

L'intégration des soins en santé mentale dans les centres de santé permet-elle d'améliorer la qualité globale des soins de première ligne ?

Thèse présentée par Abdoulaye SOW

en vue de l'obtention du grade académique de Docteur en Sciences de la santé publique (ULB) et en Docteur en Sciences de la Vie, de la Santé et de l'Environnement (UGANC)

Année académique 2020-2021

Sous la direction de la Professeur Myriam De Spiegelare
(Université libre de Bruxelles)

du Professeur Mamadou Pathe Diallo
(Université Gamal Abdel Nasser de Conakry)

et du Professeur Bart Criel (Co-promoteur)
(Institut de Médecine Tropicale, Anvers)

Jury de thèse :

Alain Levêque (ULB, Président)

Nadine Kacenenbogen (ULB, secrétaire)

Djimon Marcel Zannou (UAC)

Morifodé Doukoure (UGANC)

Monique Van Dormael (IMT)

RÉSUMÉ

L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires a été décrite comme une stratégie efficace pour s'attaquer au fardeau toujours croissant de la maladie mentale, faisant d'elle une priorité mondiale. Des expériences réussies sont rapportées dans plusieurs études aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. En Guinée, une expérience d'intégration des soins en santé mentale dans des centres de santé est en cours depuis 20 ans. Initiée par l'Organisation Non Gouvernementale Fraternité Médicale Guinée dans le cadre du projet *Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain (SaMOA)*, cette expérience concerne actuellement 5 centres de santé associatifs et 5 centres de santé publics.

Notre recherche doctorale analyse cette expérience et examine dans quelle mesure et par quels mécanismes l'intégration de la santé mentale en première ligne peut non seulement améliorer l'accès aux soins de santé mentale mais aussi renforcer la qualité des soins en général à travers une approche plus centrée sur le patient.

Nous avons évalué l'expérience à travers plusieurs études, menées dans une approche d'évaluation basée sur la théorie. La première étude a permis de décrire minutieusement l'expérience menée, en l'organisant par une ligne du temps, sur base de la documentation rassemblée. Cette expérience pilote a trouvé un terreau favorable dans les centres de santé associatifs de Fraternité Médicale Guinée caractérisés par un fonctionnement peu bureaucratique. Elle a été ensuite étendue à d'autres centres de santé publics et associatifs.

La seconde étude avait pour objectif d'appréhender les éventuelles attitudes de stigmatisation parmi les étudiants de première et dernière année en médecine à l'Université de Conakry, à partir de focus groups interrogeant leurs représentations de la maladie mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie. Beaucoup regrettent la discrimination dont font l'objet les malades mentaux dans la société guinéenne, mais partagent néanmoins avec la population générale des attitudes de stigmatisation. Le stéréotype dominant est la grande folie, même si les étudiants de dernière année citent des troubles mentaux plus diversifiés. Il y a une forte adhésion aux modèles explicatifs profanes intégrant les forces occultes ainsi qu'au recours aux soins traditionnels pour les traiter, y compris parmi les étudiants de dernière année de médecine.

La troisième étude analyse les effets de l'intégration de la santé mentale sur les attitudes du personnel : déstigmatisation de la maladie mentale d'une part, approche centrée sur le patient d'autre part. Elle repose sur des entretiens semi-structurés avec 27 soignants de centres ayant intégré la santé mentale (SM+) et 11 soignants de centres n'offrant pas de soins en santé mentale (SM-). Contrairement aux soignants SM- au discours stigmatisant, tous les soignants SM+ ont surmonté leurs peurs et développé des attitudes positives envers les malades mentaux, notamment grâce à l'expérience de succès thérapeutiques. Une partie des SM+ a en outre découvert et adopté une approche centrée sur le patient, tandis que d'autres restaient dans une logique biomédicale. Un facteur favorable à l'approche centrée sur le patient a été un dispositif de formation *in situ* (consultations conjointes, travail en équipe,

action communautaire) prenant en compte les besoins émotionnels des soignants et proposant un modèle de rôle centré sur le patient. Mais ce dispositif n'a pu fonctionner de manière optimale que dans le contexte non bureaucratique d'un centre associatif à orientation communautaire, implanté dans la capitale et disposant d'une équipe stable et qualifiée.

La quatrième étude évalue l'utilisation des soins en santé mentale dans les 5 centres ayant intégré ces soins à partir des données des registres de consultation et des dossiers individuels de malades. Dans ces centres, les problèmes de santé mentale représentent en moyenne 3% des premiers contacts. Toutes les pathologies mentales courantes sont rencontrées et prises en charge. L'utilisation des soins varie assez fortement d'un centre à l'autre.

Enfin la cinquième étude a analysé 450 consultations menées par 18 prestataires dans des centres de santé, afin d'évaluer dans quelle mesure l'intégration des soins de santé mentale avait amélioré la qualité des relations soignants-soignés dans des soins de première ligne en général. Les données ont été recueillies par l'observation des 450 consultations sur base de l'outil *Global Consultation Rating Scale* (CGRS), des entretiens individuels avec les patients à la sortie de la consultation sur base du *Patient Participation Scale* (PPS) et des questionnaires auto-administrés par les prestataires. La comparaison des 175 consultations menées dans des centres ayant intégrés les soins de santé mentale avec les 275 consultations menées dans des centres non intégrés, met en évidence un score de participation plus élevé pour les patients consultant dans des centres intégrés. La qualité de la communication soignants-soignés est également meilleure pour les consultations menées dans ces centres. Le discours des soignants SM+ est plus centré sur le patient et se distingue du discours plus biomédical des SM-.

L'expérience a donc montré que, dans des conditions favorables, il est possible d'intégrer la santé mentale dans la pratique des centres de santé, avec des bénéfices en termes d'accès aux soins, de pathologies prises en charge, de réduction de la stigmatisation, du renforcement d'une approche plus globale de la santé mentale et de l'évolution des soins de santé primaires en général vers une approche plus centrée sur les patients.

Plusieurs pistes de réflexions pour l'élargissement et la poursuite de l'intégration de la santé mentale en Guinée et dans d'autres pays à faibles revenus sont discutées : (1) un processus de formation intégrant le transfert de connaissances et l'acquisition d'attitudes centrées sur le patient ; (2) un encadrement continu des soignants ; (3) une culture organisationnelle non bureaucratique encourageant l'initiative et la réflexivité ; (4) la disponibilité en médicaments psychotropes essentiels et génériques ; (5) l'établissement de ponts avec la médecine traditionnelle et (6) la mise en réseau des acteurs du domaine de la santé mentale.

L'enjeu actuel pour la Guinée est le passage à échelle de manière à étendre significativement la couverture en soins de santé mentale tout en favorisant leur qualité. Les leçons que nous en tirons pourront guider les gestionnaires des systèmes de santé à développer des soins de santé mentale et d'en tirer les bénéfices en termes d'accès, d'utilisation et de qualité.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	3
Table des tableaux.....	10
Table des figures	10
Liste des sigles et abréviations.....	11
Remerciements	13
Introduction.....	16
Partie I : Problématique et objectifs de recherche	18
I.1 Problématique	18
I.2 Cadre théorique.....	20
1. Intégration.....	20
2. Soins centrés sur le patient.....	23
I.3 Contexte de l'étude	24
I.4 Objectifs de recherche.....	28
Références	29
Partie II : Méthodologie	34
II.1 Démarche générale	34
1. Une intervention complexe	34
2. Evaluation basée sur la théorie.....	35
II.2 Théories d'intervention	36
II.3 Etudes menées	39
II.4 caractéristiques des différentes études	40
II.5 Position du doctorant	42
II.6 Restitution/diffusion des résultats des études	42
II.7 Considérations éthiques	43
Références	43
Partie III : Résultats.....	45
III.1 Etude 1 - Historique de Fraternité Médicale Guinée et des centres de santé intégrés.....	45
1. Développement des centres de santé de FMG	46
2. FMG et les soins de santé mentale	49
3. Description des 5 centres de santé ayant intégré la santé mentale	54

III.2 Etude 2 - Représentations sociales des problèmes de santé mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie parmi les étudiants en médecine de première et dernière année, en Guinée.....	61
Résumé.....	61
Introduction	62
Méthodes.....	63
Résultats.....	64
Discussion.....	69
Conclusion.....	72
Références	72
III.3 Etude 3 - Représentations sociales des soignants face aux malades mentaux et analyse de l'impact de la formation et de la pratique des soins sur leurs attitudes	75
Résumé.....	75
Introduction	76
Méthodes.....	78
Résultats.....	79
Discussion.....	83
Conclusion.....	85
Références	86
III.4 Etude 4 - Utilisation de l'offre en santé mentale en première ligne.....	89
Résumé.....	89
Introduction	89
Méthodes.....	90
Résultats.....	91
Discussion.....	95
Conclusion.....	97
Références	98
III.5 Etude 5 - Impacts de l'intégration de la santé mentale sur l'approche centrée sur le patient	100
Volet 1.....	100
Abstract.....	100
Background	101
Study context	102

Methods.....	104
Results.....	107
Discussion.....	112
Conclusion.....	114
References	116
Volet 2.....	119
Résumé.....	119
Introduction	120
Matériels et Méthodes	121
Résultats.....	125
Discussion.....	132
Conclusion.....	134
Références	135
Partie IV : Discussion	137
IV.1 Est-il souhaitable d'intégrer la santé mentale dans les services de 1ere ligne ? Quelles sont les bénéfices de cette intégration ?	138
1. Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les malades mentaux dans un pays où les ressources spécialisées sont très insuffisantes	138
2. Prise en charge en 1ere ligne de la plupart des problèmes de santé mentale	139
3. Réduction de la stigmatisation des malades mentaux.....	139
4. Approche globale et holistique des soins de santé mentale	141
5. Evolution des soins de santé primaires en général vers une approche plus centrée sur les patients.....	141
IV. 2 A quelles conditions est-il possible et opportun d'intégrer la santé mentale en première ligne de soins et dans quelles conditions cette intégration peut-elle générer les bénéfices décrits plus haut?	142
1. La formation des soignants des centres de santé	142
2. Un encadrement continu des professionnels de 1ere ligne.....	147
3. Une culture organisationnelle particulière des centres de santé	149
4. Une disponibilité en médicaments	150
5. Une prise en compte de la médecine traditionnelle	150
IV.3 Pistes de réflexions pour l'élargissement et la poursuite de l'intégration de la santé mentale en Guinée et dans d'autres pays à faibles revenus.....	152

1. Maintenir et renforcer les acquis de FMG	152
2. Formation des soignants.....	157
3. L'organisation du système de soins	160
4. Création d'un centre de formation et de recherche spécialisé	161
5. Ponts avec la médecine traditionnelle.....	162
IV.4 Les limites de la recherche	163
IV.5 Position du doctorant.....	163
Références	165
Conclusion	170
Annexes	171
Annexe 1. Guide d'orientation pour la ligne du temps des 5 centres de santé offrant des soins aux malades mentaux (étude 1).....	171
Annexe 2. Guide des Focus group étudiants (étude 2)	173
1. Guide de focus group avec les étudiants de 6e année	173
2. Guide de focus group étudiants de première année.....	174
Annexe 3. Guides d'entretiens collectifs et individuels pour l'étude 3	175
1. Guide d'entretien collectif avec les prestataires et témoins privilégiés de FMG.....	175
2. Guide d'entretien collectif avec les prestataires des centres de santé non intégrés	176
3. Guide d'entretien individuel avec les prestataires et témoins privilégiés de l'intégration	177
4. Guide d'entretien avec les prestataires des centres SM-.....	181
Annexe 4. Fiche de collecte de données pour l'étude 4	183
Annexe 5. Documents de recueil des données pour l'étude 5	184
1. Notes d'information sur la recherche à destination des structures participantes	184
2. Note technique d'information à destination des autorités.....	186
3. Guide pour les interviews semi-structurées avec les différents (N=18) consultants en charge de la consultation curative dans les centres de santé associatifs.	189
4. Fiche d'information du participant	190
5. Formulaire de consentement	191
6. Guide pour les « exit interviews» patient.....	192
7. Guide d'observation des consultations	195
8. Autoévaluation des consultants	197
9. Additional files pour l'article étude 5 volet 1	198

10. Guide d'entretien collectif sur les résultats des observations	199
11. Ordre de mission.....	202
Annexe 6. Autorisation du Comité d'éthique.....	203

TABLE DES TABLEAUX

1- II. Tableau 1: Récapitulatif des caractéristiques des études.....	41
2-III.4 Tableau 1: Proportion de patients avec problèmes de SM dans les consultations générales des CS.....	92
3- III.4 Tableau 2:Caractéristiques sociodémographiques des patients	93
4- III.4 Tableau 3: Principaux diagnostics par CS.....	94
5- III.4 Tableau 4: Principaux médicaments administrés	95
6- III.5 V1 Tableau 1: Exit interviews - Caractéristiques des patients	108
7-III.5 V1 Tableau 2: Exit interviews - Perception des patients de leur implication (GEE model)	109
8- III.5 V1 Tableau 1 : Observations - Domaines de compétences de la grille d'observation GCRS adaptée.....	124
9- III.5 V2 Tableau 2: Observations - Association entre qualité de la consultation et intégration de la santé mentale	126
10- III.5 V2 Tableau 103: Observations - Scores des 11 dimensions dans les CS SM+ et SM-128	

TABLE DES FIGURES

1-I. Figure 1: Pyramide sanitaire de Guinée.....	25
2-I Figure 2: Cadre conceptuel systémique du système de santé selon l'OMS	26
3-II.2 Figure 1: Modèle de changement de l'intégration de la santé mentale	38
4- II.3 Figure 2 : Localisation des principaux sites de recherche.....	40
5-III.1 Figure 1 : Localisation des 5 CS ayant intégrés la SM	45
6- III.1 Figure 2 : Ligne du temps	53
7- III.4 Figure 1: Principaux motifs de consultation	93
8- III.5 V1 figure 2 : Exit interviews - Perception des patients, comparaison SM+/SM-	110
9- III.5 V1 Figure 3: Exit interview - % de réponse positives des patients selon les prestataires	111
10- III.5 V1 Figure 4 : Exit interviews - Comparaison des perceptions des patients et des prestataires	112
11- III.5 V2 Figure 1 : Observations - Répartition des scores pour les 11 dimensions parmi les 18 prestataires	127
12-IV figure1: Schéma réseau FMG	156

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AEDES	Association Européenne pour le Développement et la Santé
AGBEF	Association Guinéenne pour le Bien-être Familial
AIMS	Instrument d'Évaluation des Systèmes de Santé Mentale
ASC	Agent de santé communautaire
AVCI	Années de Vie Corrigée d'Incapacité
BM	Banque Mondiale
CEDEAO	Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest
CMA	Cabinet Médical Associatif
CNRS	Comité National d'éthique pour la Recherche en santé
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé associatif
DTC3	Diphtérie-Tétanos-Diphtérie 3
FIOPSD	Fédération Italienne des Organisation de Personnes Sans Domicile
FMPOS	Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie
FMG	Fraternité Médicale Guinée
FSTS	Faculté des Sciences et Techniques de la Santé
GCR	Global Consultation Rating Scale
IC	Intervalle de confiance
IMT	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MSF-B	Médecins sans Frontières-Belgique
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation pour le Commerce et le Développement en Europe
OCDH	Organisation Catholique pour les Droits Humains
ODD	Objectif pour le Développement Durable
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organization
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PNSM	Politique Nationale de Santé Mentale
PS	Professionnel de santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
SAMOA	Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain
SBC	Services à Base Communautaire
SCP/PCC	Soins Centrés sur le Patient/ Patient Centered Care
SM	Santé Mentale
SM+/ SM-	Santé mentale intégré/ Santé mentale non intégrée
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TBC	Tuberculose
UAC	Université d'Abomey Calavi
UGTM	Union des Groupements de Timbi Madina
UNICEF	Organisation des Nations Unis pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA	Organisation mondiale des médecins de famille

A mes proches

Mon épouse Hassatou Lamarana BARRY

Mes enfants Saliou, Sounounou, Binta, Mariatou et Asmaou

et mes nièces Kadé sow et Pathésow

A ma famille bruxelloise : Chantal Hoornaert et Luc Parisel, leurs enfants et petits-enfants

A Mme Laura Margarete Liebstaedter

A Frédéric Jenny

A mes collègues de FMG

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est le fruit d'efforts conjugués venant de plusieurs univers. Il a reçu le soutien et l'expertise des personnes que je voudrais remercier très sincèrement.

Tout d'abord mon promoteur et mes promoteurs et co-promoteurs de thèse respectivement, le Professeur Myriam De Spiegelaere, Professeur Bart Criel et Professeur Mamadou Pathé Diallo pour leur disponibilité constante et leur contribution inestimable pour l'aboutissement de ce travail. Ils m'ont transmis tout au long de ce parcours doctoral des aptitudes, des connaissances et la notion de rigueur scientifique. Que ce soit dans leurs lieux de travail ou à leurs domiciles, ils ont toujours su mettre en avant le travail bien fait. Je vous suis très reconnaissant.

le Professeur Alain Levesque, Président de mon comité d'accompagnement, merci pour la disponibilité et l'écoute attentive.

Les Professeurs Monique Van Dormael, Michel Roland et Marco Schetgen ont été pour moi plus que des guides, ils m'ont entouré d'une affection de parents. Les longues heures passées dans leur domicile, leur critique constructive, leur immense contribution tout au long du comité d'accompagnement ont été pour moi une source d'inspiration. Qu'ils trouvent ici ma profonde gratitude.

Je remercie très sincèrement, Philippe Donnen du centre de recherche -Politiques et Système de Santé –Santé internationale de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB pour son encouragement toujours renouvelé.

Tous mes sincères remerciements à l'Université Libre de Bruxelles (Ecole de Santé Publique et Département de Médecine Générale) qui m'a offert un encadrement de proximité et plusieurs canaux de financement pour la recherche doctorale.

Merci à toute l'équipe du département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers pour les apports précieux dans les différentes recherches et la documentation

Mille fois merci à Jeroen De Man, Veerle Vanlerberghe, Tom Smekens, Isabelle Godin, Kristien Wynants Bernard Branger, Sadou Sow, Yero Boye Camara, Sayon Condé, Hamidou Diallo et Youssouf Baldé pour leur soutien constant dans la réalisation des différentes études et la rédaction des articles scientifiques publiés.

Je remercie le département de médecine générale de l'ULB pour avoir accepté de payer mes frais d'inscription et le financement d'un volet important de la recherche. Un grand merci à Marco Schetgen, Michel Roland et Nadine Kacenenbogen.

Toute ma pensée au feu Professeur Yacouba Touré de l'UGANC pour son implication aux travaux de démarrage de la thèse.

Je remercie le décanat de la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, la direction du Service des Etudes Avancées et celle de la coopération et le rectorat de l'Université Gamal

Abdel Nasser de Conakry pour avoir accepté que cette thèse se fasse en cotutelle avec l'Université Libre de Bruxelles.

Ma reconnaissance à toute l'équipe de la Maison Médicale du Maelbeek et plus particulièrement du projet sud-nord pour son soutien inconditionnel et le partenariat qu'elle a su garder avec les centres de santé de Fraternité Médicale Guinée

Merci à l'équipe de Memisa pour les encouragements permanents et les facilités pour l'achat des billets d'avion et l'obtention de visa: Toute ma reconnaissance à Frank, Elies, Kristel, David, Karin Van Eesbeek et Hilde

A tout le personnel de Fraternité Médicale Guinée pour son soutien durant le long processus de thèse. Il a été toujours présent à mes côtés avec à chaque fois une attention particulière à mes sollicitations. Ce travail vous appartient. Je pense plus particulièrement à Thierno Mouctar Diallo, Abdoulaye Koulibaly, Fatoumata Binta Bah, Mariam Françoise Diallo, Mamadou Saliou Camara, Alseny Ly, Alpha Amadou Diallo, Boubacar Baïlo « ReLAIS » Diallo et Mamadouba Touré.

Au personnel de tous les centres de santé qui ont participé aux différentes études à Conakry et dans l'intérieur du pays. Je n'oublie pas les milliers de patients rencontrés.

A tous les amis de l'échappée (habitat groupé) de Laeken, 30 Drootbeek. Merci pour l'accueil et l'amitié toujours renouvelée.

Ma gratitude s'adresse à Dr Miche Dewez, celui qui m'a donné la passion de la santé mentale et toute sa richesse pour un chercheur et clinicien de médecine de famille. Merci pour ta proximité en Guinée, en Belgique et en France. Toute mon amitié à Marie Hamonet Dewez.

A toutes les familles belges et françaises qui m'ont accueilli durant mes multiples séjours en Europe. Elles sont très nombreuses et restent gravées dans mon cœur. Qu'elles soient de Dordogne, de Freyneux, Nantes, Aix en province, Anvers, dans les différentes communes de Bruxelles, Orbay, Liège... Les nombreuses soirées passées avec Michel Roland et Bernadette Vermeulen, Chantal et Luc, Monique et Jean, Bart Criel et Goedele Heyrman, Philippe Denoël et ses enfants, Isaline Greindel et Vincent Litt, Mouctar Sow et Nancy, Myriam et Philippe sont parmi mes meilleurs souvenirs en Belgique.

A mes collègues doctorants de l'ULB qui ont fini ou dans le circuit des études, merci pour les moments forts partagés durant nos réunions et rencontres informelles. Mes pensées à Mouctar Sow et Amandine OLEFFE

A mes chers maitres et collègues de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, merci pour l'intérêt que vous avez accordé à mon travail. Mes pensées à Dr Mamadou Aliou Bah, Dr Apha Amadou Sank Diallo et Pr Mohamed Cissé actuel doyen de la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé. Je vous adresse mes sincères remerciements.

A l'équipe du Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah pour le soutien. Mes amitiés au Professeur Alexandre Delamou et Dr Abdoul Habib Béavogui.

A mon ami Sounounou Diallo, son épouse Ramata Bah et leurs enfants, merci pour l'accueil et les amitiés partagées avec la communauté guinéenne vivant à Anvers.

A Frédéric Jenny et Jean Jacques Schul du Fonds Message de Yaguine et Fodé de la Fondation Roi Baudouin, merci pour le soutien et les encouragements constants

J'adresse à mon épouse Hassatou Lamarana Barry mes chaleureux et sincères remerciements. C'est grâce à son amour, son soutien et son sens de responsabilité que j'ai pu mener ce projet doctoral à son terme. Elle a rempli avec courage et bravoure durant mes longs mois d'absence, le rôle de mère et de père pour les enfants et la grande famille.

Mes remerciements s'adressent également à mon ami Erik Tys pour sa présence en Belgique et en Guinée à mes côtés. Son encouragement a été déterminant pour que ce travail voie le bout du tunnel.

Je remercie aussi les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse et que je ne peux malheureusement pas citer tous les noms.

En plus de la dédicace, j'adresse mes remerciements à Chantal Hoornaert et Luc Parisel pour m'avoir accueilli à chacun de mes séjours en Europe depuis 2001. Ils m'ont ouvert leur maison, mis à ma disposition toutes les ressources dont j'ai eu besoin pour que mes séjours se passent bien. Ils m'ont accueilli dans leur gîte de vacances à Nantes et m'ont souvent laissé les clés de leur maison quand ils s'absentent. Je garde des bons souvenirs de leur frigo toujours remplis de ce que j'aime. Merci à vos enfants : Amélie, Sara, Jérémie et petits enfants : Sarah, Eline, Chloé, Timon, Lucas et Victoria.

Mes amitiés à Philippe Denoël pour les nombreuses soirées passées ensemble à Liège

Merci à mes parents pour tous les efforts consentis pour mon éducation

A tous ceux qui ont contribué par leurs mots, phrases et gestes à l'aboutissement de ce travail. Vous êtes très nombreux, merci.

INTRODUCTION

Notre recherche doctorale examine dans quelle mesure et par quels mécanismes l'intégration de la santé mentale en première ligne peut non seulement améliorer l'accès aux soins de santé mentale mais aussi renforcer la qualité des soins en général à travers une approche plus centrée sur le patient. Elle analyse l'expérience d'intégration développée en Guinée, par Fraternité Médicale Guinée (FMG), Organisation Non Gouvernementale (ONG) locale, active en première ligne de soins dans le système de santé guinéen.

Le système de santé guinéen est essentiellement public. L'accès aux soins de santé mentale y est problématique pour de multiples raisons, parmi lesquelles une offre de soins insuffisante du fait du manque de personnels qualifiés et d'un faible accès aux médicaments ou encore la stigmatisation des malades. Or, l'expérience de FMG a montré qu'il est possible d'intégrer la santé mentale dans la pratique des centres de santé, avec des effets positifs dont un accès plus important aux soins et des résultats thérapeutiques probants. Les observateurs de cette expérience ont constaté que cette intégration semblait en plus avoir amélioré la qualité globale des soins grâce à une approche plus centrée sur le patient.

L'objectif général de la thèse est d'analyser en détail cette expérience dans son contexte afin d'en tirer des leçons pour l'intégration de la santé mentale plus largement en Guinée et dans d'autres zones au contexte similaire.

Le document est structuré en 4 parties :

La première partie décrit la problématique, notamment l'importance de la santé mentale comme composante essentielle de la santé, les principaux concepts utilisés et comment ils s'articulent, le contexte de l'offre de soins en Guinée et la place du secteur associatif dans cette offre. Les hypothèses, les questions de recherche et les objectifs de la thèse clôturent cette partie.

La deuxième partie est consacrée aux aspects méthodologiques généraux du travail, y compris la position particulière du chercheur et les aspects éthiques. Les différentes études qui composent le travail y sont schématisées.

La troisième partie présente les résultats de nos différentes études. Nous nous sommes intéressés à l'historique de FMG (ses valeurs, sa philosophie orientée vers les démunis, son organisation, etc.) pour situer l'intégration de la santé mentale dans l'histoire plus large de l'ONG en l'illustrant par une ligne du temps. Nous avons exploré les obstacles à l'accès aux soins des malades mentaux aussi bien auprès des étudiants en médecine que des prestataires de soins. Nous avons également rassemblé les informations disponibles sur l'utilisation effective des soins de santé mentale à partir des données de routine recueillies dans les centres de santé ayant intégré ces soins. Pour nous permettre de mieux cerner les effets de l'intégration de la santé mentale dans les centres de santé, nous avons évalué la perception des patients de leur implication au cours de la consultation et celle des soignants sur l'implication de leurs patients dans les consultations. Nous avons comparé les perceptions des

patients et des soignants pour analyser la communication soignant-patient. Nous avons enfin observé les soignants des centres de santé durant les consultations primaires curatives générales, afin de voir dans quelle mesure les effets de l'intégration des soins en santé mentale sur la qualité de la communication soignant-soigné se manifestaient pour l'ensemble des patients, quel que soit leur motif de consultation.

Enfin, dans **la quatrième partie**, nous discutons nos résultats pour mettre en évidence les conditions nécessaires pour que l'intégration des soins en santé mentale en première ligne permette un meilleur accès à des soins de santé mentale et une meilleure qualité des soins et de la relation patient-soignant pour l'ensemble des patients qui fréquentent ces centres. Sur base de cette analyse, nous proposons des pistes de réflexion pour favoriser l'intégration et améliorer la formation.

PARTIE I : PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

I.1 Problématique

Lors de la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États, l'OMS définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). La santé mentale est quant à elle définie par l'OMS comme étant un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (2). Elle précise que les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux (3).

Selon les experts de l'OMS, en 2010, le fardeau de la maladie attribuable aux troubles mentaux et aux troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues représentait 183,9 millions d'Années de Vie Corrigée d'Incapacité "AVCI" (IC 95 % : 153,5-216,7 millions), soit 7,4 % (6,2-8,6 %) de toutes les AVCI dans le monde (4). Parmi les AVCI liées aux troubles mentaux, 40,5 % sont liés aux troubles dépressifs, 14,6% aux troubles anxieux, 7,4 % à la schizophrénie et 7,0 % aux troubles bipolaires. Plus de 20 % sont dus aux troubles liés à l'alcool et aux drogues illicites (4).

Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, on estime qu'environ 76 à 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement médical conventionnel (5).

En Afrique, la situation est particulièrement préoccupante ; les enquêtes communautaires réalisées au Nigeria, pays le plus peuplé du continent avec une population estimée à plus de 150 millions de personnes, montrent la prévalence à vie des troubles mentaux, varie de 12,1 % à 26,2 %. Dans ce pays, seulement 20% de personnes souffrant de troubles mentaux graves et fréquents tels que les psychoses ont reçu un traitement dans les 12 mois précédents, et surtout, ce traitement était en dessous des normes de soin minimal adéquat (6). De plus, les soignants de ces structures manquent souvent de formation pour répondre efficacement aux besoins en santé mentale. Or la prise en charge de la santé mentale est une composante essentielle des systèmes de santé solides et est vitale pour le développement économique et social des pays à revenus faibles et intermédiaires (7).

Dans beaucoup de pays africains, la santé mentale est perçue à travers des croyances traditionnelles ou religieuses qui varient d'un pays et même d'une ethnie ou d'une région à l'autre. Le « malade » mental est souvent défini comme étant possédé, maudit ou victime d'un sortilège. Le trouble mental peut aussi être perçu comme la conséquence d'une lutte entre l'individu et d'autres personnes ou l'autorité établie, par exemple en cas de meurtre ou d'inceste. Ces perceptions expliquent la place prépondérante des tradipraticiens, guérisseurs

traditionnels ou religieux pour aider à comprendre l'origine des maux et les soulager (8,9). Mais le recours privilégié aux médecines traditionnelles s'explique également par l'inexistence de réponse adéquate dans l'offre de soins modernes (10). Cette insuffisance de l'offre peut également avoir des conséquences pour les malades, qui peuvent se retrouver emprisonnés par manque de spécialistes pouvant confirmer qu'il s'agit de malades et non de délinquants.

Dans le contexte africain où les considérations socioculturelles sont encore fortement ancrées, d'autres pathologies comme les épilepsies, les démences et certains déficits psychomoteurs sont considérées par les familles des patients et même certains professionnels de santé comme appartenant à la sphère de la « folie », donc des troubles mentaux (11).

Tant au niveau des organisations internationales que sur le plan national, on assiste en Afrique à une prise de conscience de la nécessité de développer l'offre de services de santé mentale. Certains pays africains, comme le Rwanda, ont une politique de santé mentale « active » mais ce n'est pas encore le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. En Guinée, par exemple, lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2015, une évaluation du système national de santé mentale et plusieurs ateliers de travail organisés sous les auspices de l'OMS avaient permis d'élaborer une politique nationale de santé mentale accompagnée d'un plan d'action pour sa mise en œuvre. Cependant, ces documents n'ont jamais été validés par le ministère de la santé (12).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est beaucoup investie dans le champ de la santé mentale au cours de la dernière décennie. Suite à l'adoption par la 65e Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2012, de la résolution WHA65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée au niveau des pays, l'OMS a approuvé un Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (13). En 2014, l'OMS a adopté une stratégie pour l'intégration de la réponse aux troubles mentaux et à d'autres problèmes de santé chroniques dans les systèmes de santé, qui vise notamment à transformer les systèmes de santé pour intégrer des services efficaces et efficients de santé mentale dans les soins de santé primaires (14).

Sur le plan international, l'appel pour l'intégration des soins de santé mentale dans les services de santé généraux avait débuté déjà dans les années 1970 (15). En 2008, un rapport de l'OMS et de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) présentait et tirait les leçons d'une douzaine d'expériences d'intégration de l'offre de soins de santé mentale par les médecins de famille dans les centres de santé communautaire polyvalents et des hôpitaux de district dans diverses régions du monde, dont 3 en Afrique. Celles-ci incitent à une forte collaboration entre soignants (spécialistes et généralistes), patients et familles, agents de santé communautaire et élus locaux (16). L'OMS et ses partenaires des Nations Unies ont rédigé un guide intitulé « Programme d'action-interventionnelle en santé mentale ou *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) » pour faciliter le transfert de compétences et aider les pays à développer les services de soins de santé mentale (6,17).

Devant cette situation et face à l'ampleur des problèmes de santé mentale, les structures communautaires et les services de santé de base en tant que modalité d'accueil et de prise en charge des malades mentaux pourraient sans doute constituer une alternative aux structures hospitalières asilaires héritées du pouvoir colonial (18).

L'intérêt d'intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires se justifie également par l'intrication des problèmes de santé mentale et de santé physique : certains problèmes physiques s'accompagnent de symptômes mentaux ou génèrent une souffrance psychique tandis que de nombreux problèmes de santé mentale s'accompagnent ou se compliquent de problèmes physiques (19- 21). Les avantages attendus de l'intégration pourraient être l'amélioration de la couverture, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie des patients, par exemple en leur permettant de rester dans leur milieu de vie. Cependant, les défis et obstacles pour la mise en œuvre de cette intégration en Afrique de l'Ouest sont nombreux. A l'insuffisance du personnel qualifié et de structures de prise en charge, s'ajoutent la stigmatisation par la population et les soignants, le dysfonctionnement des systèmes de santé, en particulier leur caractère bureaucratique défavorable à une approche centrée sur le patient pourtant nécessaire avec les personnes atteintes de troubles mentaux, et la faible prise en compte du problème dans les politiques nationales de santé (22,23). L'intégration est confrontée également à une série de questions : Quel contenu de formation pour le personnel de premier échelon ? Comment organiser cette formation ? Comment favoriser une approche centrée sur le patient nécessaire au dialogue avec les personnes atteintes de troubles mentaux ? Comment concevoir la collaboration avec les guérisseurs ? Comment construire un lien entre le premier échelon de soins et les services spécialisés, avec les agents de santé communautaire ?

C'est pourquoi, plutôt que de considérer a priori que l'intégration de la santé mentale est dans tous les cas la meilleure solution, il est légitime de se poser la question: est-il souhaitable d'intégrer la santé mentale dans les services de santé de première ligne ? Et si oui, pourquoi ? Et à quelles conditions est-il possible et opportun de l'intégrer ? Apporte-t-elle une valeur ajoutée ? Laquelle ? Notre travail de recherche cherche à apporter des réponses à ces questions.

I.2 Cadre théorique

Deux concepts importants des soins de santé primaires, l'intégration et les soins centrés sur le patient (SCP) sont développés dans ce cadre théorique. Il s'agit de deux concepts largement utilisés dans le cadre de nos travaux de recherche.

1. Intégration

Le concept d'intégration est complexe, diversement utilisé et dans des domaines différents. Dans le domaine de la santé, son emploi est courant et s'intéresse à plusieurs dimensions souvent complémentaires: intégration clinique, professionnelle ou médicale (24,25), Intégration des services (26), Intégration fonctionnelle/financière/

administrative (27), Intégration des soins (28), etc. Une revue systématique de la littérature, réalisée en 2009 par Armitage (29) avait recensé 175 définitions et concepts d'intégration souvent proches et qui font référence à la continuité des soins dans le système de santé.

Dans le domaine de la santé publique et plus spécifiquement dans les systèmes de santé, on retrouve le concept d'intégration dans le cadre du débat qui oppose les approches verticales aux approches horizontales. Il réfère à une démarche où des *services* de santé *polyvalents* ou *généraux* (approche horizontale) prennent la responsabilité de mettre en œuvre des *activités spécifiques de contrôle* d'un problème de santé (approche verticale): ces services deviennent alors un des *canaux* possibles du programme vertical pour réaliser ces objectifs (30).

Depuis plusieurs décennies, deux camps s'opposent au sein de la communauté d'experts de la santé publique mondiale : d'une part, ceux qui supportent l'approche verticale (31, 32) et d'autre part, les défenseurs de l'approche horizontale (33-36). Pourtant, les deux approches ont leur propre légitimité et elles peuvent se renforcer l'une l'autre (37). Le débat entre ces deux approches continue en dépit des appels à plus de compromis. Il est souvent orienté par des positions idéologiques et nécessite donc plus de données empiriques pour arriver à un consensus (38).

Le domaine du 'vertical' est celui du problème de santé isolé, par exemple une maladie (tuberculose, VIH, paludisme, fièvre hémorragique) ou un groupe restreint de problèmes de santé apparentés entre eux (santé sexuelle et reproductive, santé mentale, santé de la mère et de l'enfant) ou encore appliqué à une catégorie de population (professionnelles du sexe, enfants de rue...) (39). On parle de programme vertical « stand-alone », programme catégorique ou indépendant ou encore approches verticales, lorsque, face à ces problèmes, les acteurs de la santé et les autorités décident de mettre en place des programmes spécifiques où « la solution d'un problème de santé donné est abordée par le biais de l'application de mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique » (40).

Les avantages des programmes verticaux résident dans le fait qu'ils mettent l'accent sur les besoins de la population vis-à-vis d'une maladie en particulier, font appel à du personnel spécialisé (qui, en principe, ne prend en charge qu'une seule maladie). Ils disposent de ressources réservées et fonctionnent dans un mode « projet », avec des objectifs clairement précisés à atteindre dans des délais définis (et souvent courts) (40). A cet effet, ils ont tendance à être plus efficaces que les approches horizontales en termes de réalisation des objectifs.

Les structures verticales sont particulièrement adaptées lorsque la capacité de prestation de service est faible dans les services généraux et lorsque les interventions sont complexes et s'écartent des tâches routinières (41). Elles n'encouragent par contre pas l'autonomie de la communauté (42) et génèrent un risque substantiel de faible durabilité une fois les fonds affectés par les donateurs épuisés (43).

Le domaine de 'l'horizontal' est celui des structures, des services de santé, destinés à assister les populations à gérer l'ensemble de leurs problèmes de santé. On parle de « services

intégrés ». Ils visent à « attaquer les problèmes de santé globaux sur un front large et sur le long terme par le biais de la création d'un système d'institutions permanentes communément appelées services de santé généraux » (44).

Lorsqu'on envisage que la réponse aux problèmes de santé spécifiques peut être apportée par des services généraux, on parlera d'intégration. A cet effet, même si le premier objectif de l'intégration est d'améliorer la prise en charge du problème spécifique, il est aussi question de renforcer le système de manière à pouvoir prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé que les personnes atteintes de ce problème spécifique peuvent avoir. Le bénéfice peut même s'étendre au-delà, et contribuer à renforcer la capacité et la crédibilité du système de santé dans son ensemble en termes d'accessibilité, d'approches et d'outils. Toutefois, l'intégration peut aussi réduire la qualité de soins que le programme spécifique offrirait s'il était mis en œuvre dans une structure verticale ou dans le cadre d'un programme vertical (45). Elle peut également faire l'objet de « résistances » (ou plutôt craintes) de la part des différents acteurs (bailleurs de fonds, spécialistes, généralistes, patients même...).

Ainsi, quand on prend la décision d'intégrer, des stratégies doivent être clairement définies afin d'éviter les effets de débordement négatifs pour le système de santé comme la surcharge de travail, la baisse de la qualité des soins, etc. Ces stratégies devraient également formuler de quelle façon les programmes verticaux doivent être « exploités » afin de renforcer les systèmes de santé et tout particulièrement les soins primaires.

Il est de plus en plus admis que des systèmes de santé forts sont nécessaires pour permettre aux programmes verticaux d'atteindre leurs objectifs (46). L'OMS, reconnaît que les contraintes auxquelles font face les programmes verticaux sont moins liées au contenu technique qu'aux faiblesses des systèmes de santé (47).

L'intégration peut être administrative et/ou opérationnelle. L'intégration administrative signifie que les activités des services spécialisés sont désormais sous le contrôle du système de santé général et de son appareil de gestion (alors qu'elles étaient auparavant, sous le contrôle de la direction du programme spécialisé). L'intégration opérationnelle quant à elle, implique que les activités de contrôle spécialisées sont désormais menées par le personnel des services de santé polyvalents (alors qu'elles étaient auparavant opérationnelles par les équipes spécialisées) (30).

Dans le contexte de soins de santé primaire, l'intégration pourrait être définie comme une manière de rendre disponibles dans les structures de première ligne, des services ou des soins en lien avec une pathologie ou un problème de santé ou un ensemble de problèmes ou une catégorie de population qui n'étaient jusque-là pas offerts dans ces structures.

Dans le cas de cette thèse, il s'agit « d'amener les soignants des centres de santé associatifs à s'occuper d'un problème spécifique de santé en l'offrant dans le paquet de soins général ». Plus spécifiquement, permettre aux soignants des centres de santé associatifs d'offrir les soins en santé mentale comprenant la consultation curative, la prise en charge médicale et

psychosociale des patients et les activités d'ordre communautaire de réinsertion dans le paquet de soins général.

L'intégration d'un paquet spécifique de soins dans les soins de santé primaires conduit à des changements aussi bien dans l'organisation des services que dans leur prestation. En effet, les intervenants de 1^{ère} ligne doivent faire preuve d'une approche globale c'est-à-dire prenant en compte simultanément les divers éléments somatiques, mentaux et sociaux inhérents à toute problématique de santé.

Elle devrait permettre de rapprocher les soins aux patients et de prendre en compte leurs préoccupations physiques, émotionnelles et sociales, leur passé et leur avenir, ainsi que les réalités du monde dans lequel ils vivent. De tels résultats favorisent les soins centrés sur la personne. Au cours des 30 dernières années, une quantité considérable de résultats de recherches ont montré, que le fait de centrer les soins sur la personne est important non seulement pour atténuer l'anxiété du patient, mais aussi pour améliorer la satisfaction du prestataire (48).

2. Soins centrés sur le patient

Afin d'examiner dans quelle mesure et à quelles conditions l'intégration des soins en santé mentale peut contribuer à renforcer certaines composantes de la qualité de soins dans les structures où l'intégration a eu lieu, nous utilisons le cadre conceptuel des soins centrés sur le patient qui accorde une priorité à la personne.

La qualité est une notion complexe et largement utilisée. Dans le domaine de la santé, la qualité des soins est devenue un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Elle désigne « *le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et qui sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles* » (49). La qualité de soins présente plusieurs composantes qui permettent de la mesurer et englobe des soins adéquats, offerts au bon moment, réduisant au minimum les risques de préjudice pour les patients et les soignants, sans gaspillage des ressources, coordonnés entre les établissements et les prestataires et surtout qui tiennent compte des besoins et des préférences des utilisateurs, donc centrés sur la personne (50).

Les soins centrés sur le patient (*Patient Centered Care*) signifient que le patient, en tant que personne, est au centre des soins qui lui sont destinés. Ils incluent l'écoute du patient et de sa famille ainsi que leur participation comme membres à part entière dans la prise de décision (51). Ils ne signifient pas que le patient obtient exactement tout ce qu'il demande ou souhaite, mais plutôt qu'il interagit avec le soignant pour établir conjointement les lignes directrices de sa prise en charge (52). Mead & Bower ont donné un aperçu exhaustif de la notion de PCC autour de 5 dimensions : une perspective biopsychosociale, le « patient comme personne », le partage du pouvoir et de la responsabilité, l'alliance thérapeutique, et le « soignant comme personne » (53). Une consultation « modèle » avec un médecin axé sur le patient englobe cinq domaines principaux : l'exploration de l'expérience du malade et de la maladie, comprendre

la personne globalement, trouver un terrain d'entente (partenariat), la promotion de la santé et l'amélioration de la relation médecin-patient (54).

La communication soignant-patient est un élément important de la qualité des soins de santé : elle est déterminante dans la démarche d'autogestion des patients et dans l'impact des soins sur leur santé (55-57). La relation thérapeutique doit être équilibrée et respectueuse favorisant autonomie et résilience en évitant le développement d'une dépendance du patient à cette relation.

Selon Cole et Bird (58) et d'autres auteurs (54,59), une bonne communication soignant-patient implique l'établissement de relations efficaces, la collecte d'information, la compréhension du point de vue du patient, la transmission d'information et la prise de bonnes décisions. Les résultats positifs d'une bonne communication comprennent l'amélioration de l'observance des règles, l'ajustement des attentes, l'autorégulation et l'adaptation (58).

Un des modèles de soins centrés sur le patient, le « Montréal model » (60), est basé sur les partenariats entre les patients et les soignants, chacun ayant son propre agenda, et s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec sa maladie, et complémentaires des savoirs scientifiques des soignants. Il s'inscrit dans un *continuum* d'engagement des patients. Carman et al, définissent un cadre théorique de ce continuum en 4 étapes : (1) *Information* : le patient reçoit de l'information (diagnostic et le traitement), (2) *Consultation* : le patient est consulté sur sa perception, (3) *Collaboration* : la décision est partagée portant sur les préférences thérapeutiques et (4) *Partenariat* : le patient est accompagné dans l'autogestion de son problème de (61). Ils mentionnent que plusieurs facteurs influencent cet engagement : *le patient* (croyance, niveau de littéracie, éducation) ; *l'intervenant* (croyance, pratique) ; *l'organisation* (culture, pratiques et politiques) et la *société* (normes sociétales, régulations, politiques) (60). Le déroulement harmonieux de ces étapes devrait permettre le respect mais aussi la mise en congruence des agendas des patients et des soignants malgré d'éventuelles divergences initiales.

Au Royaume-Uni et dans d'autres pays à revenu élevé, une plus grande participation des patients aux consultations et à la prise de décision en matière de soins de santé est au cœur de la politique de santé (56). Dans une étude observationnelle qui mesure la préférence du patient dans une consultation primaire curative, trois dimensions ressortent : la communication, le partenariat et la promotion de la santé. Les auteurs concluent que les patients en soins primaires veulent fortement une approche centrée sur le patient (55).

1.3 Contexte de l'étude

Située en Afrique de l'Ouest, la République de Guinée est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte. Sa superficie totale est de 245 857 km² et comprend quatre régions naturelles (la basse Guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière avec leurs particularités culturelles et géographiques) et 8 régions administratives. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes

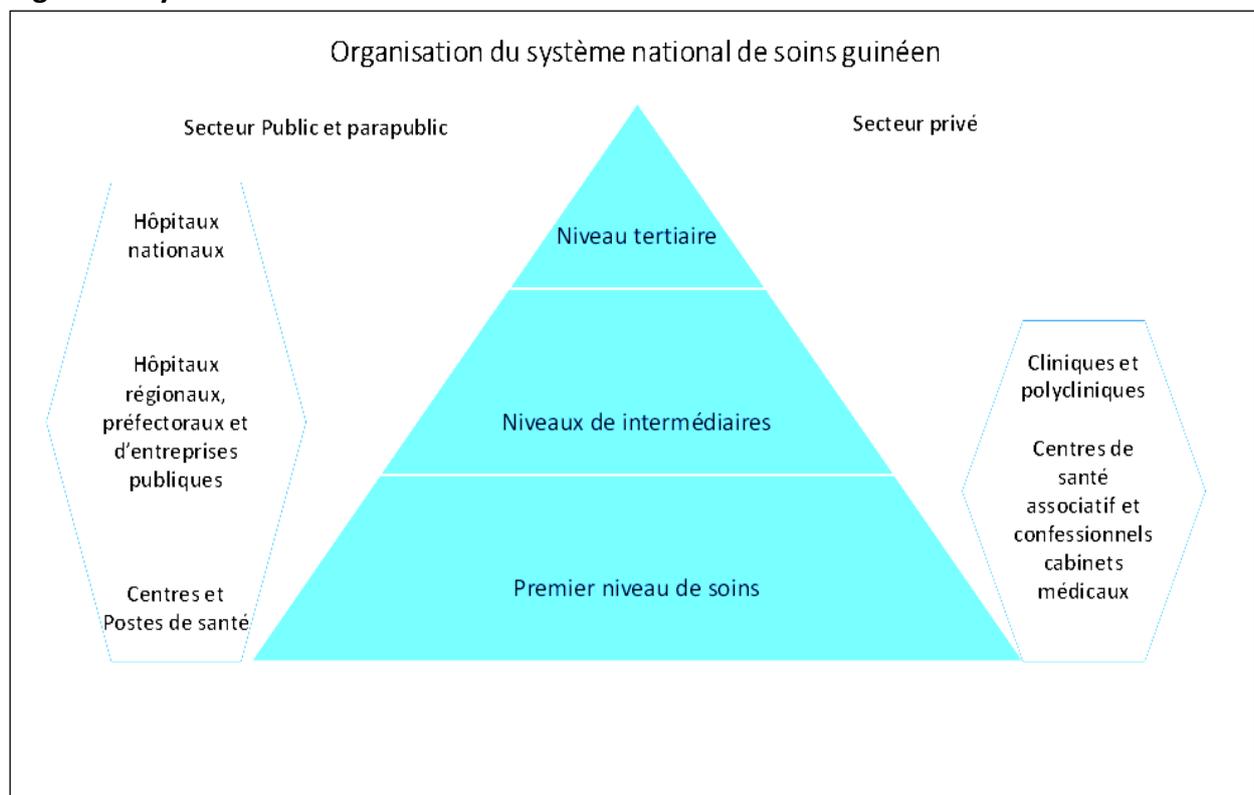
urbaines dont 5 à Conakry, la capitale, et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux. Le dernier recensement général de la population et de l'habitation publié le 13 juin 2014, donne une population de 10 523 261 habitants, soit 5 084 307 hommes et 5 438 954 femmes. Il mentionne également 1 471 268 ménages (62).

La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur ce découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.

Inspirée des principes de l'Initiative de Bamako et des concepts du système de santé de district, la politique de santé de Guinée prône la décentralisation de la gestion et l'intégration opérationnelle des programmes.

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire (figure 1).

Figure 1 : Pyramide sanitaire de Guinée



I-I. Figure 1: Pyramide sanitaire de Guinée

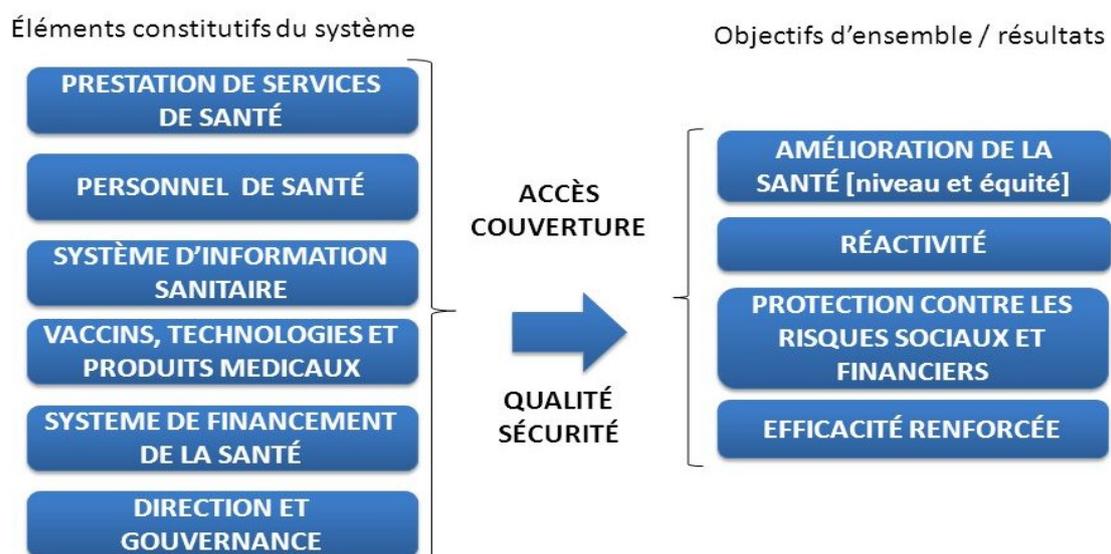
Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé; au niveau secondaire, 38 hôpitaux dont 32 préfectoraux et communaux et 6 régionaux et au niveau tertiaire, 3 hôpitaux nationaux. Le sous-secteur parapublic est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles. Le sous-secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical. L'offre privée lucrative formelle comprend 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16

cabinets de sages-femmes, 152 cabinets de soins infirmiers et 4 centres d'exploration médicale. Le privé à but non lucratif regroupe 40 centres de santé associatifs et confessionnels et 12 cabinets médicaux communautaires installés en zone rurale. Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle (63).

Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale et l'accouchement assisté. Un certain nombre d'activités de programmes verticaux sont intégrés dans les opérations de ces structures de santé, aussi bien publiques que privées à but non lucratif.

L'OMS a proposé en 2007 un cadre conceptuel du système de santé basé sur 6 piliers, induisant une approche systémique (64) et schématisé à la figure 2.

Figure 2 : Cadre conceptuel systémique du système de santé selon l'OMS



2-1 Figure 2: Cadre conceptuel systémique du système de santé selon l'OMS

En se référant à ces 6 piliers, le document de politique nationale de santé de la république de Guinée (63) décrit la performance de son système de santé comme suit :

En ce qui concerne la gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la Santé, il existe un cadre juridique, institutionnel et organisationnel avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur. Toutefois, l'inadéquation du cadre institutionnel et réglementaire actuel avec les défis du secteur de la santé, les faibles capacités institutionnelles, la quasi-inexistence du partenariat public-privé, l'insuffisance de la coordination, du Suivi-évaluation et du contrôle du secteur, l'insuffisance de sanctions, de motivation, et une faible culture de redevabilité et de transparence sont les principaux points faibles du système.

Dans le domaine de la prestation de soins et de services de santé, la couverture est dans l'ensemble relativement bonne mais les paquets de soins essentiels restent incomplets, la référence et la contre-référence sont faiblement développées, les soins ne respectent pas les standards de qualité en particulier la prévention et le contrôle de l'infection et l'humanisation des soins. Le taux d'utilisation en consultation primaire curative, un indicateur brut de l'accessibilité et l'acceptabilité des soins, reste cependant faible : de l'ordre de 0,29 contacts/habitant/an pour 84,2% des districts sanitaires. La couverture vaccinale administrative au niveau national est de 81% pour le DTC3, et 83% pour la rougeole, la couverture en CPN est de 81%.

En termes de ressources humaines en santé, l'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs, dont 47% d'infirmiers brevetés, 16% d'infirmiers diplômés d'Etat, 6% de sages-femmes, 2% de techniciens de laboratoire et 14% de médecins. Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population. La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé. Ces ressources humaines sont caractérisées par une insuffisance globale du personnel en quantité et qualité, l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé, une insuffisance dans la régulation des institutions de formation et une forte inégalité dans la répartition du personnel.

Les produits de santé sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale. Il existe une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires qui joue le rôle d'autorité de régulation. Il existe une officine pour 10.000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100.000 habitants à l'intérieur du pays. A côté des structures officielles, il existe un marché illicite de produits pharmaceutiques et une faible couverture en sang et ses dérivés.

Pour le financement de la Santé, le système de santé guinéen est en dessous (8% du PIB) des normes fixées par la CEDEAO (15% du PIB). Les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivie du financement extérieur avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales. L'Etat vient en troisième position avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées. Cette situation entraîne un sous-financement généralisé des structures de santé publiques, en particulier au niveau des districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de subvention et dépendent donc essentiellement des mécanismes de recouvrement des coûts et du financement extérieur. Il va de soi que la part importante de paiements directs dans le financement des services de santé constitue une barrière importante à l'accès (financier) aux soins.

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est caractérisé par la faible informatisation, le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et la prise de décision. Il existe en outre le développement de systèmes parallèles d'information sanitaire directement liés aux programmes verticaux de santé. La faible efficacité du système de surveillance épidémiologique dans le pays entraîne le retard dans le diagnostic et la riposte aux épidémies. C'est le cas de la maladie à virus Ebola déclarée en Guinée en 2013 alors que la confirmation n'a été faite qu'en avril 2014.

Si les structures publiques offrent les soins à l'ensemble de la population, la prise en charge de certaines catégories de population reste marginale. C'est le cas des populations fortement stigmatisées comme les malades mentaux, les professionnels (le)s du sexe et d'autres populations marginalisées, par exemple les populations ayant des profils particuliers tels que les homosexuels.

La prise en charge de ces populations est possible grâce à l'intervention des organisations de la société civile nationales et internationales telles que l'Association Guinéenne pour le Bien être Familiale (AGBEF) et l'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG), qui est une organisation médicale professionnelle créée en 1994, spécialisée dans l'offre de soins de première ligne.

Comme dans la plupart des pays en développement, l'offre de soins en santé mentale n'est pas une priorité pour le système de santé public. En Guinée, il n'existe qu'un seul service dans un hôpital public offrant des soins aux personnes ayant des troubles mentaux et 5 psychiatres, tous basés à Conakry. Une unité de prise en charge des malades mentaux a bien été installée dans un petit village au sud du pays, mais aucun spécialiste n'y exerce. C'est dans ce contexte que l'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG) a proposé dans les années 2000, l'intégration des soins en santé mentale dans le paquet minimum d'activités des centres de santé de première ligne où exercent des prestataires de soins polyvalents. En effet, cette ONG initie et développe des projets et s'investit dans les programmes verticaux initiés par l'Etat et les partenaires au développement. Ces programmes sont mis en œuvre dans ses centres de santé et devraient permettre d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les bénéficiaires de ces programmes mais aussi pour le fonctionnement global des structures de soins pour les populations dont elles sont responsables. FMG arrive ainsi à « naviguer » de façon pragmatique dans le paysage des bailleurs de fonds et des programmes 'verticaux' de maladies spécifiques en répondant à la fois aux objectifs et attentes du programme mais en même temps veille à ne pas « nuire » au système de Soins de Santé Primaires, et même à le renforcer.

Notre recherche s'intéresse précisément à cette expérience particulière et analyse les déterminants et le processus qui ont permis l'intégration des soins de santé mentale dans la pratique des centres de santé.

I.4 Objectifs de recherche

L'objectif général de notre travail est d'analyser cette expérience guinéenne de manière à répondre à la question suivante : « *Dans quelle mesure et à quelles conditions l'intégration des*

soins en santé mentale comme programme spécifique de santé peut-elle améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour la population et la qualité des soins de première ligne offerts dans ces centres de santé »

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Analyser le processus d'intégration des soins de santé mentale dans les centres de santé de l'ONG FMG et d'autres
- Etudier la stigmatisation des malades mentaux par les étudiants en médecine et les soignants des centres de santé dans le contexte guinéen et son impact sur l'intégration de la santé mentale dans les services de santé
- Etudier l'attitude des soignants des centres de santé à l'égard des malades mentaux et son évolution dans le temps et l'espace
- Analyser l'utilisation des soins de santé mentale au niveau de ces centres de santé
- Evaluer dans quelle mesure et à quelles conditions l'intégration des soins en santé mentale peut contribuer à renforcer les soins centrés sur le patient dans les structures dans lesquelles l'intégration a eu lieu.

Références

1. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
2. Organisation mondiale de la santé (2014). 10 faits sur la santé mentale. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/mentalhealth/fr/>
3. Organisation mondiale de la Santé. Thèmes de santé - Troubles mentaux. Available from: http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray Ch J L, Vos T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet; Vol 382 November 9
5. Liu G, Jack H, Piette A, Mangezi W, Machando D, Rwafa C, et al. (2016). Mental health training for health workers in Africa: a systematic review. Lancet Psychiatry. Jan 1;3(1):65–76.
6. Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Yasamy MT, Adebayo K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. BMC Health Serv Res. 2015; 15: 242. doi: [10.1186/s12913-015-0911-3](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3)
7. Health Advisory Service (HAS).(2015). Improving Mental Healthcare in Resource-Poor Settings. 2015. HAS025 / mental health / Final report 16 November 2015

8. Nguimfack Mbodie PC. Pour une politique de santé mentale adaptée en Afrique Noire. *Médecine d'Afrique Noire*. 2001 Nov;465–71.
9. Kastler F. (2011). La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? *In: Santé internationale*. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2011. p. 169–77. (Hors collection).
10. Van der Geest S. (1997) Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. *Trop Med Int Health*. 2 : 903– 911
11. Sow A, Dewez M. (2019). La folie et ses médecines en Guinée. *Pratiques, Cahiers de la Médecine Utopique*. N°85.
12. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016). Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée. OMS-Guinée. Conakry
13. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. OMS; 2013.
14. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva, World Health Organization; 2014.
15. Sartorius N, Harding TW. (1983). The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental HealthCare, I: the genesis of the study. *Am J Psychiatry* 1983; 140(11):1470–3. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1470> PMID: 6624994
16. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). (2008) Integrating mental health into primary care. A global perspective, 2008.
17. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health*. 2018;21(1):30-34
18. Collignon R. (1983). *Psychopathologie africaine*, 1983, XIX, 3: 287-328.
19. Lamboy B. (2005). La santé mentale: Etats des lieux et problématique. *Santé Publique* 2005/4 Vol. 17 : 583-596
20. Schimtz N., Wang J., Malla A, Lesage A. (2007). Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 69(4): 332-338.
21. Fleury M.J, Bamvita J M, Farand L, Tremblay J. (2008). Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders. *Mental Health in Family Medicine*. 2008 Sep; 5(3): 149–160.
22. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. (2016). Patient-centered care and people-centered health systems in sub-saharan Africa: Why so little of something so badly needed? *Int J Pers Cent Med*. 2016;6(3):162-73.
23. Petersen I. (2000). Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? *Soc Sci Med*. 2000;51:321-34.

24. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. (2011). What is integrated care? Research Report Nuffield Trust; London, 2011.
25. Kodner DL. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q* 2009;13(Spec):6-15. doi: 10.12927/hcq.2009.21091
26. Kodner DL, Kyriacou CK. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two american models. *Int J Integr Care* 2000;1:e08. doi: [10.5334/ijic.11](https://doi.org/10.5334/ijic.11)
27. National Health Service, Field S. (2011). NHS Future Forum. Summary report on proposed changes to the NHS. London: Department of Health UK; 2011.
28. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures* 2001;8(2):38-52.
29. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* 2009;9:e82.
30. Criel B, Kegels G & Van der Stuyft P. (2004). Editorial: A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. *Trop Med Int Health* 2004; 9(6): a1–a4 suppl.
31. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M et al. (2006). Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project. *Lancet* 2006;367:1193-1208.
32. Shepard DS, Zeng W, Amico P, Rwiyereka AK, Avila-Figueroa C (2012). A controlled study of funding for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome as resource capacity building in the health system in Rwanda. *Am J Trop Med Hyg* 2012, 86:902-907.
33. De Maeseneer J, van WC, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N (2008). Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract* 2008;58:3-4.
34. De Maeseneer J, Twagirumukiza M (2010). The contribution of primary health care to global health. *Br J Gen Pract* 2010; 60:875-876
35. Unger JP, De Paepe P, Green A. (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Manage* 2003,18 Suppl 1:S27-S39.
36. Rawaf S, de Maeseneer J, Starfield B. (2008). From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008,372:1365-1367
37. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. (1997). Integration of vertical programmes in multi-function health services. Edited by Van Lerberghe W, Kegels G, De Brouwere V. Antwerp: ITG Press; 1997:1-42: *Studies in Health Services Organization and Policy*
38. Keugoung B, Macq J, Criel B, Meli J. (2014). Interface entre programmes verticaux et services de santé généraux Comment optimiser cette relation dans les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne? Thèse soumise en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences de la santé publique. Université Catholique de Louvain, Institut de Recherche Sant et Société

39. Van Lerberghe W & de Béthune X. (1998). *Intégrations et Recherche : Coordination: Studies in Health Services Organisation & Policy*, 8, 1998.
40. Rifat AA, Bennett S, Duran A. (2008). Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé? OMS Europe, Réseau des bases factuelles en santé et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ; série Synthèse, Analyse des systèmes et politiques de santé.
41. Cairncross S, Peries H, Cutts F. (1997). Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349(Suppl. III):20–22.
42. Banerji D. (1999). Political context of the work of international agencies – a fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank: instances of the practice of “intellectual fascism” and totalitarianism in some Asian countries. *International Journal of Health Services*, 1999; 29:227–259.
43. Stefanini A, Ruck N. (1992). Managing externally-assisted health projects for sustainability in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1992, 7:199–210.
44. Msuya J. (2005). Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs? Washington, DC, Banque mondiale, 2005.
45. Criel B, De Brouwere V. (1998). *Intégrations et Recherche. L'intégration de programmes verticaux dans les services de santé polyvalents: Conditions, limites et potentiel de l'intégration. Studies in Health Services Organisation & Policy*, 8, 1998.
46. The world health report 2003 – shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, consulté le 1er mai 2008).
47. Raviglione MC, Pio A. (2002). Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*, 2002, 359:775–780.
48. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2008: Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*
49. Budd, A. et al. (2016). A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda. *Journal of Service Science and Management*, vol. 9: 150-9
50. Organisation mondiale de la santé, OCDE et Banque mondiale (2019). *La qualité des services de santé: UN impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. Genève; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
51. Laine C, Davidoff F. (1996). Patient-centered medicine. *Journal of American Medical Association*, vol. 275:152- 156.
52. Ross T, Tsuyuki RT, Krass I. (2013). What is patient-centred care? / Que sont les soins axés sur le patient? *Canadian Pharmacists Journal/Revue Canadienne du Canada*. 2013; 146(4): 177–180. doi: 10.1177/1715163513494591
53. Mead N. & Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc. Sci. Med.* 51: 1087–110.

54. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*; 322:465
55. Stewart MA. (1995). Effective Physician-Patient Communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 1995; 152 (9):1423-33
56. Matusitz J & Spear J. (2014). Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination, *Social Work in Public Health* 2014;29 (3): 252-266, doi: 10.1080/19371918.2013.776416.
57. Hassan I, McCabe R, Priebe S. (2007). Professional-patient communication in the treatment of mental illness: a review. *Commun Med.* 2007;4(2):141–52.
58. Cole, S. A., Bird, J. (2000). *The Medical Interview (3rd Edition)*. The Three Function Approach. Elsevier, Philadelphia, pp 336.
59. Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76 (4), 390–393.
60. Pomey M.P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M.C, Débarges B, Clavel N, Jouet E (2015). Le « Montréal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* 2015/HS (S1) : 41-50.
61. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32 (2):223-31
62. Ministère du plan de la République Guinée, 2014. Plan National de développement sanitaire (PNDS)
63. Ministère de la santé, 2015 : Politique Nationale de la santé de Guinée
64. World Health Organization. (2007). *Everybody’s Business. Strengthening health systems to improve health outcomes. Who’s Framework for action*. Geneva, Switzerland 2007.

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE

II.1 Démarche générale

Notre question de recherche s'apparente à une évaluation d'une expérience de terrain, en cours depuis près de 20 ans.

Le choix de l'approche méthodologique a été guidé d'une part par la nature même de l'expérience et d'autre part par les questions posées. En effet, l'objectif d'une telle évaluation n'était pas tant de prouver l'efficacité de l'intégration de la santé mentale sur l'amélioration de la santé mentale de la population par une approche expérimentale ou quasi-expérimentale, mais plutôt de comprendre les changements générés par cette expérience et comment ceux-ci sont survenus.

1. Une intervention complexe

L'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de première ligne est une intervention complexe, compte tenu de la nature du problème de santé à intégrer, les représentations sociales qui entourent la question, le système de santé dans lequel elle est intégrée, les caractéristiques des centres de santé 'récipiendaires' (types de structures, type de personnel, mode de fonctionnement), le type de formation reçu par le personnel dans le processus de l'intégration, la diversité de soignants impliqués, le mode de financement de l'intervention, etc.

Les interventions complexes peuvent être définies comme étant la présence d'enchevêtrements de multiples éléments et composantes, mis en jeu dans des relations la plupart du temps non linéaires, où la compréhension de la contribution d'un seul n'est pas suffisante pour analyser l'intervention comprise comme un tout. Ces interventions ont une histoire, elles sont enchâssées dans un contexte particulier qu'il faut prendre en compte. Elles constituent des systèmes ouverts et adaptatifs dont le chercheur qui les observe fait lui-même partie (1, 2).

Dans sa thèse de doctorat, Pierre Blaise cite Edgar Morin qui définit ainsi la complexité: "est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple" (3).

Une intervention sociale peut être considérée comme un système complexe, constitué de plusieurs éléments. Burton (4) en cite quelques propriétés :

- un système complexe ne peut être compris qu'en observant l'interaction très riche entre ses éléments, qui ne sont que rarement isolés,
- le résultat d'une quelconque action dépend de l'état des autres éléments au moment de l'action ainsi que de l'importance de l'action,
- la seule compréhension de chacun d'entre eux n'est pas suffisante pour comprendre le tout.

Les interventions complexes se prêtent mal à une évaluation « expérimentale » qui vise à établir une relation de cause à effet linéaire entre une intervention et des effets, « toutes choses égales par ailleurs ». Dans ces interventions complexes en effet, les relations de cause à effet ne sont pas linéaires et les facteurs contextuels contribuent largement à la production des effets. C'est pourquoi, ces facteurs contextuels ne peuvent être considérés comme des facteurs confondants et « neutralisés » par une répartition aléatoire dans une expérimentation randomisée contrôlée (63) mais comme des éléments constitutifs d'un système faits d'intrications multiples de causes et de conséquences.

D'autres approches évaluatives semblent plus pertinentes pour analyser ce type d'interventions, en particulier celles qui prennent en compte le contexte dans lequel elles se développent et visent à mieux comprendre comment les différents éléments de l'intervention interagissent pour produire ses effets. C'est le cas de l'évaluation basée sur la théorie qui vise à « comprendre l'action publique dans sa globalité, sa complexité et sa nature chaotique » (5).

2. Evaluation basée sur la théorie

Nous avons choisi d'inscrire notre démarche analytique dans le courant de « l'évaluation basée sur la théorie ». Il s'agit d'une démarche évaluative plutôt qu'une méthode d'évaluation en tant que telle (5). Elle regroupe diverses pratiques évaluatives et vise à ouvrir la « boîte noire » des interventions pour en comprendre les effets et comment ceux-ci se sont produits.

Si différents théoriciens proposent des approches et pratiques d'évaluation spécifiques au sein de ce courant, telles que l'évaluation réaliste (6) ou la *theory-driven evaluation* (7), nous nous inspirons pour ce travail plutôt de la démarche analytique générale de l'évaluation basée sur la théorie au sens large, sans appliquer précisément l'une ou l'autre de ces pratiques.

L'évaluation basée sur la théorie décompose l'intervention en une « théorie », c'est-à-dire un ensemble d'hypothèses expliquant pourquoi et comment l'intervention générerait les effets attendus. Une fois la théorie de l'intervention explicitée, celle-ci peut être considérée comme « l'échafaudage sous-tendant les questions évaluatives, la collecte de données et l'analyse » (5).

Les approches d'évaluation axées sur la théorie utilisent une théorie du changement explicite pour formuler des conclusions quant à la contribution d'une intervention eu égard aux résultats observés. Les approches axées sur la théorie constituent une « logique d'enquête » qui complète la plupart des modèles d'évaluation et techniques de collecte de données.

« Une théorie du changement explique de quelle façon l'intervention devrait produire ses résultats prévus. Cette théorie définit la séquence des événements (extrants, résultats immédiats, résultats intermédiaires, résultats finaux) qui devraient avoir lieu conséquemment à l'intervention. Cette séquence est habituellement appelée la « logique du programme » ou le « modèle logique ». La théorie du changement va toutefois plus loin : elle décrit les mécanismes du changement, formule les hypothèses et définit les risques et le contexte qui pourraient appuyer la théorie ou l'empêcher de se concrétiser sous la forme de résultats

observés. La « boîte noire » du changement s'ouvre et permet de mieux examiner le lien de causalité entre les extraits de l'intervention et les résultats observés. La théorie du changement peut être utilisée pour comparer, au moyen d'éléments probants, la présumée chaîne causale des résultats avec les observations, en vérifiant chacun des liens et des hypothèses du processus, afin de confirmer la théorie. » (8)

Pour notre travail, nous avons élaboré la théorie de l'intervention (l'intégration des soins de santé mentale en 1^{ère} ligne) par une approche inductive, sur base de notre travail de terrain, des différents documents rédigés par l'équipe de FMG et ses différentes partenaires (y inclus des évaluations externes venant de bailleurs de fonds) et de nos observations. Comme le signale Devaux-Spartarakis, cette approche inductive nécessite aussi en général un éclairage par les parties prenantes de l'intervention (5). Pour notre travail, les discussions et échanges avec les formateurs de l'équipe du centre de santé mentale du projet SAMOA, le personnel des centres de santé et l'équipe FMG ainsi qu'avec des guérisseurs traditionnels ont largement contribué à affiner les hypothèses issues de nos observations personnelles.

Nous proposons donc d'étudier le contexte, le processus, les effets et les déterminants de l'intégration de la pratique de la santé mentale dans les soins primaires en cherchant à expliquer comment les effets, attendus ou fortuits, positifs ou négatifs, se sont produits et quelles sont les conditions du contexte qui ont permis leur émergence. En effet, nous considérons que c'est la meilleure compréhension des facteurs contextuels de succès ou d'échec qui sont le plus utiles à la décision d'implantation d'une stratégie analogue de renforcement des soins primaires dans un autre contexte.

II.2 Théories d'intervention

Plusieurs hypothèses ou « théories » sont sous-jacentes à l'intégration de l'offre de soins en santé mentale dans les centres de santé :

1. Dans le contexte guinéen avec des conditions de ressources humaines spécialisées très limitées, il est possible d'offrir des soins de santé mentale en les intégrant dans les soins primaires. L'existence de centres de santé polyvalents où exercent des médecins, formés dans une perspective de médecine de famille, et ouverts à des populations vulnérables est une opportunité.
2. Cette intégration est possible si les représentations sociales de la maladie mentale et les attitudes de stigmatisation des malades mentaux des professionnels de santé évoluent de façon positive.
3. La formation des professionnels de santé à l'accueil et à la prise en charge des malades mentaux permet de modifier les représentations sociales.
4. Si les professionnels de première ligne sont formés, supervisés et bénéficient de soutien émotionnel, ils peuvent offrir des soins en santé mentale adéquats.

5. Si les patients qui souffrent de problèmes de santé mentale et leur famille trouvent une offre de soins en première ligne (personnels formés, disponibilité des médicaments en particulier des psychotropes et antiépileptiques...), ils l'utilisent.

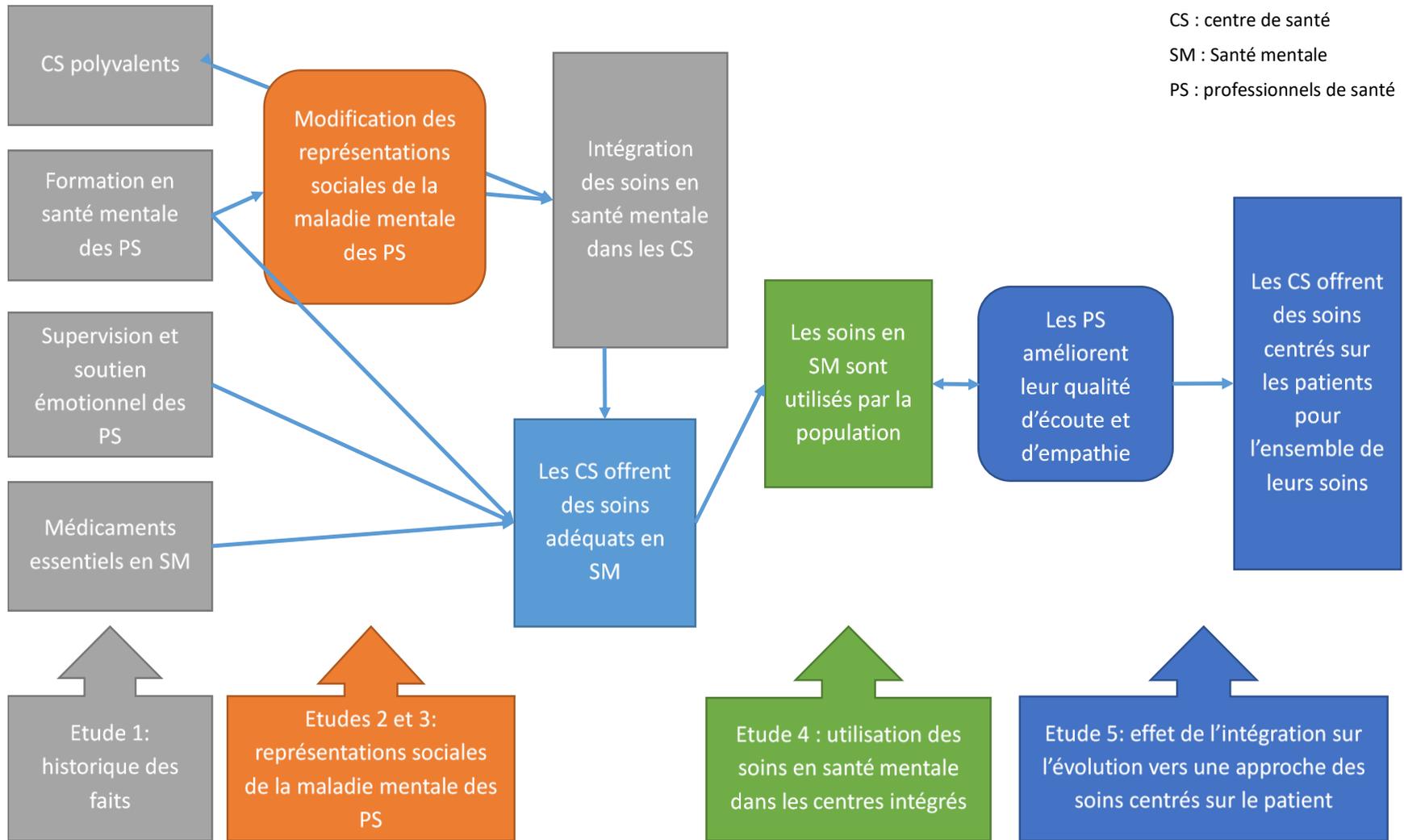
6. Le fait d'offrir des soins en santé mentale apprend aux professionnels à mieux écouter les patients.

7. Si les professionnels de santé développent leur capacité à écouter mieux, ils développent des soins plus centrés sur le patient pour l'ensemble de leurs soins.

Ces hypothèses sont représentées sur le schéma ci-dessous (figure 1) et constituent la structure d'une théorie du changement.

Notre recherche a tenté de voir dans quelle mesure ces hypothèses se vérifiaient dans la réalité et d'affiner ces théories en analysant plus précisément les conditions contextuelles dans lesquelles les effets positifs sont produits (quelle formation, quel personnel, quel dispositif de suivi, etc.), mais aussi d'identifier des possibles effets négatifs (inattendus). Ceci afin d'éclairer comment reproduire ou poursuivre l'intervention dans d'autres contextes en maximisant les chances de succès et en réduisant les risques d'effets négatifs ou nuls dans une visée heuristique de reproductibilité.

Figure 1 : Modèle de changement de l'intégration de la santé mentale



3-II.2 Figure 1: Modèle de changement de l'intégration de la santé mentale

II.3 Etudes menées

Une évaluation basée sur la théorie n'oriente pas obligatoirement vers des méthodes quantitatives ou qualitatives mais, de façon plus pragmatique, elle recourt aux méthodes qui sont les plus aptes à répondre aux questions posées et à tester les hypothèses formulées. A cet effet, cinq (5) études ont été menées pour éclairer différents éléments des théories d'intervention. Elles sont représentées en regard du modèle de changement de la figure 1.

Etude 1 : cette première étude a pour objectif de décrire minutieusement l'expérience menée, en l'organisant par une ligne du temps, sur base de la documentation rassemblée.

Nous postulons que certains aspects de l'expérience et du contexte ont joué un rôle crucial, notamment les caractéristiques de FMG (logique de création, philosophie d'intervention, valeurs) et des centres de santé qui ont hébergé l'expérience, le processus d'apprentissage qui a conduit à l'intégration, les approches de suivi et l'interaction avec d'autres initiatives à l'œuvre. C'est pourquoi nous les décrivons le plus précisément possible.

Etude 2 : La seconde étude pose la question des représentations sociales de la maladie mentale des professionnels de santé. Ces représentations peuvent-elles constituer un obstacle à l'accès aux soins des malades mentaux et à l'intégration des soins ? Comment ces représentations évoluent-elles au cours de la formation médicale ? Pour analyser cette situation, nous avons réalisé une étude transversale portant sur la comparaison des représentations entre les étudiants (quelque peu) sensibilisés aux problèmes de santé mentale grâce à leur cours de psychiatrie (6ème année médecine) et la population d'étudiants non sensibilisés (première année médecine). Il s'agit d'une étude qualitative menée via des focus groups.

Etude 3 : La troisième étude porte sur les questions suivantes : La formation des professionnels et la pratique des soins de santé mentale intégrés aux soins primaires permettent-elles de lever les obstacles dus aux représentations de la maladie mentale qui conduisent à stigmatiser les malades et donc à ne pas vouloir soigner les malades mentaux ? Quels sont les déterminants et leviers de cette déstigmatisation ? Sont-ils variables selon le contenu et l'intensité de la formation ? Quels sont les facteurs les plus puissants pour lever la stigmatisation chez les professionnels de santé qui exercent des soins de santé mentale ? Pour répondre à ces questions nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des professionnels travaillant dans 9 centres de santé publics et associatifs dont 5 avaient intégré les soins de santé mentale et 4 non.

Etude 4 : Afin d'évaluer l'utilisation des soins en santé mentale dans les 5 centres ayant intégré ces soins, la quatrième étude a collecté les données médicales et sociodémographiques des patients consultant pour la première fois pour des problèmes de santé mentales dans ces centres de 2012 à 2017.

Etude 5 : La dernière étude tente de répondre à la question suivante : dans quelle mesure l'intégration des soins de santé mentale dans la pratique des soins primaires a-t-elle amélioré

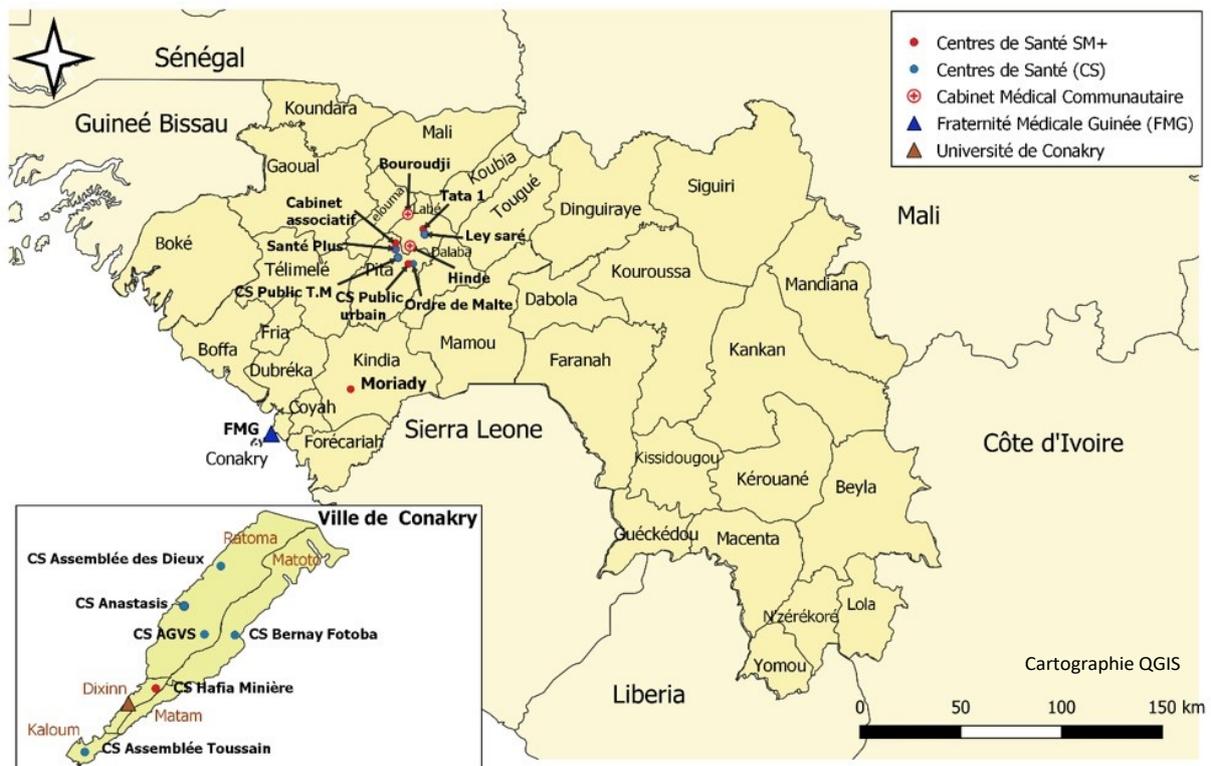
la qualité des relations soignants-soignés dans des soins de première ligne en général, et si oui, quelles dimensions de la qualité des soins ont été améliorées ? Une étude, combinant l’observation de 450 consultations et un questionnaire administré auprès de ces patients et des soignants, évalue l’effet de l’offre de soins de santé mentale sur la qualité technique des soins dans leur dimension “relations interpersonnelles”.

Les documents de recueil des données sont présentés en annexe. Les cartographies ont été réalisées avec le logiciel QGIS.

II.4 caractéristiques des différentes études

Les études ont été réalisées dans plusieurs sites à Conakry et dans l’intérieur du pays (figure 2). Les autres caractéristiques des études sont résumées au tableau 1 alors que les aspects méthodologiques spécifiques à chacune d’elles sont précisés dans les chapitres correspondants.

Figure 2 : Localisation des principaux sites de recherche



4- II.3 Figure 2 : Localisation des principaux sites de recherche

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des études réalisées

Etudes réalisées	Site d'intervention	Type d'étude	Cibles	Sources de données	Période couverte
Etude 1	Conakry, Kindia, Pita et Labé	Descriptive, revue documentaire, ligne du temps	FMG et 5 centres de santé intégrés FMG (Hafia Minière, Moriady Tata 1) et non FMG (Timbi Madina et Pita centre)	Rapports, documents de présentation, témoins privilégiés de FMG (fondateurs, administrateurs, ...)	1994-2017
Etude 2	Faculté de médecine de Conakry	Etude qualitative	Etudiants de 1 ^{ère} et 6 ^e années de médecine	Focus group	Février-Mars 2017
Etude 3	9 centres de santé (publics et associatifs)	Etude qualitative	Les 5 centres de santé intégrés et 4 centres de santé non intégrés (Santé plus, Bouroudji, Hindé et Ley sarè)	Interviews semi-structurées, groupes d'entretien	Février-Mars 2017
Etude 4	Conakry, Kindia, Labé et Pita	Descriptive	Les 5 centres de santé intégrés FMG (Hafia Minière, Moriady Tata 1) et non FMG (Timbi Madina et Pita centre)	Registres de consultation, dossiers individuels des patients et cahiers de visite à domicile	2012-2017
Étude 5	12 centres de santé (associatifs et confessionnels)	Etude mixte (quantitative et qualitative)	Les 18 prestataires de 4 centres de santé associatifs intégrés (Hafia minière, Moriady, Tata 1 et Timbi Madina) et de 8 non intégrés (Bernay Fotoba, Koloma, "Ordre de Malte France", Toussaint, Assemblée des Dieux, Anastasis, Bouroudji et Santé Plus) et 450 patients	Observations, questionnaire dirigé interviews semi-structurées « Interviews de sortie », focus group	Août 2018 Avril 2019

1- II. Tableau 1: Récapitulatif des caractéristiques des études

II.5 Position du doctorant

Le doctorant n'était pas neutre. Il est membre fondateur et directeur de FMG et de ce fait disposait d'informations préalables.

Ce positionnement peut constituer un biais, par exemple, en donnant – inconsciemment ou pas – plus d'attention et de poids à des résultats positifs. Pour réduire ce biais, la collecte des données a été assurée pour l'ensemble des études par des personnes externes aux centres de santé et à l'institution FMG. L'analyse des données a été faite par le doctorant, mais toujours en collaboration avec des experts des différents domaines des études (sociologues, épidémiologistes, statisticiens, médecins de santé publique, étudiants de la faculté de médecine et du master en santé publique) extérieurs à FMG. Par ailleurs, le chercheur étant également acteur du système, on peut parler ici de recherche action dans une visée expérientielle transformative. Une des caractéristiques intrinsèques de celle-ci est justement la juxtaposition des deux rôles, source de biais d'observation, bien relevés mais limités au maximum par les différents contrôles mis en place.

II.6 Restitution/diffusion des résultats des études

Pour donner aux résultats une utilité « pratique », mais aussi une démarche (positive) à portée éthique, tous les résultats des études ont été présentés aux personnes et institutions enquêtées. Les informations issues des débats lors de ces séances ont permis de consolider l'analyse et l'interprétation des résultats de chaque étude.

Pour l'étude 2, par exemple, les résultats provisoires ont été présentés à quatre groupes d'étudiant(e)s de première et de 6^{ème} année de médecine ayant participé à l'étude afin de valider les résultats. Les restitutions ont permis aux étudiants de débattre sur la stigmatisation des malades mentaux et d'apporter des éléments nouveaux qui ont enrichi nos analyses.

Pour l'étude 4, les prestataires des 5 centres ont été réunis pour débattre des résultats. Débats qui ont montré la pertinence de revoir les outils de collecte des informations dans les centres de santé, la façon dont il faut les renseigner pour qu'ils servent au système national d'information sanitaire (SNIS) et comment améliorer la pratique de l'offre de soins. A cet effet, les dossiers individuels ont été recommandés à tous les centres de santé afin qu'ils favorisent un meilleur suivi des patients.

Pour la 5e étude, des séances de restitution ont été effectuées auprès des soignants qui ont participé à l'étude et les débats permirent d'enrichir les données collectées et analysées. Deux séances de diffusion ont été également organisées à l'intention des responsables du niveau central du ministère de la santé et aux étudiants de master en santé publique et de médecine de famille. .

Les résultats des études ont été également présentés dans des conférences, colloques et instances du service public du système de santé guinéen, en particulier aux comités techniques préfectoraux et régionaux de la santé. Les articles publiés ont été également

utilisés comme étude de cas dans certaines unités d'enseignement des masters de santé publique et de médecine de famille de l'Université de Conakry et du cours d'été de l'Université Libre de Bruxelles.

II.7 Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par la Commission Nationale d'éthique pour la Recherche en santé (CNER) de Guinée (N°010/CNRS/17). Les participants, informés de l'objectif de l'étude et des risques potentiels au moment du recrutement et au début des entretiens, ont librement consenti.

Pour chaque étude, l'objectif a été expliqué aux participants, en français ou en langues nationales. Ils ont été informés que les informations qu'ils allaient fournir resteraient confidentielles et que leurs noms n'apparaîtraient sur aucun rapport ou publication découlant de l'étude. Ils ont été informés du temps qu'ils allaient accorder aux entretiens et qu'en s'engageant, ils ne couraient aucun risque pour leur santé et leur renommée. Ils ont été également informés qu'ils pouvaient à tout moment interrompre leurs participations sans préjudice. Leur accord a été demandé pour l'enregistrement audio durant les entretiens qu'ils pouvaient refuser librement. Ils savaient qu'ils n'auraient aucun bénéfice direct lié à leur participation mais que leurs contributions allaient aider la communauté scientifique à intervenir auprès des malades pour alléger leurs souffrances et celles de leurs familles.

La participation était volontaire. Le contact des enquêteurs et du doctorant a été donné aux participants pour leurs questions éventuelles. Le consentement écrit a été obtenu avec les personnes alphabétisées, sinon oralement par défaut dans le cas contraire.

Des notes techniques ont été envoyées à tous les médecins chefs de district et chefs des centres de santé pour avoir l'accord d'accueillir les enquêteurs, qui disposaient tous des ordres de mission. Les enquêtés ont été également informés que les résultats des études allaient leur être restitués par le chercheur principal. Au niveau de tous les sites d'étude, nous avons rencontré les responsables pour leur présenter les objectifs de la recherche, la stratégie de collecte des données et solliciter leur participation.

Références

1. Ridde V, Robert E, Guichard A, Blaise P, Van Olen J. (2012). L'approche *Realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *The Canadian Journal of program Evaluation* 26(3) :37-59
2. Blaise P, Marchal B, Lefèvre P, Regels G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales: l'approche réaliste en évaluation. *In Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la dir. Potvin L., Moquet MJ, Jones C. Saint-Denis (pp 285-296). INPES, coll. Santé en action*
3. Blaise P. (2004). Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences de la Santé Publique, ULB

4. Burton C. (2002). Introduction to complexity: Complexity and Healthcare. *In* Sweeney K & Griffiths F (Eds.), *Complexity and Healthcare* (pp. 1-18). Radcliffe Medical Press.
5. Devaux-Spatarakis A. (2014). L'évaluation « basée sur la théorie », entre rigueur scientifique et contexte politique. *Politiques et Management public*, Institut de management public ; 31(1) : 51-68
6. Pawson R, Tilley N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications Ltd, 235 p.
7. Chen H, Rossi P. (1989). Issues in the Theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*; 12(4): 299-306.
8. Centre d'excellence en évaluation du secrétariat du Conseil du trésor du Canada. (2012). *Approches d'évaluation axées sur la théorie : Concepts et pratiques*. Conseil du Trésor, Ottawa, 2012

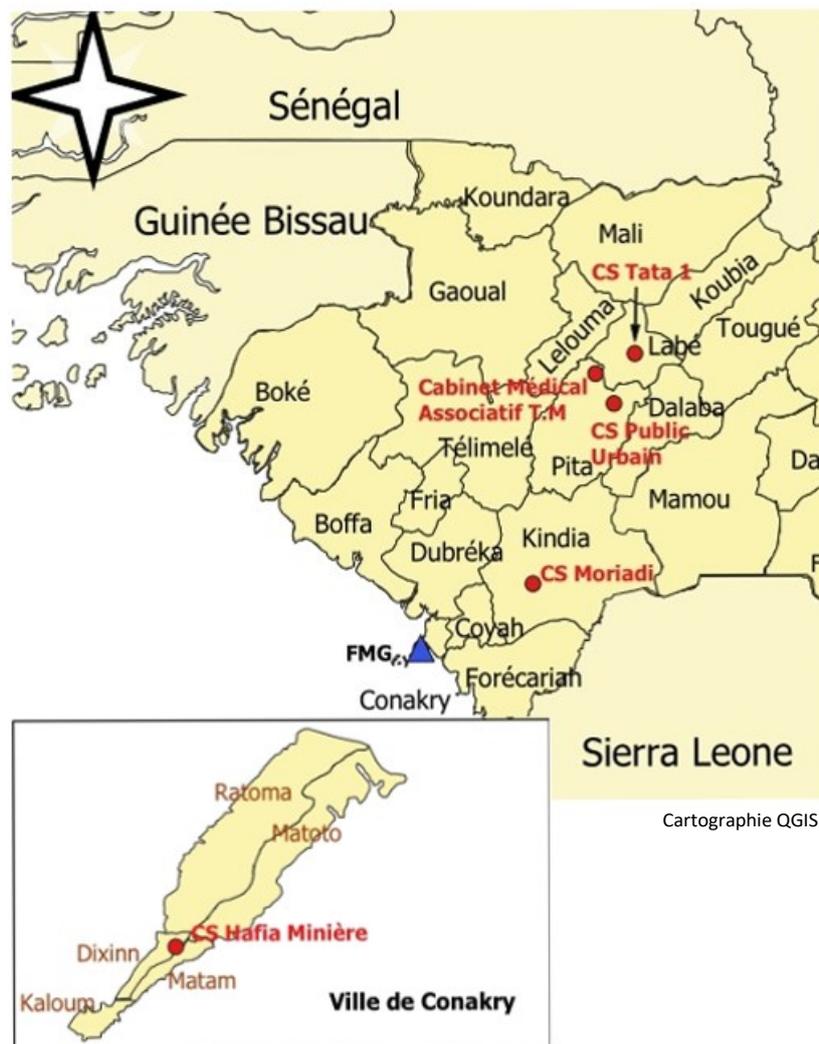
PARTIE III : RÉSULTATS

III.1 Etude 1 - Historique de Fraternité Médicale Guinée et des centres de santé intégrés

Partant du postulat méthodologique que l'évaluation de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé de première ligne ne peut se faire sans une analyse approfondie des conditions de l'expérience qui ont pu en influencer les effets, nous commencerons la présentation des résultats par une étude descriptive du contexte dans lequel s'est déroulée l'expérience ainsi que du processus d'intégration.

Nous présenterons tout d'abord les origines et l'évolution du développement des centres de santé FMG, ensuite l'historique de l'intégration de la santé mentale par FMG dans cinq centres de santé polyvalents, et enfin, nous décrirons en détail les caractéristiques particulières de chacun de ces 5 centres.

Figure 1 : Localisation des 5 centres de santé ayant intégré les soins en santé mentale



5-III.1 Figure 1 : Localisation des 5 CS ayant intégrés la SM

1. Développement des centres de santé de FMG

1.1 Origines

L'association Fraternité Médicale Guinée (FMG) est née à Conakry lorsqu'une épidémie de choléra touche le pays en 1994. A ce moment, 9 jeunes médecins stagiaires dans les hôpitaux de Conakry, face aux nombreux décès liés à cette épidémie, se rassemblent en une association pour aller dans les quartiers particulièrement touchés, sensibiliser les populations, distribuer du chlore et aider à ramasser les ordures. C'est ainsi que naît Fraternité Médicale Guinée, le 24 novembre 1994. Les 9 médecins fondateurs de FMG étaient tous issus de l'Association des Etudiants de la Faculté de Médecine, un cercle scientifique dont ils étaient également membres fondateurs.

L'association choisit alors pour principale stratégie l'offre de soins de santé primaires. Dans le respect de la politique nationale de la santé, FMG est autorisée par le ministère de la santé à créer 3 centres de santé dans la ville de Conakry. Ils sont appelés « Centres de Santé Associatifs (CSA) » pour les différencier des centres de santé publics et confessionnels, pourtant tous à utilité publique et à but non lucratif. Les CSA se distinguent par leur gouvernance plutôt associative et leur fonctionnement peu bureaucratique orientés vers le pragmatisme et le terrain. D'emblée FMG décide d'orienter son offre de soins de première ligne vers des populations vulnérables telles que les professionnels (le)s du sexe, malades mentaux, handicapés, réfugiés, orphelins et enfants vulnérables.

1.2 Création et développement des centres de santé dans la ville de Conakry

De novembre 1994 à février 1995, Fraternité Médicale Guinée s'engage dans les quartiers où sévit le choléra au travers de séances d'animation pour la santé mais, dès février 1995, FMG ouvre son premier centre de santé, le « Centre médico-social modèle », dans le quartier de Hamdallaye, commune de Ratoma, l'une des 5 de la ville de Conakry.

Les résultats en termes d'accès aux soins de proximité et de la qualité d'accueil de ce centre motivent les habitants du quartier de Dar es Salam voisin, à solliciter FMG pour dupliquer la même expérience. C'est ainsi qu'en septembre 1996, FMG y ouvre son second centre de santé, le « Centre de Santé de Dar es Salam 1 » dans la commune de Matoto de la ville de Conakry. Vu l'opportunité que ce centre a donnée dans la mobilisation communautaire et la demande pressante des populations et de certains partenaires (OMS, Union Européenne, Coopération française), le ministère de la santé signe, en juillet 1998, une première convention de collaboration qui officialise les deux centres de santé de FMG et l'autorise à en créer un troisième dans le quartier Carrière, également voisin de Hamdallaye.

Le centre de santé de Carrière est ouvert en janvier 2000 dans la commune de Matam de la ville de Conakry. Sa création est facilitée par la signature d'une convention de partenariat entre FMG et les élus locaux du quartier en 1998, et avec Médecins sans Frontières-Belgique (MSF-B) en 1999. Une donatrice belge finance la rénovation du bâtiment qui abritera le centre et MSF-B assure l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques des 3 centres de santé de FMG pour 12 mois. Comme les deux autres centres de santé, le centre de santé

Carrière fonctionne dans le respect de la stratégie de recouvrement des coûts instaurée par le ministère de la santé depuis l'initiative de Bamako.

Au départ, ces trois centres de santé étaient installés dans des bâtiments privés. Lors de son Assemblée Générale Ordinaire de 2002, FMG change de stratégie d'installation du fait que les propriétaires des bâtiments qui abritent les centres de santé ne respectent pas les termes du contrat et le prix du loyer est augmenté sans concertation. Ainsi, FMG opte pour une stratégie de durabilité et décide de bâtir ses propres infrastructures. A partir de 2003, FMG engage des travaux de construction grâce à une mobilisation de fonds auprès de multiples partenaires par donation ou subvention et l'utilisation des fonds propres générés par le recouvrement des coûts dans les centres de santé. En 2004, le centre de santé de Hamdallaye est transféré dans le nouveau bâtiment et devient le centre de santé Associatif de Hafia Minière « Gamaroudine BALDET », en hommage à l'un des membres fondateurs de l'Organisation, décédé en 1997. Le bâtiment abrite également le siège national de FMG.

Au début de l'année 2009, le propriétaire du bâtiment qui abrite le centre de Carrière demande à FMG de quitter les lieux. Le centre de santé de Carrière sera fermé la même année et son personnel transféré au centre de santé associatif de Hafia Minière dont les activités ont été entretemps diversifiées.

En octobre 2011, le centre de santé de Dar-es-Salam 1 est aussi fermé pour les mêmes raisons et dans les mêmes conditions que celui de Carrière. Son personnel est également transféré au centre de santé de Hafia Minière qui disposait encore d'une capacité d'accueil. Du fait que ces centres de santé fermés et celui de Hafia Minière se trouvaient dans des quartiers voisins, les patients qui y étaient suivis et les populations qui les fréquentaient suivront le mouvement. Depuis, FMG ne dispose que d'un seul Centre de Santé à Conakry.

1.3 Des programmes spécifiques en faveur de populations vulnérables

Dès le début des années 2000, les programmes de prise en charge des populations vulnérables se développent dans les centres FMG. Le premier d'entre eux est le projet SaMOA – Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain- en février 2000, développé plus loin et dont il sera largement question dans cette thèse. La même année, le centre de santé de Carrière nouvellement créé, accueille des réfugiés venant du Libéria et de Sierra Leone et des enfants des rues pour des soins de santé, en partenariat avec MSF-Belgique.

En 2001, pour élargir son horizon, FMG crée un jumelage entre ses 3 centres de santé et une maison médicale bruxelloise, la « Maison Médicale du Maelbeek », partageant la même vision et la même philosophie de soins de santé primaires. L'initiative est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles et l'Association belge « Association Européenne pour le Développement et la Santé (AEDES) ».

Au mois d'octobre 2003, le programme de prise en charge des professionnelles du sexe sous le vocable de « services adaptés » est intégré dans les centres de santé de Hamdallaye et de Carrière.

Au mois d'octobre 2005, le programme de prise en charge du VIH est intégré au centre de santé associatif de Hafia Minière avec le soutien d'AEDES.

1.4 Développement de centres de santé FMG à l'intérieur du pays

Dans la dynamique du respect des engagements pris à l'Assemblée Générale Ordinaire de 2002, FMG ouvre une consultation ambulatoire de santé mentale au village de Moriady dans la préfecture de Kindia. Un terrain pour la construction du complexe thérapeutique de Moriady est acquis auprès de la communauté.

FMG renouvelle sa convention de collaboration avec le ministère de la Santé qui l'autorise à ouvrir son premier centre de santé à l'intérieur du pays. Avec l'accord du district sanitaire de Kindia, les travaux de construction démarrent au début de l'année 2006 et le complexe thérapeutique de Moriady est inauguré en juin de la même année.

En 2011, FMG ne gère plus que l'unique centre de santé à Conakry (Hafia Minière) ainsi que Moriady, mais intervient dans la région de la moyenne Guinée en partenariat avec une ONG Française « Nantes Guinée » spécialisée dans l'appui à l'installation des mutuelles de santé. Dans ce partenariat, FMG est chargé de l'appui à l'offre de soins afin de faciliter l'accès pour les mutualistes. Vu les difficultés avec les centres de santé publics, Nantes Guinée et les mutuelles de santé sollicitent l'installation par FMG d'un centre de santé dans la région de Labé situé à 440 km de Conakry. Après une étude de faisabilité et sur base des besoins non couverts, en particulier dans la prise en charge des populations vulnérables, FMG décide d'y installer un troisième centre de santé. La pléthore de personnel au centre de santé de Hafia Minière, qui a accueilli le personnel des deux centres de santé de FMG fermés à Conakry, motive également la décision.

En 2012, FMG achète un bâtiment dans la ville de Labé, le réhabilite et l'adapte aux besoins d'un centre de santé. Il abrite le centre de santé de Tata 1, situé dans la commune urbaine de Labé. Une partie du personnel est recruté et l'autre partie provient du personnel du centre de santé de Hafia Minière.

1.5 Autres domaines d'intervention de FMG

Les centres de santé installés par FMG offrent tous des soins de santé de première ligne dans le respect de l'initiative de Bamako. En plus de cette offre, FMG est actif dans des projets de promotion et de prévention sur des thématiques diverses : maladies chroniques, pratiques traditionnelles néfastes à la santé dont les mutilations génitales féminines, la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Elle participe à toutes les instances (comités techniques central, régionaux, préfectoraux et communaux de la santé) du service public au niveau central et déconcentré. FMG est membre de plusieurs plateformes de la société civile guinéenne et internationale, et est partie prenante de la formation dans les institutions d'enseignement professionnel et universitaire.

FMG collabore avec la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT). Les centres de

santé de FMG accueillent chaque année des dizaines de stagiaires des écoles de santé, des étudiants guinéens et étrangers en situation de thèse et plusieurs activités de recherche y sont pratiquées.

2. FMG et les soins de santé mentale

Une des spécificités de FMG dans le système de santé guinéen est son apport dans l'offre des soins pour les personnes ayant des troubles mentaux. Cette offre trouve son ancrage dans les centres de santé et au niveau communautaire. Chaque centre de santé a son histoire et sa chronologie de l'intégration de la santé mentale. Nous répertorions ci-dessous les événements majeurs de l'intégration des soins et services en santé mentale par FMG.

La porte d'entrée de la santé mentale dans la pratique des soignants de FMG est le projet Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain (SaMOA). Le projet était financé par l'union européenne et l'ONG Medicus Mundi Belgium. L'offre de soins pour des malades mentaux et la formation du personnel ont commencé dans les 3 centres de santé de Conakry au mois de février 2000.

2.1 Projet SaMOA

En 2000, deux organisations belges, l'ONG « *Medicus Mundi Belgium* » et le Centre de Santé Mentale « La Gerbe » de Bruxelles, en collaboration avec FMG initient le projet SaMOA. L'objectif est d'intégrer les soins de santé mentale au niveau des structures de soins de santé primaires polyvalentes à Conakry. L'approche consiste en un transfert de compétences de spécialistes (psychiatres, psychologues et assistants sociaux) du centre de santé mentale La Gerbe vers les professionnels de centres de santé polyvalents en Guinée (médecins généralistes, infirmiers et travailleurs sociaux) afin que ces derniers puissent prendre en charge des personnes qui consultent pour des problèmes de santé mentale. A l'époque FMG avait 3 centres de santé à Conakry. C'est dans ceux-ci que l'expérience débuta au mois de février 2000.

Le projet a démarré par des consultations conjointes entre un psychiatre belge et des médecins généralistes guinéens des 3 centres de santé, précédées par des activités d'information et de communication dans les quartiers couverts par les dits centres de santé. Ces consultations étaient soutenues par des présentations de cas cliniques au cours de réunions d'équipe réunissant l'ensemble du personnel des centres de santé de FMG - qu'ils soient ou non directement impliqués dans la prise en charge des malades mentaux - et les spécialistes du centre de santé mentale La Gerbe.

A partir d'octobre 2000, les équipes des centres de santé ont réalisé des stages pratiques dans des institutions de soins en santé mentale (hôpitaux psychiatriques, centres ambulatoires de traitement, centres de réhabilitation) en Belgique et en France. De 2000 à 2004, quatre missions (stages) du sud vers le nord, de 3 mois chacune, ont été effectuées en France et en Belgique par 3 médecins, deux travailleurs sociaux et 2 infirmiers de FMG. Au cours de la même période, 6 missions (d'appui et d'échanges) du nord vers le sud ont permis à des

spécialistes (2 psychiatres, 2 psychologues et 3 assistantes sociales) du centre de santé mentale la Gerbe, de se rendre en Guinée pour coacher le personnel de FMG.

Deux comités scientifiques, l'un en 2000 à Bruxelles et l'autre en 2002 à Conakry ont réuni le personnel de FMG, l'équipe de La Gerbe et quelques experts du domaine de la santé publique et mentale dont le Professeur Norman Sartorius de l'Organisation Mondiale de la Santé et Monsieur René Collignon de la revue Psychopathologie africaine. L'objectif était d'analyser les résultats du projet SaMOA, en particulier l'offre de soins aux malades par les non spécialistes, et d'en tirer les leçons.

Grace aux succès thérapeutiques constatés à partir de 2001 dans le suivi des patients, plusieurs initiatives pour leur réinsertion naissent dans les centres de santé de FMG : une communauté thérapeutique agricole à Dar es Salam, un groupe de dialogue de patients et familles à Hamdallaye et un atelier d'expression graphique pour les enfants à Carrière.

La communauté thérapeutique agricole de Dar Es Salam 1 consistait en des rencontres hebdomadaires entre patients et soignants autour d'activités collectives, principalement un repas collectif qui comprenait : un *atelier menu* au cours duquel un choix concerté du repas du jour est fait, puis un *atelier vaisselle* après les repas. Ensuite, ces ateliers sont devenus quotidiens. Un jardin potager installé dans la cour du centre permettait aux patients de faire un travail de resocialisation.

L'atelier d'expression graphique de Carrière permettait aux enfants déficients mentaux, épileptiques déscolarisés ou atteints d'autres troubles psychomoteurs de se rencontrer et d'exercer dans un atelier d'apprentissage.

Le groupe de parole de Hamdallaye était quant à lui un espace d'échanges entre patients, entre patients et familles et entre patients et soignants du centre de santé sur des thématiques définies de commun accord.

En plus des missions nord-sud et sud-nord, des échanges sud-sud ont été établis entre l'équipe de SaMOA en Guinée et la communauté thérapeutique de Trinleu-Diapleu, en Côte d'Ivoire. La communauté de Trinleu Diapleu, composée de patients et des habitants du village est soutenue par une équipe de la Clinique « La Borde » en France.

Trinleu-Diapleu est un petit village situé dans la région de Man en Côte d'Ivoire qui accueille les malades mentaux. Les soins sont offerts par les habitants du village et quelques patients guéris formés à la pratique de soins en santé mentale par un psychiatre de la clinique de La Borde. La communauté accueille chaque année des patients psychotiques venant de la Clinique La Borde en France pour une période d'un mois. Des stagiaires de FMG ont été reçus à la clinique La Borde en 2002 pour une immersion en « psychothérapie institutionnelle », une des spécialités de La Borde.

En décembre 2002, FMG initie les premières consultations ambulatoires en dehors de Conakry. Le village de Moriady, situé à 12 km de la ville de Kindia, accueille la première mission

qui fixe les bases de la création d'un centre de santé dans ce village, futur complexe thérapeutique de Moriady.

Au mois de mars 2004, le projet SaMOA est clôturé après une évaluation interne réalisée par l'équipe de La Gerbe. Elle montre la pertinence de l'expérience vu le nombre de patients traités et sous traitement et l'engagement du personnel de santé et les familles de patients. Une nouvelle phase (SaMOA II) du projet, proposée à l'union Européenne, n'a pas bénéficié de financement, alors que l'évaluation interne avait démontré la pertinence de l'action et l'utilité de la poursuivre et de la mettre à l'échelle.

Pour la suite de ce travail, on parlera de « première vague » pour tous les professionnels qui ont été formés au cours du projet SAMOA et de « deuxième vague » ceux qui ont été formés après SaMOA.

2.2 Initiatives ultérieures d'intégration de la santé mentale dans des centres FMG

A partir de 2004, FMG prend en mains le dispositif de prise en charge des malades mentaux dans ses centres de santé en l'inscrivant sur la durée. FMG développe ainsi une série d'expériences/d'initiatives qui lui ont permis de renforcer son expertise en santé mentale.

Elle accueille en premier lieu une équipe canadienne qui la sensibilise durant 10 jours à la prise en compte des approches d'ethnopsychiatrie en santé mentale.

Ensuite, FMG établit des relations avec de nouveaux partenaires, notamment des ONG italiennes¹. L'utilisation du psychodrame et d'autres approches d'accompagnement psychosocial seront apprises.

Toutes ces initiatives ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des malades mentaux, d'étendre l'offre de soins en santé mentale dans d'autres centres de santé y compris ceux qui seront créés par FMG et de diversifier les approches de prise en charge, en particulier celles orientées spécifiquement vers d'autres catégories de troubles mentaux.

En décembre 2013, un des agents de FMG effectue un stage sud-sud au centre Saint Camille du Bénin, membre du réseau (Côte d'Ivoire, Bénin, Togo et Burkina Faso) de centres d'accueil et de traitement des malades mentaux, dont la spécificité est l'accueil des malades mentaux errants. Un autre stage pratique sera organisé en Italie en 2017 et lui permettra de rencontrer la Fédération italienne de l'Organisation de Personnes Sans Domicile (FIOPSD) qui propose d'initier FMG à l'approche d'accompagnement des errants.

Lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014 en Guinée, vu ses répercussions psychosociales, FMG est sollicitée par le ministère de la santé, l'OMS, l'UNICEF et d'autres ONG internationales pour assurer la formation des guérisseurs traditionnels, des membres des organisations de la société civile et des prestataires de soins sur le premier secours psychologique et les soins en santé mentale. Elle contribue également à l'élaboration de la

¹ Il s'agit de la Communauté laïque des Missionnaires Catholiques (CLMC), de l'Association Internationale des Volontaires laïques et de la Communauté Engagement-Services-Volontariat (CISV)

politique nationale de la santé mentale suite à une évaluation à partir de l'outil « Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale » (WHO-AIMS) de l'OMS².

2.3 Extension de l'intégration de la santé mentale dans des centres non-FMG

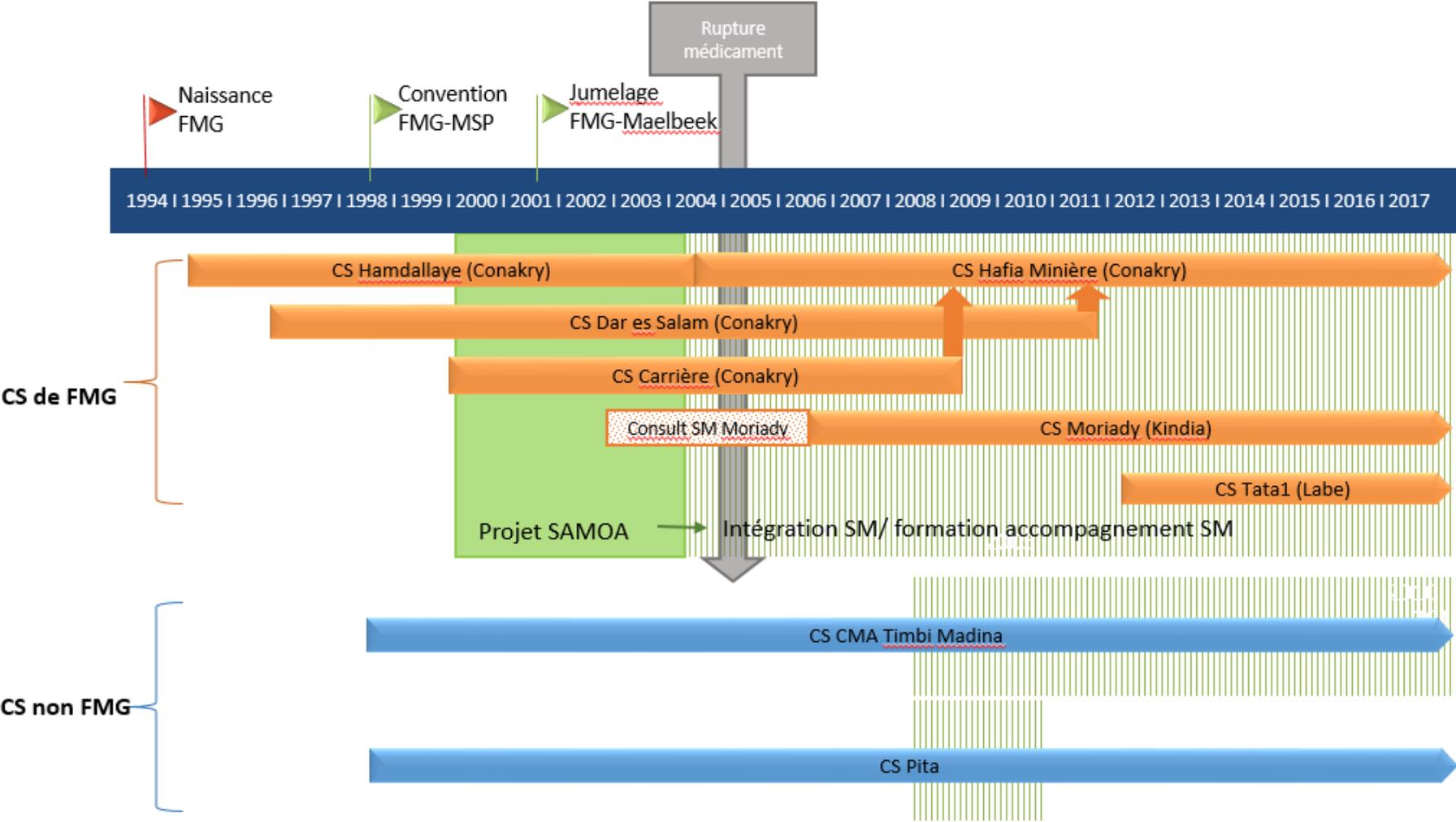
FMG contribue également à étendre l'intégration de la santé mentale dans d'autres centres de santé que les siens. A cet effet, FMG a été impliquée dans une équipe de formateurs pour l'intégration de la prise en charge des malades mentaux dans les centres de santé confessionnels, au sud du pays en Guinée forestière, dans un projet soutenu par l'Eglise épiscopale Italienne et mis en œuvre par l'église Guinéenne au travers de son Organisation Catholique pour les Droits Humains (OCDH).

Dans le centre de santé de Conakry, de nombreux patients venaient de loin, de l'intérieur du pays. L'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale pour ces patients a motivé FMG à s'impliquer dans le processus de l'intégration de ce paquet de soins dans d'autres centres de santé de la région dont provenaient un nombre important d'entre eux. C'est ainsi que le cabinet médical associatif de Timbi Madina ayant le même mode de fonctionnement que les centres de santé de FMG et le centre de santé urbain public de Pita dont le personnel était intéressé à cette expérience ont été choisis.

L'expérience de FMG en santé mentale est essentiellement communautaire et s'est concrétisée dans des centres de santé dont chacun a son histoire, son mode de fonctionnement et son processus d'intégration. Une description détaillée dans l'espace et dans le temps permet de comprendre comment la santé mentale a été intégrée, avec quelles ressources et approches dans ces différents centres (figure 2).

² OMS. Rapport de l'OMS-IESM sur le système de santé mentale de la République de Guinée (2016), OMS et Ministère de la Santé, (Conakry, Guinée).

Figure 2 : Ligne du temps du développement des Centres de santé et de l'intégration de la santé mentale



6- III.1 Figure 2 : Ligne du temps

3. Description des 5 centres de santé ayant intégré la santé mentale

3.1 Centre de santé Hafía Minière (FMG)

Le Centre de santé de Hafía Minière est situé dans un quartier de la banlieue de Conakry, dans la commune de Dixinn, un des districts sanitaires du pays. Son aire de couverture est le quartier de Hafía Minière avec une population de responsabilité de 10784 habitants. Il a ouvert ses portes le 4 février 1995, sous le nom de « Centre médico-social modèle » de Hamdallaye et a connu 3 phases dans son évolution.

La première phase (1995-1999) correspond au démarrage. Au cours de la première année d'activités, 8 des 9 médecins fondateurs de FMG y exerçaient bénévolement à tour de rôle. A partir de la deuxième année, ce nombre a été réduit à 2 médecins et puis à un seul médecin quelques mois plus tard. Jusqu'en 1997, le centre fonctionnait à mi-temps de 8 à 18 heures et se trouvait dans une maison d'habitation, également siège de FMG. L'introduction des paquets de soins a été progressive. Seules les consultations primaires curatives, des soins infirmiers et les examens de laboratoire étaient dispensés les 3 premières années avec un personnel réduit : un médecin, un infirmier, un laborantin et une accueillante. En plus des activités curatives, la prévention et la promotion de la santé, notamment la détection communautaire de la tuberculose, des causeries éducatives sur l'hygiène et les maladies sexuellement transmissibles étaient offertes. En 1998, le « Centre médico-social modèle » devient « Centre de santé Associatif de Hamdallaye » après la signature de la convention de collaboration entre FMG et le ministère de la santé.

La deuxième phase (2000-2004) est caractérisée par le début d'intégration des programmes verticaux, d'abord la santé mentale en 2000, puis la tuberculose en 2002, la prise en charge médico-psycho-sociale des professionnelles du sexe en 2003 et le VIH/Sida en 2004. Le centre de santé fut le premier à accueillir les malades mentaux dans le cadre du projet SaMOA.

La troisième phase, de juin 2004 à juin 2009, est marquée par le transfert des activités du centre dans les nouvelles infrastructures bâties par FMG, situées à 200 mètres dans le quartier de Hafía Minière dont il prend le nom « Centre de santé associatif de Hafía Minière ». Il abrite également le siège social de FMG. Le centre de santé Hafía Minière dispose de plus d'espace et ses activités se diversifient : un service de vaccination, deux bureaux de consultations primaires curatives, un bureau de consultation prénatale, une salle d'accouchement, une salle pour le laboratoire, une salle polyvalente et plusieurs salles d'observation et d'activités de prévention y sont créés. Le personnel est renforcé et de nouveaux intervenants ont rejoint l'équipe : prestataires de soins, travailleurs sociaux, pairs éducateurs et des agents de santé communautaire.

La quatrième phase, qui débute en 2009, est caractérisée par le transfert en son sein du personnel des deux autres centres de santé de FMG de Conakry.

Depuis 2009 jusqu'à aujourd'hui, le paquet de services offert dans le centre comprend la consultation primaire curative (adultes et enfants), la consultation prénatale et les

accouchements, les soins infirmiers, les examens de laboratoire, la vaccination des enfants et des femmes enceintes, le conseil dépistage du VIH/Sida, la dispensation des médicaments essentiels génériques, le suivi de la croissance des enfants et la prévention. En plus de ce paquet de soins, le centre de santé pratique également des gestes primaires (positions, mouvements) en kinésithérapie. La particularité du centre réside d'une part dans la prise en charge de certaines populations spécifiques, notamment les personnes ayant des troubles mentaux, les professionnelles du sexe, les personnes ayant des relations homosexuelles et d'autre part, par le statut de son personnel qui est salarié de FMG. En 2021, ce personnel est composé de deux médecins, deux sages-femmes, une infirmière, six agents techniques de santé (aides infirmiers), deux laborantins, trois travailleurs sociaux, une accueillante et trois bénévoles. Le centre de santé emploie la quasi-totalité des anciens (fondateurs et personnel d'avant SaMOA) de FMG. Il fonctionne selon une politique de recouvrement des coûts pour plusieurs services et de gratuité pour d'autres. Les consultations primaires curatives, les examens de laboratoire et les médicaments sont honorés par les patients. Les consultations prénatales, les accouchements, la prise en charge du VIH et de la tuberculose, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles des professionnelles du sexe, et les vaccinations sont gratuits. Pour la prise en charge des troubles mentaux et des épilepsies, la première consultation et les médicaments sont payés à l'acte tandis que le suivi du patient est payé au forfait, tous les 6 mois. Ce mode de paiement a été instauré pour alléger les coûts, vu que ces patients reviennent plusieurs fois et sont souvent vus à domicile et accompagnés pour les activités de réinsertion.

Tous les patients sont reçus dans la salle de réception par un accueillant qui prend les renseignements administratifs et accompagne le patient dans le service compétent : consultations, soins, point de dispensation de médicaments, laboratoires, accouchement, vaccinations et suivi de la croissance et conseil-dépistage. Le patient paye les frais de consultations à la réception et bénéficie d'un carnet médical où sont mentionnées ses informations et qui sert également aux soignants pour les informations sanitaires personnelles. Si le patient a d'autres frais à payer, par exemple du laboratoire, il revient à la réception pour s'acquitter. Si le patient a une prescription médicale, il se rend au point de dispensation de médicaments pour honorer son ordonnance.

Pour les troubles mentaux, les épilepsies et le VIH, les malades peuvent avoir une dotation en médicaments de 2-6 mois pour réduire les frais de déplacements. Toutefois, en cas de réactions médicamenteuses et de nouvelles plaintes, le patient peut être reçu à tout moment sans rendez-vous, le centre de santé étant ouvert 24h/24 et tous les jours.

3.2 Le complexe thérapeutique de Moriady (FMG)

Le complexe thérapeutique de Moriady, qui abrite également le centre de santé associatif de Moriady, dispose en outre de logements du personnel, de salles d'accueil et de réhabilitation et d'un espace de démonstration communautaire. Il est situé dans un petit village de la commune rurale de Friguiagbé (29180 habitants), à 15 kms de la ville de Kindia (135 kms de Conakry). Le centre de santé de Moriady couvre une population de 2180 habitants et offre les

mêmes paquets de soins que celui de Hafia Minière. Sa particularité réside dans le processus qui a permis son installation, à savoir l'offre de soins en santé mentale dans le cadre du projet SaMOA.

Dans le projet SaMOA, la resocialisation des malades mentaux sous traitement était un objectif dans le processus de soins. Le travail de la terre, et en particulier le jardin potager, a été une des approches identifiées pour atteindre cet objectif.

C'est en 2001 qu'une assistante sociale belge en mission en Guinée dans le cadre du projet SaMOA a proposé à FMG d'initier des activités de réinsertion des malades mentaux par le travail de la terre. Le village de Moriady, où vivaient 2 malades mentaux suivis par l'équipe de FMG, a été proposé. Durant les missions successives de FMG dans le village, une relation s'est établie avec une accoucheuse villageoise ayant un bon contact avec la communauté. FMG a alors initié des missions de consultations ambulatoires des malades mentaux, le premier dimanche de chaque mois à partir de 2002. Les consultations avaient lieu dans la petite case de prière de l'accoucheuse villageoise. Les succès thérapeutiques obtenus auprès de plusieurs malades mentaux, ont motivé la communauté du village à construire un petit hangar pour accueillir les patients, devenus nombreux et venant de plus en plus loin du village. L'affluence croissante des patients, a amené la communauté à construire un deuxième hangar plus grand. Il a été mis à la disposition de l'équipe de FMG pour améliorer la qualité de l'accueil et des soins des malades mentaux.

En janvier 2004, vu le nombre croissant de patients à chaque visite, le dispositif mensuel est devenu insoutenable pour la seule petite équipe ambulatoire, composée de 3 soignants de FMG. L'équipe a alors été renforcée et répartie en deux unités (avec le même rythme mensuel) permettant à tout le personnel de FMG de participer aux missions : une unité composée des agents formés au cours du projet SaMOA et quotidiennement impliquée dans les soins aux malades mentaux prenait en charge les premiers contacts et une unité composée par le reste du personnel était dédiée aux contacts de suivi. Un calendrier de consultations et suivis des patients a été établi, des dossiers médicaux individuels ont été ouverts pour chaque patient et la gratuité de soins jusque-là en vigueur a été abandonnée afin de permettre que les patients et leurs familles participent à l'effort de renouvellement de stock de médicaments et à la prise en charge des missions, devenues coûteuses.

Au début de l'année 2005, FMG a enregistré une période de rupture de médicaments par indisponibilité à la pharmacie centrale de Guinée, structure de l'Etat habilitée. Cette période a coïncidé également à l'arrivée en Guinée et dans la même région que Moriady, d'un guérisseur traditionnel venant de la république du Mali. Un grand nombre de patients suivis par l'équipe de FMG a alors privilégié le recours aux soins du guérisseur qui bénéficiait d'une publicité dans les médias. Les échecs constatés dans les soins du guérisseur et la disponibilité des médicaments rétablie par FMG ont favorisé le retour des malades mentaux à Moriady et même augmenté la fréquentation. La charge de travail pour l'équipe de FMG est devenue alors plus importante, la capacité d'accueil dans le village a été dépassée, et la qualité du suivi des malades sous traitement a régressé à cause du nombre. De plus, vu l'augmentation du

nombre de patients, les résultats obtenus dans les soins, la demande croissante des bénéficiaires, le souci grandissant des villageois dépassés par les difficultés d'accueil, la nécessité d'une évaluation de l'action a été ressentie puis organisée par l'équipe de FMG afin d'apporter des améliorations. Une des recommandations qui en est ressortie est la construction d'un centre de santé capable d'offrir les soins aussi bien pour les malades mentaux que pour les autres problèmes de santé, donc un centre de santé polyvalent avec un personnel sur place.

Au mois de février 2006, FMG a acquis une parcelle de terrain et y a bâti le complexe thérapeutique de Moriady, inauguré au mois de juin de la même année. En amont de l'ouverture du centre de santé, un personnel composé d'un médecin, de 2 infirmiers et d'une sage-femme a été recruté et formé au centre de santé de Hafia Minière.

En plus des soins de santé primaires offerts par le centre de santé, le complexe thérapeutique de Moriady propose des activités communautaires comprenant l'appui aux groupements de producteurs de fruits et légumes du village pour faciliter la réinsertion des malades mentaux sous traitement. Un four à pain a été construit pour les mêmes objectifs et un administrateur du complexe recruté pour s'occuper des activités communautaires. De 2006 à 2010, le centre a connu une importante rotation du personnel du centre de santé. En 2011, un nouveau médecin, issu du vivier de stagiaires encadrés dans les centres de santé de FMG à Conakry, y a pris ses fonctions. Il s'est investi dans les activités de lutte contre l'épidémie d'Ebola et le centre de santé a été retenu par le ministère de la santé comme structure de référence pour les questions de santé mentale de toute la région. Il a été chargé par le bureau pays de l'OMS et le ministère de la santé de former une quarantaine de guérisseurs traditionnels sur les premiers secours psychologiques et la référence des cas suspects d'Ebola dans les centres de traitement.

Actuellement, le centre de santé de Moriady comprend un bureau de consultation primaire curative, un bureau de consultation prénatale, une salle d'accouchement, deux salles d'observation pour six lits, une unité de laboratoire, un point de dispensation de médicaments essentiels génériques, une salle d'accueil des familles des patients et une salle de réinsertion de malades. Un espace de démonstration communautaire est également aménagé dans le domaine qui abrite le centre avec son jardin potager. Le personnel soignant est composé d'un médecin, d'un infirmier, d'un laborantin, d'un agent d'entretien des locaux et d'un gardien, soutenus par un administrateur qui joue également le rôle d'agent de santé communautaire.

3.3 Centre de Santé Associatif de Tata 1 à Labé (FMG)

Créé en 2012, le centre de santé de Tata 1 est situé dans la commune urbaine de Labé à 440 kms de Conakry. Il couvre une population de 10646 habitants.

En 2011, FMG a réalisé une étude d'opportunité pour évaluer la faisabilité et la viabilité d'un centre de santé associatif dans la ville de Labé. La demande croissante de soins, la pertinence des activités d'éducation à la santé, les besoins non couverts pour certaines catégories de patients, dont les malades mentaux, la volonté d'avoir une équipe de FMG dans la localité,

ont confirmé l'utilité d'un projet d'installation d'un centre de santé FMG à Labé. Un bâtiment a été acheté par FMG et sa rénovation financée par les promoteurs de mutuelles de santé, en particulier l'Association française Nantes-Guinée/Essentiel.

Au mois de février 2012, le centre de santé de Tata 1, bâti sur un terrain clôturé, comprenant une dizaine de salles dans l'un des quartiers semi-urbains de la ville a été inauguré. Dans la mesure où l'offre de services de santé mentale était envisagée dès la création du centre, FMG y a intégré du personnel de Hafia minière, parmi lequel un professionnel formé par le projet SaMOA en plus du personnel nouvellement recruté.

A ce jour, le centre de santé de Tata 1 comprend deux bureaux de consultation, 3 salles d'observation pour six lits, une salle d'accouchement, un point de vente de médicaments génériques essentiels, une salle de soins, une salle de vaccination, une salle de kinésithérapie, une unité de laboratoire et le logement du personnel. Dans la cour du centre existe également le siège régional de FMG disposant des bureaux administratifs et une salle de formation.

Le personnel est composé d'un médecin, d'un laborantin-biologiste, deux infirmiers, un gardien et un agent d'entretien et un agent de santé communautaire.

3.4 Cabinet Médical Associatif (CMA) de Timbi Madina

Le cabinet médical associatif est installé dans la commune rurale de Timbi Madina qui a une population de 58 930 habitants couverts par 3 structures de soins : le centre de santé public et ses 7 postes de santé, deux centres de santé associatifs dont le Cabinet Médical Associatif et un cabinet médical de soins privé.

Le Cabinet médical associatif de Timbi Madina a été créé en 1998 par deux jeunes médecins, en collaboration avec l'Union des Groupements de Timbi Madina (UGTM), principalement des producteurs de pommes de terre. L'installation du cabinet médical stimule aussitôt un système de solidarité des producteurs au travers d'une mutuelle de santé.

A sa création, le cabinet répondait au nom du Cabinet Médical Mutualiste. Lorsqu'il a élargi son offre à toute la population de la commune, il a pris le nom de Centre Médical Associatif. Il est reconnu par le district sanitaire de Pita, préfecture dont relève la commune, et contribue à la couverture sanitaire de la commune rurale, en offrant plusieurs paquets de soins spécifiques dont la prise en charge des morsures de serpents.

Le cabinet médical comprend une salle de consultation primaire curative (adultes et enfants), une salle de soins, un point de dispensation de médicaments essentiels génériques, un laboratoire, une salle d'observation et une salle de réhabilitation des malades mentaux.

Le cabinet médical fonctionne sur le recouvrement des coûts. Son personnel est payé à partir des recettes générées et des petites subventions au travers des projets santé mentale et de lutte contre le VIH. Le personnel est composé d'un médecin, un laborantin-biologiste, un agent technique de santé (aide-infirmière) et un agent de surface et fonctionne du lundi au samedi de 8h-18 heures.

FMG en tant que partenaire des mutuelles de santé et de l'ONG française qui les soutiennent, apporte également un appui au cabinet médical associatif au travers de ses projets. C'est dans le cadre de cet appui qu'en 2007, FMG y a intégré la prise en charge des IST/VIH/Sida et en 2008 de la santé mentale. L'appui consistait en la formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments en santé mentale et intrants de dépistage du VIH, la supervision et le soutien émotionnel du personnel.

En 2013, en s'inspirant des processus d'intégration des IST/VIH/SIDA et de la santé mentale, le médecin responsable du centre a initié une action pilote : l'intégration dans le paquet de services du centre médical de la prise en charge des morsures de serpents – expérience unique en Guinée avec une cinquantaine de victimes de morsure de serpents sauvés en 3 ans. Il a mobilisé la communauté et l'a engagée dans l'approvisionnement de sérum antivenimeux grâce à des cotisations des populations dans tous les villages de la commune.

L'intégration de ces programmes comme paquets complémentaires de soins du cabinet médical associatif a permis tout d'abord de renforcer les relations du cabinet médical avec les communautés et de montrer qu'il est possible avec la communauté de prendre en charge certaines questions de santé spécifiques, mais aussi de partager avec des collègues soignants les expériences par l'échange, de faire des consultations conjointes et de renforcement mutuel des capacités. Cela a aussi permis d'établir une collaboration avec les tradipraticiens, permettant de cerner le rôle de chacun dans l'offre de soins.

3.5 Centre de santé « Dow Sare » urbain de Pita

Le centre de santé public de la commune urbaine de Pita est l'œuvre des populations du quartier « Dow Sare » situé à moins d'un kilomètre de l'hôpital de district. Il a ouvert officiellement en 1998 et a bénéficié d'une distinction dans le concours qualité organisé par le ministère de la santé et la coopération allemande en 2007. Il couvre une population de 21 293 habitants.

En mars 2008, la prise en charge de la santé mentale a été intégrée dans le paquet de soins du centre de santé par FMG. L'appui de FMG a consisté en la formation du personnel, une dotation en neuroleptiques, antidépresseurs et antiépileptiques, un compagnonnage, des stages pratiques et de la supervision.

Le choix de ce centre de santé a été motivé par le fait que plusieurs malades mentaux reçus dans les centres de santé de Hafia Minière et de Moriady provenaient de cette préfecture de la Moyenne Guinée. FMG souhaitait également mettre son expérience de prise en charge des malades mentaux au service des centres de santé publics où se trouvait un personnel motivé.

Les deux premières années de l'intégration se sont bien déroulées. Malheureusement, la formation en santé mentale n'a concerné qu'un nombre très restreint du personnel. Comme dans les autres centres de santé publics, le personnel de ce centre est très peu stable. C'est ainsi que les quelques professionnels formés, essentiels pour le maintien de l'offre en santé mentale, sont partis. Le fonctionnement bureaucratique et très hiérarchisé du centre de santé n'était pas propice à une réelle intégration et limitait la participation effective de tous les

soignants à cette intégration, c'est pourquoi FMG a abandonné son soutien direct (approvisionnement de psychotropes et antiépileptiques) à partir de 2010. Toutefois, des contacts informels entre prestataires de FMG et certains membres de l'équipe qui souhaitaient poursuivre la prise en charge des malades mentaux ont été maintenus.

III.2 Etude 2 - Représentations sociales des problèmes de santé mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie parmi les étudiants en médecine de première et dernière année, en Guinée

La stigmatisation dont font l'objet les malades mentaux dans la population en général et parmi le personnel de santé en particulier constitue un obstacle majeur à une offre de soins de santé mentale de qualité. Nous avons voulu étudier, dans le contexte guinéen, les représentations de la maladie mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie parmi les étudiants en médecine, à la charnière entre population générale et professionnels de santé.

Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique publié dans la revue Santé Publique en 2018.

Sow A., Van Dormael M., Criel B., Conde S., Dewez M. De Spiegelare M. ***Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry***. Santé publique 2018/2 Vol.30 :253-261 (DOI:[10.3917/spub.182.0253](https://doi.org/10.3917/spub.182.0253))

Résumé

Introduction : La stigmatisation de la maladie mentale constitue un obstacle majeur au développement de soins de qualité, particulièrement lorsqu'elle émane des professionnels eux-mêmes. L'objectif de cette recherche était d'appréhender les éventuelles attitudes de stigmatisation parmi les étudiants de première et dernière année en médecine à l'Université de Conakry (Guinée), à partir d'une description de leurs représentations de la maladie mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie.

Méthodes : Des focus groups ont permis de faire émerger les perceptions et attitudes des étudiants face à la maladie mentale, leurs modèles explicatifs et opinions sur les thérapeutiques traditionnelles et modernes, ainsi que leur intérêt à intégrer la psychiatrie dans leur pratique future.

Résultats : Beaucoup regrettent la discrimination dont font l'objet les malades mentaux dans la société guinéenne, mais partagent néanmoins avec la population générale des attitudes de stigmatisation. Le stéréotype dominant est la grande folie, même si les étudiants de dernière année citent des troubles mentaux plus diversifiés. Il y a une forte adhésion aux modèles explicatifs profanes intégrant les forces occultes ainsi qu'au recours aux soins traditionnels pour les traiter, y compris parmi les étudiants de dernière année de médecine.

Discussion : Aucun étudiant ne choisirait la psychiatrie comme spécialité, même si certains se montrent intéressés à l'intégrer dans leur pratique. Notre étude suggère cependant aussi que les attitudes de stigmatisation des étudiants ne sont pas figées. Des dispositifs pédagogiques spécifiques peuvent faire évoluer les attitudes et créer des espaces de tolérance et de compassion.

Mots-clés : Santé mentale ; Attitude ; Étudiant médecine ; Afrique subsaharienne.

Introduction

La stigmatisation des malades mentaux est un phénomène généralisé à travers le monde (1) et constitue un obstacle majeur au développement de programmes de soins adéquats (2). Pour les personnes atteintes de troubles psychiques, elle est source d'une souffrance qui s'ajoute à la maladie première, parfois plus dévastatrice encore, induisant un cercle vicieux d'exclusions sociales, de discriminations, de sentiments de honte et de perte d'estime de soi, et entravant la recherche de soins, le rétablissement et la réinsertion sociale (3). Une opinion publique négative envers les malades mentaux rend aléatoire leur prise en charge ancrée dans la communauté, pourtant largement recommandée (4). Le regard des soignants sur les malades mentaux est aussi souvent défavorable, tant parmi le personnel des services généraux que psychiatriques (5-8). Enfin, les soignants qui s'occupent de malades mentaux sont eux-mêmes déconsidérés par la population, et la psychiatrie est l'une des disciplines les moins prestigieuses et convoitées parmi les étudiants en médecine (9,10).

Le concept de stigmatisation fait référence à la dévalorisation de l'identité d'un individu en raison d'un trait socialement non accepté qui le différencie des individus se considérant comme « normaux » (11). La stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux repose sur les préjugés suivants: (a) une perception de dangerosité, liée à des comportements jugés étranges ou imprévisibles ; (b) l'incapacité attribuée à la personne à suivre les règles sociales ; (c) un jugement sur la personne considérée comme responsable de ses troubles ; (d) et la notion de chronicité, sans perspectives de rétablissement (12,13). La stigmatisation peut être explicite, s'exprimant par des propos délibérés, contrôlés par ceux qui les profèrent. Dans les contextes valorisant la tolérance, elle peut prendre des formes plus implicites, échappant au contrôle conscient de celui qui s'exprime (14). La stigmatisation se traduit par de la distance sociale, à savoir une moindre acceptation d'établir des relations avec une personne atteinte de troubles mentaux, dans un cadre plus ou moins intime de voisinage, de travail ou de mariage (15-17).

La plupart des études sur la stigmatisation de la maladie mentale ont été menées dans les pays du nord, en particulier depuis l'intérêt croissant pour les soins communautaires dans les années 90 (13). Mais des études menées récemment en Afrique rapportent également de nombreux préjugés et discriminations dans la population générale à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux (16,18-22). Alors que le soutien familial est généralement l'unique appui pour les malades mentaux en Afrique, les familles elles-mêmes se sentent stigmatisées (23).

Notre étude a été menée en Guinée, où selon un rapport récent, les discriminations des personnes souffrant de troubles mentaux sont fréquentes et leurs droits fondamentaux pas toujours respectés (24). Les soins de santé mentale modernes sont pratiquement absents et le soutien psychologique formalisé reste marginal. Les soins traditionnels, très diversifiés, constituent le recours prédominant, en cohérence avec des modèles explicatifs reliant la maladie mentale à des phénomènes occultes (25-27). Seuls neuf centres de santé communautaires, avec un personnel formé au contact de professionnels européens, ont

intégré la santé mentale dans leur paquet de soins (24). Il n'existe en Guinée qu'un service de psychiatrie avec cinq psychiatres. La disponibilité des médicaments psychotropes est très aléatoire. La formation des futurs médecins prévoit 150 heures de psychiatrie réparties sur les deux dernières années ; les quelques heures de stages pratiques sont limitées à l'hôpital. La santé mentale est absente de la formation initiale des autres soignants, mais quelques formations à l'accompagnement psychosocial se développent dans le cadre de programmes verticaux spécifiques (24).

Les résultats présentés ici portent sur les représentations entourant la maladie mentale parmi des étudiants en médecine qui, par leur spécificité, occupent une position intermédiaire entre la population générale et les soignants. La contribution de ces futurs médecins à améliorer les soins de santé mentale modernes suppose des prédispositions à l'empathie envers les personnes atteintes, ainsi qu'un intérêt pour la psychiatrie comme discipline. L'objectif de cette recherche était donc d'appréhender les éventuelles attitudes de stigmatisation parmi les étudiants en médecine, à partir d'une description de leurs représentations de la maladie mentale, des malades mentaux et de la psychiatrie.

Méthodes

Une étude qualitative par focus groups a été menée parmi les étudiants en médecine de première et dernière année de la Faculté de Médecine de Conakry. Le choix raisonné d'étudier ces deux groupes reposait sur l'hypothèse que les étudiants de première année, n'ayant pas encore suivi de cours de psychiatrie, auraient des représentations proches des représentations profanes de leur groupe social d'origine, tandis que les étudiants de dernière année auraient intégré le discours nosologique médical et seraient davantage acculturés au groupe médical.

Des focus groups ont donc été organisés distinctement pour les étudiants de première et de dernière année. En outre, garçons et filles ont été séparés afin de favoriser l'expression et explorer d'éventuelles différences de genre.

Le recrutement s'est fait sur la base des listes nominatives des étudiants de première et dernière année. Chaque dixième étudiant sur la liste était considéré comme éligible et contacté par téléphone. Les premiers disponibles et disposés à participer à l'étude ont été retenus. Le nombre de participants par groupe était d'environ huit. Nous avons ainsi constitué six groupes en dernière année – trois chez les garçons et trois chez les filles, avec un total de 41 participants – et quatre groupes en première année – deux chez les garçons et deux chez les filles, avec un total de 32 participants.

Un guide d'entretien a été testé avec deux petits groupes (première et dernière année) et réadapté. Les premiers thèmes visaient à faire émerger, notamment à travers des situations vécues, ce qu'évoquait pour les participants la maladie mentale, leurs propres modèles explicatifs, et leurs sentiments face à des malades mentaux. La discussion portait ensuite sur les itinéraires thérapeutiques et les mérites respectifs des traitements traditionnels et

modernes. Les étudiants de dernière année étaient enfin invités à discuter de leur intérêt pour la formation en psychiatrie.

Les dix focus groups se sont déroulés en février-mars 2017, sur une période de 14 jours. Durant cette période, les participants étaient invités à ne pas parler de l'étude avec leurs condisciples. D'une durée moyenne d'1 h 30, les groupes étaient animés par une étudiante en médecine de terminale intéressée par la santé mentale, secondée par le chercheur principal. Au moment de l'étude, les étudiants de dernière année avaient suivi 50 heures de psychiatrie (sémiologie et pathologie) sur les 150 heures prévues.

Les focus groups ont été enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse manuelle a été réalisée séparément par trois chercheurs sur la base d'une grille d'analyse commune avant la confrontation de leurs résultats. La grille d'analyse comportait les thèmes suivants : préjugés à la base de la stigmatisation des malades mentaux (dangerosité, transgression de normes sociales, pronostic, responsabilité), théories explicatives de la maladie mentale (naturelles, psychosociales, surnaturelles), ressenti à l'égard de malades mentaux, itinéraires thérapeutiques, mérites respectifs des traitements modernes et traditionnels, motifs d'intérêt ou désintérêt pour la psychiatrie.

Les résultats provisoires ont été présentés pour validation à quatre groupes d'étudiant(e)s de première et de dernière année ayant participé à l'étude (27 participants). Les étudiants s'y sont reconnus, et ont apporté des nuances et précisions.

Cette étude a été approuvée par la Commission Nationale d'Ethique pour la Recherche en santé (CNER) de Guinée. Les participants, informés de l'objectif de l'étude au moment du recrutement et au début des entretiens, ont librement consenti aux focus groups et leur enregistrement. Leur anonymat a été garanti dans les transcriptions.

Résultats

Tous les étudiants évoquent des contacts avec des malades mentaux dans leur famille et entourage proche, sinon en rue ou lors de stages en milieu médical. Leurs propos sont donc liés à des expériences concrètes.

Représentations des maladies mentales et des personnes atteintes

Les groupes commencent tous par décrire des «*pertes des facultés mentales*» caractérisant les malades mentaux. Ces «*déficits intellectuels*» s'accompagnent de bizarreries, surtout dans l'habillement – vêtements sales, déchirés, inappropriés à la situation – et dans le langage et la communication verbale interpersonnelle : parler tout seul, ne parler avec personne, répondre «*hors sujet*». «*Un malade mental c'est celui qui est isolé dans ses propos, il parle seul et dit tout ce qui lui vient en tête*» (6F)³

³ Les citations indiquent le type de focus dont ils sont extraits : filles de première année (1F), garçons de première année (1G), filles de dernière année (6F), garçons dernière année (6G) ; l'ajout d'un v signale qu'il s'agit de la séance de validation.

Dans tous les groupes, les descriptions spontanées de la maladie mentale évoquent la « grande folie ». Le stéréotype récurrent est le fou errant dans les rues en vêtements sales, préférant des insultes et se nourrissant d'ordures. Toutefois les étudiants de dernière année citent un plus large éventail de problèmes psychiques, dont ils disent avoir découvert l'existence à travers les cours de psychiatrie : *schizophrénie, névroses, psychoses, dépression, bipolarité, hystérie, stress*.

Les représentations des malades mentaux fondant la stigmatisation sont largement partagées: déviance sociale, dangerosité, mauvais pronostic, et responsabilité personnelle.

Les participants soulignent l'écart entre malades mentaux et « *personnes normales* » : les malades mentaux transgressent les normes habituelles de la société, souvent en raison d'une inaptitude d'ordre moral de distinguer le bien du mal : « *ils n'ont pas honte* » (1F). « *Quelqu'un qui fait des choses qui sont contre les normes de la société* » (1G). « *C'est une personne qui a perdu sa capacité de faire les choses en bien, il ne distingue pas le bien du mal* » (1F).

Les malades mentaux sont perçus comme dangereux en raison de comportements imprévisibles et agressifs : injures, insultes, menaces, coups, agressions sexuelles... Certains généralisent la dangerosité potentielle à tous les malades mentaux. « *Un malade mental, c'est quelqu'un qui est agressif et qui s'énerve très rapidement* » (6G). « *Il y a de ces fous, ils peuvent même tuer, ils ne savent pas ce qu'ils font* » (1G).

Les étudiants se montrent globalement sceptiques quant aux chances de rétablissement. Des améliorations temporaires sont possibles mais les « *rechutes* » sont décrites comme nombreuses, et le plus souvent ils sont malades « *à vie* ».

Quant à la responsabilité personnelle des malades mentaux, elle vise tout particulièrement les personnes dont les troubles sont imputés à la drogue, jugés coupables non seulement de la survenue de leur maladie mais aussi de l'échec des traitements : « *Si on les soigne ils reprennent la drogue* » (1F).

Les modèles explicatifs de la maladie mentale

L'étiologie de la maladie mentale a été catégorisée en causes biologiques, psycho-sociales ou surnaturelles. Les étudiants de dernière année soulignent la diversité des causes, et plusieurs parlent de facteurs de risque ou facteurs déclenchants, plutôt que de cause unique.

Les causes biologiques sont généralement évoquées en premier lieu mais apparaissent comme accessoires parmi les autres explications et très peu d'exemples vécus sont relatés. Les causes citées sont d'une part « *l'hérédité* » et les « *facteurs génétiques* », d'autre part des « *lésions du cerveau* » par traumatismes, accidents vasculaires, maladies dégénératives, ou sénescence.

Les étudiants donnent davantage d'exemples concrets de maladies mentales imputées à des causes psychosociales et aux « *expériences négatives de la vie* » : déconvenues amoureuses, divorces, deuils, trahisons, promesses non tenues, mais aussi perte d'emploi et chômage, ou guerre et violences.

Tous les groupes citent l'usage de « drogues » comme source majeure de maladie mentale chez les jeunes. Certains y voient même la cause principale des maladies mentales, alors que d'autres nuancent. *«Actuellement chez la plupart des jeunes, ce sont les vices, l'alcool, les drogues...» (1F).* *«Les stupéfiants ne sont pas des causes mais des facteurs favorisants, ce n'est pas tous ceux qui prennent des stupéfiants qui peuvent avoir des maladies mentales» (6G).*

Les causes surnaturelles occupent une place prépondérante dans les modèles explicatifs des participants : *causes divines, religieuses, sorcellerie, envoûtements, malédictions, génies, diables...* Les étudiants n'en parlent pas d'emblée, mais dès qu'un participant aborde ce thème, la discussion s'anime. Les étudiants de première année sont plus prolixes dans leurs descriptions mais dans tous les groupes, de nombreuses situations concrètes de maladies mentales liées à des causes occultes sont exposées.

La transgression d'interdits en fait partie : *«un jour il est parti dans un lieu qui était diabolique ... et directement il a subi des troubles neurologiques, des troubles cérébraux» (1G).* Il y a aussi *«les diables qui peuvent causer la maladie» (1F).* La maladie mentale peut également survenir chez les membres de la famille d'un guérisseur qui soigne des fous.

Mais ce sont surtout les sorts, jetés dans le cadre de conflits interpersonnels, généralement par l'entremise d'un féticheur ou d'un marabout, qui sont cités comme cause de maladie mentale: une mésentente familiale amenant des parents à maudire leur enfant, une femme délaissée rendant fou celui qui l'a trahie, une mère se vengeant par une malédiction d'un jeune homme qui a engrossé sa fille, un sort jeté par jalousie ou malveillance sur une personne qui réussit socialement...

Ces modèles explicatifs sont certes décrits comme issus de la tradition, mais tous les groupes des étudiants y adhèrent, souvent au nom de l'identité africaine.

«Comme mes parents croient à la sorcellerie, je crois aussi en cela un peu» (1F). *«Nous sommes en Afrique, il y a des féticheurs qui peuvent causer des troubles mentaux que la psychiatrie ne peut pas trouver» (6G).* *«Moi je ne suis pas sceptique, on est en Afrique, on était déjà africains avant d'avoir des trucs occidentaux, donc je crois que c'est possible, ... je ne l'ai pas vraiment vu mais c'est une réalité, ... on a notre culture» (6F).*

Surtout en dernière année, on constate des refus de prendre position par rapport à l'étiologie surnaturelle et exceptionnellement une franche distanciation. *«Par rapport à la sorcellerie je n'ai pas de position, mais je reconnais que la science africaine est occulte...» (6F)* *«Dire qu'on peut rendre fou quelqu'un par la sorcellerie, moi je ne porte pas confiance en ces choses» (1F).*

Les étudiants sont conscients que la croyance en des causes occultes contredit leur formation médicale et certains expriment des tirailllements entre leur attachement à la tradition et leur statut de futurs médecins. *«Le cadre africain joue un peu sur nous malgré qu'on soit médecin ; on est influencé par nos coutumes jusqu'à dire que la personne lui a jeté un sort, mais on ne peut pas justifier scientifiquement» (6Gv).*

Distance sociale et sentiments face aux malades mentaux

Les étudiants décrivent les attitudes habituelles de la population face aux malades mentaux en termes de rejet social, mépris, discrimination, négligence, abandon. Certains déplorent ce phénomène d'exclusion: *«Si quelqu'un n'a pas un comportement normal, on lui colle une étiquette, on le marginalise, on le considère comme un fou, on le met hors de la société»* (6G)

Interrogés sur leurs propres sentiments, les étudiants se montrent ambivalents, oscillant entre la peur et la pitié. La peur de malades mentaux agressifs est en effet omniprésente parmi les étudiants. Ils estiment que les filles ont davantage de raisons d'avoir peur, parce qu'elles risquent une agression sexuelle et sont moins en mesure de se défendre. Mais au-delà de la peur, les malades mentaux inspirent aussi à certains de la pitié et l'envie d'aider. *«Au début, j'ai peur mais après, j'ai pitié»* (6F)

Toutefois les malades mentaux présumés responsables de leur maladie n'inspirent aucune pitié aux étudiants. Il s'agit surtout de patients toxicomanes, mais aussi de personnes malades par sorcellerie suite à un mauvais comportement de leur part : *«Il s'est mis dans des problèmes et on lui a jeté un sort, c'est sa faute, cela n'engage que lui»* (6G).

Les groupes de dernière année soulignent que les cours de psychiatrie ont fortement interpellé les étudiants, qui se sont personnellement reconnus dans certains signes pathologiques : *« Tout le monde s'est retrouvé dedans »* (6F). Certains participants en ont tiré des leçons de tolérance : *« Je me voyais dedans et j'ai l'impression qu'il faut accepter tout le monde »* (6G) *« ça m'a appris à les innocenter »* (6Gv). D'autres par contre en ont conçu un rejet pour les cours de psychiatrie : *« Je me suis senti dedans et je n'ai pas aimé »* (6G) ; *« J'ai eu peur parce que quand on décrit les signes, tu vois certains signes en toi et tu te dis, est-ce que je ne suis pas en train de devenir folle... »* (6F).

Itinéraires thérapeutiques

L'apparition d'une maladie mentale est systématiquement décrite comme une épreuve pour la famille, qui cherche d'abord à comprendre le pourquoi et à aider le malade, mais aussi à maintenir la réputation de la famille.

Certaines familles ne cherchent pas de soins, parce qu'elles ont honte, *pour éviter «que l'entourage se rende compte»* (6F), ou par fatalisme : *«on dit que c'est Dieu, il faut les laisser comme ça»* (1G). Les malades sont parfois confinés à la maison, pour les cacher et/ou les empêcher de *« faire du mal aux gens »* (1G), parfois enchaînés ou sont envoyés au village.

En cas de recours thérapeutique, les itinéraires décrits font intervenir une série de recours successifs, parfois simultanés, dans un enchaînement aléatoire. Outre les remèdes traditionnels, les principaux recours disponibles cités par les étudiants sont les guérisseurs -

marabouts et féticheurs⁴ - et l'hôpital. Les centres de santé de première ligne ne sont jamais cités.

Les étudiants expliquent que c'est la cause présumée de la maladie qui détermine le choix du thérapeute. Cette cause relevant très souvent de la sorcellerie, beaucoup de familles s'adressent à un féticheur ou marabout. Les familles ne s'adressent à l'hôpital en premier recours que si elles ne croient pas dans les causes surnaturelles, ou si la personne est toxicomane. Un malade peut être amené à l'hôpital après l'échec de traitements traditionnels, mais uniquement si la famille est aisée car les traitements en psychiatrie sont «*excessivement chers*». Globalement les étudiants cautionnent les recours traditionnels choisis par les familles et ce n'est qu'en dernière année que l'on trouve quelques étudiants se déclarant inconditionnellement en faveur de l'hôpital.

Quel que soit l'itinéraire thérapeutique suivi, les étudiants décrivent comment des échecs thérapeutiques successifs aboutissent soit à l'enfermement à long terme du malade à la maison, soit à son abandon par la famille. « *Dès que la famille se rend compte que le traitement est à vie, tout le monde ne peut pas supporter les coûts de traitement, donc il y a des familles qui préfèrent l'abandonner, et ce sont ces malades-là qui circulent dans la rue* » (6F).

Rôle de la médecine moderne face à la maladie mentale

La plupart des étudiants de première année ne conçoivent que vaguement que la maladie mentale puisse faire partie du champ de la médecine et peinent à préciser quel pourrait être leur rôle en tant que futurs médecins. Ils citent *le soutien, le réconfort, des bonnes paroles, la solidarité, des conseils, l'accueil*, mais pas de traitements efficaces. Certains étudiants ignorent que la psychiatrie est une discipline médicale : « *la psychiatrie, c'est quoi même ?* » (1F)

Les étudiants de dernière année se disent convaincus que « *notre médecine doit s'occuper des malades mentaux* » (6F), sans pouvoir préciser comment. Ils insistent sur la supériorité théorique de la médecine moderne en matière de diagnostic, tout en notant que cette supériorité diagnostique est limitée par l'existence de causes occultes inaccessibles à la médecine moderne : « *parfois la médecine moderne peut être incapable* » (6G).

Les participants n'envisagent la prise en charge de troubles psychiques qu'à un niveau spécialisé. Tout au plus le médecin généraliste peut-il référer vers un spécialiste : « *la médecine générale a un rôle d'orientation du patient, je ne pense pas que la médecine générale puisse gérer un malade mental concrètement comme un psychiatre* » (6Fv)

Intérêt pour la psychiatrie comme discipline / spécialité

La plupart des étudiants exprime de fortes réticences à s'occuper eux-mêmes de personnes souffrant de troubles mentaux, assimilés à des malades non coopératifs et dangereux : « *Un jour ils vont s'attaquer à toi et te faire du mal* » (6G). De plus, l'idée populaire que «*ceux qui*

⁴ En Guinée, les pouvoirs occultes sont détenus par les marabouts et les féticheurs. A la différence du féticheur animiste, le marabout est un érudit du Coran qui se réfère à l'Islam. Un musulman pratiquant n'est pas supposé fréquenter les féticheurs mais bien les marabouts.

traitent les fous deviennent fous eux-mêmes » est présente chez une partie des étudiants. « Je ne sais pas si c'est du fait de rester en contact avec ces fous, mais finalement toi aussi tu vas être comme un fou, tu ne seras pas fou exactement mais tu vas changer un peu » (6F).

A fortiori ces étudiants ne manifestent pas d'intérêt pour la psychiatrie comme choix de spécialité : *« comment tu peux étudier toute la médecine et terminer par être psychiatre ? » (6G).* Outre les sentiments de peur, une réticence majeure tient au caractère aléatoire des résultats en psychiatrie : *« Moi, je voudrais avoir des résultats immédiats..., que tout le monde dise que j'ai bien traité » (6G).* Enfin, les perspectives de revenus et le prestige social sont nettement plus faibles que dans d'autres spécialités.

Cependant, lors des séances de validation, un effet inattendu de cette étude est apparu: le fait de parler en groupe de maladie mentale semble avoir augmenté l'intérêt des étudiants pour les malades mentaux et la psychiatrie. *« La porte s'est ouverte, j'ai su que vraiment je peux les aider... donc à chaque fois que je voyais un fou je me disais si j'étais médecin j'allais faire ceci, je commence vraiment à avoir la volonté de les aider » (1Fv).*

Discussion

Cette étude est la première à s'intéresser à la stigmatisation des malades mentaux en Guinée. Son originalité réside en outre dans la population étudiée, à savoir les futurs médecins

Notre étude comporte des limites. Les données ont été recueillies par des médecins ouverts à la socio-anthropologie mais non formés aux méthodes d'analyse approfondie de cette discipline. Les guides des focus groups introduisaient la maladie mentale en général ; la proposition de vignettes (ex. schizophrénie, dépression) aurait peut-être apporté des nuances. L'approche par focus groups a limité la possibilité d'analyser de manière individuelle les liens entre expérience personnelle, formation et attitudes mais a stimulé les interactions entre étudiants, ce qui a fait émerger des éléments qui n'auraient sans doute pas été abordés de la même manière en entretien individuel, en particulier concernant les aspects non consensuels.

Nos résultats rejoignent le constat établi dans d'autres pays africains d'un niveau élevé de stigmatisation de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent. Les étudiants établissent une nette différenciation entre malades mentaux et « gens normaux », fondement du concept de stigmatisation (11). Les préjugés à la base de la stigmatisation (12,13) apparaissent clairement dans leurs propos: ils sont imprévisibles et dangereux, incapables de respecter les normes de la vie en société, ils sont très souvent personnellement responsables de leur état et ils ne guériront pas. Comme dans d'autres études (27,28), la maladie mentale évoque chez les étudiants la folie. Ce n'est qu'au travers du cours de psychiatrie que les étudiants de dernière année ont découvert l'existence d'autres troubles psychiques, amenant certains à envisager un plus grand continuum entre le « normal » et le pathologique et suscitant une plus grande tolérance. Les étudiants regrettent le rejet et la discrimination généralisée des malades mentaux en Guinée. Leurs propres sentiments sont toutefois ambivalents, oscillant entre la peur et la pitié. Mais ils n'ont aucune pitié pour les malades

jugés responsables de leur état, à savoir les toxicomanes et les personnes dont la maladie résulte d'un sort jeté suite à une faute qu'ils ont commise. Parmi les modèles explicatifs décrits, les causes occultes occupent une place prépondérante, et beaucoup d'étudiants y adhèrent, même si cela contredit l'enseignement de la Faculté de Médecine. La drogue est également citée comme cause importante de maladie mentale, rejoignant d'autres études menées en Afrique (26,29). D'autres causes incluent des événements de la vie affective et sociale et de manière anecdotique des causes biologiques. La plupart des étudiants approuvent les recours aux féticheurs et marabouts. Aucun étudiant de dernière année n'envisage une spécialisation en psychiatrie : la croyance en la dangerosité des malades et en l'absence de résultats thérapeutiques – soit deux des préjugés à la base de la stigmatisation – sont les principales justifications, en plus du manque de prestige et de rémunération en psychiatrie. Quelques-uns manifestent cependant de l'intérêt pour les malades mentaux et pour la psychiatrie comme discipline à intégrer dans leur future pratique.

Alors que nous n'avons pas constaté de différences notoires entre filles et garçons, notre hypothèse de différences dans les représentations entre la première et la dernière année s'est partiellement vérifiée : les étudiants de dernière année étaient davantage conscients d'un large spectre de troubles psychiques, et se montraient plus souvent soucieux de loyauté envers la médecine moderne, notamment en privilégiant l'hôpital comme lieu de soins ou en évitant de prendre position à propos de la sorcellerie. Au-delà de ces différences, on constate de grandes similitudes dans les attitudes de stigmatisation, qui se traduisent en dernière année par des réticences largement partagées à soigner des malades mentaux. Si les étudiants de dernière année connaissent théoriquement d'autres pathologies que la schizophrénie, c'est néanmoins aux « fous » que tous pensent en premier lieu. Et les étudiants de dernière année restent eux aussi profondément imprégnés de l'omniprésence de puissances invisibles dans la société dans laquelle ils ont grandi, même si c'est au prix de tiraillements exacerbés entre allégeance à la tradition et à la médecine.

Les propos des étudiants reflètent à la fois les limitations de leur formation et le très faible développement des soins de santé mentale modernes en Guinée. Les stages pratiques sont limités à l'hôpital universitaire, et ne sont pas systématiques pour tous les étudiants. En outre, l'approche psychiatrique en Guinée étant, à de rares exceptions près, essentiellement biomédicale, elle ne permet pas d'établir des ponts avec les savoirs populaires sur les désordres mentaux, ancrés dans des dimensions sociales, spirituelles et religieuses. La constance des références des participants aux savoirs traditionnels renforce l'hypothèse que les étudiants incorporent les connaissances biomédicales en psychiatrie sans pour autant éliminer leurs croyances profondément enracinées. Car une caractéristique des savoirs profanes est leur grande malléabilité qui leur permet de se réorganiser en « savoirs métissés » (30). Il ne faut toutefois pas sous-estimer les conflits d'allégeance que cette double identité peut susciter, en particulier lorsque les croyances profanes sont discréditées par un enseignement à orientation biomédicale.

Si dans l'ensemble les étudiants manifestent davantage de rejet que d'empathie à l'égard des malades mentaux et souhaitent pour la plupart éviter leur prise en charge en tant que futurs médecins, deux éléments de notre étude suggèrent qu'ils sont néanmoins ouverts au changement. D'une part, les cours de psychiatrie ont conduit certains étudiants de dernière année à s'interroger sur leur propre « normalité », à brouiller les frontières entre « gens normaux » et malades mentaux, et à remettre en cause les discriminations. Ces cours semblent donc bien avoir contribué, au moins pour certains, à réduire les attitudes de stigmatisation. D'autre part, la participation à cette étude a incité plusieurs étudiants à chercher des informations sur la prise en charge des malades mentaux et la psychiatrie. Ceci peut s'expliquer par l'attention portée au sujet du fait même de l'étude. Une autre explication est que la discussion structurée entre pairs a facilité une prise de conscience de leurs attitudes de stigmatisation et stimulé leur curiosité. Les représentations de la santé mentale ne sont donc pas figées, et nos résultats suggèrent l'importance de l'exposition à la problématique pour les remodeler. Ceci rejoint en partie la théorie de la *mental health literacy* (31) selon laquelle la stigmatisation résulte d'une méconnaissance de la maladie mentale. Le fait que la stigmatisation est présente également parmi le personnel psychiatrique (5-8) suggère cependant que la connaissance ne suffit pas.

Les défis pour la formation des médecins sont nombreux. Il convient non seulement d'améliorer le recrutement en psychiatrie parmi les étudiants en médecine, mais aussi d'intéresser d'autres médecins aux dimensions de santé mentale chez leurs patients, et leur prise en charge. Plusieurs pistes suggérées dans la littérature (10,28) pourraient être adaptées au contexte guinéen : l'organisation de groupes de discussions entre pairs, l'exposition précoce à la psychiatrie, un soutien adapté (stages par exemple) à ceux qui manifestent de l'intérêt. Une attention particulière doit être donnée à la préparation des stagiaires (7) et leur encadrement. Les lieux de stage ne peuvent se limiter à l'hôpital, qui concentre habituellement des cas graves, mais doivent inclure des centres communautaires, où les étudiants pourront appréhender dans leur contexte des formes diversifiées de souffrance psychique, et surtout observer des expériences positives de succès thérapeutiques.

Mais le plus grand défi est sans doute de ne pas disqualifier la dimension métaphysique de l'existence qui sous-tend les croyances et pratiques populaires en matière de maladie mentale. La pratique médicale occidentale, même lorsqu'elle se prétend globale ou bio-psycho-sociale, ignore le plus souvent la culture comme élément constitutif de la maladie mentale (32). Il est illusoire de développer l'accompagnement de malades mentaux dans le cadre de politiques communautaires de la santé mentale sans prendre en compte les fondements culturels de ces communautés. Des collaborations avec des guérisseurs pourraient y contribuer. Une piste de recherche serait de comprendre comment les étudiants surmontent la tension entre leur loyauté envers la « rationalité scientifique » de la médecine et leur adhésion profonde aux « croyances culturellement orientées » qui entourent la maladie mentale. En d'autres termes, comment se réorganisent les savoirs profanes des étudiants, confrontés à l'enseignement psychiatrique ?

Conclusion

Le renforcement et l'amélioration des soins de santé mentale modernes en Afrique supposent chez les soignants des attitudes d'empathie envers les malades mentaux, ainsi qu'un intérêt pour la psychiatrie. Si notre étude a révélé parmi les étudiants en médecine guinéens de fréquentes attitudes de rejet tant des malades mentaux que de la psychiatrie, elle suggère également que ces attitudes ne sont pas figées. Les améliorations dans la formation en psychiatrie – discipline récente en Guinée – devraient établir des ponts entre l'approche biomédicale médicamenteuse classique et les dimensions sociales et culturelles particulières qui sous-tendent la maladie mentale, et donner aux étudiants l'opportunité d'observer des succès thérapeutiques.

Références

1. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psych Scand.* 2006;113(3):163-79.
2. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* 2007;370(9590):810-1.
3. Martin B, Frank N. Rétablissement et schizophrénie. *EMC-Psychiatrie.* 2013;10(4):1-9.
4. Organisation mondiale de la santé (OMS). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Genève, OMS, 2013.
5. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatr.* 2007;19(2):137-55.
6. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, *et al.* Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2011;14(4):290-7.
7. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ.* 2015;15:34.
8. Ewhrudjakpor C. Knowledge, beliefs and attitudes of health care providers towards the mentally ill in Delta State, Nigeria. *Ethno-Med.* 2009;3(1):19-25.
9. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, *et al.* WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry.* 2010;9(3):131-44.
10. Lyons Z. Attitudes of medical students towards psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. *Acad Psychiatry.* 2013;37(3):150-7.
11. Goffman E, Khim A. *Stigmaté, Les usages sociaux des handicaps.* Les Éditions de Minuit; 1975. 175p.
12. Feldman DB, Crandall CS. Dimensions of mental illness stigma: what about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2007;26(2):137-54.

13. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*. 1997;6(4):345-54.
14. Stier A, Hinshaw SP. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Aust Psychol*. 2007;42:106-17.
15. Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med*. 1997;27(1):131-41.
16. Adewuya AO, Makanjuola RO. Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Aust NZJ Psychiatry*. 2008;42(5):389-95.
17. Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J*. 2004;40(3):265-74.
18. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S. Public Stigma against People with Mental Illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PLoS ONE*. 2013;8(12): e82116. doi : 10.1371/journal.pone.0082116
19. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(11):1191-202.
20. Ayazi T, Lien L, Eide A, Swartz L, Hauff E. Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: a survey from a post-conflict setting with no mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(5):771-80. doi :10.1007/ s00127-013-0775-y
21. Kapungwe A, Cooper S, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, Kakuma R, *et al*. Mental illness--stigma and discrimination in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010;13(3):192-203.
22. Crabb J, Stewart RC, Kokota D, Masson N, Chabunya S, Krishnadas R. Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:541.
23. Girma E, Moller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S, Froeschl G, Tesfaye M. Public stigma against family members of people with mental illness: findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:2.
24. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée. OMS-Guinée. Conakry. 2016.
25. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
26. Ikwuka U, Galbraith N, Nyatanga L. Causal attribution of mental illness in South-Eastern Nigeria. *Int J Soc. Psychiatry*. 2014;60(3):274-9.

27. Muga FA, Jenkins R. Public perceptions, explanatory models and service utilisation regarding mental illness and mental health care in Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43(6):469-76.
28. James BO, Omoaregba JO, Okogbenin EO. Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from southern Nigeria. *Mentl Illn.* 2012;4(1):e8. doi:10.4081/mi.2012.e8
29. Okello ES, Abbo C, Muhwezi WW, Akello G, Ovuga E. Mental health literacy among secondary school students in North and Central Uganda: a qualitative study. *World Cult Psychiatry Res Rev.* 2014;9(3):70-80.
30. Massé R. Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. *In* : Bonniol JL (dir.). *Paradoxes du métissage.* Paris : Éditions du CTHS ; 2001, pp.145-58.
31. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;177:396-401.
32. Kleinman A, Benson P. Culture, moral experience and medicine. *Mt Sinai J Med.* 2006;73(6): 834-9.

III.3 Etude 3 - Représentations sociales des soignants face aux malades mentaux et analyse de l'impact de la formation et de la pratique des soins sur leurs attitudes

L'étude menée parmi les étudiants avait montré des attitudes globalement négatives envers la maladie mentale, peu propices à ce que ces futurs soignants s'investissent dans la prise en charge de malades mentaux. Revenant à notre étude de cas, nous nous sommes interrogés sur les attitudes et représentations de la maladie mentale parmi les soignants de ces cinq centres de santé ayant intégré la maladie mentale : partageaient-ils ou avaient-ils partagé par le passé de telles attitudes de stigmatisation, et si leurs attitudes avaient changé, quels en avaient été les principaux facteurs ? A titre de comparaison, nous avons interrogé également des prestataires des centres de santé qui n'offrent pas la santé mentale.

Cette étude a été publiée dans la revue Santé publique. Cet article est présenté ci-dessous.

Sow, A., Van Dormael, M., Criel, B. & de Spiegelaere, M. (2019). ***Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry***. Santé Publique, vol. 31(2), 305-313. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0305>

Résumé

Cette étude analyse les effets de l'intégration de la santé mentale dans cinq centres de santé communautaires guinéens sur les attitudes du personnel : déstigmatisation de la maladie mentale d'une part, approche centrée sur le patient d'autre part. L'étude repose sur des entretiens semi-structurés avec 27 soignants de centres ayant intégré la santé mentale (SM+) ; à des fins de comparaison, onze soignants de centres n'offrant pas de soins en santé mentale (SM-) ont également été interrogés. Contrairement aux soignants SM- au discours stigmatisant, tous les soignants SM+ ont surmonté leurs peurs et développé des attitudes positives envers les malades mentaux, notamment grâce à l'expérience de succès thérapeutiques. Une partie des SM+ a en outre découvert et adopté une approche centrée sur le patient, tandis que d'autres restaient dans une logique biomédicale. Un facteur favorable à l'approche centrée sur le patient a été un dispositif de formation *in situ* (consultations conjointes, travail en équipe, action communautaire) prenant en compte les besoins émotionnels des soignants et proposant un modèle de rôle centré sur le patient. Mais ce dispositif n'a pu fonctionner de manière optimale que dans le contexte non bureaucratique d'un centre associatif à orientation communautaire, implanté dans la capitale et disposant d'une équipe stable et qualifiée.

Au-delà de l'accès à des soins psychiatriques, l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins peut renforcer la qualité de la relation thérapeutique. Si le contenu et le dispositif de formation sont cruciaux, la façon dont l'organisation des services influence le personnel l'est aussi.

Mots-clés : Soins de santé primaires ; Santé mentale ; Attitudes ; Soins centrés sur le patient ; Guinée.

Introduction

L'intégration de la santé mentale dans les services de première ligne est à l'ordre du jour en raison des énormes besoins non couverts en santé mentale, particulièrement dans les pays les plus pauvres. Ces services ne nécessitent pas de personnel spécialisé, et leur proximité géographique et socioculturelle en fait, théoriquement, un lieu privilégié pour établir une relation humaine avec le prestataire (1). L'approche dominante, pour l'intégration de la santé mentale en première ligne, est actuellement le Programme d'Action mhGAP (Mental Health GAP) initié par l'OMS, en 2008, pour combler le déficit en ressources humaines en santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il forme des soignants non-spécialistes à la détection, au traitement et au suivi de troubles mentaux, sur base d'algorithmes simplifiés scientifiquement fondés (2).

Comme pour d'autres programmes, l'intégration de la santé mentale suppose de standardiser certaines tâches, afin de les déléguer à des non-spécialistes, mais aussi d'anticiper les résistances possibles du personnel et des patients (3). En matière de troubles mentaux, la stigmatisation des personnes atteintes constitue un obstacle majeur à des soins de qualité (4, 5). La stigmatisation repose sur les préjugés suivants (6, 7) : la crainte de comportements dangereux, l'incapacité attribuée à la personne à suivre les règles sociales, la personne considérée comme responsable de ses troubles et la notion de chronicité, sans perspectives de rétablissement. La stigmatisation peut se traduire par des propos explicites mais peut aussi, dans des environnements prônant la tolérance, se manifester de manière implicite (8). En Afrique comme ailleurs, la stigmatisation est répandue, tant dans la population générale (9, 10) que parmi les étudiants en médecine (11) et le personnel de soins (12, 13). L'intégration de la santé mentale requiert, de la part des soignants, des changements d'attitude au moins aussi complexes que l'acquisition de compétences techniques ; si les connaissances en santé mentale et l'expérience clinique avec les malades mentaux contribuent à développer des attitudes positives (14), elles ne sont pas garantes d'interactions de qualité avec le patient (15, 16). C'est ce qui explique l'émergence, dans des pays à revenu élevé, de programmes anti-stigmatisation pour le personnel (17, 18) ainsi que des appels à des soins de santé mentale centrés sur le patient (19, 20). Pour Mead & Bower (21) les soins centrés sur le patient se distinguent de l'approche biomédicale classique par cinq dimensions : une perspective bio-psycho-sociale, l'importance accordée à l'expérience subjective du patient, des relations participatives, une alliance thérapeutique et la prise en compte des besoins émotionnels du soignant. L'approche centrée sur le patient, dimension essentielle de la qualité des soins (22), est contrée par le caractère bureaucratique des systèmes et services de santé africains (23, 24).

En Guinée, l'accès aux soins de santé mentale est extrêmement préoccupant : le pays compte cinq psychiatres et 38 lits d'hospitalisation pour douze millions d'habitants ; l'offre effective de soins se limite au service de psychiatrie de l'hôpital universitaire et à cinq centres de santé ayant intégré la santé mentale (25). Dans ce contexte, les guérisseurs traditionnels restent le principal recours pour les personnes présentant des troubles mentaux (25) : leur disponibilité

leur permet d'accueillir les malades et leurs familles, et les traitements à base de plantes, de talismans ou autres pratiques occultes peuvent constituer des réponses pertinentes ; leur efficacité est toutefois limitée pour les pathologies psychiatriques les plus invalidantes (26). La Guinée peut se comparer à d'autres pays d'Afrique subsaharienne en termes de déficit en personnel. Par contre, l'expérience d'intégration de la santé mentale dans cinq centres de santé constitue une expérience atypique antérieure au mhGAP. Alors que la première ligne est essentiellement publique, ces centres, où exercent médecins généralistes, infirmiers et travailleurs sociaux, ont été créés par l'ONG « Fraternité Médicale Guinée » (FMG), un mouvement associatif fondé en 1994 par de jeunes médecins guinéens dans le but de favoriser l'accès aux soins communautaires pour les populations vulnérables (26, 27).

Une première vague d'intégration – intitulée projet SaMOA (Santé Mentale en milieu Ouvert Africain) – s'est déroulée, entre 2000 et 2003, dans un centre FMG de Conakry, en collaboration avec un centre de santé mentale bruxellois. Le dispositif de formation *in situ* était basé sur trois principes : consultations conjointes, discussions de cas et actions communautaires. Les malades mentaux, se présentant au centre FMG, étaient reçus en consultation conjointe par un généraliste guinéen et un psychiatre belge ; des discussions à propos de ces patients, regroupant l'ensemble de l'équipe FMG et des soignants du centre de santé mentale bruxellois (psychiatre, psychologues et assistants sociaux), apportaient ensuite des éléments de théorie ; des actions communautaires étaient ensuite menées par les travailleurs sociaux pour favoriser la réinsertion des patients. Des stages de quelques soignants guinéens, dans des services de santé mentale en Belgique et en France, et un soutien à distance des professionnels FMG complétaient le dispositif (26).

Cette expérience fut un succès en termes de nombre croissant de patients pris en charge, de régularité du suivi, de réinsertions sociales, d'acceptation communautaire et de satisfaction des patients, de leurs familles et du personnel. Des observateurs ont, de plus, émis l'hypothèse que la qualité de l'interaction soignants-patients s'était améliorée, dans ce centre, pour l'ensemble des patients reçus en consultation curative polyvalente (22).

Une seconde vague d'intégration a alors été menée, entre 2008 et 2012, dans quatre centres de l'intérieur du pays : deux centres FMG, un centre associatif dirigé par un médecin et un centre public dirigé par un infirmier. Vu la petite taille de ces centres, la formation *in situ* a été remplacée par des séminaires dirigés, regroupant des membres du personnel des quatre centres. La formation était coordonnée par des soignants FMG de Conakry, issus du projet SaMOA, qui transmettaient leur propre expérience, avec l'appui d'intervenants extérieurs d'ONGs italienne et canadienne. Des outils, comme le psychodrame et le guide d'intervention du mhGAP, étaient utilisés. Ces séminaires mensuels avaient lieu dans un des centres FMG de l'intérieur. Tout le personnel des deux centres FMG était impliqué dans la formation, tandis que pour les deux centres non FMG, seuls le chef du centre et un ou deux agents y participaient. Les séminaires étaient complétés par un encadrement régulier des prestataires sur le terrain par des superviseurs FMG.

L'étude que nous avons menée visait à :

- apprécier les changements d'attitudes du personnel envers les malades mentaux suite à l'intégration ;
- apprécier leur degré d'approche centrée sur le patient *versus* biomédicale ;
- explorer les facteurs de changement, dont le dispositif de formation et la culture organisationnelle de FMG.

Méthodes

L'analyse des changements d'attitudes des soignants des centres ayant intégré la santé mentale (SM+) envers les malades mentaux s'est basée, d'une part, sur une comparaison de leurs représentations de la maladie mentale avec celles de soignants de centres n'offrant pas de soins de santé mentale (SM-), et d'autre part, sur leurs descriptions personnelles de l'expérience d'intégration. Nous avons mené des entretiens individuels semi-structurés, complétés par des entretiens de groupe, auprès de soignants des cinq centres de santé (SM+) ainsi que dans quatre centres SM- : deux centres associatifs dirigés par un médecin et deux centres publics dirigés par un infirmier. Pour des raisons pratiques, ils ont été choisis dans des sous-préfectures où se trouvaient les centres SM+.

Tous les soignants des centres de santé sélectionnés ont été invités à participer à l'étude, mais il n'a pas toujours été possible de les interviewer tous. En tout, 38 soignants ont été interviewés, 27 dans des centres SM+ et 11 dans des SM-. Parmi les 27 SM+, 15 répondants (dont cinq médecins) travaillaient au centre de Conakry concerné par la première vague de formation et 12 répondants (dont trois médecins) provenaient des quatre centres de la seconde vague. Ces entretiens ont été complétés par deux entretiens de groupe dans des centres SM+ (respectivement six et trois participants) et un entretien de groupe dans un centre SM- (cinq participants).

La première partie du guide d'entretien, commune aux SM+ et SM-, explorait leurs représentations de la maladie mentale ainsi que leurs attitudes (émotions, stigmatisation). La seconde, s'adressant uniquement aux SM+, portait sur la formation en santé mentale, les effets de l'intégration et le contexte institutionnel. Les entretiens ont été menés conjointement par deux enquêteurs, une étudiante en fin de master de santé publique de Bruxelles et un chercheur local, médecin de santé publique. Les médecins et les SM+ étaient généralement plus loquaces que les non-médecins et les SM-. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits mot à mot, en anonymisant les données personnelles.

Les codes d'analyse pour la partie commune aux SM+ et SM- incluaient les représentations de la maladie mentale (pathologies, causalité, traitements), les préjugés liés à la stigmatisation (dangerosité, incapacité, responsabilité, pronostic), les attitudes (empathie, distance sociale) et les sentiments du soignant. Pour la seconde partie, qui ne concerne que les SM+, les codes d'analyse incluaient le contenu et les modalités de la formation en santé mentale, les changements d'attitude et de pratiques, des indications d'approche centrée sur le patient (perspective bio-psycho-sociale, expérience subjective du patient, relations participatives, alliance thérapeutique, besoins émotionnels du soignant), les appréciations de l'intégration

et la culture organisationnelle. L'analyse des discours des répondants examinait d'éventuelles variations selon la catégorie professionnelle (médecins/non-médecins), l'appartenance institutionnelle (FMG ou non) et la première ou seconde vague de l'intégration. L'analyse des transcriptions, sur la base de ces codes, a été réalisée par le chercheur principal et une sociologue.

L'étude a été approuvée par la Commission Nationale d'Éthique pour la Recherche en santé (CNER) de Guinée. Les participants, informés de l'objectif de l'étude, ont librement consenti aux entretiens et à leur enregistrement.

Résultats

Découverte de la maladie mentale chez les soignants SM+ et déstigmatisation

Sans surprise, nous avons constaté d'importantes différences entre soignants SM+ et SM- en matière de connaissances. Les SM+ évoquaient des troubles mentaux variés, alors que les répondants SM- ne citaient aucun diagnostic médical, parlant de la « folie » de façon générique. Les SM- attribuaient la maladie mentale à la drogue, au diable et à la sorcellerie, minimisant l'importance des facteurs sociaux, qui étaient évoqués en premier lieu par la plupart des SM+. En revanche, la plupart des SM+ minimisaient la drogue comme cause possible. Aucun répondant, ni SM+ ni SM-, n'excluait les causes surnaturelles : certains y adhéraient mais aucun ne les rejetait. Pour un médecin SM+, « *cette tendance culturelle, elle est très respectée, et toi qui reçois le patient, il faut commencer par ne pas piétiner cette tendance culturelle* ». Enfin, les répondants SM- n'évoquaient que les traitements traditionnels et n'avaient, pour la plupart, jamais entendu parler de traitements médicaux modernes pour les troubles mentaux ; aucun n'envisageait une possible réinsertion sociale, et plusieurs mentionnaient la nécessité d'enchaîner les malades pour les empêcher de nuire. En revanche, les répondants SM+ décrivaient les traitements, médicamenteux ou autres, instaurés dans leurs centres et l'accompagnement social visant la réinsertion. Ils se disaient fiers de leurs succès thérapeutiques, avec des « *patients améliorés* », et de la gratitude des patients et des familles. Ils savaient qu'une partie de leurs patients poursuivaient des traitements traditionnels en parallèle, mais plutôt que de les rejeter, évoquaient leurs collaborations avec les guérisseurs.

En matière d'attitudes également, les différences entre SM+ et SM- étaient tranchées. Le discours des SM- était souvent ouvertement stigmatisant envers les malades mentaux : des « *méchants qui font des ravages partout* », aux « *mauvais comportements* », des « *saoulards* » qui « *s'adonnent à des vices* ». De tels vocables étaient totalement absents chez les SM+, parmi lesquels plusieurs s'insurgeaient contre la discrimination et la stigmatisation des malades mentaux qui « *ne fait qu'aggraver leur état* ». Quelques SM+ ont reconnu leurs préjugés antérieurs : « *avant que je ne commence à travailler avec la santé mentale, je jugeais les malades mentaux de criminels, de poubelles...* ». Le modèle conceptuel des préjugés sur lesquels repose la stigmatisation des malades mentaux – dangerosité, transgression, responsabilité et mauvais pronostic – suggère qu'une différence majeure entre SM+ et SM-

résidait dans l'expérience de succès thérapeutiques par les SM+, qui a bouleversé l'image du mauvais pronostic : nonobstant les possibles rechutes, tous les SM+ parlaient d'un état réversible. Tant les SM+ que les SM- parlaient de transgression des normes sociales et de possible violence, mais si les SM- portaient un jugement moral, les SM+ étaient nombreux à insister sur le fait que « *ce n'est pas de leur faute* ». Cependant, le discours de plusieurs soignants SM+ de la seconde vague stigmatisait implicitement certains malades, considérés comme incapables d'un rôle actif dans leur traitement, ou encore accusés d'être responsables d'échecs de traitement ou de rechutes, surtout s'ils consommaient des stupéfiants.

Alors que les SM- décrivaient unanimement des sentiments de peur, parfois mêlés de pitié, les SM+ disaient, tout aussi unanimement, avoir surmonté leurs peurs initiales et s'être habitués à côtoyer les malades mentaux ; s'il faut maîtriser un patient violent, ils « osent » prêter main-forte aux collègues. Contrairement aux SM-, les SM+ insistaient sur l'accueil des malades mentaux et de leurs familles et sur la création d'un climat de confiance, les considérant comme les autres malades. La prise en charge de malades mentaux était pour beaucoup de SM+ source de satisfaction professionnelle : « *Je ne pouvais pas rêver que je pouvais prendre en charge un malade mental jusqu'à ce qu'il soit amélioré, pour moi, c'était impossible* ».

Approche centrée sur le patient vs approche biomédicale : des variations entre la première et la seconde vague

Au-delà des attitudes positives à l'égard des malades mentaux communes aux SM+, l'analyse suggère un clivage entre approche centrée sur le patient, plus marquée chez les soignants de la première vague, et approche biomédicale plus présente parmi les soignants formés dans la seconde vague. Les outils d'analyse proposés par Mead & Bower (21) ont montré que les deux groupes soulignaient l'importance des facteurs psycho-sociaux : « *il faut s'intéresser à l'environnement du malade* ». Mais, alors que les soignants de la seconde vague décrivaient une démarche clinique classique – interrogatoire, examens, diagnostic prescription – et considéraient que le malade « *ne sait pas ce qu'il dit* », les soignants de la première vague insistaient sur la complexité et la lenteur du processus diagnostique, privilégiant « *l'écoute active* » et la compréhension, en profondeur, de l'expérience subjective du patient. Les répondants de la seconde vague accordaient une place centrale au médicament et évoquaient l'accompagnement psycho-social de manière anecdotique ; les répondants de la première vague insistaient sur le fait que les médicaments ne sont pas systématiquement prescrits, et servent surtout à stabiliser le malade avant de commencer le vrai traitement basé sur la parole : « *c'est pour le côté dangereux que je donne les médicaments, sinon c'est la thérapie de la parole souvent qu'on fait* » ; « *au fur et à mesure que le malade parle, il essaie de se libérer, là ça marche* ». Alors que les soignants de la seconde vague étaient focalisés sur le diagnostic, les soignants de la première vague considéraient qu'« *on ne traite pas la maladie mais le malade. Ce qu'on a appris avec la santé mentale est que chaque malade est un cas* ».

En matière de participation du patient, aucun soignant n'envisageait de partager la décision de prescription médicamenteuse, mais ceux de la première vague prenaient au sérieux les

souhaits du patient, notamment pour sa réinsertion, et le considéraient comme sujet et non objet de sa propre guérison : « *je peux l'aider à quitter son monde différent et le faire revenir au monde réel ; il a perdu quelque chose qu'il peut retrouver* ». Tous les soignants jugeaient cruciale la qualité de la relation avec le patient et sa famille ; ceux de la seconde vague la considéraient comme un moyen nécessaire à l'observance de la prise de médicaments, tandis que pour les soignants de la première vague, elle jouait aussi un rôle thérapeutique. Enfin, aucun soignant n'a parlé ouvertement de son propre travail émotionnel face aux malades mentaux, mais les répondants de la première vague ont abondamment souligné la concertation en équipe comme lieu de partage des questionnements, tandis que le travail en équipe était très peu mentionné par les soignants de la seconde vague.

Ce sont essentiellement des soignants formés lors de la première vague qui ont évoqué la découverte d'une alternative « *biopsychosociale* » à la démarche biomédicale : « *Le bon soignant était au départ celui qui prescrit les médicaments, maintenant, c'est aussi celui qui a une écoute active, une sympathie, un regard positif, une attention soutenue, qui a une vision de participation, le regard a changé* ». La découverte de cette approche a influencé les attitudes et pratiques au-delà de la santé mentale : « *Les entretiens avec les malades mentaux m'ont permis de faire un entretien avec d'autres malades... la santé mentale nous a permis d'être des personnes beaucoup plus attentives, qui écoutent et qui essaient de résoudre le problème des gens* » ; « *La consultation en santé mentale m'a permis de changer la façon de ma consultation avec toutes les pathologies* ».

Facteurs explicatifs des variations entre les deux vagues d'intégration

Les soignants de la première vague à Conakry ont particulièrement apprécié le dispositif de formation, notamment les consultations conjointes avec un psychiatre menant à des succès thérapeutiques : « *Il y a eu des cas de réussite, ça a démystifié la maladie mentale* ». Ces consultations conjointes fournissaient, de plus, un modèle de rôle : « *Il nous a montré comment faire un entretien, comment écouter un malade mental* ». Ils ont aussi apprécié « *l'alternance entre la théorie et la pratique* », « *la dimension pluridisciplinaire et le travail d'équipe autour du malade* », et le soutien à distance, à travers des échanges de mails avec les formateurs : « *Il vous dit : faites comme ça avec le patient, ça va aller, et on le fait et ça marche* ». Outre les soignants en charge du suivi des malades mentaux, les membres de l'équipe moins directement en contact avec eux – à l'accueil, la pharmacie, le laboratoire – se sont familiarisés avec la maladie mentale en participant aux réunions de cas : « *ici, presque tout le monde a la formation et peut orienter un malade mental, c'est comme ça qu'on a osé s'approcher des malades mentaux* ». Ils parlaient peu du contenu de la formation, mais partageaient une vision où le médicament joue un rôle accessoire par rapport à l'écoute et le travail communautaire.

La formation de la seconde vague comportait également une alternance théorie/pratique, mais pas sous forme de consultations conjointes : « *le matin, on fait le cours, l'après-midi les formateurs discutent avec un malade suivi au centre* ». Les participants en ont principalement retenu comment se comporter avec un malade mental, comment poser un diagnostic

différentiel, décider du traitement et de l'accompagnement psychosocial. La disponibilité à distance des formateurs FMG et la possibilité de se référer à eux étaient particulièrement appréciées : « *on peut rencontrer des cas ici et on peut les appeler pour des conseils, quand le malade est trop agité* » ; « *ce qui m'a surtout impressionné, c'est la façon : on rentre dans un cadre de formation qui est basé sur le partage, l'expérience par rapport aux cas vécus* ». Rappelons que dans les centres non FMG de la seconde vague, tout le personnel n'était pas impliqué dans la formation ; c'était le cas de deux répondants qui regrettaient vivement de n'avoir pas été associés à la formation, d'autant plus qu'en l'absence du chef de centre, ils étaient directement confrontés à la prise en charge de malades mentaux. Plusieurs soignants de la seconde vague ont parlé d'autres formations en santé mentale, dont la formation mhGAP organisée en Guinée par l'OMS au moment de l'épidémie Ebola et appréciée pour sa simplicité : « *c'est un document très facile à utiliser où on met des signes cliniques très simples, qui peuvent vous orienter à un diagnostic et à un protocole thérapeutique adapté très simple aussi* ».

Outre les différences du dispositif de formation, la culture organisationnelle pourrait expliquer, en partie, les différences d'orientation. Les principes fondateurs de FMG – à savoir l'assistance médico-sociale à toute personne en situation de détresse – ont sans nul doute favorisé l'intégration de la santé mentale : « *En 2000, on avait déjà la philosophie de la vulnérabilité et des personnes en situation difficile et de détresse ; la clinique de la maladie mentale, on ne l'avait pas, mais tout ce qui était accompagnement psychologique ou social se faisait déjà* ». Le personnel FMG de la première vague à Conakry a décrit une organisation où chacun est autonome dans son travail tant qu'il respecte les intérêts des patients. Le contrôle hiérarchique était peu ressenti, et les échanges en équipe fortement valorisés. « *Ici on travaille avec la notion de responsabilité, on est très souple, même s'il y a de la rigueur dans le travail... Le chef comme il y en a dans l'administration, non, ici chacun est responsable* ». Les règles sur lesquelles l'institution se montre intransigeante sont celles qui protègent les patients : « *si tu refoules le patient ou tu sur-tarifies, on ne pardonne pas ici* ». Tout le personnel du centre de Conakry, y compris le moins qualifié, appréciait les opportunités de développement professionnel et personnel, favorisées par le travail en équipe, la « *polyvalence* » et le non-cloisonnement des services : « *FMG c'est d'abord une école, on apprend beaucoup. Ce que j'aime ici c'est l'échange, l'apprentissage réciproque* ».

Cette culture organisationnelle n'était cependant pas présente dans la même mesure dans les deux centres FMG de l'intérieur du pays. On y retrouvait certes un souci individuel de service et de travail bien fait, mais les valeurs fondatrices de FMG n'étaient pas évoquées, les discussions d'équipe n'étaient pas décrites comme formatrices et le contrôle hiérarchique y apparaissait comme plus contraignant. Certains exprimaient des frustrations à propos des insuffisances en matière de formation et de plan de carrière. Dans les deux centres non FMG, les répondants évoquaient une culture hiérarchique, basée sur le respect des procédures et des mécanismes de supervision-contrôle : « *C'est lui le responsable, quand il ordonne une*

chose, cette chose-là doit être faite » ; « il faut avoir peur des sanctions, parce que quand on a peur, on va éviter de faire du tort ».

Discussion

Notre étude est, à notre connaissance, la première portant sur les changements d'attitudes du personnel, liés à l'intégration de la santé mentale dans les services de première ligne en Afrique. Les rares évaluations de l'intégration de la santé mentale concernent la mise en oeuvre du mhGAP, et se concentrent sur les améliorations des connaissances du personnel et sur le nombre de cas traités (28).

Notre étude montre que l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé en Guinée a favorisé la déstigmatisation de la maladie mentale parmi les soignants et a contribué, chez une partie d'entre eux, à une approche centrée sur le patient, même en dehors des soins en santé mentale.

Plusieurs limites de la présente étude doivent cependant être signalées. Nous disposons de relativement peu de matériel pour une analyse approfondie des représentations des SM- : ils étaient peu nombreux, proportionnellement moins qualifiés et globalement peu loquaces. De plus, les guides d'entretien ayant été testés à Conakry, certaines questions ont été mal comprises par des soignants SM- de l'intérieur du pays maîtrisant mal le français. Les soignants qui ont bénéficié des formations liées à l'intégration SM+ ont été interrogés dans leur quasi-totalité, mais ne constituent pas un groupe homogène. En particulier, les douze soignants de la seconde vague sont issus de quatre centres différents et se distinguent par de multiples caractéristiques susceptibles d'influencer leurs discours, telles que le diplôme, l'appartenance institutionnelle ou le degré d'implication dans la formation ; cela a complexifié l'interprétation des différences entre sous-groupes.

Nos résultats, concernant les effets de l'intégration de la santé mentale sur les attitudes du personnel, sont encourageants. Alors que les représentations fortement stigmatisantes du personnel de centres SM- sont proches de celles identifiées chez les étudiants en médecine guinéens dans une étude antérieure (11), l'expérience de succès thérapeutiques a bouleversé les préjugés initiaux des soignants SM+. Ceci va dans le même sens qu'une étude canadienne montrant que mettre l'accent sur le rétablissement des malades mentaux est un élément clé de l'efficacité des programmes anti-stigmatisation s'adressant aux soignants (17, 18).

Au-delà des attitudes positives envers les malades mentaux communes à tous les soignants SM+, nous avons également constaté des différences d'approches entre les deux vagues d'intégration de la santé mentale ; les soignants de la première vague ont découvert l'approche centrée sur le patient, qui a déteint sur l'ensemble de leur pratique de soins ; ceux de la seconde vague, en revanche, ont intégré la santé mentale dans une perspective plus biomédicale et ne signalent pas d'effets sur leur pratique de soins au-delà des malades mentaux. Cette approche biomédicale de la santé mentale s'accompagne, chez certains soignants de la seconde vague, de formes de stigmatisation implicite (8) des malades mentaux. En effet, l'approche biomédicale centrée sur la maladie n'exclut pas la

stigmatisation des malades mentaux par le personnel (17), alors que l'approche centrée sur le patient, qui suppose une empathie authentique pour la personne considérée comme expert de sa propre maladie et acteur de sa guérison (21), est incompatible avec une telle stigmatisation.

Comment expliquer ces différences d'approches entre première et deuxième vague ?

Le dispositif de formation de la première vague paraît plus propice à une approche centrée sur le patient. Les formateurs, eux-mêmes acquis à une telle approche, ont proposé, lors de consultations conjointes, des modèles de rôle accentuant l'écoute dans la relation thérapeutique. Des discussions théoriques incluant toute l'équipe s'organisaient ensuite sur base de ces cas concrets. Tant la consultation conjointe que les discussions en équipe fournissaient des opportunités de répondre aux sentiments de peur et d'impuissance des soignants. Ce travail de développement personnel pouvait se prolonger grâce au soutien à distance et au travail en équipe. Il est notable que les répondants de la première vague parlent plus des modalités de leur formation que du contenu. Le dispositif de formation de la seconde vague reposait sur des séminaires avec un instructeur ; à défaut de situations réelles de consultation, les contacts avec des malades mentaux consistaient en observation en groupe de conversations entre formateurs et malades déjà pris en charge. Les soignants de la seconde vague soulignent principalement les apports cognitifs des séminaires dirigés, en particulier le diagnostic différentiel et la prescription de médicaments. Rien ne suggère que leurs besoins émotionnels aient été adressés. Or, plusieurs études convergent sur l'importance du soutien émotionnel des soignants pour une approche centrée sur le patient (24, 29). C'est probablement encore plus vrai face à la maladie mentale, qui les interpelle sur leur propre normalité (11). Une étude belge montre comment des étudiants en médecine de famille perdent le centrage sur le patient lorsqu'ils sont confrontés à des expériences émotionnelles intenses ; l'étude conclut au caractère crucial d'une « *formation centrée sur l'étudiant* », lui fournissant à la fois un miroir et un soutien (29). Dans le même sens, Petersen (24) décrit le travail d'infirmières en Afrique du Sud, formées à la participation et l'*empowerment* du patient, et qui, faute de soutien adéquat en matière de travail émotionnel, développent des mécanismes de défense contre la détresse de leurs patients, notamment un focus biomédical.

Outre le dispositif de formation, le contexte organisationnel influence l'approche centrée sur le patient. FMG constituait un terreau favorable pour une approche centrée sur le patient. Le respect des personnes, en particulier des plus vulnérables, en est une valeur fondatrice, et le fonctionnement interne, décrit par les répondants de Conakry, est résolument orienté vers les patients et la communauté. Les mécanismes de régulation décrits reposent davantage sur la conscience professionnelle et les échanges en équipe que sur le contrôle hiérarchique. Or, cette culture professionnelle favorise le développement de capacités d'autoévaluation en vue d'un perfectionnement continu – ce que Schön appelle la réflexivité de l'agir professionnel (30). Elle favorise aussi une approche centrée sur le patient davantage qu'une culture bureaucratique prônant l'application de normes plutôt que l'adaptation aux patients dans leur singularité (23, 24). Cette hypothèse est cohérente avec nos résultats pour Conakry et, par

contraste, les centres non FMG, mais pas avec nos résultats pour les deux centres FMG de l'intérieur : pourquoi la culture y paraît-elle plus bureaucratique et l'approche plus biomédicale qu'à Conakry ?

Cette interrogation nous mène à une troisième hypothèse relative à la problématique du personnel en zones éloignées. L'équipe de Conakry est très stable et comprend bon nombre des pionniers de l'intégration de la santé mentale en 2000 et même de fondateurs de FMG. Elle inclut plusieurs médecins et personnels qualifiés et offre, y compris au personnel moins qualifié, d'importants espaces de développement professionnel. À l'intérieur du pays par contre, le recrutement et le *turnover* de personnel, en particulier de personnel qualifié, sont problématiques comme dans tous les pays d'Afrique (31). Or, l'approche centrée sur le patient nécessite davantage de réflexion et d'échanges que la mise en œuvre de procédures standardisées. Les équipes de l'intérieur du pays sont, de plus, de petite taille, avec des possibilités d'échanges plus restreintes ; et si le centre public comporte une plus grande équipe, très peu de personnes sont officiellement concernées par la santé mentale.

L'extension du projet à des centres de santé de l'intérieur du pays a donc généré, chez les soignants, des attitudes positives à l'égard des malades mentaux, sans mener à une approche centrée sur les patients – ce qui témoigne de la difficulté de reproduire une expérience aux dimensions complexes. Dans le centre FMG de Conakry, il y a eu convergence entre un dispositif de formation centré sur le patient et les besoins émotionnels des soignants, une culture non bureaucratique et une équipe stable et qualifiée ; convergence qui a favorisé l'approche centrée sur les patients. Ceci renforce l'idée qu'il ne suffit pas de former individuellement le personnel à l'interaction avec le patient, mais qu'il faut aussi agir sur le fonctionnement global des services de santé (19, 23).

Conclusion

Notre étude décrit un processus d'intégration réussie de la santé mentale en première ligne dans un contexte africain. Non seulement la stigmatisation a disparu au profit d'attitudes positives envers les malades mentaux, mais une partie du personnel a découvert, grâce à la santé mentale, l'approche centrée sur les personnes plus que sur la maladie. Un facteur de succès a été le dispositif de formation: consultations conjointes avec expérience de succès thérapeutiques, modèle de rôle centré sur le patient, action communautaire impliquant le patient, sa famille et l'entourage, prise en compte des besoins émotionnels des soignants et implication de toute l'équipe de soins. Ce dispositif a fonctionné de manière optimale dans un contexte non bureaucratique, ce qui pourrait limiter sa reproductibilité. Mais l'expérience a le mérite de montrer qu'il est possible d'offrir des soins de santé mentale centrés sur le patient dans le contexte africain. Ceci est important à l'heure où le programme mhGAP est mis en œuvre dans des pays à faible revenu. L'ambition du mhGAP est d'augmenter, à large échelle, l'accès aux soins de santé mentale à travers des procédures rationnelles simplifiées confiées à des non-spécialistes. Les risques en sont de sous-estimer la relation thérapeutique, les dimensions psychosociales des problèmes de santé mentale ainsi que les facteurs

organisationnels qui déterminent le travail des soignants au-delà de leur formation. Ce n'est que sur le terrain que l'on pourra tirer des conclusions. Il serait judicieux, à l'heure où les projets d'intégration de la santé mentale en Afrique se multiplient, d'inclure, tant dans les programmes de formation que dans les évaluations, cette dimension essentielle de la qualité des soins qu'est l'approche centrée sur le patient.

Remerciements

Nous remercions très sincèrement tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude, le département de Médecine Générale de l'Université libre de Bruxelles (ULB) en particulier, Marco Schetgen, le Fonds des bourses de coopération de l'ULB, Thierry Walravens d'Erasmus Coopération et l'Agence universitaire de la francophonie pour leur soutien financier, Tatiana De Bels et Delphin Kolié qui ont récolté les données, et Michel Dewez pour la relecture du manuscrit.

Références

1. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N, Piat M, Melki W, et al. Building system capacity for the integration of mental health at the level of primary care in Tunisia: a study protocol in global mental health. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):38
2. Organisation Mondiale de la Santé : Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées – Version 2.0. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2018.
3. Criel B, Kegels G, Van der Stuyft P. A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. *Trop Med Int Health.* 2004;9(6): A1-A4
4. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):810-11
5. Martin B, Frank N. Rétablissement et schizophrénie. *EMC-Psychiatrie.* 2013;10 (4):1-9
6. Feldman DB, Crandall CS. Dimensions of mental illness stigma: what about mental illness causes social rejection? *J Soc Clin Psychol.* 2007;26(2):137-54
7. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health.* 1997;6(4):345-54
8. Stier A, Hinshaw SP. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Aust Psychol.* 2007;42:106-17
9. Ishaq AA, Suleiman HI, Victor OO and Taiwo LS. Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;59(1):55-60
10. Organisation mondiale de la santé (OMS). Investir dans la santé mentale. Genève: organisation mondiale de la santé, 2004. 49p

11. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Condé S, Dewez M, De Spiegelaere M. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée Conakry. *Santé Publique*. 2018;30(2):253-261
12. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, et al. Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesburg)*.2011;14(4):290-7
13. Ewhrudjakpor C. Knowledge, beliefs and attitudes of health care providers towards the mentally ill in Delta State, Nigeria. *Ethno-Med*. 2009;3(1):19-25
14. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:249-258
15. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatr*. 2007; 19(2):137–55.
16. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015; 15:34
17. Knaak S, Modgill G, Patten SB. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10 suppl 1):S19-S26
18. Descheneaux J, Aubé D, Beaucage C, Côté R. Les défis de la réflexivité et de la collaboration recherche-pratique : le cas de l'implantation d'une nouvelle offre de services en santé mentale en première ligne. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*. 2017;13(1):177-209
19. Gask L et Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21(2):139-44.
20. Pares D et Lakdawala M. Doctor-Patient Relationship in Psychiatry. *Mens Sana Monogr*. 2015;13(1):82-90.
21. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087-110.
22. Sow A, Jeroen De J, Vanlerberghe V, De Spiegelaere M, Criel B. Intégration des soins de santé mentale dans les centres de santé associatifs en Guinée : porte d'entrée vers une offre de soins plus centrée sur le patient ? Manuscrit soumis pour publication 2019
23. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. Patient-centered care and people-centered health systems in sub-saharan Africa: Why so little of something so badly needed? *Int J Pers Cent Med*. 2016;6(3):162-173
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? *Soc Sci Med*. 2000;51:321-334
25. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée. OMS-Guinée. Conakry. 2016.37p

26. Sow A, Dewez M. La folie et ses médecines en Guinée. Pratiques. Pratique, les Cahiers de la Médecine Utopique. 2019 (sous presse)
27. Sow A. Santé mentale et soutien psychosocial dans les services de santé de première ligne, en Guinée. In Colloque ECTMIH Bâle, 6-10 septembre 2015
28. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. Evid Based Ment Health. 2018;21(1):30-34
29. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centeredness! Experiences of medical students and their teachers. Medical Education. 2010;44:662-73
30. Schön DA. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Editions Logiques ; 1994. 418 p.
31. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008;8:19

III.4 Etude 4 - Utilisation de l'offre en santé mentale en première ligne

Afin d'objectiver le recours aux soins de santé mentale en première ligne, nous avons collecté les données cliniques et sociodémographiques recueillies dans les 5 centres de santé ayant intégré la santé mentale et en avons fait une analyse descriptive. L'étude est rétrospective, et porte sur les 4995 nouveaux cas (premier contact pour un problème de santé mentale) enregistrés dans les 5 centres concernés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2017.

Cette étude a fait l'objet d'un article intitulé *Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée* qui a été publié dans la revue *Panafrican Medicine Journal*. Le texte ci-dessous correspond à la version publiée.

Abdoulaye Sow, Bart Criel, Bernard Branger, Michel Roland, Myriam De Spiegelaere. ***Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée***. Pan African Medical Journal. 2020;37:107. (doi: [10.11604/pamj.2020.37.107.20351](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.107.20351))

Résumé

Introduction: la faible couverture des services spécialisés et la pénurie en ressources humaines en santé mentale représentent d'immenses défis pour les systèmes de santé en Afrique. L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires constitue un complément substantiel et faisable aux services spécialisés. Cette étude rassemble et analyse les données générées dans 5 Centres de santé (CS) ayant intégrés ce paquet de soins en Guinée. **Méthodes:** l'étude descriptive porte sur les nouveaux cas de santé mentale entre 2012 et 2017. Les motifs de consultations et les diagnostics posés ont été répertoriés et analysés sur la base des registres de consultation et des dossiers médicaux individuels. **Résultats:** au total 4995 patients ont consulté pour un problème de santé mentale, ce qui représente 2,8% des consultations générales (de 0,5 à 7,7% selon les centres). La moyenne d'âge des patients était de 27,9 ans ($\pm 16,1$). Les motifs de consultations les plus fréquents étaient les insomnies: 44,4% (n = 2081), les crises convulsives: 39% (n = 1827), les troubles du comportement: 31,9% (n = 1263) et les hallucinations: 26,1% (n = 1224). Les diagnostics les plus fréquemment posés étaient l'épilepsie : 36,8% (n = 1773) et les troubles psychotiques: 33,5% (n = 1613). 88,4% (n = 4418) des patients ont reçu un traitement médicamenteux, le plus souvent combiné avec un soutien psychologique. **Conclusion:** l'étude montre que dans le contexte guinéen où l'accès aux soins spécialisés en santé mentale est très limité, les malades mentaux, même atteints de pathologies lourdes, peuvent être suivis dans des Centres de santé par un personnel non spécialiste mais formé en santé mentale.

Introduction

Les troubles mentaux représentent une charge de morbidité très élevée dans le monde (1). Ils représentaient 19% de la charge d'incapacité en Afrique (Années de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité, AVCI) en 2010 et cette part devrait s'alourdir dans les années qui viennent (2). Le défi que ces troubles posent aux systèmes de santé africains est donc particulièrement important (3).

En Afrique les enquêtes communautaires montrent que seule une minorité des personnes souffrant de troubles graves de santé mentale bénéficient d'un traitement (4, 5). Les moyens alloués aux programmes nationaux de santé mentale sont faibles, et généralement orientés vers les hôpitaux psychiatriques, le plus souvent inaccessibles aux plus nécessiteux. Au-delà des structures, la pénurie de moyens touche surtout les ressources humaines spécialisées et les médicaments. On y compte 1,4 professionnel de santé mentale pour 100 000 habitants, contre 9 dans le monde (6).

Face à cette situation, le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires, est la stratégie la plus souvent avancée et soutenue par L'OMS (3, 4, 6). De plus en plus d'études évaluent l'efficacité de l'offre de soins en santé mentale dans les services généraux des structures communautaires et services de santé de base comme alternative aux structures hospitalières insuffisantes dans les pays moins avancés (7, 8). Il en ressort que la prise en charge des troubles mentaux dans les soins de santé primaires avec un dispositif de transfert de compétences des spécialistes vers les agents de santé travaillant à proximité des patients est faisable et acceptable (9), et efficace (10) sous certaines conditions. Cette étude vise à évaluer une expérience d'intégration des soins en santé mentale par la première ligne de soins en Guinée.

La Guinée ne dispose que d'un seul service de psychiatrie situé dans la capitale Conakry, comptant une trentaine de lits d'hospitalisation et 5 psychiatres, sans infirmiers spécialisés ni psychologues, pour près de 11 millions d'habitants. Dans la quasi-totalité du territoire, les soins aux malades mentaux relèvent des seuls guérisseurs traditionnels (11). C'est dans ce contexte que l'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG), qui gère des Centres de santé (CS) avec des équipes de soins multidisciplinaires dont des médecins de famille, a intégré la prise en charge des malades mentaux dans 3 de ses CS depuis 2000, dans le cadre du projet « Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain » (SaMOA) (12). Elle a ensuite étendu cette intégration dans deux autres CS non FMG. Le paquet de soins offert en santé mentale comprend la consultation, le traitement médicamenteux, l'accompagnement psychosocial et la réhabilitation. Sur base des données de routine collectées par ces 5 CS, cette étude vise à évaluer l'utilisation des soins de santé mentale dans ces centres et à déterminer les caractéristiques des patients et des pathologies rencontrées ainsi que leur prise en charge.

Méthodes

Type et cadre de l'étude

Cette étude descriptive et rétrospective, a été réalisée dans 5 CS ayant intégré la santé mentale dans leur paquet de soins: 3 centres de FMG (Hafia Minière, Tata1 et Moriady), et 2 centres non FMG (Timbi Madina et Pita Centre). Deux de ces CS sont situés en zone rurale (Moriady et Timbi Madina), les 3 autres en zone urbaine.

Population d'étude

Tous les patients ayant consulté dans les 5 CS pour un problème de santé mentale entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2017 ont été inclus. Seuls les nouveaux cas (premier contact pour un problème de santé mentale) ont été pris en compte.

Collecte des données

Le recueil des données a été réalisé à partir des registres de consultation. Les données des dossiers médicaux individuels ont également été utilisées dans les 3 centres FMG qui en disposent. Les données recueillies portaient d'une part sur des informations socio-démographiques et d'autre part sur les caractéristiques médicales : motif de consultation, diagnostic posé, traitements prescrits. L'outil de collecte des données reprenait pour chaque item une liste de choix à cocher (plusieurs réponses possibles), les catégories « autres » ouvrant un champ en texte libre. Les diagnostics ont été recodés en 7 catégories exclusives (schizophrénie et autres troubles délirants, troubles de l'humeur, troubles névrotiques, épilepsies, démence, retard psychomoteur, autres) sur base de la classification internationale des maladies (CIM10), adaptée à la pratique et à la qualification des soignants de première ligne dans le contexte guinéen. Ces données quantitatives ont été complétées par des informations venant des rapports d'activités de routine des différentes structures de soins concernées par l'étude, ainsi que par le vécu des professionnels travaillant dans ces structures.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 22.0. Les comparaisons de proportions ont été effectuées avec le test du χ^2 avec un seuil de signification à $p < 0.05$.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par la Commission Nationale d'éthique pour la Recherche en santé (CNERS) de Guinée (N°010/CNRS/17).

Résultats

Au total 4995 patients se présentant pour la première fois avec un problème de santé mentale ont été enregistrés entre 2012 et 2017 dans les 5 CS. Toutes les données n'étaient pas disponibles pour tous les patients et pour toutes les variables. Les résultats présentés portent sur les données valides et donc les totaux diffèrent selon les analyses.

Distribution des patients dans les 5 CS

Leur distribution était très inégale entre les centres. Les 3 centres de FMG ont pris en charge 92,6% (n = 4628) des patients. Le Tableau 1 présente le nombre de nouveaux cas de santé mentale par rapport au nombre total de nouveaux cas enregistrés dans chaque centre. Pour l'ensemble des CS, en moyenne 2,8% (n=4995) des consultations étaient en lien avec des problèmes de santé mentale. Cette proportion différait fortement d'un centre à l'autre et d'une année à l'autre.

Tableau 1 : Proportion des patients avec problèmes de santé mentale (SM) parmi l'ensemble des patients des consultations générales des centres de santé

		Hafia minière	Moriady	Tata1	Timbi madina	Pita centre	Total
2012	SM	380	182	241	69	105	977
	Total	11 931	2 853	6 190	4 300	10 789	36 063
	%	3,2%	6,4%	3,9%	1,6%	1,0%	2,7%
2013	SM	260	192	221	16	45	734
	Total	9 789	2 622	6 283	4 260	8 725	31 679
	%	2,7%	7,3%	3,5%	0,4%	0,5%	2,3%
2014	SM	210	184	237	10	20	661
	Total	11 852	3 152	2 921	4 236	9 432	31 593
	%	1,8%	5,8%	8,1%	0,2%	0,2%	2,1%
2015	SM	204	177	226	12	23	642
	Total	9 857	2 623	2 104	4 128	6 333	25 045
	%	2,1%	6,7%	10,7%	0,3%	0,4%	2,6%
2016	SM	456	116	312	30	3	917
	Total	12 128	1 619	2 095	5 328	4 877	26 047
	%	3,8%	7,2%	14,9%	0,6%	0,1%	3,5%
2017	SM	396	190	444	16	18	1 064
	Total	12 616	1 211	2 173	5 532	5 831	27 363
	%	3,1%	15,7%	20,4%	0,3%	0,3%	3,9%
Total	SM	1 906	1 041	1 681	153	214	4 995
	Total	68 173	14 080	21 766	27 784	45 987	177 790
	%	2,8%	7,4%	7,7%	0,6%	0,5%	2,8%

2-III.4 Tableau 1: Proportion de patients avec problèmes de SM dans les consultations générales des CS

Caractéristiques sociodémographiques

Les patients étaient âgés de 0 à 98 ans (moyenne 27,9 ans \pm 16,1). Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude. La situation matrimoniale différait en fonction du genre: par rapport aux hommes, les femmes étaient plus souvent célibataires: 46,7% versus 26,8%, divorcées: 2,4% versus 1,3% ou veuves: 2,3% versus 0,3% ($p < 0.001$). La répartition des ethnies correspondait à la situation géographique des CS et à la proportion des différents groupes ethniques dans le pays.

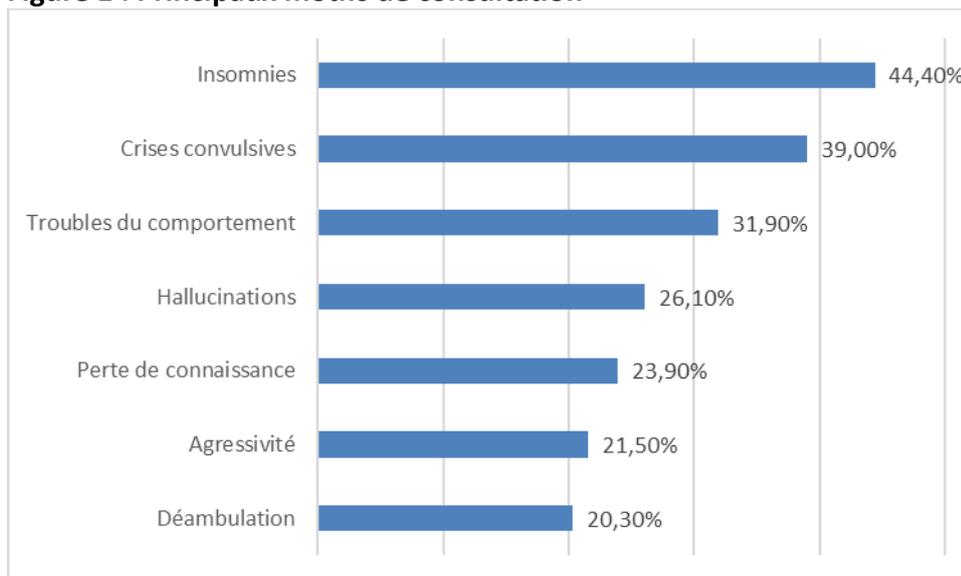
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

		N	%
Sexe	Homme	2697	54,1%
	Femme	2286	45,9%
Total		4983	100,0%
Résidence	Urbaine	3786	79,4%
	Rurale	984	20,6%
Total		4770	100%
Ethnie	Peulh	2595	72,0%
	Soussou	484	13,4%
	Malinké	426	11,8%
	Forestier	64	1,8%
	Autres	37	1,0%
Total		3606	100%
Situation familiale	Célibataire	1408	35,80%
	Marie	2413	61,30%
	Divorce	70	1,80%
	Veuf	46	1,20%
Total		3937	100%

3- III.4 Tableau 2:Caractéristiques sociodémographiques des patients

Motifs de consultation

La Figure 1 montre les principaux motifs de consultations. Très peu de patients, 2,8% (n = 126), consultaient pour consommation de substances psychoactives. Les symptômes étaient le plus souvent multiples, plus de la moitié des patients (53%, n=2647) présentaient 4 symptômes ou plus.

Figure 1 : Principaux motifs de consultation

7- III.4 Figure 1: Principaux motifs de consultation

Diagnostic

Le Tableau 3 présente la fréquence des principaux diagnostics. L'épilepsie est le diagnostic le plus fréquent, suivi par les psychoses qui représentent un tiers des cas. La catégorie « autres » comprenait des retards psychomoteurs, les démences et d'autres problèmes psychosociaux. La distribution des diagnostics posés différait significativement entre les CS ($p < 0.001$). En particulier, on observait une fréquence plus élevée de diagnostic d'épilepsies dans le CS Moriady et de troubles psychotiques dans les CS non-FMG (Timbi Madina et Pita).

Tableau 3 : Principaux diagnostics posés par centres de santé

	Hafia-Minière	Moriady	Tata1	Timbi-Madina	Pita Centre	Total
Epilepsies	604	531	522	49	67	1773
	33,2%	52,8%	31,9%	32,9%	31,8%	36,8%
Schizophrénie et autres troubles délirants	602	221	606	71	113	1613
	33,1%	22,0%	37,1%	47,7%	53,6%	33,5%
Troubles de l'humeur	308	155	241	7	8	719
	16,9%	15,4%	14,7%	4,7%	3,8%	14,9%
Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes	134	29	179	5	2	349
	7,4%	2,9%	11,0%	3,4%	0,9%	7,2%
Autres	171	70	86	17	21	365
	9,4%	7,0%	5,3%	11,4%	10,0%	7,6%
Total	1819	1006	1634	149	211	4819
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4- III.4 Tableau 3: Principaux diagnostics par CS

Traitement

La plupart des patients, 88,4% ($n = 4260$), avaient reçu un traitement médicamenteux. Cette proportion différait significativement selon le diagnostic posé: 97,6% ($n = 702$) des troubles de l'humeur, 96,7% ($n = 1560$) des psychoses et 95,9% ($n = 1701$) des épilepsies avaient été traités par médicaments pour 25,1% ($n=88$) des troubles névrotiques et 90,1% ($n=329$) des diagnostics « autres » ($p < 0.001$). L'Halopéridol est le médicament le plus souvent administré. Les médicaments utilisés sont présentés dans le Tableau 4. Les médicaments étaient le souvent combinés avec d'autres approches thérapeutiques. Ainsi, parmi les patients ayant reçu au moins 1 médicament, 98,6% ($n = 3483$) avaient bénéficié d'un soutien psychologique, 20,8% ($n = 682$) d'une assistance sociale et 7,6% ($n = 337$) d'une réinsertion.

Tableau 4 : Principaux médicaments administrés

Halopéridol	48,5%
Carbamazépine	36,6%
Biperiden	33,3%
Diazépam	32,4%
Amitripline	15,3%
Chlorpromazine	14,2%
Autres	11,8%
Placebo	7,8%
Magnésium/vitamine B6	7,2%
Lévomépromazine	3,4%
Clonazepam	1,9%

5- III.4 Tableau 4: Principaux médicaments administrés

Discussion

Cette étude montre le potentiel important des CS pour améliorer la couverture des besoins en santé mentale en Afrique. L'évaluation du système national de santé mentale réalisée en Guinée montrait qu'en 2014 le service de psychiatrie de l'hôpital national Donka, seul service spécialisé public du pays, avait admis 1264 patients en consultation ambulatoire (11), alors que, pour la même année, les 5 CS objets de la présente étude avaient pris en charge 661 nouveaux cas en santé mentale, soit 52% du nombre de cas suivis par Donka pour une zone couvrant environ 40 000 habitants. Avant l'intégration de la santé mentale dans les 5 CS, toutes les personnes ayant des troubles mentaux étaient référées au service de psychiatrie de l'hôpital national. Nos résultats montrent que la prise en charge de la santé mentale dans les CS, est faisable et permet d'améliorer la couverture des services de soins en santé mentale, ce qui rejoint les conclusions d'autres études (10). Dans notre étude, la part des consultations pour un problème de santé mentale représente 2,8% de l'ensemble des consultations, alors qu'au Québec, un tout autre contexte avec une couverture en soins de santé mentale bien plus adéquate, 25% des visites chez les médecins de famille sont liées à des troubles mentaux et 24% dans une autre étude sur 15 sites (13-16).

Cette part semble donc faible et varie fortement d'un centre à un autre et d'une année à l'autre (0,2 à 20,4%). Elle s'explique par différents facteurs. Tout d'abord, seuls les premiers contacts ont été comptabilisés. Les troubles mentaux sont chroniques et impliquent en général un nombre élevé de contacts, ce qui peut expliquer la part importante de l'activité de médecine générale si l'on considère l'ensemble des consultations réalisées par les médecins de famille. D'autre part, dans le contexte guinéen, les patients ne consultent pas pour certains troubles mentaux qu'ils jugent relevé des guérisseurs traditionnels. Enfin, nous avons pris en compte l'ensemble des consultations primaires curatives alors que, dans certains CS, seules certaines consultations assurées par des professionnels formés offraient ces soins. Les

différences entre CS sont partiellement dues à la chronologie de l'intégration de la santé mentale entre 2000 (Hafia Minière) et 2012 (Tata1).

En général, les premières années après l'intégration, le nombre de consultations augmente progressivement avant de se stabiliser, voire régresser. La part croissante des pathologies mentales dans le CS Tata1 est liée à sa position géographique. Ce centre couvre en effet toute une région sanitaire et étant le seul à offrir les soins de santé mentale dans cette région, il est perçu comme un « Centre de santé mentale ».

Pour les centres non-FMG, le nombre de cas est plus important la première année du fait de la publicité et de l'effet de nouveauté et diminue ensuite. Les variations dans le temps peuvent être liées aussi aux mouvements du personnel, fréquents dans le secteur public, comme au CS de Pita. Plusieurs autres facteurs, documentés dans les rapports d'activités des centres de santé, interviennent tels que les ruptures de médicaments, l'arrivée de nouveaux guérisseurs traditionnels ou l'épidémie d'Ebola. Au cours du temps, par la nécessité d'un suivi à long terme, le nombre de patients suivis augmente ainsi que la charge de travail. Ceci implique que la part de nouveaux cas en santé mentale dans les consultations ne reflète pas forcément la part de la charge de travail qui y est consacrée. Selon les rapports d'activités des centres de santé, au début du processus d'intégration, les malades viennent de la zone de couverture des CS, mais au fil des ans, ils viennent de zones de plus en plus éloignées grâce au bouche à oreille et aux succès thérapeutiques constatés.

Concernant les caractéristiques des patients, toutes les tranches d'âge sont représentées. Même si le nombre de divorcés est peu important, les femmes sont les plus concernées. Dans le contexte guinéen en effet, quand la maladie mentale survient dans un foyer, le couple finit souvent par se disloquer et généralement, si les femmes ne sont pas « rendues » à leurs parents, elles sont abandonnées par leur conjoint. L'insomnie ressort comme le principal motif de consultation pour les patients avec un problème de santé mentale. Ce symptôme étant également fréquemment retrouvé dans de nombreuses pathologies physiques, l'intégration de la santé mentale dans l'offre des soins de première ligne constitue une opportunité pour sensibiliser les soignants des CS à la prise en compte des aspects psychosociaux dans leur consultation de médecine générale. Nos résultats montrent que toutes les pathologies psychiatriques rencontrées dans les services spécialisés sont susceptibles d'être identifiées dans les CS, que ce soit les pathologies psychiatriques lourdes comme les psychoses et la dépression ou certaines maladies neurologiques comme les épilepsies, les démences et les retards psychomoteurs.

On note que la distribution des diagnostics varie entre CS. Au CS de Moriady, plus de la moitié des cas sont des épilepsies. Ceci s'explique par les activités communautaires plus importantes qui ont été réalisées autour du CS, avec l'implication de la radio rurale qui couvre plusieurs sous-préfectures et a longuement parlé des épilepsies dans les langues nationales. Tous les CS publics de Kindia y réfèrent également les épileptiques sur recommandation du médecin chef de district (Communication personnelle du médecin chef de district de Kindia). Dans les CS non FMG, les pathologies psychotiques sont les plus représentées. L'une des hypothèses est

la présence plus importante de ce type de patients dans les petites agglomérations (petites villes ou villages) où sont situés ces CS. Lorsque les familles sont épuisées dans le parcours de soins avec les malades mentaux en ville, elles préfèrent les envoyer au village où ils seraient plus faciles à canaliser avec des méthodes traditionnelles de contention (Communication personnelle des responsables des centres de santé).

Si les médicaments restent les moyens thérapeutiques les plus utilisés, l'accompagnement psychosocial et la réinsertion, pour lesquels les soignants ont été formés dans le processus d'intégration, apportent une valeur ajoutée dans l'offre de soins en première ligne. Des placebos sont aussi utilisés pour réduire la consommation des médicaments souvent exigés par les familles des patients. Les difficultés rencontrées lors du recueil des informations quantitatives limitent l'interprétation de certains résultats. Les sources de données n'étaient pas homogènes et dépendaient des outils de routine utilisés par les différents centres. Les trois CS FMG utilisaient, en plus des registres standards, des dossiers médicaux individuels ainsi que des cahiers de visite à domicile et de réinsertion des patients. Les deux autres CS n'utilisaient que les registres de consultation. La faible qualité du remplissage et l'absence de dossiers médicaux expliquent l'importance des données manquantes et/ou aberrantes pour certaines variables dans ces CS.

Pour les centres disposant de dossiers médicaux, le recueil de données ne s'est pas toujours limité aux informations du premier contact avec le patient, des informations provenant des documents du suivi du patient ont été recueillies expliquant dans certains cas des diagnostics et traitements multiples à première vue incohérents. Toutefois, cette proportion de patients reste marginale. Du fait de la faible qualité des données des registres, nous n'avons pu obtenir certaines informations, comme la proportion de malades améliorés, des perdus de vue et de rechutes.

Une étude plus approfondie devrait se pencher sur ces dimensions de la qualité des soins sur base d'un suivi longitudinal, et donc la tenue de dossiers individuels (10). Cette étude montre qu'il est possible d'analyser, sur base de données de routine, l'utilisation des soins de santé mentale en première ligne des soins dans un pays d'Afrique lorsque ceux-ci y sont offerts. Pour réellement évaluer l'amélioration de la couverture des besoins il est toutefois indispensable de disposer de données plus spécifiques sur les besoins dans la population générale et leur évolution dans le temps (15).

Conclusion

Notre expérience montre que l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins est possible et utile: les patients utilisent les CS qui peuvent être des lieux « adéquats » pour offrir des soins aux patients ayant des pathologies neuropsychiatriques lourdes. Les médicaments essentiels génériques, l'accompagnement psychologique et une réinsertion apportent des réponses efficaces à un nombre important de problèmes de santé mentale. Des enquêtes communautaires devraient être menées pour estimer les besoins en santé mentale dans les

zones desservies par ces centres de manière à évaluer et progressivement améliorer la couverture des soins.

Etat des connaissances sur le sujet

- *La morbidité liée aux troubles mentaux est élevée dans tous les pays;*
- *La disponibilité des soins de santé mentale en Afrique est marginale;*
- *Plusieurs études confirment l'efficacité des services de santé de base comme modalité de prise en charge des malades mentaux.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *Quand les soins en santé mentale sont intégrés dans les centres de santé en Guinée, ils sont utilisés par la population;*
- *Du fait du contexte local, des pathologies neurologiques graves comme les épilepsies et les démences peuvent se retrouver dans la sphère des maladies mentales;*
- *En cas de pénurie en ressources humaines et de structures spécialisées en santé mentale, les CS polyvalents peuvent être une alternative valable pour améliorer l'accessibilité aux soins pour les personnes ayant des troubles mentaux.*

Contributions des auteurs

Abdoulaye Sow: conception et rédaction de l'article, Bart Criel, Michel Roland et Bernard Branger: Contribution à la rédaction de l'article, Myriam De Spiegelaere : Correction de la présentation des résultats, contribution à la rédaction de l'article et amélioration du manuscrit.

Remerciements

Nous remercions le Pr Keïta Mamady Mory pour le protocole, Isabelle Godin pour les analyses statistiques; Hamidou Diallo et Youssouf Baldé pour la récolte des données, les soignants des 5 CS pour la facilité de recueil et Monique Van Dormael de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et Mamadou Pathé Diallo de l'Université de Conakry pour la relecture du manuscrit.

Références

1. Herricks JR, Hotez PJ, Wanga V, Coffeng LE, Haagsma JA, María-Gloria Basáñez *et al.* The global burden of disease study 2013: What does it mean for the NTDs? PLoS Negl Trop Dis. 2017 Aug 3;11(8): e0005424. eCollection 2017 Aug.
2. Charlson FJ, Diminic S, Lund C, Degenhardt L, Whiteford HA. Mental and Substance Use Disorders in Sub-Saharan Africa: Predictions of Epidemiological Changes and Mental Health Workforce Requirements for the Next 40 Years. PLoS ONE. 2014 Oct 13;9(10): e110208 eCollection 2014.
3. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care A global perspective, 2008.

4. Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Yasamy MT, Adebayo K. Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services Research*. 2015
5. Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, Moomal H *et al*. Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychol Med*. 2008 February;38(2): 211-220.
6. World Health Organization. *Mental Health in Primary Care: Illusion or Inclusion? Technical Series on Primary Health Care*. WHO; 2018.
7. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB *et al*. The Role of Communities in Mental Health Care in Low and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *International Journal of environmental research and public health*. 2018 Jun 16;15(6): 1279.
8. Van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J *et al*. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 19;(11): CD009149.
9. Padmanathan P, De Silva MJ. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013 Nov;97: 82-6 Epub 2013 Aug 24.
10. Jordans MJD, Luitel NP, Kohrt BA, Rathod SD, Garman EC, Mary De Silva *et al*. Community, facility-, and individual-level outcomes of a district mental healthcare plan in a low resource setting in Nepal: A population-based evaluation. *PLoS Med*. 2019 Feb 14;16(2): e1002748.
11. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée*. OMS-Guinée. Conakry. 2016.
12. Sow A, Van Dormael M, Criel B, De Spiegelaere M. Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaire en Guinée Conakry. *Santé Publique*. 2019;31(2): 305-313.
13. Fleury MJ, Bamvita JM, Tremblay J, Lesage A, Farand L, Aubé D *et al*. Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec, IRSC. 2008.
14. Lambo B. La santé mentale: Etat des lieux et problématique. *SFSP "Santé Publique"*. 2005 Dec;17(4): 583-96.
15. De Silva M J, Lee L, Daniela C F, Rathod S, Chisholm D, Schellenberg J, Patel V. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review (2014). *International Journal of Epidemiology*. 2014 Apr;43(2): 341-53.
16. Marie-Josée Fleury. Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*. 2009; 34(1): p19-34

III.5 Etude 5 - Impacts de l'intégration de la santé mentale sur l'approche centrée sur le patient

Un des objectifs généraux de cette thèse est d'examiner si l'intégration de la santé mentale en première ligne contribue à améliorer la qualité des soins généraux en développant chez les soignants une approche davantage centrée sur le patient. L'étude précédente a montré des effets positifs de l'intégration de la santé mentale sur les attitudes des soignants envers les malades mentaux, surtout parmi ceux ayant bénéficié d'une formation *in situ* centrée sur le patient dans un contexte peu bureaucratique. Certains d'entre eux affirmaient d'ailleurs appliquer l'approche centrée sur le patient au-delà de leurs activités de santé mentale.

Nous avons voulu vérifier empiriquement si ces soignants avaient effectivement 'adopté' un mode de communication différent – plus centrée sur le patient - dans leur interaction clinique avec des malades tout venant (c'est à dire avec une large gamme de problèmes de santé de nature différente) qui se présentent à la consultation curative polyvalente courante au niveau du centre de santé. Elle compare la qualité de la communication soignant-patient au cours des consultations dans des centres qui ont intégré la santé mentale et ceux qui ne l'ont pas intégrée. Cette étude a porté sur 450 consultations. Les résultats de cette étude ont été présentés pour publication en deux volets.

Le premier volet de l'étude est basé sur les opinions des 450 patients recueillies après la consultation, (*exit interviews*) et des 18 soignants les ayant reçus en consultation. Il a fait l'objet d'un article intitulé *Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care?* publié dans la revue BMC Health Services Research (2020).

Le second volet de l'étude repose sur l'observation des 450 consultations curatives polyvalentes menées dans des centres de santé associatifs. Il a fait l'objet d'un article intitulé *Qualité de la communication soignant-patient: quels apports de l'intégration de la santé mentale dans des services de première ligne en Guinée ?* soumis à la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, actuellement en cours de révisions.

Les textes ci-dessous correspondent à l'article publié pour le premier volet et à l'article soumis pour le second volet.

Volet 1

Sow A, De Man J, De Spiegelaere M, Vanlerberghe V, Criel B. ***Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care?*** BMC Health Services Research (2020) 20:61 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3>

Abstract

Background: Patient-centred care is an essential component of quality of health care. We hypothesize that integration of a mental health care package into versatile first-line health

care services can strengthen patient participation, an important dimension of patient-centred care. The objective of this study is to analyse whether consultations conducted by providers in facilities that integrated mental health care score higher in terms of patient participation.

Methods: This study was conducted in Guinea in 12 not-for-profit health centres, 4 of which had integrated a mental health care package (MH+) and 8 had not (MH-). The study involved 450 general curative consultations (175 in MH+ and 275 in MH- centres), conducted by 18 care providers (7 in MH+ and 11 in MH- centres). Patients were interviewed after the consultation on how they perceived their involvement in the consultation, using the Patient Participation Scale (PPS). The providers completed a self-administered questionnaire on their perception of patient's involvement in the consultation. We compared scores of the PPS between MH+ and MH- facilities and between patients and providers.

Results: The mean PPS score was 24.21 and 22.54 in MH+ and MH- health centres, respectively. Participation scores depended on both care providers and the health centres they work in. The patients consulting an MH+ centre were scoring higher on patient participation score than the ones of an MH- centre (adjusted odds ratio of 4.06 with a 95% CI of 1.17–14.10, $p = 0.03$). All care providers agreed they understood the patients' concerns, and patients shared this view. All patients agreed they wanted to be involved in the decision-making concerning their treatment; providers, however, were reluctant to do so.

Conclusion: Integrating a mental health care package into versatile first-line health services can promote more patient-centred care.

Keywords: *Mental health, Quality of care, Patient-centred care, Patient participation, Not-for-profit health centres, Guinea*

Background

Quality of care is an area of major concern for health systems managers, and is of a complex and multidimensional nature (1). One of its components is patient-centred care (PCC), which relates to the interaction between health providers and patients. PCC means that the patient, as a person, is at the centre of care (2). Mead & Bower give a comprehensive overview of the PCC concept based on 5 dimensions: the biopsychosocial perspective, the "patient as a person", the sharing of power and responsibility, the therapeutic alliance, and the "care provider as a person" (3). Appropriate patient-provider communication is an important aspect of PCC, is pivotal for patient self-management and has been shown to benefit their health (4–6). However, Jaffré & Olivier de Sardan found that in reality, in most West African settings, the interaction between patients and care providers is brief and instrumental, with little room for dialogue and mutual understanding (7).

In the consultation setting, PCC requires the provider to actively listen to the patients and their family and to actively involve them in decision-making (3). The result of this process is a jointly established and mutually agreed treatment plan (8, 9). In the field of mental health care, the "person-centred" approach has generally been interpreted as a holistic approach, taking into

account the patient's unique experience, culture and needs (4, 10–12). Adequate mental health care requires an appropriate interaction between providers and patients, including genuine patient participation.

The “Montréal model” (13), based on a partnership between patients and care providers, is based on recognizing the experiential knowledge of patients, resulting from living with their illness, and on the additional scientific knowledge of the care provider. Together it is part of a continuum of patient engagement. Carman et al. define a 4-step theoretical framework of this engagement: 1. Information: patients receive information (diagnosis and treatment); 2. Consultation: patients are consulted about their preferences in relation to treatment; 3. Cooperation: treatment decisions take into account therapeutic preferences and 4. Partnership: patients are followed-up in the self-management to help them control their health problem (14).

In low- and middle-income countries, HIV/AIDS programmes often succeeded in adopting a patient-centred approach to care, but in many instances with limited integration into the general health services system (15–17). This may result in creating “islands” of high quality care for HIV/AIDS patients, while the care offered to patients consulting for other health problems remains problematic (18). Hence the strong relevance for health care delivery of trying to properly integrate specialised programmes in general health services (19, 20). It is precisely from this perspective that our study investigates the impact of the integration of a mental health care package into first line health services on quality of care, and more in particular on patient participation in the consultation.

Study context

Mental health services are poorly developed in sub-Saharan Africa, despite the increasing disease burden mental disorders are causing (21). Notwithstanding the overwhelming evidence of the need for mental care, a remarkable deficit of providers for mental disorder service delivery persists in the continent (22). This is not different in Guinea where there is virtually no offer of mental health care within the modern health care delivery system (23).

Primary health care in Guinea is essentially publicly organised. There are but a few not-for-profit primary health centres in Guinea, mainly concentrated in large cities. The secular NGO *Fraternité Médicale Guinée* (FMG) is one of the most important non-governmental actors in the Guinean health system and is operating several notfor-profit primary health centers. It was created 25 years ago by a group of young Guinean medical practitioners with the aim to offer comprehensive primary care at newly created first line health facilities, with, at least initially, a strong urban focus. These FMG health centres take care of the population of their catchment area and give special attention to marginalised population groups such as the mentally ill, sex workers, orphans, vulnerable children and travellers (lorry drivers, fishermen, merchants). To an important extent, they can provide these services with resources coming from so-called vertical programmes, or from specific projects.

Mental health was integrated in three of these not-for-profit FMG-run health centres in the late 1990s in the frame of the *Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain* (SaMOA) project implemented by FMG (24). SaMOA mobilised general practitioners, paramedics and community health workers of those three centres to dispense care and support to the mentally ill, knowing that none of these health professionals had received any substantial training in mental health during their undergraduate education, except for a shallow introduction to the subject. In a “first wave” of the program, these health care staff were trained in mental health issues via joint consultations, case studies, teamwork and remote support from specialists (psychiatrists, psychologists and social workers) from a Belgian mental health centre. Resources were mobilised to implement this programme and to train health staff, supply medication to the facilities, develop teamwork, involve communities in the care of patients and, at the same time, strengthen the functioning of these centres. The approach aimed to overcome fragmentation of services and enhance integration of care (18).

Between 2006 and 2012, the provision of mental health care in these three versatile first line healthcare facilities was extended to other not-for-profit health centres and to one public health centre. The training of what was now called the “second wave” was based on workshops and seminars. Successive evaluations of the mental health services integration in these healthcare facilities (25) led to the hypothesis that care providers who look after the mentally ill have a better interaction with patients who attend out-patient consultations for a wide variety of other health problems (26).

To test this hypothesis, qualitative research was undertaken among care providers who were trained in mental health and who offer mental health care at the front line (working in facilities henceforth labelled MH+), and those without any such specific post-graduate training in mental health who do not offer such care (working in facilities henceforth labelled MH-). The effect of integrating mental health care on providers’ attitude towards mental health and on the adoption of a patient-centred approach was analysed in five Guinean not-for-profit health centres (27). Providers who offered mental health services had overcome their fears of mental health patients and developed more positive attitudes towards this group of patients. This positive effect was more pronounced among providers trained in the “first wave”. Care providers who offered mental health care had adopted a more patient-centred approach. The integration of mental health care/services is not the only factor explaining these changes. Other important factors are firstly the in-situ training (i.e. joint consultations, teamwork and community action) in which the emotional needs of care providers are considered, proposing a patient-centred role model; and secondly the characteristic of health care facilities, in particular their organisational culture, more specifically the non-bureaucratic context of one of the not-for profit, community oriented centres with a stable and qualified team consisting of staff trained during the “first-wave” (27). Building further on this evidence, the present study seeks to investigate whether the approaches and attitudes acquired in the management of mental health problems actually ‘trickle down’ into the general care for patients that visit first-line services for a broad range of health problems. More specifically, we aim to test if

routine outpatient consultations, conducted in health centres that had integrated mental health care score higher in terms of patient participation.

Methods

Description of the study site

The study was conducted in 3 areas that have both not-for-profit MH+ and MH- health centres (Fig. 1). Recruitment of participants 12 health centres were selected among not-for-profit health facilities with similar administrative status, funding patterns and operations. Four of these 12 facilities had integrated a mental health package in their routine offer, eight had not. We chose not to include public or private-for-profit facilities in our study because they had either not integrated mental health in their package of activities or had an organizational culture and a way of functioning substantially different from the selected facilities. Most of these 12 selected health centres are run by doctors and they are integrated in the local district health systems. In these 12 health centres, we included all providers in charge of the curative consultations in the out-patient department on a daily basis: eventually, this added up to 18 health workers (7 in MH+ facilities of which 5 doctors, 1 nurse-practitioner and 1 social worker; and 11 in MH-facilities of which 9 doctors and 2 nurse-practitioners). Our sample size (450 patients) was calculated to demonstrate a 50% satisfaction rate among participants about their involvement in the consultation process, with a precision of 5%. A sample of at least 175 inclusions in each group allows to detect a difference of 15% (at alpha 5% and beta 80%). In order to have a balanced representation per care provider, we opted to include an equal number, namely 25, of consultations per care provider resulting in 175 consultations for MH+ and 275 for MH- group (ratio MH-/MH+ of 1.5).

Figure 1 Map of study sites

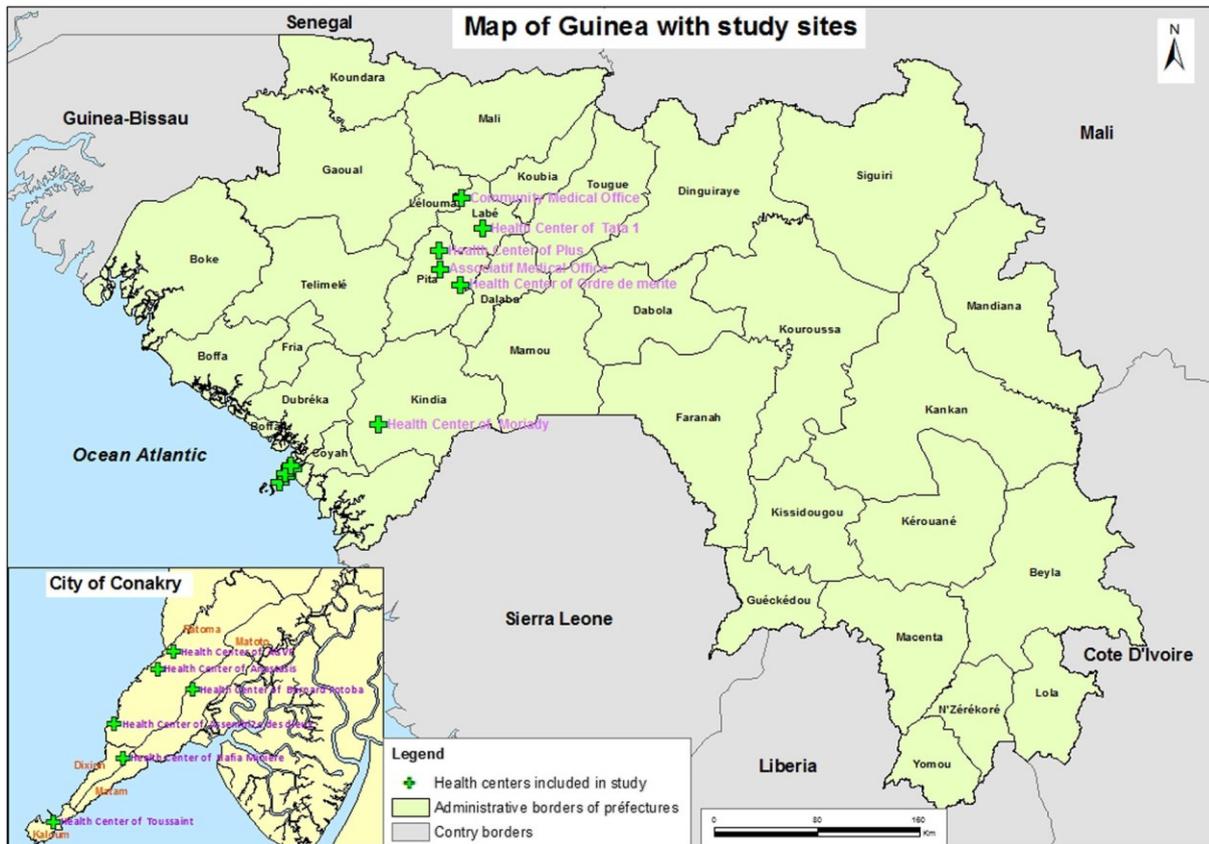


Fig. 1. The map was constructed by the first author AS, with the help of a Guinean cartographer, using the ArcGIS software available for free on line

Data collection and entry

The study is based on a two-tier data collection method: (a) exit interviews with patients consulting for primary curative care using the Patient Participation Scale (PPS) (12), and (b) a self-administered questionnaire based on the same scale for the providers who conducted these consultations. The following data were also collected: 1. patient’s demographics (age, gender and level of education); 2. whether the patient or an accompanying person responded; 3. whether the patient was accompanied by one or more relatives; 4. the demographic characteristics of the health care provider (age, sex, years of experience and professional qualification); and 5. the duration of the consultation. Patients were included independently of their health problem or their demographic characteristics. In the more frequented health centres, every 3rd consultation was included in the sample; in less frequented facilities all patients were interviewed. Based on this recruitment procedure, patients were randomly selected until a number of 25 patients was reached. The interviews with the 450 patients were conducted by a public health physician - the same for all interviews – in the vernacular of the patient and of the accompanying person. Double data entry was performed to minimize encoding errors. The interviewer was briefed and told that the purpose of the study was to investigate patient participation during out-patient consultations in a range of not-for-profit

health centres. He was however not informed (kept 'blind') that eventually MH+ and MH- health facilities would be compared.

Description of the data collection tool

The PPS tool (12) has been used in various studies to assess patient participation (28, 29). It includes 6 questions that probe the extent to which patients feel that they have been able to effectively participate in the decision-making process about their health problem and treatment. The tool was adapted so as to facilitate understanding by study participants. More specifically, three questions (i.e. Q7–9) were added to the PPS tool to assess overall satisfaction and the patient's preferred level of involvement in treatment decision-making (active or passive). The adapted tool was then translated into the two main local languages (Soussou and Poular; the Malinké language being only very rarely spoken) through a 3-step process: translation, counter-translation and drafting of a provisional version based on the comparison of the translations against the original version. This was subsequently pre-tested on 25 patients at a health centre not participating in the study to make sure the issues were understood correctly by potential study participants and to check the interview time. After modifications, a new version was tested on 15 patients in another health centre not participating in the study. The final questions are presented in Additional file 1. Responses were categorised using a Likert scale (from 1 to 5): (1) not at all, (2) no, (3) I do not know (neither agree nor disagree), (4) somewhat and (5) a lot. After the last consultation, a self-administered questionnaire was completed by the care providers who conducted the consultations. This questionnaire was also based on the PPS, but took the perspective of the provider (see Additional file 2). Testing and translation of this questionnaire followed the same procedures as the version for patients.

Data analysis

Patient demographics (age, sex, education level), characteristics of the respondent - i.e. patients or their caretaker/ companion) and duration of consultation were analysed using descriptive statistics. Question 7 was excluded from the analyses because 79% of patients did not answer this question, probably because it was seen as either not applicable or as a repeat of question 4. In order to evaluate the internal consistency of the 6 PPS questions (Q1–6), the McDonald's total omega and hierarchical omega coefficients were calculated. A global participation score was created by summing all scores of the PPS items. A bivariate analysis between the variables of the health centres, providers, MH+ or MH- clusters on the one hand, and the variable 'participation score' on the other hand was then conducted. Multiple regression was conducted with the continuous variable 'participation score' as the dependent variable, and the independent variables that were significantly associated with the dependent variable. To control for the fact that patients were clustered by different providers and to account for non-normality, we used a 'Generalised Estimated Equations (GEE)' model for the analyses.

The answers to the questions were also analysed separately. Since participants' scores were not distributed normally, they were regrouped in a dichotomous variable with the following categories: "agree" (initial answers options 4 and 5) and "disagree" (initial answers options 1 and 2). Answer option 3 "I do not know (unresolved opinion)" was considered neutral and was ignored in this part of the analysis. The proportion of participants who "agreed" to the different questions were compared between MH+ and MH- health centres, among the different providers, and between patients and providers. These proportions are also graphically represented to allow for a visual comparison of potential differences as recommended by Hirsh et al. (29).

The effect of integration of mental health was assessed by multi-level logistic regression for each of the questions (except for question 8). Demographic characteristics of patients that may have influenced patient-provider interaction, such as age, sex, and level of education were included as independent variables in this model. Providers were considered as a random effect. The model did not include the identity of the respondent (i.e. the patient or their caretaker/companion; the latter in case of consultations of under-fives) since no significant association was found between this particular feature and the responses. We could not make an analysis of question 6 of the PPS because the model did not converge, even when increasing the number of iterations and changing the model's starting value. The intra-class correlation coefficient was calculated to estimate the extent to which the random variable or the care provider characteristics (age, gender, education) explained the variance of the calculated results. The analyses were carried out using SPSS and R software. For the multilevel analyses, the "glmer" function of the "lme4" package (30) in R and the GEE function in SPSS were used.

The study was approved by the National Commission on Ethics of Health Research (CNERS) of Guinea (N° 010/CNRS/17). The participants were informed about the purpose and the potential risks of the study before the start of the interview and freely agreed to participate. All data collected can be accessed by contacting the first author and principal investigator of the research.

Results

Characteristics of the study participants

The 450 consultations included 442 patients (2% did not consent), and all 18 care providers completed the self-assessment form.

Characteristics of study participants

The characteristics (sex, age, level of education, whether the patient came alone or was accompanied at the consultation, whether the patient responded personally or via the accompanying person) did not differ significantly between MH+ and MH- groups. However, the proportion of children aged 6–17 was higher in MH+ than in MH- facilities (see Table 1).

Table 1 Patients' characteristics

Characteristics		MH+		MH-		OR
		Number	%	Number	%	
Sex	Female	101	57,7	135	50,6	REF
	Male	74	42,3	132	49,4	0.75
Age	0–5 years old	44	25,1	82	30,7	REF
	6–17 years old	45	25,7	36	13,5	2.3 ^a
	18–44 years old	59	33,7	104	39,0	1
	> 45 years old	27	15,4	45	16,9	1.1
Level of education	No schooling	78	44,6	134	50,2	REF
	Primary school	63	36,0	71	26,6	1.5
	Secondary school or higher	34	19,4	62	23,2	0.9
Manner of presentation	Patient came alone	60	34,3	99	37,1	REF
	With a companion	91	52,0	147	55,1	1
	With more than one companion	24	13,7	21	7,9	1.9
Respondent	Patient	84	48,0	149	55,8	REF
	Companion	91	52,0	118	44,2	1.4
	Total	175		267		

REF reference group, OR Odds Ratio

^aStatistical significance (threshold 0.05)

6- III.5 V1 Tableau 1: Exit interviews - Caractéristiques des patients

Care providers and consultation characteristics

A total of 18 care providers was consulted by 450 patients in 12 health facilities. Seven providers, including 5 doctors, 1 nurse and 1 social worker (a retrained biologist) carried out the consultations in the MH+ centres. In the MH- centres, the consultations were conducted by 11 providers: 9 doctors and 2 nurses. The median duration of a consultation was 7 min in both facilities, but with 6 min as percentile 25 and 11 min as percentile 75 in MH+ versus 5 min as percentile 25 and 9 min as percentile 75 in MH- facilities ($p = 0.013$, Mann-Whitney-Wilcoxon test).

Analysis of the overall perception of patients of their involvement in the care process

The average participation score is 23.20 (with an average of 3.87 per question) and a standard deviation (SD) of 4.21 (range 11 to 30). Participation scores among providers range from 19.12 to 26.96 ($p < 0.001$). Among health facilities scores range from 20.49 to 26.96 ($p < 0.001$). The participation score varies according to the health centre and to the consulting provider. The mean participation score is 24.21 (SD 3.75) and 22.54 (SD 4.36) for respectively MH+ and MH- health centres (see Table 2). For an increase of one unit in the participation score, the odds to have consulted a MH+ provider is five times higher than the odds to have consulted a MH- provider (crude odds ratio of 5.29 with a 95% CI of 1.35–20.78, $p = 0.02$). In general, care providers working in MH- health centres obtain relatively low scores in comparison to those in MH+ centres. However, there are exceptions: a doctor running a solo practice in a rural area and working in a MH- centre obtained the highest score. The internal consistency of the 6 PPS questions is satisfactory with a total McDonald omega coefficient of 0.83 and a hierarchical omega coefficient of 0.58. In the multivariable analysis, patients who visited a MH+ centre

have a significantly higher participation score than those who consulted in a MH- centre (adjusted OR of 4.06 with a 95% CI of 1.17–14.10; $p = 0.03$).

Table 2 Perception of patients of their involvement in the consultation process: Multivariable analysis based on a linear ‘Generalised Estimate Equation’ model

Characteristics	Mean score (SD) of participation	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Mental health			
- MH+	24.21 (3.75)	5.29 (1.35–20.78) *	4.06 (1.17–14.10) *
- MH-	22.54 (4.36)	1	1
Patient’s age (continuous variable)	NA	1.00 (0.97–1.03)	
Patient’s gender			
- Male	23.11 (4.15)	0.96 (0.52–1.74)	
- Female	23.29 (4.27)	1	
Patient’s level of education			
- University	22.90 (5.20)	0.95 (0.08–10.68)	
- Secondary	23.23 (4.39)	1.26 (0.49–3.23)	
- Primary	22.79 (4.04)	0.47 (0.20–1.09)	
- No schooling	23.49 (4.11)	1	
Interview language:			
- Soussou	21.60 (4.29)	0.47 (0.10–2.29)	
- Poular	23.82 (3.77)	0.28 (0.08–0.96)	
- Malinke	21.16 (4.53)	0.49 (0.07–3.61)	
- French	23.24 (4.56)	1	
Age of the care provider (continuous variable)	NA	1.03 (0.93–1.14)	
Number of years of experience of the care provider (continuous variable)	NA	1.01 (0.93–1.10)	
Professional level of care provider:			
- Doctor	23.25 (4.33)	1.33 (0.23–7.60)	
- Non-medical	22.96 (3.56)	1	
Duration of the consultation (continuous variable)	N/A	1.22 (1.08–1.37) *	1.21 (1.08–1.37) *

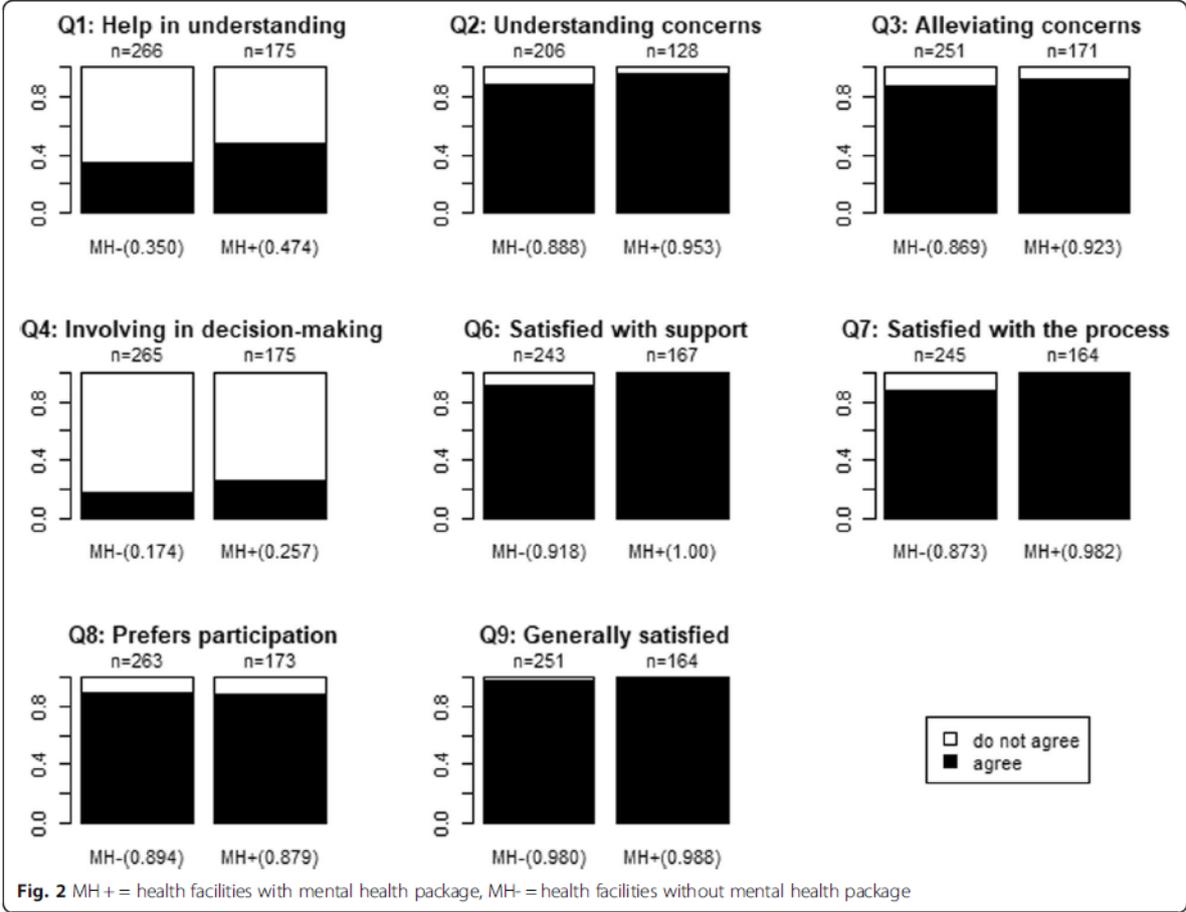
N/A Not Applicable
*value $p < 0.05$

7-III.5 V1 Tableau 2: Exit interviews - Perception des patients de leur implication (GEE model)

Analysis of the different dimensions of patients’ perception of their involvement in the care process

Out of the 8 exit interview questions, patients disagree most on questions 1 and 4 (Fig. 2). The answers reflect the extent to which the patients feel supported by the care provider in participating in the consultation. The answers to question 8 suggest that patients want to be more actively involved in decision-making about their treatment. Paradoxically, the answers to questions 6 and 7 are generally positive, suggesting that participants are satisfied with their level of involvement. The answers to questions 2 and 3 indicate that patients generally believe that care providers adequately understand and address their concerns, and question 9 indicates that they are generally satisfied with the consultation process. The results presented in Fig. 2 indicate a difference in favour of facilities that offer an integrated mental health package, with the exception of questions 8 and 9.

Figure 2.

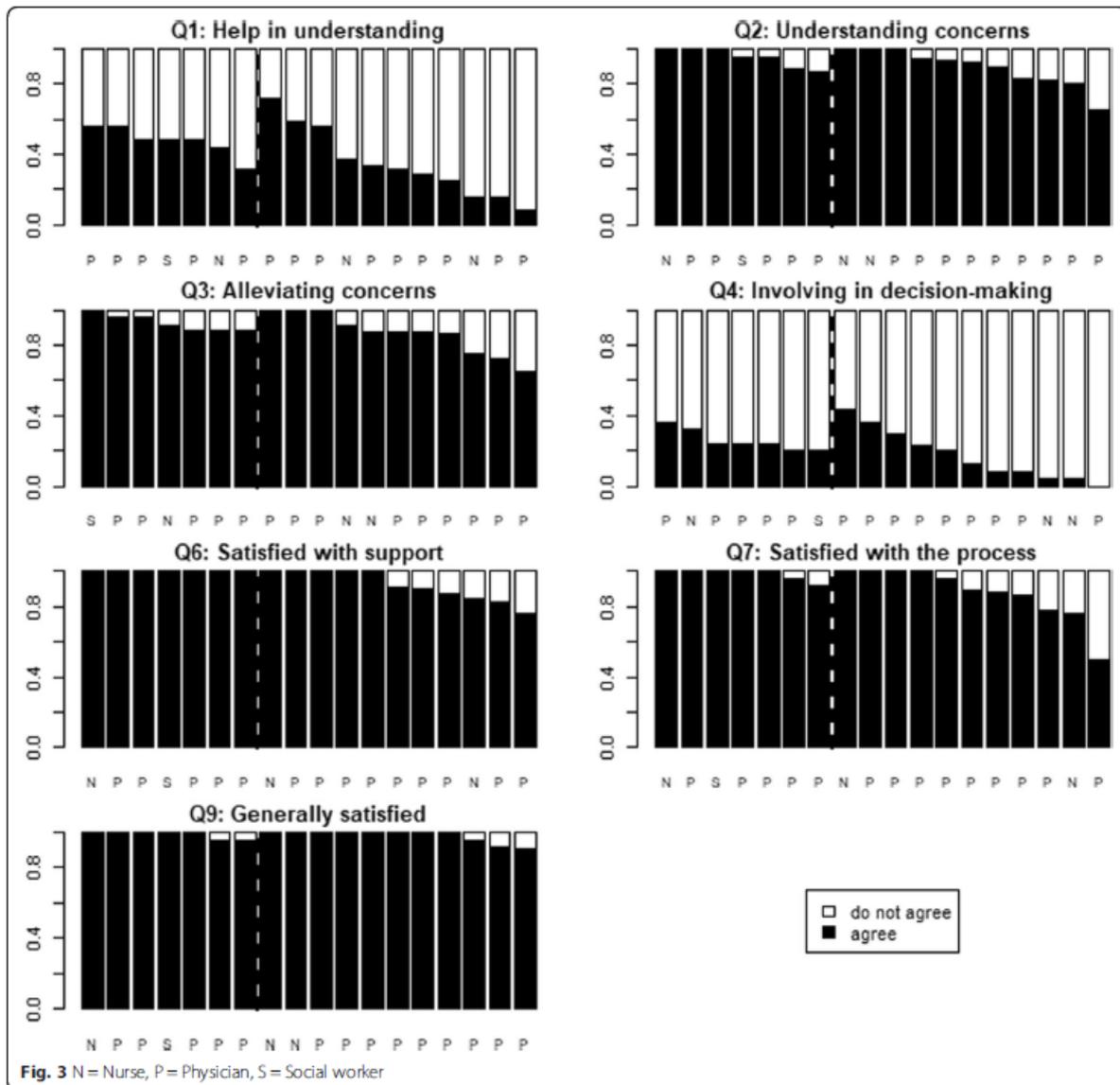


8- III.5 V1 figure 2 : Exit interviews - Perception des patients, comparaison SM+/SM-

Comparison of care providers

Figure 3 shows the proportion of positive responses given by the patients in relation to the type of care provider (MH+ centres on the left side of the dotted line and MH- centres on the right). We note substantial variance in the proportion of positive responses across care providers for all questions except for question 9. The intraclass correlation coefficient (ICCs in Table 3), obtained from a multilevel multivariable analysis, indicates the variance in the scores because of different care providers. For questions 1 to 4, this coefficient lies between 4 and 8%. This indicates that the care provider plays a relatively important role in the score of these questions. For question 7, this is relatively less, but still considerable. There is no indication that the type of provider - physician or non-physician - has an influence on the outcome of the separate questions (Fig. 3). However, as non-physicians are in the minority (4/18), the scope of our study does not allow us to take a clear stance on this issue.

Figure 3.

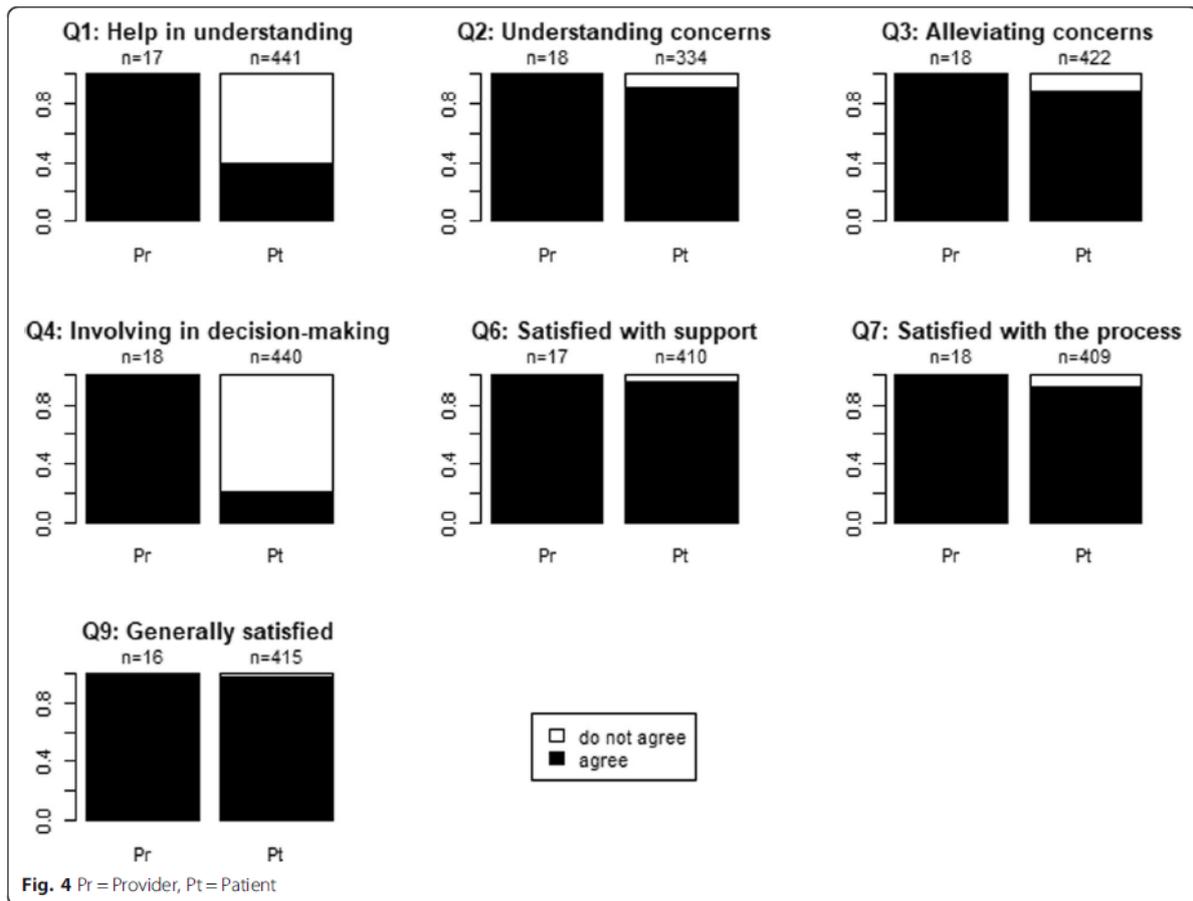


9- III.5 V1 Figure 3: Exit interview - % de réponse positives des patients selon les prestataires

Comparison of perceptions of care providers and patients

The scores that providers (MH+ and MH-) give themselves are all positive (Fig. 4). However, there are significant differences between this self-assessment and the perception of patients regarding the help they receive in understanding the information related to their illness (question 1) and regarding their involvement in the treatment decision-making (question 4). The agreement between patients is high for the other questions.

Figure 4.



10- III.5 V1 Figure 4 : Exit interviews - Comparaison des perceptions des patients et des prestataires

Discussion

To our knowledge, our study is unique in comparing two types of health centres (MH+ and MH-) in terms of patient-provider communication during primary curative consultations. Our study analyses patient satisfaction with their participation during the consultation and self-assessment of providers of their interaction with patients. Based on the data collected from 442 patients and the 18 providers that were consulted, the results of our research indicate that patient satisfaction concerning their involvement in the consultation process is generally higher ($p = 0.03$) for those who visit a MH+ facility (adjusted OR 4.06 with IC 95%: 1.17–14.10). The perception of participation depends on the health centre the patients consulted, the individual care provider who received them, the MH+ or MH- orientation of the services and the duration of the consultation. Our findings show that the integration of mental health alone does not on its own explain the enhanced quality of care in the MH+ health centres through better patient participation in the consultation process. The characteristics of the care facility also matter.

Care providers of MH+ and MH- are all satisfied with the way they involve patients in the decision-making process regarding their therapeutic trajectory. They feel that they properly understand and express the concerns of patients. This observation is shared by the patients. However, our results also indicate that patients want to be involved in the curative

consultation process, even though their satisfaction with their involvement is in contradiction with this wish. This discrepancy may be explained by the patient's understanding of participation and/or the existence of a social desirability bias that makes patients respond positively to the question pertaining to satisfaction. Our data do not provide a clear-cut answer and further research would be needed to explore the type and modalities of the involvement the patients desire (and under what circumstances and for which health problem). Our results suggest that the quality of communication is better in health centres that have trained mental health care providers. The statistically significant difference in the average participation score confirms our hypothesis. When the answers to the questions are taken individually, we observe no significant differences in some of them. This study did not take account of some other important factors that may have contributed to the "trickling down" of PCC, such as the nature and intensity of the training received by care providers ("first wave" versus "second wave" trainees) and the years of experience in caring for the mentally ill (27).

Nevertheless, our results suggest a difference in the perception of patients consulting in health centres that offer a mental health package. The higher patients' scoring of participation in health centres that offer a mental health care package, could be explained by the management model for mental illness that implies a strong interaction between the patients, their family, their entourage and their care providers (6). This approach promotes a higher extent of patient-centred care. Care providers in MH+ centres may have appropriated this care model and adopted it in the general outpatient consultations, beyond patients presenting with a mental health problem. There is in fact a commonality between the approach to mental care provision and patient-centred care, including a level of empathy, listening, respect for the person, long-term follow-up, etc. (31). Consequently, changes in the care providers' attitudes towards patients with a mental disorder could have led to a subtle, natural, organic, even unconscious change in their approach to patients presenting with other problems (27). These changes could be a result of the way in which training was conducted during the mental health integration process (32). However, there may be other reasons for this change, such as the specific characteristics of care providers, the organisational culture of the facilities in which they work, and the way in which mental health has been integrated. Indeed, the integration of mental health into the framework of the SaMOA project may have encouraged care providers to question themselves in their daily practice and could have triggered them to find a better balance between the needs for respect and listening to the patient and the need for their own protection as a care provider.

The analysis of patient characteristics in this study, particularly gender, level of education and age, indicate that there is no significant difference between the two populations except for patients in the 6–17 age group where we find a significantly higher number of children in MH+ than in MH- facilities (Odds ratio of 2.3, $p = 0.003$). There is no clear reason for this difference other than a particular mix of patients at a given point in time. On the other hand, we have no

evidence to suggest that the difference in this particular subgroup would have affected our interpretation of the results and our conclusions.

Our study points to a discrepancy between the providers' perception of their own behaviour and patients' perceptions of their own involvement in the consultation. It is possible to conclude that patients are satisfied despite their low involvement, but as discussed above, other reasons could explain the patient's satisfaction score.

According to research conducted in other contexts, patients tend to feel that they should not interfere in the decisions taken by the care provider, as the latter is seen to be autonomous in the decision-making process. The care providers for their part considers themselves to be the experts and the only ones able to decide what is right or wrong in the treatment of the patient (7, 33). If this would be the case in our study population, improving communication would require a change in the balance of power between care provider and patient (6).

A qualitative analysis focusing on the more specific issues of relationships between the patient and the provider (their experience, the type of pathology suffered by the patient, the care provider's level of and approach to training, ...) would provide us with additional information on the challenges of this interaction in the context of primary health care in Guinea.

Limitations

The present study has a number of limitations. Our data concern not-for-profit health centres, which only account for a small number of first line health care facilities in Guinea. Public health centres, although more numerous (410/450) where not included in this study as they have a different mode of operation. Our results can therefore not be extrapolated to the other health centre categories in Guinea. Our study was based on a series of questions inspired by a validated tool in high-income countries (12, 29). Although we adapted it to the local context, the statistical distribution of the responses did not allow us to analyse the results of the 5 Likert scale answer options. The PPS tool indeed borrowed from Western family medicine and may to some extent apply to the practice of primary health care in Guinea, but its use as a measurement tool needs to be adapted to take account of contextual parameters that we may not have fully identified. The Likert scale also presents shortcomings in its interpretation by patients (34). Guinean patients often are unprepared to comment on the care provider's attitude. Patients, perhaps out of fear of "retaliation", may prefer not to score the care providers' attitudes towards them. The type of pathology (diagnosis) suffered by the patients was not taken into consideration in our study and could also have influenced their answers. The limited number of health centres with integrated mental health is low, which obviously limits the statistical power.

Conclusion

Our study indicates that integrating mental health into first-line health care services can lead to a more patientcentred approach. Nonetheless, a comprehensive and multi-pronged approach is a prerequisite for improving quality of care. Our analysis confirms that improving

PCC requires a change of factors at different levels of the system, including the health facility, the providers and the patients.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3>. (voir Annexe 9.9)

Additional file 1. Adapted Patient Participation Scale (PPS) with questions submitted to the patients.

Additional file 2. Self-assessment of care providers: list of self-administered questions.

Abbreviations

CNERS: National Commission on Ethics of Health Research; FMG: Fraternité Médicale Guinée; GEE: General Estimated Equations; ICC: Intraclass Correlation Coefficient; OR: Odds Ratio; PCC: Patient-Centred Care; PPS: Patient Participation Scale; SaMOA: Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain; SD: Standard Deviation

Acknowledgments

We thank all those who contributed to the conduct of this study. Prof. Wim Van Damme of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp; the Centre de formation, de soins et de recherche en santé rurale in Maferinyah, Guinea, in particular Drs. Alexandre Delamou and Abdoul Habib Béavogui; Mory Diakité, Bapaté Barry and Amadou Lamarana Diallo of the data collection team; Drs Fatoumata Binta Bah and Abdoul Karim Diallo of the FMG team, who all contributed to the adaptation of the data collection tools; Michel Dewez, psychiatrist-psychoanalyst who reviewed the article; Tom Smekens from the Institute of Tropical Medicine who contributed to the statistical analysis; Mrs. Kristien Wynants for the translation from French to English; and last but not least Pr Mamadou Pathé Diallo and Dr. Sadou Sow for their contributions and enlightened advice.

Authors' contributions

AS, JDM and BC designed the study. AS took the lead in supervising data collection and data entry. JDM and VVL steered the statistical analysis of the results. MDS and the other co-authors (AS, JDM, VVL and BC) all contributed to the analysis and discussion of the results and to the writing of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

The research benefited from funding from the Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp, Belgium, through the framework agreement established between ITM and the *Centre de formation, de soins et de recherche en santé rurale* in Maferinyah, Guinea. ITM funded the remuneration of the two investigators recruited by the principal investigator (AS) following a public call. ITM also funded the restitution of the research results to the health care providers.

Availability of data and materials

The datasets used and/or analysed during the current study available from the corresponding author on reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

The study was approved by the National Commission on Ethics of Health Research (CNERS) of Guinea (N° 010/CNRS/17). The Guinean public health authorities and in the charges of the health centres concerned by the study provided the field research team with the necessary 'mission orders'. The consent for the health care providers to self-administer the questionnaire was obtained in written. For

the patients participating in the exit poll, the consent was verbal. In the context of our research, very few of the exit poll respondents can read or write. The ethical committee therefore proposed that the written consent form would be read out in local language to the potential respondents. When the latter would agree, the interview on the basis of the questionnaire could take place. It was initially planned that the respondents would then sign the consent form, but the pretest revealed that many respondents considered a signature as an expression of lack of confidentiality (their signature would be recognizable). Therefore, in order to help potential respondents to decide, a pre-established information sheet on the research, its purpose and objectives, its data collection and analysis procedures was read out to the respondents. It is only after their agreement that the questioning took place. The agreement by the National Ethical Committee on Health Research of the Republic of Guinea-Conakry testifies this arrangement (correspondence 010/CNERS).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Fraternité Médicale Guinée, Conakry, Guinea. ²Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

³Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium.

Received: 23 July 2019 Accepted: 16 January 2020

References

1. De Man J, et al. Patient-Centred Care and People-Centred Health Systems in Sub-Saharan Africa: Why So Little of Something So Badly Needed? *Int J Pers Cent Med*. 2017;6(3):162–73.
2. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
3. Laine C, Davidoff F. Patient-centred medicine. *JAMA*. 1996;275:152–6.
4. Hassan I, McCabe R, Priebe S. Professional-patient communication in the treatment of mental illness: a review. *Commun Med*. 2007;4(2):141–52.
5. Stewart MA. Effective Physician-Patient Communication and health outcomes. A review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423–33.
6. Matusitz J, Spear J. Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Soc Work Public Health*. 2014;29(3):252–66. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>.
7. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest. Paris: Editions APAD Karthala; 2003.
8. Consortium pancanadien pour l’interprofessionnalisme en santé. Soins centrés sur le patient. 2009. http://www.cihc.ca/files/CIHC_ScP_Fev09.pdf.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centred care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804.

10. Gask L, Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012;21(2):139–44. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000078>.
11. Pares D, Lakdawala M. Doctor-Patient Relationship in Psychiatry. *Mens Sana Monogr.* 2015;13(1):82–90. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.153308>.
12. Loh A, et al. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns.* 2007;65:69–78.
13. Pomey MP et al. Le «Montréal model» Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé Publique.* 2015;HS (S1): 41–50. Doi : <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>.
14. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff Millwood.* 2013;32(2):223–31.
15. Decroo T, Telfer B, Biot M, Maïkéké J, Dezembro S, Cumba LI, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56(2):e39–44.
16. Duncombe C, Rosenblum S, Hellman N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, et al. Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health.* 2015;20(4):430–47.
17. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21484.
18. Criel B, Kegels G, Van der Stuyft P. Editorial: A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium. *Trop Med Int Health.* 2004;9(6):a1–4.
19. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Investir dans la santé mentale.* Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004. p. 49.
20. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée.* Conakry; 2016.
21. Patel V, Saxena S, Lundt C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet.* 2018;392:1553–98. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-X).
22. Collins PY, Musisi S, Frehywot S, Patel V, et al. *Glob Health Action.* 2015;8: 26682. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.26682>.
23. Barry M, Beckr Gaye A, Saxena S. *Rapport de l'OMS-IESM sur le système de santé mentale de la République de Guinée, OMS et Ministère de la Santé, (Conakry, Guinée), 2016.*

24. Sow A. Soins de santé mentale et services de santé de premier échelon. 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. 2003.
25. 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. 26–28 November 2002. Antwerp, Belgium.
26. Integrated mental health care: finally a different perspective towards a more human health care? The 9th European Congress on Tropical Medicine and International Health (ECTMIH). 6–10 September 2015. Basel, Switzerland.
27. Sow A, Van Dormael M, Criel B, De Spiegelaere M. Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry. *Santé publique*. 2019;31(2).
28. Man-Son-Hing M, Laupacis A, O'Connor AM, et al. A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;282(8):737–43.
29. Hirsch O, Keller H, Albohn-Kühne C, Krones T, Donner-Banzhoff N. Pitfalls in the statistical examination and interpretation of the correspondence between physician and patient satisfaction ratings and their relevance for shared decision-making research. *BMC Med Res Methodol*. 2011; <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/71>.
30. Bates D, Mächler M, Bolker BM, Walker SC. Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *J Stat Softw*. 2015;67(1):1–48. <https://doi.org/10.18637/>
31. Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanising Medical Practice. Oxford University Press, 2001. *J Med Ethics*. 2003;29:e9 <http://www.jmedethics.com/cgi/content/full/29/4/e9>.
32. Angoff NR. Making a Place for Emotions in Medicine. *Yale J Health Policy Law Ethics*. 2013;2(2):8 <http://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol2/iss2/8>.
33. Bain DJG. Doctor–patient communication in general practice consultations. *Med Educ*. 1976;10:125–31.
34. Murray J. Likert Data: What to Use, Parametric or Non-Parametric? *Int J Business Soc Sc*. 2013;4(11):258–64.

Volet 2

Sow A.^{1,2}, Smekens I.³, De Man J.⁴, De Spiegelaere M.¹, Vanlerberghe V.³, Van Dormael M.³, Criel B.³. **Qualité de la communication soignant-patient: quels apports de l'intégration de la santé mentale dans des services de première ligne en Guinée ?**

¹ Ecole de santé publique-Université Libre de Bruxelles-Route de Lennik 808 CP 594- B-1070, Bruxelles- Belgique

² Faculté des Sciences et Techniques de la Santé-Chaire de santé publique-Université Gamal Abdel Nasser, Commune de Dixinn-1017 Conakry-Guinée

³ Institut de Médecine Tropicale-Nationalestraat155, 2000 Antwerpen-Belgique

⁴ Centre for General Practice, Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp, Antwerp, Belgium, Doornstraat 331, 2610 Wilrijk

Résumé

Position du problème Les soins centrés sur le patient supposent une communication basée sur l'empathie, l'écoute active et le dialogue. Notre étude examine les effets de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé polyvalents sur la communication des soignants avec des patients tout-venants. L'objectif est de comparer la qualité de cette communication dans les centres de santé où le personnel a reçu une formation spécifique pour la prise en charge des troubles mentaux (SM+) par rapport à ceux sans cette formation (SM-)

Méthodes L'étude est réalisée auprès de 18 soignants chargés des consultations primaires curatives de 12 centres de santé associatifs en Guinée : 4 centres de santé SM+ avec 7 soignants et 8 SM- avec 11 soignants. L'étude utilise le Global Consultation Rating Scale (GCRS) pour apprécier la communication centrée sur le patient. Elle repose sur des méthodes mixtes : observation, entretiens semi-structurés et de groupe.

Résultats Les scores de GCRS obtenus par les soignants SM+ lors des observations sont généralement supérieurs aux scores des soignants SM-. La cote d'avoir une consultation de « bonne qualité » est presque 3 fois plus grande dans les structures SM+ que dans les SM- pour certaines étapes de la consultation. Le discours des soignants SM+ est plus centré sur le patient, et se distingue du discours plus biomédical des SM-. Les soignants SM- considèrent que les différentes étapes d'une consultation centrée sur le patient ne sont pas toutes applicables et disent « sauter des étapes », les SM+ estiment que toutes les étapes sont importantes et que l'intégration de la santé mentale a amélioré leur communication grâce à la formation reçue et la pratique de soins pour les personnes ayant des troubles mentaux.

Conclusion L'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de première ligne se présente comme une opportunité pour améliorer la qualité de soins dans sa dimension « soins centrés sur le patient ». Le développement de soins centrés sur le patient suppose cependant des conditions structurelles favorables.

Mots clés : *Soignants. Patients. Centres de santé. Soins centrés sur le patient. Communication. Santé mentale.*

Introduction

Les soins centrés sur le patient constituent une dimension essentielle de la qualité des soins (1) et impliquent une interaction soignant-soigné dans laquelle le patient est au centre des soins, où son expérience unique, ses souhaits et ses priorités sont pris en compte au même titre que les informations strictement médicales, et où il participe aux décisions le concernant (2,3). Mead & Bower définissent les soins centrés sur le patient à partir de 5 dimensions: une perspective biopsychosociale, le «patient comme personne», le partage du pouvoir et de responsabilité, l'alliance thérapeutique, et le «soignant comme personne» (4)

La qualité de la communication dans l'interaction soignant-soigné en est une dimension essentielle. Elle favorise des entretiens plus constructives, et améliore l'expérience des patients et des professionnels mais également les résultats thérapeutiques (5-6).

Selon une étude menée au Royaume-Uni, la majorité des patients attendent de leur médecin généraliste qu'il se montre aimable, écoute et comprenne leurs préoccupations, qu'il les considère comme partenaires et leur prodigue des conseils adaptés à leur contexte de vie – trois dimensions de la communication caractéristiques des soins centrés sur le patient (7). En Afrique, les interactions entre patients et soignants ont été décrites comme brèves et instrumentalisées, laissant peu de place au dialogue (8).

Notre étude examine les effets de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé polyvalents en Guinée sur la qualité de la communication au cours de la consultation curative.

Contrairement aux pays du nord, les soins de santé mentale sont peu développés en Afrique sub-saharienne, malgré une morbidité importante (9). C'est le cas en Guinée où l'offre en soins modernes de santé mentale est très limitée (10), mais des expériences pionnières sont menées dans des centres de santé du secteur associatif, en particulier par Fraternité Médicale Guinée (FMG) (11).

FMG, offre des soins de première ligne aux communautés, tout en portant une attention particulière aux populations marginalisées. L'intégration de la santé mentale dans ces centres de santé a été possible grâce à l'accompagnement théorique et pratique des soignants par des spécialistes sensibilisés aux soins de santé primaires (12,13).

Une étude exploratoire par entretiens a été menée en 2018 auprès de ces soignants pour apprécier leurs changements d'attitude suite à cette intégration. Ils disaient avoir surmonté leur peur des malades mentaux et développé des attitudes positives envers eux, et certains déclaraient avoir découvert et adopté une approche centrée sur les patients, applicable selon eux également dans des consultations avec des patients tout-venants (12). Les facteurs favorables à l'adoption de cette approche centrée sur le patient relevaient des modalités de la formation (formation in situ basée sur des consultations conjointes, proposant un modèle de rôle et offrant des mécanismes de soutien aux soignants) et d'un contexte organisationnel non-bureaucratique (12).

La présente étude vise à évaluer si la communication soignant-patient est meilleure dans les centres de santé qui ont intégré les soins aux personnes ayant des troubles mentaux (SM+) que dans les centres qui ne les offrent pas (SM-). Elle se base sur l'hypothèse que les compétences en communication acquises par des soignants dans le cadre de consultations en santé mentale rejaillissent sur leur façon de mener des consultations curatives générales et donc que les soignants des centres de santé ayant intégré la santé mentale mettent en œuvre des compétences en communication plus favorables à une approche centrée sur le patient quels que soient les problèmes de santé abordés durant la consultation curative polyvalente.

Matériels et Méthodes

Design de l'étude et collecte des données

L'étude a été menée dans 12 centres de santé du secteur associatif : 4 centres qui offrent des soins en santé mentale (SM+) et 8 qui ne les offrent pas (SM-). 7 sont basés à Conakry et 5 à l'intérieur du pays. Tous sont intégrés dans les districts sanitaires de leurs localités, ont des modes de fonctionnement et de financement comparables et sont en majorité dirigés par des médecins.

Les 12 centres de santé ont été choisis sur la base de leur statut associatif. Les centres de santé publics qui constituent l'essentiel de la première ligne en Guinée (sur les 450 centres de santé, 410 sont publics) n'ont pas été retenus. Les 12 centres de santé appliquent le paiement à l'acte, avec une équipe composée de médecins et infirmiers qui ne sont pas des salariés de la fonction publique (comme c'est le cas dans les centres de santé publics). Pour les SM+, nous avons fait un choix exhaustif. En Guinée, seuls 4 centres de santé associatifs et un centre public offre les soins en santé mentale au niveau de la première ligne. Les SM- ont été sélectionnés sur la base de leur fréquentation et l'accord de leur responsable de participer à l'étude.

Tous les soignants chargés des consultations primaires curatives dans ces centres ont été inclus, soit 18 soignants (avec un âge moyen de 41 ans aussi bien pour les SM+ que les SM-), dont 7 dans des centres SM+ (5 médecins, un infirmier et un travailleur social) et 11 dans des centres SM- (9 médecins et 2 infirmiers).

Pour chaque soignant, nous avons observé 25 consultations, soit au total 450 consultations dont 175 dans des centres SM+ et 275 dans des centres SM-. Dans les centres de santé les plus fréquentés, une consultation sur trois a été retenue dans l'ordre d'arrivée des patients, dans les centres moins fréquentés toutes les consultations ont été observées jusqu'à atteindre 25 par soignant (13).

Les caractéristiques sociodémographiques des patients, qu'ils soient connus ou non par les soignants, et leurs motifs de consultation n'ont pas été pris en compte dans le volet de cette étude. Par ailleurs, dans un autre volet [13] de la même étude, ces informations ont été analysées.

Il s'agit d'une étude par méthodes mixtes (14) dans laquelle s'enchaînent de manière séquentielle trois moments de collecte de données :

(a) Observation par un observateur externe de 25 consultations primaires curatives pour chaque soignant et attribution de scores à la qualité de la communication soignant-soigné sur base de l'outil *Global Consultation Rating Scale* (GCRS) (15), adapté au contexte guinéen. Les soignants ont été informés qu'il s'agissait d'une étude qui apprécie la qualité de soins, particulièrement la qualité de l'interaction consultant-patient.

(b) Entretiens qualitatifs semi-structurés avec les 18 soignants observés portant sur leur perception des soins centrés sur le patient et la discussion de l'outil GCRS adapté (compréhension, appréciation et faisabilité). Le guide d'entretien a été préalablement testé dans deux centres de santé ne participant pas à l'étude. Tous les entretiens, ont été enregistrés et transcrits mot à mot. La durée des entretiens variait de 30 à 80 minutes

(c) Entretiens individuels et de groupes pour discuter les résultats obtenus par les observations (a). D'une part deux ateliers de restitution ont été organisés avec les participants à l'étude et l'équipe de chercheurs. D'autre part des entretiens individuels et de groupe ont été menés avec les 7 soignants SM+ participant à l'étude et des témoins privilégiés de l'intégration de la santé mentale dans les centres de santé.

Les observations (a) et entretiens (b) ont été menés par un même médecin de santé publique, de manière à écarter tout risque de variabilité inter-observateur. Avant que la consultation ne commence, le soignant expliquait au patient la présence de l'enquêteur et demandait son accord. Les participants à l'étude n'ont été informés qu'il s'agissait d'une étude qui comparait SM+ et SM- qu'au moment de la restitution des résultats.

La collecte des données s'est étalée d'août à octobre 2018. L'observateur n'était pas au courant du fait que l'étude comparait la qualité des soins dans deux catégories de centres de santé (SM+ et SM-).

La grille GCRS (15) est un outil destiné à apprécier la qualité de l'interaction entre le patient et le soignant tout au long de la consultation médicale. Elle est basée sur le guide Calgary-Cambridge largement utilisé en Europe et Amérique du Nord pour former les soignants à la communication (2,15-16). Celui-ci conçoit la communication dans une approche délibérément centrée sur le patient, et l'intègre dans une démarche clinique globale, plutôt que de juxtaposer l'enseignement d'habiletés spécifiques en communication à une démarche biomédicale inchangée (2). Elle se structure autour de la communication aux différentes étapes de la consultation (engager la séance, recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, clôturer la séance), et y ajoute deux compétences communicationnelles qui traversent la consultation dans son ensemble : établir et maintenir la relation d'une part, structurer le déroulement de la consultation d'autre part.

Tout en gardant sa structure, cette grille a été adaptée au contexte guinéen par une équipe composée de médecins, sociologues et d'agents de santé communautaires, afin de prendre en compte les réalités guinéennes et faciliter sa compréhension. La communication non verbale a été ajoutée dans le maintien de la relation.

La grille adaptée comporte 11 domaines de compétences (tableau 1). Pour chacun d'eux, la grille suggère des indices de « bonne communication » facilitant la notation. L'observateur attribue un score pour chacun des 11 domaines de compétences : 0= Médiocre ou absent, 1= Adéquat, 2= Bien et 3= NA (Non applicable).

La grille adaptée a été pré-testée sur 25 consultations et la version modifiée sur base de ce pré-test sur 15 autres consultations dans des centres ne participant pas à l'étude.

Tableau 1 : Domaines de compétences de la grille d'observation GCRS adaptée

Domaines de compétences	Principales dimensions
Séquentiels	
1. Initier la « session » avec le patient et/ou, famille, accompagnant	Dimension 1 : Initiation <ul style="list-style-type: none"> - Accueil (salutation, installation) - Utilise une question d'ouverture appropriée
2. Rassembler l'information (venant du patient et/ou famille/ accompagnant)	Dimension 2.1 : identification du problème du patient <ul style="list-style-type: none"> - Écoute attentive, minimise l'interruption, laisse de l'espace au patient - Encourage le patient à raconter « l'histoire » de son (ses) problème(s) du début jusqu'au moment de la consultation - Négocie (priorise/précise/clarifie) l'objet de la consultation présente
	Dimension 2.2 : exploration du problème du patient <ul style="list-style-type: none"> - Utilise des questions ouvertes et fermées, allant adéquatement de l'un à l'autre - Facilite les réponses verbales et non-verbales du patient (par ex. silence, répétition, paraphrases) - Capte et répond aux signaux verbaux et non-verbaux (langage corporel, discours, expression faciale) - Clarifie des déclarations vagues ou qui nécessitent une amplification - Résume périodiquement et invite le patient à corriger l'interprétation ou à donner plus d'information - Utilise un langage clair, facile à comprendre, et évite le jargon
	Dimension 2.3 : Perspectives du patient <ul style="list-style-type: none"> - Explore activement/ comprend mieux /cerne le vécu du patient sur son problème - Prend au sérieux et répond de façon appropriée au vécu du patient
3. Donner suffisamment d'informations appropriées au patient individuel et/ou famille	Dimension 3 <ul style="list-style-type: none"> - Morcèle l'information donnée - Evalue et tient compte du niveau de connaissance de départ du patient - Découvre quelle autre information pourrait aider le patient, recherche et gère les besoins en information du patient
4. Aider et vérifier la bonne compréhension de l'information	Dimension 4 <ul style="list-style-type: none"> - Organise l'explication en utilisant des résumés - Vérifie la compréhension par le patient en l'invitant à reformuler dans ses propres termes - Utilise un langage clair, évite le jargon et un langage déroutant
5. Arriver à une compréhension partagée : incorporer	Dimension 5 <ul style="list-style-type: none"> - Respecte et prend en compte le cadre de référence de la maladie par le patient

la perspective du patient et/ou famille/ accompagnant	
6. Planifier une prise de décision partagée	Dimension 6 <ul style="list-style-type: none"> - Explore avec le patient les options en termes de prise en charge - Implique le patient dans la prise de décision en tenant compte de son souhait - Négocie de façon appropriée un plan d'action mutuellement acceptable - Se met d'accord avec le patient sur les étapes suivantes
7. Clôturer la "session"	Dimension 7 <ul style="list-style-type: none"> - Résume brièvement la session et clarifie le plan de soins - Vérification finale que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan
Transversaux	
8. Maintenir la relation (avec le patient et/ou famille/ accompagnant) tout au long de la consultation	Dimension 8 <ul style="list-style-type: none"> - Fait preuve d'un comportement non-verbal approprié ; par ex. contact visuel, positionnement, posture, visage - Reconnaît les points de vue et les sentiments du patient ; ne juge pas - fait preuve d'empathie pour communiquer son appréciation des sentiments et la situation difficile du patient - Donne du soutien : exprime préoccupation, compréhension, et volonté à aider
9. Donner de la structure au processus de la consultation	Dimension 9 <ul style="list-style-type: none"> - Progresse d'une section à l'autre en utilisant une signalisation - Structure l'interview selon une séquence logique, surveille le temps / le timing

8- III.5 V1 Tableau 1 : Observations - Domaines de compétences de la grille d'observation GCRS adaptée

Analyses des données

(a) Observation des consultations

Il s'agit d'une étude descriptive et comparative de deux catégories de centres de santé: SM+ et SM.

Une analyse descriptive statistique a été réalisée afin d'évaluer l'influence de l'appartenance au groupe SM+/SM- du soignant sur la qualité de la consultation concernant "les soins centrés sur le patient".

Un score total constitué par la somme des 11 dimensions par consultation a été calculé. Puisque seules 11 des 12 dimensions proposées par Burt et coll [15] ont été utilisées, le score a été normalisé selon leurs instructions, aboutissant à une échelle de 0 à 24.

Sur base du score total, les observations ont été catégorisées en « consultation de moindre qualité » (score de 0 à 11) et « consultation de bonne qualité » (score supérieur à 11). La probabilité d'une consultation de bonne qualité a été modélisée par régression logistique où l'association du score avec appartenance au SM+/SM- est présentée comme un rapport de cotes, avec un intervalle de confiance à 95%.

En plus des erreurs aléatoires liées à l'échantillonnage des consultations, il existe aussi une variance liée à l'échantillonnage des soignants et des centres de santé qui a été à la base des

regroupements des consultations. Nous avons choisi de tenir compte de ce regroupement en incluant l'appartenance à ces groupes (des soignants et des centres de santé) comme des effets aléatoires. Le modèle résultant est une régression logistique à trois niveaux avec SM+ comme variable explicative. Le paquet R lme4 a été utilisé pour l'analyse.

(b) Entretiens avec les soignants sur le contenu de la grille d'observation

L'analyse des 18 entretiens a été faite séparément par trois chercheurs : le chercheur principal, un médecin de santé publique et une sociologue. De façon chronologique, le chercheur principal a d'abord confronté ses propres codifications avec celles du médecin de santé publique; il a ensuite comparé ces résultats avec ceux obtenus par la sociologue. L'analyse s'est penchée sur les éventuelles différences d'appréciation dans la mise en oeuvre des différentes compétences relationnelles entre soignants SM+ et SM- à travers la grille d'observation (appréciation et applicabilité). L'analyse a également recherché d'éventuelles différences d'appréciation de la grille et de son applicabilité entre soignants SM+ et SM- à travers les différentes étapes de la consultation. Elle a également comparé les soignants SM+ et SM- quant à leur orientation plutôt biomédicale et/ou plutôt centrée sur le patient, sur base de codes d'analyse reposant sur la grille conceptuelle de l'approche centrée sur le patient de Mead et Bower (4). Pour les besoins de l'analyse nous avons inclus 4 dimensions dichotomisées: (1) focus biomédical / biopsychosocial ; (2) patient porteur d'une maladie / patient comme personne ; (3) relation asymétrique / relation participative ; (4) courtoisie / empathie et alliance thérapeutique.

Les codes d'analyse ont été complétés par des codes relatifs aux contraintes et aux conditions requises pour la mise en oeuvre de ces différentes compétences relationnelles.

(c) Discussion des résultats des observations : données qualitatives

Lors des ateliers de restitution, la prise de parole par les participants était difficile et leur contribution, en particulier pour les soignants des centres SM-, faible et superficielle. L'analyse s'est donc centrée sur les entretiens individuels et de groupe avec les soignants de centres SM+ et des témoins privilégiés. Menée par deux chercheurs dont le chercheur principal, elle a consisté à dégager les hypothèses explicatives fournies par les soignants sur les différences ou absences de différences de scores entre SM+ et SM- aux différentes étapes de la consultation.

L'étude a été approuvée par la Commission Nationale d'éthique pour la Recherche en santé (CNER) de Guinée sous le N°010/CNRS/17. Les participants, patients et soignants, informés de l'objectif de l'étude au moment du recrutement et au début des observations et entretiens, ont librement consenti à la collecte des données. Les données étaient rendues complètement anonymes tant pour les patients que pour les soignants.

Résultats

(a) Observation des consultations concernant 'soins centrés sur le patient'

De manière générale, dans les structures SM+, 89 consultations sur 171 (51%) ont été évaluées positivement (score total supérieur à 11), pour 58 sur 275 (21%) dans les centres SM-. Il n'y a pas eu de scores manquants. Les consultations ont duré en moyenne 8,7 minutes dans les centres SM+ et 7,3 minutes dans les centres SM-.

La probabilité (cote) d'avoir une consultation de « bonne qualité » est presque 3 fois plus élevée (95% Wald CI : 1.07 – 7.99) dans les structures SM+ que dans les structures SM- (tableau 2)

Tableau 2 : Association entre qualité de la consultation et intégration de la santé mentale (SM+), estimée par régression logistique multi-niveau des consultations regroupées en prestataires et en structures.

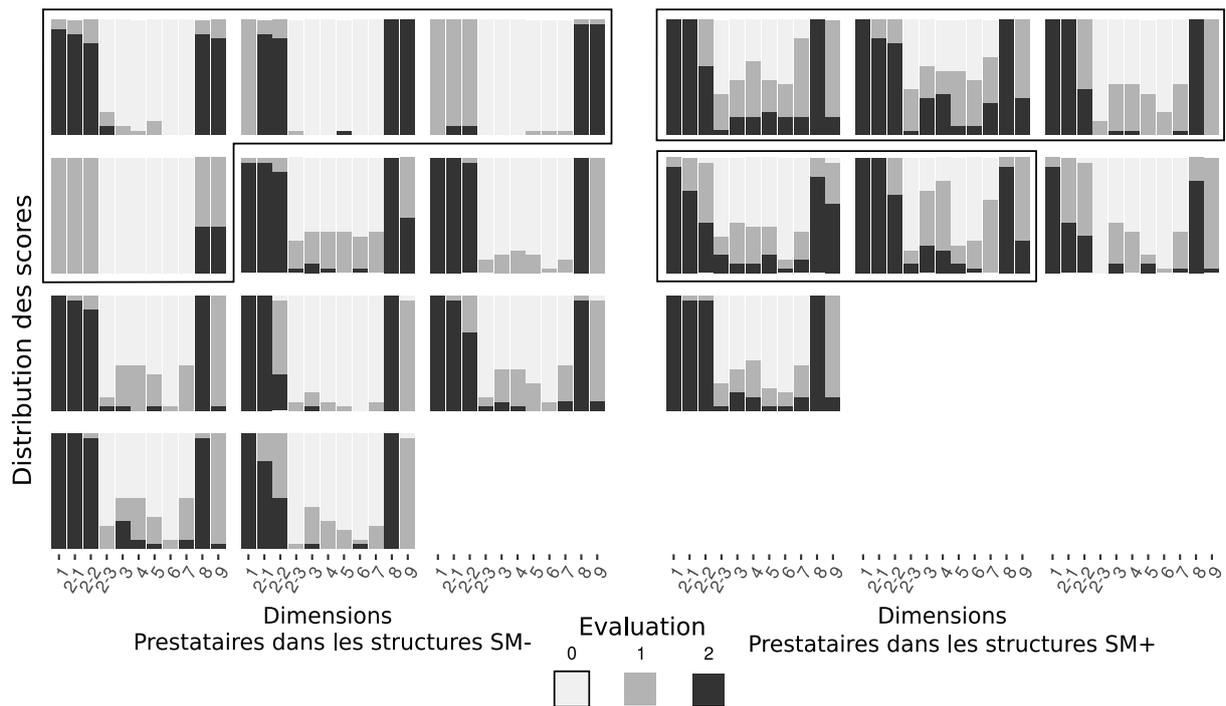
	Estimation	Intervalle de confiance (à 5%)*
Intercept	0.31 ^a	0.17 – 0.56
Effet de SM+	2.92 ^b	1.07 – 7.99
Variance entre prestataires	0.04	
Variance entre structures	0.51	

9- III.5 V2 Tableau 2: Observations - Association entre qualité de la consultation et intégration de la santé mentale

*estimé en utilisant la méthode de Wald^a Cote^b Rapport des cotes

La figure 1 présente les scores des 18 soignants. On note une grande hétérogénéité pour les différentes dimensions au niveau de chaque prestataire individuel, mais aussi entre les différents prestataires. Cette hétérogénéité indique aussi que chaque question évalue une dimension distincte de la qualité de soins. Dans le groupe SM-, presque toutes les consultations « médiocres » pour les dimensions 1, 2.1 et 2.2 ont eu lieu dans la même structure, suggérant que ces différences sont liées à la structure elle-même plutôt qu'à la présence ou non de l'intégration de la santé mentale.

Figure 1. Répartition des scores pour les 11 dimensions parmi les 18 prestataires.



11- III.5 V2 Figure 1 : Observations - Répartition des scores pour les 11 dimensions parmi les 18 prestataires

Chaque diagramme à bandes représente un prestataire distinct. Les prestataires opérant dans un même centre de santé sont regroupés dans un encadré. Pour chacun des prestataires, chaque bande est basée sur 25 observations.

L'effet de l'intégration de la santé mentale varie selon les dimensions explorées (tableau 3). Des différences statistiquement significatives s'observent entre SM+ et SM- pour chacune des dimensions, sauf pour les dimensions 2.1 et 2.2, identification et l'exploration du problème du patient, et la dimension 8, maintien de la relation avec le patient tout au long de la consultation. Malgré l'absence de différence entre SM+ et SM- pour ces dimensions, les scores sont globalement bons dans les deux catégories.

Pour les dimensions 2.3 à 7, les scores sont bas dans les deux groupes tout en restant significativement plus élevés pour le groupe SM+. Il s'agit de la prise en compte de la perspective du patient, son vécu, sa référence par rapport à son problème de santé, du partage et de la compréhension de l'information, et la clôture de la consultation après avoir partagé la décision.

Tableau 3 : Fréquences (%) des scores des 11 dimensions dans les centres de santé SM+ et SM-

Dimensions	SM	Évaluation			p (test de χ^2 avec 2 dl)
		Faible	Moyenne	Bonne	
1	SM-	0 (0)	78 (28)	197 (72)	< 0.001
	SM+	0 (0)	4 (2)	171 (98)	
2.1	SM-	0 (0)	63 (23)	212 (77)	0.112
	SM+	0 (0)	26 (15)	149 (85)	
2.2	SM-	1 (0)	103 (37)	171 (62)	0.573

	SM+	2 (1)	68 (39)	105 (60)	
2.3	SM-	245 (89)	25 (9)	5 (2)	0.002
	SM+	134 (77)	32 (18)	9 (5)	
3	SM-	217 (79)	45 (16)	13 (5)	< 0.001
	SM+	134 (61)	60 (27)	27 (12)	
4	SM-	222 (81)	49 (18)	4 (1)	< 0.001
	SM+	84 (48)	67 (38)	24 (14)	
5	SM-	231 (84)	41 (15)	3 (1)	< 0.001
	SM+	115 (66)	44 (25)	16 (9)	
6	SM-	258 (94)	15 (5)	2 (1)	< 0.001
	SