui et à participer ou à contribuer de façon constructive aux modifications du milieu social ou physique. Elle implique également la résolution harmonieuse et équilibrée des conflits en puissance parmi ses propres tendances instinctives. Elle suppose en outre que l'individu aura pu développer sa personnalité de façon à ouvrir à ses impulsions instinctives, susceptibles de produire des conflits un champ d'expression harmonieuse dans la pleine réalisation de ses possibilités (DIOP S.M.B 1974)

De ce florilège de définitions, nous retenons celle avancée dans les documents français et québécois (Bourquel C *et al.* 2001), qui nous semble plus opérationnelle car elle tente de résoudre le débat dans l'énoncée suivante: « *la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et ainsi élargir l'action en santé mentale* ».

2.2 Le contexte guinéen, son système de santé et la place de la santé mentale

En 1987, le gouvernement de la République de Guinée a développé sa stratégie nationale de soins de santé primaires basée sur l'initiative de Bamako avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, suite à la politique générale définie lors de la Conférence Nationale de la Santé tenue à Conakry du 6 au 9 juillet 1984. Cette politique est mise en œuvre à travers le programme national PEV/SSP/ME qui a débuté en 1987. Le programme visait principalement à étendre la couverture sanitaire.

La revue du programme de février 2000 a confirmé l'expansion du système de soins en terme de couverture et d'organisation. Le sous-secteur public, organisé de façon pyramidale est géré par le ministère de la Santé Publique. Il existe 38 districts sanitaires¹ dont 33 Directions Préfectorales de la Santé (DPS) au niveau périphérique et 5 directions communales (DCS) à Conakry, la capitale. Le nombre d'établissements publics rendus fonctionnels de 1988 à 2000 (construits ou rénovés et équipés) s'élève à 367 centres de santé, 341 postes de santé, 24 hôpitaux préfectoraux / régionaux, 2 hôpitaux nationaux et 4 centres médicaux communaux².

¹ Le district sanitaire est composé en Guinée, d'un hôpital préfectoral et d'un réseau de centres de santé supervisés par l'équipe cadre du district (Direction préfectoral ou communal de la santé.)

² Source : Source : Rapport annuel d'activités du Ministère de la santé 2000)

Le secteur privé formel comprend plus de 261 services de santé privés lucratifs (hôpitaux d'entreprise, cliniques, dispensaires, cabinets de consultation, cabinet dentaire...) et 30 centres de santé privés à but non lucratif (associatifs et confessionnels). Parallèlement à ces deux sous secteurs formels, existent deux autres entités : le privé informel très développé dans les grandes villes et le secteur de la médecine traditionnelle.

Pour garantir la qualité des soins, le programme a généralisé l'utilisation des ordinogrammes³. Ceux-ci toujours utilisés, restent inchangés pratiquement depuis le début du programme et sont régulièrement supervisés. Cet outil d'ailleurs intériorisé dans la pratique du personnel, a permis d'assurer la maîtrise de la consommation des médicaments essentiels et de garantir une qualité de prescriptions (Blaise P & Kegels G 2002). Un monitoring de la couverture des programmes de base (PEV, SMI, Consultation curative et consultation de nourrissons) est également effectué régulièrement au niveau de tous les services de santé de premier échelon et à des degrés différents au niveau des autres échelons du système.

Si des progrès notables ont été ainsi réalisés dans le programme des soins de santé primaire, ce n'est pas le cas dans le domaine de la santé mentale. Pour tout le pays, et jusqu'en 2000, il n'existait que le seul service de psychiatrie, lui-même logé dans l'un des deux hôpitaux (Donka) nationaux situés à Conakry. De 1960 à 1990, c'était un service de 35 lits confinés dans un pavillon vétuste. Actuellement le nombre de lits a triplé mais le personnel est insuffisant. Il se compose de 3 psychiatres pour environ 8.000.000 d'habitants⁴ soit un ratio de 0,03/100.000 habitants. A l'échelle mondiale, le nombre médian de psychiatres oscille entre 0,06 pour 100.000 habitants dans les pays à bas revenus et 9 pour 100 000 habitants dans les pays à revenus élevés. Pour les infirmiers/ères psychiatriques, la médiane va de 0,1 pour 100.000 habitants dans les pays à bas revenus à 33,5 pour 100.000 habitants dans les pays à revenus élevés (OMS 2001).

Le service de psychiatrie de Donka reste un service de type asilaire où les patients sont hospitalisés loin de la famille et des services sociaux formels de base, d'ailleurs quasi-inexistants. Les activités se limitent pour l'essentiel aux soins curatifs «des troubles de comportement». Les résultats des efforts de prévention et de promotion fournis de manière sporadique et disparate sont peu perceptibles. Les ONG naissantes, s'intéressent lentement au domaine de la santé mentale. Il faut enfin noter qu'à l'intérieur de la Guinée aucune structure capable de prendre efficacement en charge les malades mentaux ne fonctionne hormis à

³ Dénomination en Guinée de l'algorithme ou de Guidelines ou d'arbre de décision diagnostique

⁴ Estimation de la population en 2002 à partir du recensement de 1996

Kouankan (Camp de transit) en Guinée forestière, où un Centre de santé mentale est construit récemment par une ONG norvégienne "Action Churches Together" (ACT). Ce centre s'occupe de la prise en charge des problèmes de santé mentale des réfugiés, notamment le traitement, le suivi des malades et les activités psychosociales. Dans la quasi-totalité du territoire national, les malades ont recours aux soins fournis par les guérisseurs traditionnels dont les actes thérapeutiques sont difficiles à évaluer.

Conscient des limites de l'offre actuelle, un programme national de santé mentale adapté à la politique sanitaire nationale est en cours d'élaboration par les autorités du ministère de la santé avec le soutien de l'OMS depuis plus de 3 ans maintenant. Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé mentale en Guinée. Ses stratégies sont basées sur celles issues des recommandations de la réunion d'experts organisée par l'OMS en 1975 (OMS 1984). Il s'agit de la sensibilisation, l'information et l'éducation ; la décentralisation des structures de soins de santé mentale; l'intégration des soins de santé mentale dans le paquet minimum d'activités des soins de santé primaires; l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels à moindre coût; la création des programmes spécifiques en fonction des priorités de chaque contexte et le développement du partenariat avec les autres secteurs sociaux.

Depuis la réunion du comité d'experts de l'OMS tenue en 1975 (OMS 1984), la décentralisation des services de santé mentale et leur intégration aux services de santé généraux en collaboration avec les organismes communautaires extra médicaux ont été prônées.

Cependant, en Guinée, cette recommandation n'est pas encore effective bien qu'un paquet minimum d'activités faisant mention des soins de santé mentale soit défini au niveau de tous les échelons du système de santé à utilité publique. Les centres de santé et les hôpitaux de premier recours sont incapables à présent à mettre en œuvre ce qui n'est encore qu'un programme sur papier. Le service de psychiatrie de Conakry reste donc le seul service à s'occuper de cet aspect de la santé. C'est devant ce constat que le projet Sa.M.O.A a démarré en février 2000.

2.3 Description du projet

2.3.1 Le défi.

Les professionnels de la santé mentale de la Guinée sont confrontés à de nouveaux challenges. En effet, les modèles de soins traditionnels ont de plus en plus de difficultés à trouver leur place face aux bouleversements sociaux, culturels et économiques d'aujourd'hui, sources de

«nouvelles pathologies» (toxicomanies, sida, délinquance juvénile...) alors que les modèles de soins bio-médicaux, principalement médicamenteux et hospitaliers, ne donnent que peu de place aux dimensions socioculturelles spécifiques et isolent le patient de sa famille et de son lieu de vie.

Les approches développées pour relever ces challenges se révèlent issues du contexte de leur exercice dans les pays industrialisés, radicalement différent du contexte des pays en voie de développement d'aujourd'hui, rendant le plus souvent dépassés, les outils conceptuels ou thérapeutiques jusque là utilisés, lorsqu'il s'agit de les appliquer sur le terrain guinéen.

Les différents acteurs, peu nombreux, sont fort isolés, et, malgré leur dévouement, laissent entendre leur désarroi ainsi que leur souhait de trouver des réponses qui se voudraient alternatives à cette situation vécue comme une impasse.

En Guinée, le système de santé fonctionne sur le modèle du district sanitaire. Les centres de santé fonctionnent avec un paquet minimum d'activités non flexibles car ne prévoient pas l'intégration d'autres pratiques hormis les activités des programmes verticaux (tels la tuberculose, la nutrition...) définis par le ministère de la santé publique.

C'est dans ce contexte que le projet Sa.M.O.A est né. Il est en voie d'expérimentation dans trois quartiers défavorisés de la ville de Conakry par deux associations, l'une du nord (service de santé mentale, ASBL) et l'autre du sud (ONG). Ce projet a bénéficié d'un soutien financier de la commission des communautés européennes sur sa ligne du cofinancement ONG (DGVIII)

2.3.2 Les acteurs du projet

En Belgique : Médicus Mundi Belgium, une ONG belge impliquée dans le développement des services de santé depuis plusieurs dizaines d'années a accompagné la démarche d'une ASBL, «La Gerbe» partenaire européen du projet. La Gerbe est un service de santé mentale⁵ ASBL créée en 1972, dans les suites de « mai 68 » et du mouvement antipsychiatrique. Elle fut l'organisatrice du premier congrès international d'antipsychiatrie (Dewez M 2002) . Elle est située à Bruxelles à Schaerbeek⁶ dans une petite rue proche de l'avenue Rogier. Sa localisation se veut de proximité avec ses usagers. Mais cette proximité géographique inscrit également son travail dans la continuité. Son personnel composé de psychiatres, assistantes sociales, logopèdes, psychologues, accueillantes...développe un ensemble d'activités

⁵ Dénomination belge d'un service de santé de première ligne spécialisé en santé mentale. Il offre des soins de santé mentale sur le modèle ambulatoire

⁶ Commune de Bruxelles Capitale

communautaires et travaille en réseau avec d'autres services de santé regroupés au sein de la Ligue bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM)

En Guinée : L'association « Fraternité Médicale Guinée » : FMG, créée en novembre 1994 par des jeunes médecins diplômés de l'université de Conakry et agréée en août 1995 est détentrice d'une convention technique avec le Ministère de la Santé de la République de Guinée qui l'engage à développer les soins de santé primaires. Résolument orientée vers le social comme en atteste sa charte, elle organise et fait fonctionner trois centres de santé associatifs⁷ (SSPE) dans trois quartiers défavorisés de la ville de Conakry. Elle développe également plusieurs activités communautaires et entretient des liens de partenariat avec les groupements associatifs locaux.

Les trois centres de santé associatifs ont les mêmes caractéristiques du point de vue organisation (chaque centre fait partie du système local de santé de l'un des 3 districts parmi les 5 que compte la ville de Conakry). Conformément à la convention d'agrément, ils fonctionnent tous selon les stratégies de la politique nationale. Ils sont supervisés et monitorés par les équipes cadres du district (Directions communales de la santé), utilisent les mêmes outils de management de qualité que ceux du service public (ordinogrammes, fiche de surveillance épidémiologique...) et sont tous dirigés par un médecin généraliste, assisté de deux infirmiers, d'un laborantin, d'une sage femme, d'une matrone et d'une accueillante. Ce sont :

- *Le Centre de santé de Hamdallaye* couvre avec un autre centre de santé confessionnel une population de 30 758 habitants. Ce centre est fonctionnel depuis 1995
- *Le centre de santé de Dar es salam I*, situé dans l'un des quartiers les plus enclavés (pas d'infrastructures routières, pas de services publics sociaux...) de la ville de Conakry avec une population d'environ de 12 000 habitants. Il a ouvert ses portes en 1996.
- *Le Centre de santé de Carrière* couvre une population estimée à 19 832 habitants. Il est fonctionnel depuis 2000.

Un Comité Scientifique composé de cinq membres guinéens et de cinq membres européens rassemble des personnes de référence dans le domaine de la santé, de la santé mentale, de l'anthropologie médicale et de la santé publique. Il a un rôle de guidance scientifique et de diffusion des résultats de l'expérience au terme des quatre années.

Il nous faut encore citer les patients, acteurs à part entière du projet comme nous le verrons.

⁷ Dénomination en Guinée des services de santé de premier échelon (SSPE) créés par des ONG

2.3.3 La logique du projet, l'hypothèse à tester

Sa.M.O.A s'était fixé comme objectif de développer une pratique de Santé mentale ambulatoire en valorisant les savoirs locaux et les ressources disponibles, sur base d'un modèle théorique intégrant les données médicales, socioculturelles et psycho-éducatives. Il s'agissait de permettre ainsi à des structures de soins de santé primaire de répondre aux problèmes de santé mentale des populations qui les consultent. L'hypothèse à tester était la suivante: *«En Afrique, comme en Europe l'intégration des soins de Santé Mentale dans la pratique de médecins généralistes au niveau des services de santé polyvalents de première ligne, sur un mode ambulatoire, est possible et efficace»*

2.3.4 Description du dispositif et mise en œuvre du projet.

Le projet SaMOA repose sur une stratégie d'échange, de formation et de recherche action. Le dispositif est international, multicentrique et intersectoriel.

Il a débuté en février 2000 par une évaluation des besoins des soins de santé mentale à Conakry à partir des consultations d'un psychiatre et d'une assistante sociale au niveau de trois quartiers où sont implantés les centres de santé de FMG. La diversité et la fréquence des pathologies, leur mode d'expression et leur poids sur les familles, révélés par cette évaluation, ont confirmé la pertinence de l'action. Prolongeant cette première étape exploratoire, la prise en charge médicale et psychosociale des malades mentaux a été développée et est aujourd'hui assurée de façon ambulatoire par le médecin généraliste et son équipe. Les visites à domicile sont régulièrement pratiquées, impliquant des agents communautaires (accoucheuses traditionnelles.)

Des stages de formation en Europe ont été organisés à l'intention du personnel des centres de santé. Ils ont impliqué trois généralistes, deux infirmiers, une accueillante et un agent communautaire. Cela va représenter 6 mois de formation en Europe sur les 4 années du projet. Des consultations conjointes entre psychiatre et généralistes, infirmiers et assistante sociale, agent communautaire et psychologue ont été instaurées au cours des multiples (trois par an) missions en Guinée de l'équipe européenne pour une durée moyenne de 3- 6 semaines par mission.

Des outils de suivi et d'évaluation annuelle du projet (rapport narratif annuel et rapport des comités scientifiques) et des dossiers individuels pour la collecte d'information sur les patients, ont été élaborés.

Une communication permanente entre les deux équipes a été établie par courrier électronique facilitant le suivi des malades. Ce système de communication a été d'un intérêt capital pour le maintien du dialogue entre les deux équipes et pour l'échange d'informations sur les patients.

Des visites auprès des tradipraticiens guinéens sur leurs lieux de travail dans plusieurs régions naturelles du pays ont été organisées.

Les réunions hebdomadaires d'équipes tournant dans les trois centres de santé donnaient l'occasion au personnel de se retrouver autour des patients pour des discussions et le partage des informations cliniques

Des réunions du comité scientifique, rassemblent une fois par an, alternativement à Bruxelles et à Conakry les acteurs du projet.

3. Deuxième partie : Analyse des résultats du projet.

A l'issue des 3 premières années du projet, il est intéressant de signaler ce qui a été fait par rapport à ce qui était attendu et d'analyser les résultats obtenus. Dans une section d'évaluation opérationnelle, nous verrons dans quelle mesure les activités ont été réalisées et dans une section d'évaluation analytique, nous discuterons de l'impact des résultats sur la qualité des soins et de service de santé.

3.1 Evaluation opérationnelle

A ce jour, les 3 centres de santé ont intégré dans leur pratique la prise en charge de la santé mentale, les trois médecins généralistes ont été formés et offrent des soins de santé mentale aux patients qui fréquentent les centres. Deux infirmiers, une accueillante et un agent communautaire ont bénéficié également d'une formation et d'un encadrement rapproché. Cinq (5) professionnels du service de santé mentale de la Gerbe ont effectué des missions et enrichi leurs backgrounds en matière d'approche et d'écoute des patients africains ; plusieurs patients sont admis, traités et suivis dans les centres de santé. Enfin, des contacts avec plusieurs tradipraticiens ont été noués et il existe aujourd'hui un espace d'échange informel et on note une manifestation d'intérêt des professionnels des autres centres de santé du secteur associatif avec lesquelles les trois centres de santé travaillent en réseau.

La relation entre soignant-soigné a changé, elle s'est améliorée. Nous avons constaté une augmentation du temps de consultation pour les autres malades. Des espaces de rencontres pour les malades mentaux ont été créés. La réinsertion familiale et communautaire des malades par l'implication des agents communautaires des quartiers est à l'œuvre. En outre, on note une tolérance accrue de la pratique des guérisseurs traditionnels par le personnel des centres de santé

3.2 Evaluation analytique

Dans cette section, nous verrons d'abord dans quelle mesure l'hypothèse est confirmée et en suite nous relèverons des observations qui expliquent les améliorations intervenues.

3.2.1 Confirmation de l'hypothèse

Le projet Sa.M.O.A a confirmé l'hypothèse de départ: la santé mentale peut être prise en charge dans les services de santé polyvalents par des médecins généralistes. C'est faisable et efficace. Les éléments qui suivent le confirment.

3.2.1.1 Le problème de santé mentale est énorme

Le nombre de cas relevés dès le début du projet est important et a constitué le premier choc pour l'équipe de FMG. En moins de trois semaines de consultation, 81 patients ont été vus dans les trois centres de santé. Parmi eux, 55% présentaient des pathologies psychiatriques lourdes (32% de ceux-ci étaient des jeunes de 15-25 ans); 25 % souffraient des maladies neurologiques incurables, consécutives à des malformations congénitales et à de graves séquelles d'infection cérébrales ou méningées survenues dans l'enfance. Ces pathologies représentent un poids pour les familles et exigent en même temps un encadrement éducatif et pédagogique permanent.

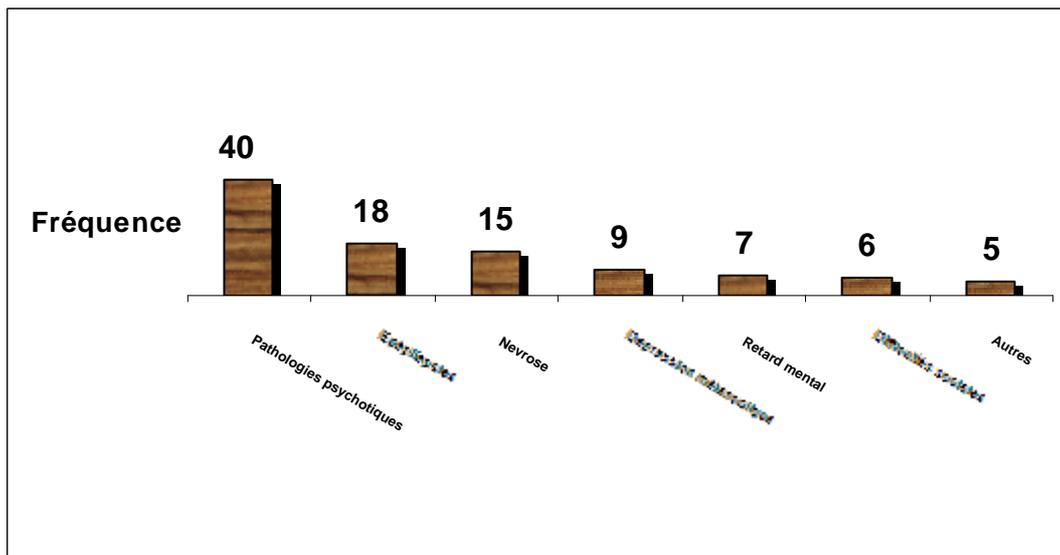
Le second choc a été la découverte des patients enchaînés dans leur chambre depuis plusieurs années lors des visites à domicile. Certains d'entre eux présentaient des atrophies musculaires importantes qui nécessitaient des séances de rééducation. Cela montre donc que l'action était pertinente.

3.2.1.2 Le programme Sa.M.O.A répond aux besoins et s'installe dans la durée

En trois ans de mise en œuvre, il démontre sa crédibilité et son efficacité dans les trois SSPE. De janvier 2000 à décembre 2002, huit cent trente (830) patients qui souffrent de problèmes de santé mentale ont été reçus dans les trois centres de santé. Sur les 830 patients, certains sont restés des cas isolés, soit qu'ils ne soient jamais revenus soit qu'aucune prise en charge n'ait pu leur être proposée. En fin de compte, 576 patients ont bénéficié d'un dossier médical complet, gage d'un suivi intra et inter-épisode, soit environ 70 % des patients répertoriés dans les registres. Ce dossier médical individuel a été conçu au cours de l'année 2000 et a subi plusieurs modifications au cours des mois qui ont suivi.

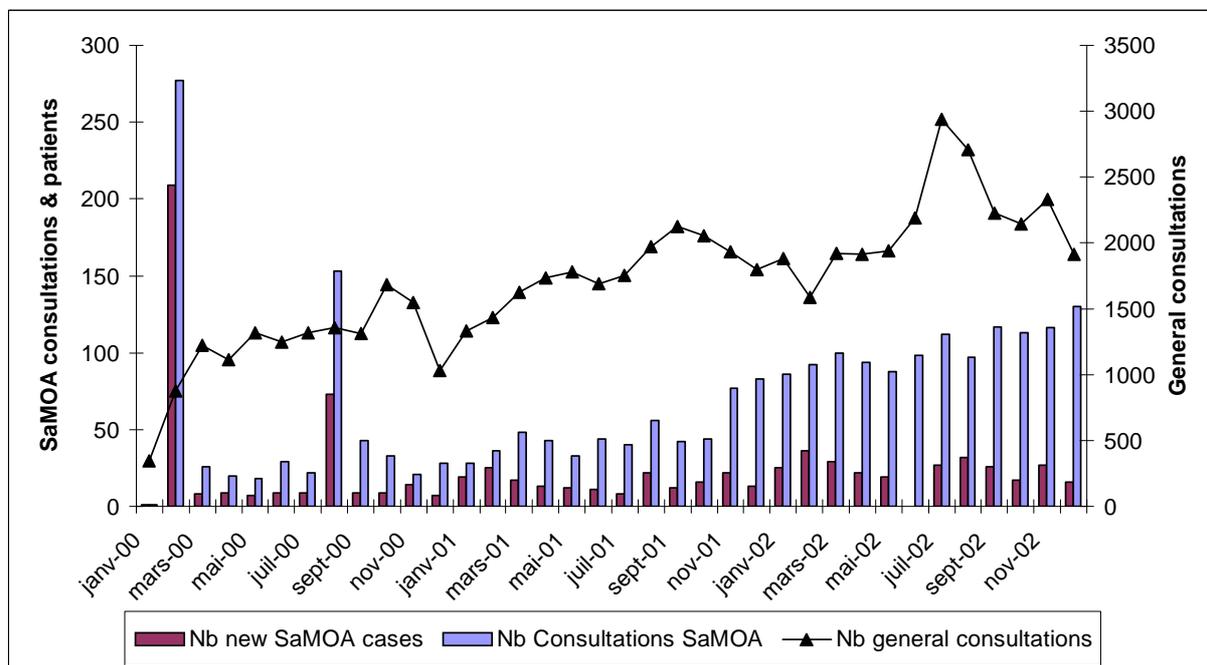
La fréquentation des centres de santé par les malades mentaux est aujourd'hui une réalité. 619 diagnostics de santé mentale ont été posés parmi les 576 patients qui ont fait l'objet d'un enregistrement complet (certains malades présentent plusieurs pathologies simultanément). Parmi les problèmes de santé mentale que les centres de santé rencontrent, les pathologies psychiatriques lourdes⁸ (surtout des psychoses) sont de loin les plus fréquentes en consultation, suivies des épilepsies. Les psychoses représentent 40% et les épilepsies 18% [Graphique 1]. Ce type de maladie plus fréquent chez les sujets jeunes (16-30 ans), nécessitera une prise en charge à long terme. Il représente donc une charge importante pour les centres de santé et constitue d'ailleurs l'essentiel des consultations de suivi.

⁸ Selon les critères (résumé) du DSM IV



Graphique 1: Classification des patients selon la nature des pathologies rencontrées

La montée en puissance du programme s’est faite progressivement [Graphique 2], mis à part les deux pics du mois de février et août qui correspondent respectivement à la présence du psychiatre, coordinateur du projet pendant l’évaluation des besoins des soins de santé mentale et la première mission après celle-ci.

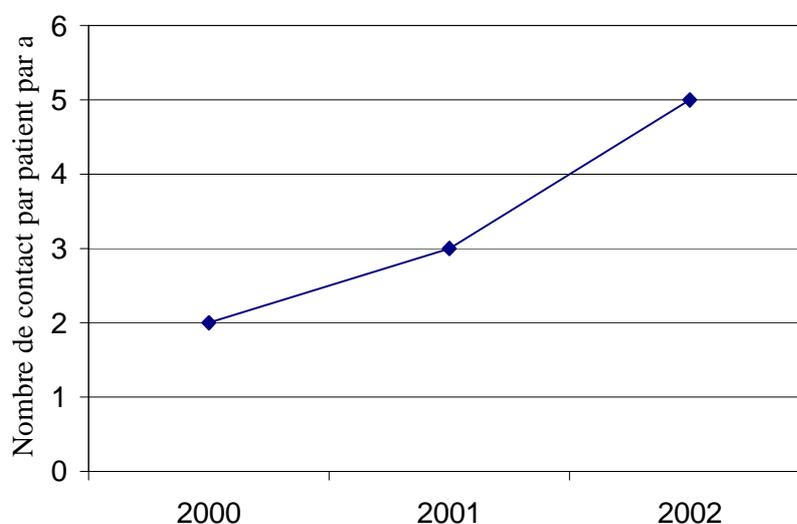


Graphique 2: Evolution des consultations 2000-2002

Durant les trois ans, la proportion de consultations de la santé mentale parmi toutes les consultations a augmenté de 3% à 5% entre 2001 et 2002. L’équipe guinéenne a acquis

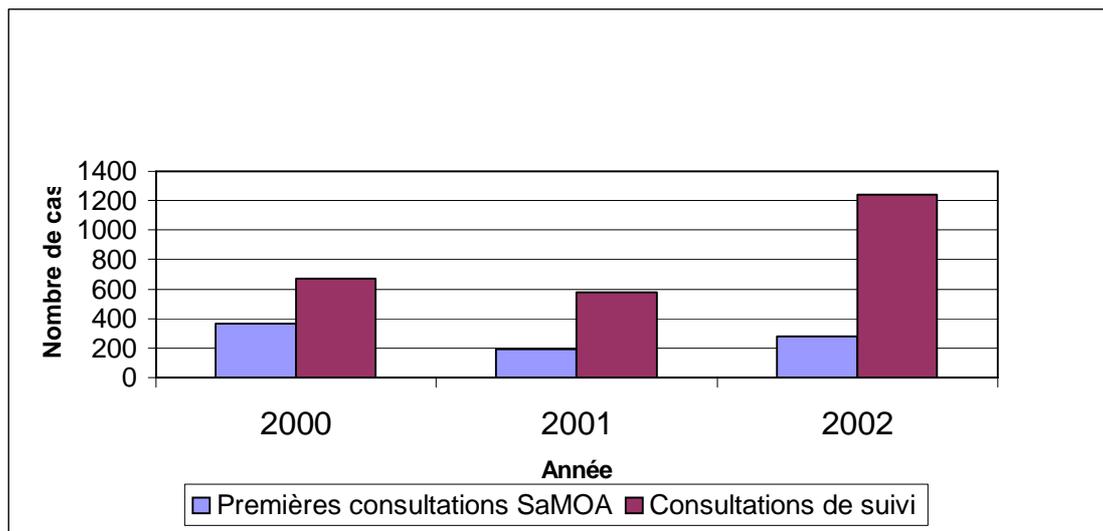
progressivement l'autonomie et parallèlement une fidélisation des patients a commencé au niveau des centres de santé. La progression est donc constante et s'installe durablement.

De plus, le nombre d'anciens cas augmente plus vite que le nombre de nouveaux malades «Sa.M.O.A» à cause de la nature chronique des maladies mentales. Nous sommes passés d'une moyenne de 2 contacts par an en 2000 à 5 par an en 2002 [Graphique 2]. Cette augmentation s'explique par la logique de réhabilitation qui accompagne le suivi des malades mentaux.



Graphique 3 : Evolution du nombre moyen de Consultation par patient de 2000-2002 dans le trois centres de santé

Même si le nombre de patients vu au premier contact n'augmente pas d'année en année, le nombre de consultations de suivi quant à lui ne cesse de croître chaque année [Graphique 4]. Cette augmentation représente un risque de surcharge pour le personnel sachant que les outils thérapeutiques principaux de la maladie mentale sont l'écoute et l'accompagnement. A cela s'ajoute le temps que peuvent prendre les visites à domicile du fait que les malades viennent de plus en plus loin des centres.



Graphique 4 : Consultation primaire curative, premiers contacts pour les malades mentaux par rapport aux consultations de suivi.

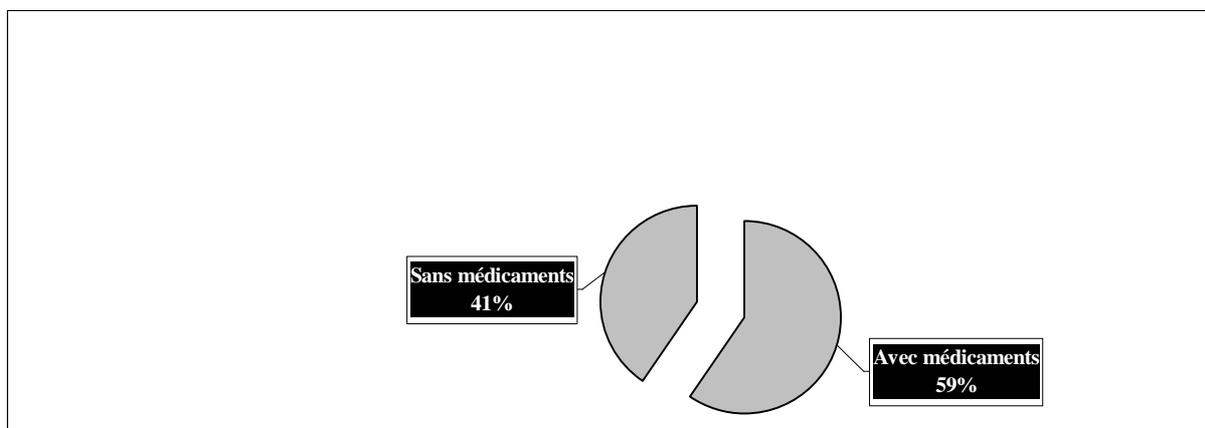
La proportion de nouveaux malades qui viennent de la zone de responsabilité des services de santé de premier échelon en 2000 était de 53%, 20% provenaient d'autres quartiers de la ville de Conakry et 27% de l'intérieur du pays (autres villes du pays) ou des pays limitrophes. En 2001, ces chiffres se sont inversés avec seulement 12% des patients venant de la zone de responsabilité, 68% des autres quartiers de Conakry et 20% de l'intérieur du pays. Les centres de santé attirent de plus en plus de malades psychiatriques venant d'en dehors des quartiers qui les abritent.

Si ces chiffres apparaissent importants en regard du désert de l'offre antérieure, il ne représente pourtant qu'une partie du problème. De janvier 2000 à décembre 2002, huit cent trente (830) patients qui souffrent de problèmes de santé mentale ont été reçus dans les trois centres de santé sur un total de 61.282 consultations primaires curatives, soit environ 1,4%. Ce chiffre paraît très faible comparé à celui avancé par la littérature. Selon l'OMS 20-40% des patients qui consultent les services de santé généraux auraient un problème psychosocial (OMS 1984). Ce faible chiffre pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : d'une part il y a une sous notification des problèmes de santé mentale. Dans le système d'information sanitaire, la liste des maladies retenues mentionne une rubrique «maladie mentale» ne tenant compte que des maladies neuropsychiatriques. Dans l'outil de décision diagnostique (ordinogrammes), en vigueur en Guinée, la prise en compte des aspects psychosociaux des patients reste marginale. Or la définition de l'OMS est très large. D'autre part, il y a une sous estimation des cas liée à une insuffisance diagnostique. Premièrement, le personnel n'avait pas l'habitude de faire face aux situations de maladies mentales. Et si tel était le cas, ils étaient

automatiquement référés au service de psychiatrie de Donka. L'intérêt porté à ces aspects ne s'est installé que progressivement. Deuxièmement, comme tout le personnel assure des consultations primaires curatives et que la formation ne concernait pour la première année que 3 personnes dont un médecin, l'implication des autres agents a été très lente. Les médecins des deux autres centres n'ont fait leur premier stage de formation qu'au milieu de la deuxième année. Durant les 18 premiers mois, seul un médecin sur 3 avait réellement introduit dans sa pratique les consultations neuropsychiatriques, les deux autres médecins n'assurant que le suivi des patients. Ceci explique le plus grand nombre de patients reçus au centre de santé de Dar es salam où le médecin fut le premier à être impliqué. Troisièmement, un autre aspect non moins important est le fait que la formation du personnel soit assurée par un psychiatre clinicien. La prise en compte des autres aspects de la santé mentale que peuvent rencontrer les autres agents de santé ne s'est construite que lentement pour être inscrite sur les fiches de collecte des données épidémiologiques.

3.2.1.3 Les prises en charges sont efficaces et adaptées.

L'un des facteurs explicatif de l'efficacité de l'action est le résultat du suivi des patients. Parmi les 576 patients, 77% se sont améliorés avec ou sans traitement médicamenteux; 11 % autres n'ont présenté aucune amélioration (échec du traitement, mauvaise compliance, arrêt du traitement à cause des effets secondaires des neuroleptiques, pathologies incurables...) et les autres ont été perdus de vue. Parmi les 576 patients répertoriés sur les fiches de suivi, 59% seulement ont été soumis au traitement médicamenteux [Graphique 5]. Ces chiffres montrent que ce n'est pas seulement le médicament qui est remède en santé mentale. La parole, l'écoute et l'accompagnement sont prépondérants à l'amélioration de la santé des malades.



Graphique 5 : Type de traitements reçus parmi les 576 patients suivis dans les trois centres de santé de février 2000 à décembre 2002

Au démarrage du projet, des réunions de formation ont été formalisées lors de la présence de l'équipe d'encadrement. Ces réunions ont été par la suite transformées en cadre de rencontre «réunion Sa.M.O.A» au niveau des CSA pour discuter des situations cliniques. Elles s'organisent sur le mode de séminaires, au départ d'une situation clinique. Celle-ci, énoncée par un des agents des centres qui l'a reçue, fait l'objet de discussions et d'éventuels «enseignements». Questions de diagnostic et de traitement, principalement. Ces rencontres sont les moments de formation du personnel à travers des cas vécus.

3.2.1.4 Les médecins ont acquis des compétences

L'acquisition des compétences se confirme tant sur les capacités techniques que sur l'appréhension du vécu du patient.

En comparant ces deux messages du même médecin à deux ans d'intervalle, nous constatons les améliorations qui ont eu lieu tant sur la façon dont le message est transmis (qualité de l'écriture) que sur l'analyse des informations recueillies et sur la qualité de l'écoute du patient et de son entourage.

Premier message, le 11 novembre 2000: « Dr Michel⁹, j'ai¹⁰ vu Madame A. K, 36 ans ménagère, il y a 4 jours, c'est une patiente lucide et coopérative, je lui ai posé certaines questions dont voici les réponses : Actuellement je me porte très bien, j'ai entendu des paroles dans le palais où vit mon enfant. Ses paroles m'ont guéri. On m'a dit qu'il n'existe personne. Que si Dieu doit punir, c'est mon mari. Ce n'est pas moi, moi je veux mourir, je veux aller dans le palais rester auprès de mon enfant.

Second message, le 5 avril 2002: Echange d'email entre le médecin et le même psychiatre

Le généraliste présente un nouveau cas: Mme A. B, 18 ans mariée depuis 2 mois, 4eme dans une fratrie de 6 enfants. Elle est envoyée par son mari et un ancien patient amélioré.

Elle déclare : «je ne dors pas, mon corps est devenu comme le corps d'un cadavre. Mon corps ne m'appartient plus. J'ai trop peur, je vois des choses bizarres. Une chose m'a fait monter au ciel, puis, je suis redescendue. J'ai peur, je vois beaucoup de personnes regroupées et qui me disent : A.K, tu dois mourir et tu va mourir. Je n'ai plus mon corps, mon corps m'a quitté, ma respiration n'est plus la même»

D'après sa sœur : «Elle a trop peur à tout moment, elle a peur ; elle dit voir des choses la nuit et elle crie. Elle parle seule, elle ne dort pas».

⁹ Psychiatre, psychanalyste et coordinateur du projet Sa.M.O.A

¹⁰ Médecin généraliste du centre de santé de Hamdallaye

D'après son mari : «Elle n'est plus normale, elle est devenue triste, confuse, elle rit sans motifs et pleure sans cause. Ce qu'elle raconte n'est pas cohérent. Elle tremble de peur. Elle est devenue triste. Ne mange plus et elle a maigri. Elle pleure beaucoup».

J'ai demandé au mari si elle n'a pas eu un problème durant les deux derniers mois?

D'après le mari, elle a perdu une de ses sœurs, il y'a trois semaines.

D'après A.K: «j'ai eu beaucoup de palpitation au moment où j'ai été informée du décès» .

Notion d'aménorrhée de 2 mois.

Examen physique: malade triste, propre, parle seule comme si elle communiquait avec quelqu'un. Le Toucher vaginal montre un utérus gros comme une grossesse de 8 semaines.

Diagnostic: Psychose ? , Mélancolie?

Éléments en faveur du premier diagnostic: délires et hallucinations auditives

Éléments en faveur du second, les propos "mon corps est devenu comme un cadavre....mon corps ne m'appartient pas....."

Questions: votre évocation diagnostique?. Quel traitement, il faut instaurer devant une grossesse de 2 mois?

Le psychiatre : Il s'agit bien d'une psychose mélancolique (la mélancolie faisant partie de l'une des trois grandes familles de psychoses : les schizophrénies, les psychoses chroniques et les cyclothymies, appelées aussi troubles bipolaires ou psychoses maniaco-dépressives, comme cette patiente.). Concernant le traitement: l'halopéridol n'est ni tératogène ni embryotoxique mais, rajoute prudemment la notice, "les données existantes sont insuffisantes....Il convient donc de mettre en balance les risques éventuels et les avantages potentiels avant de l'administrer pendant la grossesse."....., De mon expérience, je n'ai rencontré jusqu'à présent aucun problème obstétrical ou néonatal suite à la prise d'haldol pendant la grossesse. Reste qu'il faut être prudent....., Si elle n'était pas enceinte, j'associerais à l'haldol un antidépresseur. Mais sa grossesse (surtout au début) me fait abstenir.

En analysant tous les acquis au travers des résultats cités hauts (importance des maladies mentales, qualité du dialogue, compétences cliniques acquises...), nous pouvons affirmer que l'hypothèse de départ est vérifiée.

3.2.2 Un résultat non planifié : Les services de santé sont renforcés par l'intégration.

A coté des résultats attendus qui confirment notre hypothèse, d'autres résultats qui n'avaient pas été envisagés lors de la conception du projet sont particulièrement intéressants. Ils ont contribué à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins bien au-delà des seuls problèmes de santé mentale. En effet, la stratégie d'intégration des soins de santé mentale dans la pratique

des services généraux reposait sur le postulat que les problèmes de santé mentale doivent être pris en charge là où ils se manifestent, et sur le constat que les services de santé de FMG répondaient à ces conditions. Cette stratégie avait pour objectif une plus grande efficacité dans les soins aux patients souffrant de problème de santé mentale. En réalité, elle a amélioré non seulement la prise en charge de la santé mentale mais a également amélioré de façon globale l'offre de soin. En effet le projet a amélioré la relation individuelle entre soignant et soigné, a amélioré la relation entre le service de santé de premier échelon et la communauté, et enfin a influencé les relations entre SSPE et tradipraticiens d'une part et les autres institutions de santé d'autre part.

3.2.2.1 La relation entre soignant et soigné est améliorée

3.2.2.1.1 Observations

Nous avons constaté un passage inconscient d'une attitude ouverte aux dimensions bio psychosociales apprise auprès des patients psychiatriques vers la même attitude envers les autres patients. La durée de consultation s'allonge, les heures de travail des centres augmentent, sans augmentation du nombre de patients. Le personnel se rend compte que beaucoup de problèmes qu'ils prenaient en charge médicalement auparavant selon l'ordinogramme sont en fait des problèmes psychosomatiques. Spontanément, ils adoptent alors une démarche similaire à celle du projet Sa.M.O.A. Approche qui suppose dialogue et temps et explique l'augmentation constatée de la durée des consultations. Or, cette démarche est centrée sur le patient. Elle tranche avec la démarche habituelle d'application mécanique des ordinogrammes qui réduit le dialogue. En effet une approche centrée sur le patient telle que la médecine de famille l'envisage se caractérise par l'importance accordée au vécu du malade (Van Dormael M 1995; Blaise P 2002). Avant, la préoccupation du personnel était centrée sur la maladie et son contrôle (préoccupation plus collective qu'individuelle, en particulier les maladies de 'programme', préoccupation d'efficacité et de contrôle des coûts reposant sur la standardisation de l'utilisation des médicaments).

3.2.2.1.2 Mécanisme

Il est intéressant de se pencher sur le mécanisme qui explique la perméation de l'attitude considérée comme adéquate pour la prise en charge des malades mentaux vers la prise en charge des autres malades de la consultation générale.

La pratique de la santé mentale par les généralistes dans les trois SSPE, a amené ces derniers à reconsidérer leur attitude vis-à-vis des patients en accordant plus d'écoute et en leur ouvrant plus d'espace de dialogue. L'attitude psychosociale dans la prise en charge des malades correspond à l'attitude dite «normale» quand on s'occupe d'un patient qui présente un problème de santé mentale. Les malades «normaux» qui souffrent de troubles physiques ont aussi des problèmes psychologiques et le personnel les ont reconnus et a spontanément adopté la même attitude que pour les patients psychiatriques. Donc c'est bien du projet Sa.M.O.A et de l'apprentissage d'une approche bio psychosociale que vient la capacité éthique de cette approche pour les malades ordinaires. Loin de transformer les généralistes des centres de santé en psychothérapeutes ils ont pu évoluer d'une «ancienne» approche vers une attitude plus réflexive vis à vis de leur pratique. Nous interprétons ce mécanisme de la façon suivante. Nous pensons qu'il s'est produit parce qu'il existe une cohérence entre les modèles et approches de prise en charge des malades mentaux basés sur l'écoute et le dialogue acquis dans la pratique du projet Sa.M.O.A et les modèles et approches de prise en charge ordinaire en médecine de famille (Van Dormael M 1995; Blaise P 2002)

Le modèle de prise en charge bio psychosociale du projet Sa.M.O.A est en effet superposable aux modèles du double agenda propre à la méthode de soins centrés sur le patient (Fehrsen G & Henbest R 1993). La méthode clinique centrée sur le patient considère l'agenda du patient, autrement dit son vécu de sa maladie, comme un élément fondamental à articuler avec l'agenda biomédical plus spécifique du médecin.

Or ce vécu ne peut être que particulier. L'essence de la médecine de famille est en effet caractérisée par cette faculté de passer du général au particulier. Avant le démarrage du projet Sa.M.O.A dans les trois centres de santé, l'attitude des médecins était basée sur la logique du "général". Ils n'avaient aucune ou peu de vision sur le particulier. C'est-à-dire qu'ils se concentraient sur la recherche du diagnostic étiologique sans tenir compte de la dimension humaine (malade pris dans toute sa complexité). Au lieu que le soin ne soit centré sur le patient (to care), il est dirigé sur la maladie (to cure).

Des entretiens que nous avons eus à l'occasion des échanges avec les psychiatres et les psychanalystes donnent sens à cette perception : Nous pouvons résumer notre propos en disant que le "général" s'applique de façon identique à chacun (cf. la définition du Robert: "*qui s'applique, se réfère à un ensemble d'individus*"). Aristote¹¹ dira : «*Il n'y a de science que*

¹¹ Philosophe et savant grec (Stagire, 384 a v J.C-Chalcis, 322 a v J.C)

du général^{11b} », tandis que «être malade», tant sur le plan mental que physique relève du particulier. Chaque patient vit d'une façon différente sa maladie. Cela est dû à l'interaction de plusieurs facteurs psychosociaux, économiques et environnementaux.

La pratique du diagnostic médical promue par la politique nationale des soins de santé primaire en Guinée repose sur l'application d'algorithmes dont l'utilisation fait appel à un raisonnement dichotomique et sériel¹². Ces algorithmes ne prennent pas en compte le particulier, «l'individu». Pour mieux cerner ces deux notions, le «général» et le «particulier», nous pouvons l'illustrer par deux exemples:

Le premier, concerne l'adolescence: C'est une étape de la vie que tous traversent. Elle comporte une dimension "générale" et la psychologie en définit les étapes, valables pour tous. Mais lorsqu'un adolescent va mal, c'est bien son adolescence particulière qui est à interroger. Pas seulement parce que c'est la sienne propre, mais parce que l'expérience qu'il traverse est unique et le sera toujours. "Son" adolescence n'a jamais existé avant qu'il ne s'y engage et personne d'autre que lui ne pourra la revivre.

Le second exemple nous vient de la littérature européenne, Montaigne¹³ et La Boétie¹⁴ étaient liés d'une amitié dont l'exemple a traversé les siècles. Lorsqu'on demandait à Montaigne ce qui le liait à son ami, il répondait: "*parce que c'est moi, parce que c'est lui*". Expérience "particulière" même si le concept d'amitié peut se développer en "général". De même l'amour, de même la souffrance, de même l'inconscient. Et c'est aussi le cas de la maladie mentale.

Nous dirons que le général se soutient, produit, un "savoir", tandis que le particulier interroge la "vérité".

Le savoir est un ensemble de données qui s'appliquent à tous. C'est le but de la science de produire du savoir (c'est le domaine de la recherche expérimentale basée sur les études randomisées). C'est à cela que s'emploient les sciences biomédicales et que l'on rationalise dans l'évidence based medicine «médecine basée sur les preuves».

La "vérité", elle, s'entend dans le particulier. Saint Exupéry¹⁵ dit dans "*Terre des hommes*¹⁶", face au regard triste d'une gazelle du désert mise en cage : "*la vérité de la gazelle, c'est sa liberté*". Ici chaque patient est pris comme une entité à part entière. «Patient centred care» ou

^{11b} ddd

¹² Cours optionnel de Jef Van den Ende (CIPS, IMT 2002-2003) sur la prise de décision clinique

¹³ Ecrivain français (1533-1592)

¹⁴ Ecrivain français, né à Bordeaux (1530-1563)

¹⁵ Aviateur écrivain, né à Lyon en France (1900-1944)

¹⁶ Grand prix du roman de l'Académie française

soins centrés sur le patient ou en d'autres termes la globalité des soins encouragés par la médecine de famille.

Si nous rapportons ces notions aux trois aspects (cognitif, relationnel et affectif) ou aux trois dimensions (biologique, psychologique et social) de la définition de la santé mentale, nous pourrions dire que le but d'une psychanalyse, c'est de produire un savoir à partir d'une épreuve de vérité (sa propre souffrance, sa propre expérience.)

Le médecin formé à l'université apprend un savoir (général) sur les maladies (identique chez tous.) Il applique son savoir-faire de cette position. La maladie mentale, elle, relève de la "vérité" de chacun. C'est une expérience particulière. Et ce n'est qu'en tant que vérité particulière qu'on peut la rencontrer. Sinon, on s'en tient à l'énumération de symptômes (comme le font les familles des malades mentaux en Afrique que nous avons rencontrées. Je les cite "*il fait des crises, il insulte, etc*". Bien sûr n'ont-ils pas tort, mais jamais nous ne comprendrons ce que vit le malade "en vérité" si nous l'abordons sur le mode "général". C'est à cette condition pourtant que nous pouvons espérer le rencontrer et entendre ce qui, de parole en souffrance, se dit à travers ses symptômes). C'est bien la découverte de la psychanalyse : le symptôme « psychique » est une parole en souffrance. Une vérité, insue¹⁷ du sujet (Freud¹⁸ ne dira pas insue mais inconsciente). Permettre au patient de l'énoncer ne change pas le contenu de cette parole mais libère le corps d'avoir à en être le lieu d'expression.

3.2.2.2 La relation entre les services de santé et la communauté est améliorée

3.2.2.2.1 Observations

La pratique de la santé mentale par les généralistes a permis en outre d'améliorer la qualité de l'accueil dans les trois centres de santé à travers un dispositif institutionnel créé autour d'un groupe d'acteurs.

Je cite ici une psychologue belge qui, après 3 semaines d'accompagnement dans les trois centres de santé faisait remarquer *«l'ensemble des patients et des parents ont tous mentionnés combien ils s'étaient sentis accueillis, ce qui à mon avis est une fonction essentielle dans les rapports humains, très présente en Afrique au quotidien. Cette notion d'accueil des patients me paraît fondamentale non seulement dans toute prise en charge en santé mentale, mais de surcroît, a modifié le rapport entre soignant et soigné, quelle que soit sa maladie. »*

¹⁷ non connu . Freud appelle cela inconscient

¹⁸ Père fondateur de la psychanalyse

Ce sont les malades qui poussent, plus que les soignants qui tirent. Sortis de leur problème grâce à une prise en charge appropriée, familles et patients expriment des attentes nouvelles en particulier sociales auprès des praticiens des centres de santé de FMG. Ainsi le personnel a pris des initiatives et les relations qui liaient les SSPE et les relais communautaires (accoucheuses traditionnelles) dans les quartiers se sont accrues. Ce fait se manifeste aujourd'hui par l'implication de ces derniers au traitement et à la réhabilitation des malades mentaux. Le centre de santé de Dar es salam a intégré dans ses activités, la prise en charge communautaire des malades mentaux. Une communauté thérapeutique (centre du jour), a été mise en place et est fonctionnelle grâce à la contribution des accoucheuses traditionnelles. Le but est de permettre aux patients longtemps isolés à cause de leur maladie d'avoir un lieu de rencontre et resocialisation. Grâce à cette communauté, ils peuvent s'exprimer, parler de leur maladie, être écoutés, partager leurs difficultés avec d'autres personnes (patients et non patients), mais aussi initier une réinsertion professionnelle.

A carrière un atelier d'expression graphique qui accueillent les enfants retardés mentaux, psychotiques et épileptiques connaît une grande fréquentation (une dizaine d'enfants par séance). Les activités qui s'y passent sont adaptées à leur situation (atelier d'écriture, de calcul et de dessin, de promenades et d'excursions). Ces activités reposent sur la participation active des familles.

Je cite ici, une remarque d'une assistante sociale de la Gerbe qui a effectué plus de 5 missions en Guinée dans le cadre du projet Sa.M.O.A. Elle participe également à la formation et à l'encadrement des stagiaires en Europe : *«Le fait que Docteur Koulibaly¹⁹ ait proposé aux enfants malades mentaux ou atteints de troubles neurologiques de se rendre tous les samedis matin au sein d'un lieu de resocialisation est sans conteste une démarche approuvée tant par les enfants que par les parents qui accompagnent leur enfant. Ce lieu mérite plus d'attention encore qu'il n'en a aujourd'hui. car il est riche de par sa fréquentation et du désir des enfants et des parents...»*

Très rapidement le traitement des malades mentaux nous a appris que les familles avaient un rôle à jouer aussi bien dans le suivi du traitement que dans la réinsertion communautaire à long terme. Cela a suscité l'organisation des visites à domicile, afin de modifier entre autre le regard de la famille et de l'entourage sur les malades.

3.2.2.2.2 Mécanisme

¹⁹ Médecin généraliste du centre de santé de Carrière

L'approche communautaire utilisée en santé mentale pour mettre en œuvre des pratiques ambulatoire s'appuie sur la démarche clinique avec le patient. Elle intègre son environnement et adapte les modalités de sa prise en charge. Cette approche est cohérente avec l'approche communautaire requise pour la mise en œuvre de la philosophie des soins de santé primaire.

L'approche de la participation communautaire issue de la pratique de la santé mentale est très différente de la participation communautaire construite administrativement de haut en bas pour répondre aux besoins de l'administration (par exemple les comités de gestion ou la mobilisation pour la vaccination).

Le fait que l'approche des SSPE de FMG soit basée sur un travail de proximité avec la communauté, a facilité pour le personnel l'intégration d'une approche communautaire cohérente avec la pratique de la santé mentale.

3.2.2.3 Les relations entre FMG et les tradithérapeutes et les autres institutions de santé ont changé.

3.2.2.3.1 Relations avec les tradithérapeutes

Les multiples contacts entre les prestataires des centres de santé et les guérisseurs traditionnels au cours des différentes missions de l'équipe européenne et les visites qu'ils leur rendent ont amené les professionnels des SSPE à tenir compte des soins prodigués par les tradipraticiens sans en porter de jugements négatifs.

Il semble que les patients s'adressent à la fois aux guérisseurs et aux psychiatres pour potentialiser les prestations de l'un par celles de l'autre. Cette attitude n'est nullement découragée dans le projet Sa.M.O.A. Les guérisseurs traditionnels remplissent une fonction sociale qui déborde largement l'art de guérir : leur savoir et leurs incantations peuvent intégrer les croyances de la culture de la tribu ou du village, son folklore, ses valeurs et ses légendes. Ils servent souvent de médiateur entre le monde matériel et le monde des esprits entre le monde des vivants et celui des ancêtres.

3.2.2.3.2 Relations avec les autres centres de santé, les hôpitaux et le service de psychiatrie

Les trois centres de santé de FMG font partie d'un réseau des centres de santé privés à finalité publique réunis au sein des «actions concertées²⁰». Les centres membres de ce réseau y réfèrent désormais tous les patients ayant des problèmes de santé mentale et demandent à

²⁰ Réseau des centres de santé associatifs et confessionnels de la ville de Conakry

bénéficiaire du dispositif. Les trois centres de santé jouent alors un double rôle de référence et de premier échelon.

Les SSPE constatent l'incapacité de l'hôpital à jouer son rôle de référence. Sa.M.O.A fait ainsi ressortir, la nécessité et l'importance d'un district fonctionnel. Il existe actuellement une tension entre la logique hospitalière du service de psychiatrie et la logique communautaire des SSPE. Deux logiques qui pourtant doivent être complémentaires. Le service de psychiatrie composé de spécialistes, fonctionne sur la logique hospitalière des établissements publics à gestion autonome et surtout basée sur le modèle asilaire. Tandis que les SSPE, travaillent sur le modèle communautaire avec une participation des familles dans les soins.

3.2.2.3.3 Relations avec le programme national

La tendance du programme national serait d'étendre les résultats de ce projet à d'autres centres sans tenir compte des facteurs contextuels. La logique des autorités de la santé de la ville de Conakry est de reproduire à l'identique les outils et la méthode testés positivement dans les projets pilotes. Notre analyse montre que ce serait certainement une erreur de s'en tenir à cette conclusion.

4. Troisième partie : Faire face à l'avenir, défis opportunités, risques et stratégies.

Comme on le comprend bien avec notre analyse, le projet n'a pas seulement mis en œuvre une intervention en santé mentale. Son interaction avec le système de santé et le contexte a profondément changé la situation. Notre évaluation analytique nous a permis de mieux appréhender cette nouvelle situation. Elle soulève de nouveaux défis, suggère des opportunités et expose à des risques.

La réplication simple de l'intervention au nom du succès n'aurait pas de sens. Notre compréhension de l'interaction de l'intervention-système-environnement nous permet de proposer des stratégies pour relever les défis qui se posent à FMG.

4.1 L'importance du contexte.

L'intégration de ce programme de santé mentale a donc renforcé les services de santé de base. La tentation est grande de conclure qu'en reproduisant le dispositif, on obtiendra les mêmes effets ; or le succès est fortement conditionné par des éléments du contexte. Parmi ces éléments, la nature, l'histoire et l'identité des organisations impliquées jouent un rôle particulier.

La pratique pendant une dizaine d'années de santé mentale ambulatoire par la «Gerbe» et le travail communautaire autour duquel FMG s'est construite depuis sa création ont été des éléments majeurs dans l'engagement des deux prestataires du projet. Il y a une grande ressemblance entre les approches des deux associations.

Un autre élément du contexte reste aussi la nature et le type du partenariat proposé par l'organisation «La Gerbe». La présence d'une équipe d'encadrement composée de spécialistes en psychiatrie et dans d'autres domaines de la santé mentale (assistantes sociales, psychologues, logopèdes...) auprès des professionnels des trois centres de santé a été prépondérante. Il faut en effet noter que l'équipe de la «Gerbe» était animée par la volonté de transférer ses compétences aux membres guinéens.

Il y'a eu organisation des consultations conjointes entre généralistes et spécialistes. Cela a d'une part permis à l'équipe belge de s'intégrer au niveau des centres de santé et à l'équipe guinéenne de briser cette impression de «maître» qu'elle avait vis-à-vis des «blancs»

L'identité de l'organisation qui est maître d'œuvre en Guinée est aussi un facteur à prendre en compte. Il y a en effet cohérence entre les approches utilisées dans le projet Sa.M.O.A et la mission de que s'est donnée l'organisation FMG. L'association FMG est en effet née de la

volonté d'un groupe de jeunes médecins qui avaient un idéal commun «*offrir des soins de santé de proximité pour des populations qui en ont besoin et dans des zones qui en sont dépourvues*». Le statut de son personnel (jeunes professionnels de santé à la recherche d'identité) est fondé sur une charte à laquelle tout membre doit adhérer. L'association a bâti toute son existence autour de jeunes professionnels en quête du premier emploi et elle s'est rapprochée des communautés à travers de multiples actions qu'elles mènent ensemble. L'hypothèse proposée dans le projet était cohérente avec la mission que les trois centres de santé s'étaient fixée auprès des populations des quartiers, c'est-à-dire répondre aux besoins ressentis des populations en matière de soins de santé primaire jusque là sans réponse. Le projet était perçu comme une porte d'entrée pour augmenter l'utilisation des services à la suite de l'intégration des soins de santé mentale. Les centres de santé de FMG, contrairement à ceux du service public bien que soumis au même système d'évaluation (monitorage), sont flexibles donnant la possibilité au personnel d'introduire d'autres types d'activités qui répondent aux besoins ressentis de la population. Ainsi il est clair que la réplique de l'intervention dans un contexte différent ne produira pas les mêmes effets. On voit en effet, dans une perspective internationale des exemples d'intégration des soins de santé mentale différents dans plusieurs pays. Ils ont été développés dans des circonstances différentes, avec des acteurs différents et suivant des approches différentes. Trop souvent leurs résultats n'ont été rapportés que quantitativement sans décortiquer les mécanismes profonds à l'œuvre.

En Thaïlande, c'est le gouvernement qui a adopté une politique consistant à intégrer les soins de santé mentale au secteur des soins de santé primaires. Au bout d'un an, le nombre de malades psychiatriques pris en charge a été multiplié par trois, passant de 1589 à 4588 (OMS 1984)

Au Chili, c'est le département universitaire qui a joué un grand rôle. L'école de médecine de Santiago du Chili a établi en 1977 un programme de promotion de la santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme. L'un des objectifs était de préparer les généralistes et d'autres catégories de personnels de ces centres à donner des soins de santé mentale. Après la mise en route du programme, il a été noté une diminution du nombre d'hospitalisations dans les services psychiatriques (OMS 1984)

La Chine et plus précisément à Shanghai, ville de onze millions d'habitants en 1978 avait un taux de prévalence des troubles mentaux de 7,28/1000 habitants et la prévalence de la schizophrénie était de 4,2/1000. L'hôpital psychiatrique municipal de la ville a été chargé par le gouvernement de superviser l'action de santé mentale pour toute la ville. L'organisation des services a eu pour effet la réduction considérable du nombre d'hospitalisations (OMS, 1984)

Dans les années 50 et 60, les pionniers de la décentralisation des soins de santé mentale en Afrique n'ont pas reproduit les modèles occidentaux des services avec lesquels leur formation les avait familiarisés, mais ont essayé d'établir des systèmes susceptibles d'être acceptés par la société africaine. Les exemples sont : le dispensaire du Nord de Khartoum au Soudan, le village d'Aro au Nigeria, la collaboration avec les guérisseurs traditionnels et la consultation psychiatrique mobile au Sénégal, le village de convalescents en Tanzanie et le village d'hôtes dans les centres de traitement Catherine Mills au Liberia (OMS 1984)

En Italie, la réforme du système de santé a conduit à transformer des hôpitaux psychiatriques en des systèmes communautaires qui assurent la réinsertion des patients. C'est le cas par exemple de l'hôpital psychiatrique de Trieste (Di Girolamo S 2001).

En Belgique, la communauté thérapeutique villageoise de GEEL²¹ qui date de plus de 600 ans, est un modèle de socialisation des malades mentaux très connu.

4.2 D'un défi à l'autre

Si hier la question était de savoir si la santé mentale pouvait être prise en charge par des généralistes dans les services de santé de base, aujourd'hui la dynamique du projet fait changer la nature du défi. Les résultats du projet ont contribué à changer profondément la situation initiale. Même si ces changements représentent des résultats positifs, ils constituent également une menace pour les services de santé de FMG

4.3 Des risques : des menaces pour le fonctionnement en système.

Nous identifions 4 risques. Il s'agit des risques de surcharge, des risques de confusion des rôles (référence, premier échelon), des risques de la spécialisation et la tentation de la réplique sans tenir compte du contexte

L'augmentation du nombre de malades mentaux (premiers contacts et suivi) peut avoir des conséquences pour le personnel compte tenu de l'augmentation de la charge de travail. A cela s'ajoute le temps qu'il faut réserver aux visites à domicile pour ces patients qui viennent de plus en plus loin des centres. Cette surcharge de travail risque d'entraver la qualité des autres soins à cause du nombre limité du personnel de santé et à la diversité des activités que ce genre de travail nécessite au niveau communautaire.

Les malades mentaux améliorés sont devenus de véritables demandeurs (réhabilitation fonctionnelle et/ou emploi). Les actions communautaires nécessitent un accompagnement

²¹ Un petit musée est aménagé à l'hôpital psychiatrique de GUILAIN à Gand (Ville de Belgique). Il résume l'histoire de la psychiatrie Belge

véritable et rapproché, d'un travailleur social. Les accoucheuses traditionnelles et certains bénévoles assurent actuellement ce travail. Ce volontariat va-t-il continuer ? . Ce genre de travail nécessite des ressources supplémentaires pour sa réalisation.

Le manque d'autres structures de prise en charge des soins de santé mentale fait qu'aujourd'hui, on assiste à un effet pervers dans le système local de santé de la ville de Conakry. Il y'a en effet confusion de rôles entre SSPE et l'hôpital de référence. Cette confusion se manifeste à deux niveaux du système:

La référence intra-institutionnelle : Des services de santé du premier échelon, qui ont la même mission se réfèrent des malades. Ceci n'est pas sans conséquence pour le personnel des centres de santé de FMG qui auront alors une tendance à se spécialiser dans les soins de santé mentale au détriment des autres patients et de leur polyvalence, une caractéristique des Services de santé de base. Cette tendance représente également un risque pour l'identité des SSPE de FMG

La référence «inverse» (différent de la contre référence): Les malades sont référés des hôpitaux de district¹ vers les centres de santé. Le projet SaMOA montre la défaillance du système local de santé de Conakry pour certains aspects du paquet de soins, en l'occurrence des soins de santé mentale. Sa.M.O.A montre également que le modèle traditionnel et simple du district à deux échelons a ses limites. En effet, dans l'état actuel des ressources humaines, il est difficile d'envisager que les médecins des hôpitaux de commune puissent offrir un gradient de compétence utile pour les médecins des SSPE qui ont suivi la démarche Sa.M.O.A

Le service de psychiatrie de Donka pourrait jouer le rôle de première référence. Mais la logique des CHU (hôpitaux publics à gestion autonome) s'éloigne de celle de l'offre des soins de proximité promue par l'approche développée pour les soins de santé mentale.

Devant les résultats du projet, les autorités de la santé de la ville font pression pour répliquer l'intervention à d'autres centres de santé. Or, nous avons vu précédemment l'importance qu'a joué le contexte spécifique de ce projet. Il faudra donc se garder de la tentation et faire certainement appel à la créativité et être innovant si on veut reproduire dans des conditions très différentes le «mécanisme» qui a fait le succès de l'intervention.

¹ Hôpitaux de district : A Conakry, on les appelle hôpitaux communaux. Ce sont normalement les hôpitaux où les centres de santé devraient référer leurs malades. Dans ces hôpitaux, n'existent aucun psychiatre ou autres acteurs de la santé mentale.

Nous pouvons synthétiser ces risques dans un constat: *«l'intégration d'un paquet d'activités spécifiques (soins de santé mentale) dans les services de santé de base entraîne des risques de dérives des services de santé polyvalents si le système local de santé n'est pas fonctionnel».*

4.4 Opportunités : Maintenir les acquis et aller de l'avant.

Le nouveau défi aujourd'hui, pour FMG est de maintenir les acquis, rester cohérent avec sa charte et contribuer à préparer un environnement plus équilibré

Quelles options faut-il prendre pour éviter que l'intégration «réussie» d'un programme spécifique de problèmes de santé dans les services de santé polyvalents ne soit paradoxalement à l'origine de leur désintégration ?. Pour répondre à cette question, nous proposons de tester dans un projet avenir l'hypothèse suivante *«Diffuser les soins de santé mentale dans les autres centres de santé à finalité publique éviterait la spécialisation des trois centres de santé polyvalents et permettrait d'étendre l'offre des soins de santé de proximité aux malades mentaux et indirectement y améliorerait la relation soignant-soigné pour tous les autres malades».* Pour y arriver nous identifions 4 alternatives:

Premièrement : Les professionnels spécialisés pourraient être redéployés dans les hôpitaux de référence. C'est une action souhaitable mais, il n'existe que trois psychiatres pour tout le pays. Ce n'est donc pas faisable dans les circonstances présentes

Deuxièmement : Un des centres de santé de FMG pourrait être transformé en service de santé mentale. Les trois centres de FMG sont responsables de la santé des populations de leur quartier. Priver la population d'une aire des soins plus élémentaires signifierait que la planification de l'offre de soins est désormais conditionnée par les besoins des services de santé et non par les besoins ressentis des populations (OMS 1990). C'est une action faisable mais non acceptable

Troisièmement : Les professionnels de santé polyvalents des SSPE et des hôpitaux de référence pourraient être formés par les spécialistes du service de psychiatrie. C'est une action faisable mais l'approche de la pratique des soins de santé mentale selon la «logique hospitalière» des psychiatres du CHU ne s'adapte pas à la prise en charge communautaire efficiente et efficace pour la maladie mentale. Une alternative existe par le développement d'une collaboration entre le service de psychiatrie et les trois centres de santé. Les centres de santé de FMG serviraient de lieux de stage pratique pour les futurs généralistes et les psychiatres pourraient assurer l'encadrement. Ce serait une opportunité offerte aux psychiatres d'appréhender la démarche Sa.M.O.A

Quatrièmement, un centre de référence et de formation des professionnels des autres centres de santé en santé mentale pourrait être créé. Cela permettrait de détourner la menace de surcharge, de confusion de rôles et de spécialisation qui pèsent sur les SSPE de FMG. L'équipe qui a assuré la mise en œuvre de Sa.M.OA pourrait animer ce centre de formation. Cela voudra dire, le déplacement du lieu qui a servi à la formation des agents de santé de FMG de la Belgique à Conakry. C'est une action faisable et acceptable mais le coût est élevé. Un tel projet est actuellement à l'étude.

Parmi ces 4 modèles prédictifs, nous proposons de retenir les deux derniers qui nous semblent faisables, acceptables et à coût supportable à condition de bénéficier d'appui extérieur pour la quatrième approche.

5. Conclusion

Le projet Sa.M.O.A a confirmé l'hypothèse selon laquelle l'intégration de la santé mentale comme paquet spécifique de soins de santé dans la pratique des agents de santé polyvalents travaillant dans des services de santé de premier échelon était faisable, efficace et efficiente.

Notre analyse des résultats basée sur les méthodes de recherches sur les systèmes de santé va au-delà des effets directs recherchés par l'intervention proposée par le projet et montre les effets sur l'ensemble du système.

Nous avons montré que le projet a permis de confirmer l'importance du problème pour la ville de Conakry et qu'une réponse au niveau des SSPE avec une approche ambulatoire développée de façon participative par un personnel polyvalent est adaptée. Nous avons également montré que la pertinence de l'approche clinique et communautaire proposée par le projet va bien au-delà des seuls malades mentaux et qu'elle a contribué à améliorer les relations humaines dans les services de santé. Nous avons constaté en effet que le modèle de prise en charge bio psychosocial propre à la prise en charge des malades mentaux était conforme à l'approche des «soins centrés sur le patient» prônés par la médecine de famille et indispensable dans les services de santé de premier échelon. De même, nous avons constaté également que l'approche communautaire utilisée par la santé mentale pour mettre en œuvre des pratiques ambulatoire est cohérente avec l'approche communautaire requise pour la mise en œuvre de la philosophie des soins de santé primaire.

Notre analyse tient compte de la complexité des interactions dans les systèmes de santé et de l'importance du contexte et en particulier de ses acteurs. Elle a permis aussi d'identifier la situation nouvelle, issue de l'intervention, des opportunités d'extension, mais aussi des menaces pour le fonctionnement des institutions de soins.

Aujourd'hui se pose la question de diffusion de l'approche testée par le projet. Nous suggérons d'une part la diffusion du modèle vers les autres SSPE de la ville et la création d'un centre de formation et de référence. Ainsi, les risques de spécialisation des SSPE en santé mentale qui menacerait leur identité et les risques de surcharge pourraient être contrôlés.

BIBLIOGRAPHIE

Blaise P, Sow A & Dewez M (2002) When a mental health care programme promotes patient-centred care: the integration of a vertical programme as an entry point to improve the quality of primary health care services in Guinea. International colloquium. Integration and disease control, Institute of Tropical Medicine. Anwerpen [26-28 novembre 2002] (abstract soumis pour publication)

Blaise P, Kegels G (2002) "Quality management in health care systems in Africa: on concept, many faces, contrasted results. An analysis of three case studies from Africa," in Conference Proceeding, Quality in Higher education, Health care and Local government. 5th Toulon Verona Conference. ISG, 19-20 September 2002. Lisbon

Blaise P (2000) Remettre la relation humaine au Cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins. Lettre du Réseau International des Anciens du CIPS (RIAC). Novembre 2000 p 6-13

Bourquel C, Messen E & Lahaye T (2001) Les services de santé mentale. La santé mentale, un axe prioritaire de la politique de la commission communautaire française de Bruxelles-Capitale. *Journal de la Ligue Francophone Bruxelloise de la Santé Mentale*. **2**, 5-8

Criel B, De Brouwere V (1998) Conditions, Limites et Potentiels de l'intégration. In [Lerberghe V V & De Béthume X] *Intégration et Recherche*. Studies in Health Services Organisation & Policy **8**, 83-105

CLSC Sherbrooke (2003) Santé mentale. *Ministère de la santé et des services sociaux, Politique de santé Québec*. http://www.clcs-erbrooke.qc.ca/sante_mentale/me_definition.html
Accessed 7 mars 2003

Dewez M (2002) Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain (SaMOA); Chronique d'un projet SaMOA Bruxelles

DIOP S.M.B (1974) Place de la santé mentale dans le développement des services de santé public. *OMS Cahiers techniques Afro*. **8**, 8-9

Di Girolamo S (2001) Le Département de Santé Mentale (DSM) et l'organisation d'entreprise. Finalités, structures opérationnelles, activités et programmes: Trieste. Compte rendu de la formation. EPS Maison Blanche. Paris. 4

Fehrsen G, Henbest R (1993) "In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment", *Family practice*. **Vol 10, N° 1**, 49-54

OMS (2001) La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde 2001. OMS Genève

OMS (2000), Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde
OMS Genève

OMS (1990) Santé mentale soins de santé primaires, *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*. OMS Genève

OMS (1984) Les soins de santé mentale dans les pays en développement, bilan critique des résultats de la recherche, Rapport d'un groupe d'Etudes de l'OMS. *Séries de Rapports techniques* **698**, 7-17

OMS (1983) Rapport sur l'étude collective de l'OMS sur les stratégies de prestations de soins de santé mentale. *Séries de rapport technique* 152, 691-700

OMS (1975) Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement. *Séries -rapports techniques* **564**, 43 1975

Pawson R, Telly N (1997) *Realistic Evaluation* . Sage publication, London.

Piel E, Roelandt J.L (2001) De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de Mission, Ministère délégué à la santé de France, Paris

Simard F (2002) Les soins de santé mentale dans le monde: Très peu d'investissement par rapport aux besoins. <http://www.webdomadaire.net>, accessed 2 mars 2003

Van Dormael M (1981) Le centre de santé intégré et les maisons médicales «jalons pour les soins de santé primaires ». *Cahiers du GERM* **152**, 13-25

Van Dormael M (1995) *Médecine générale et Modernité : Regards croisés sur l'occident et le tiers monde*. Thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles.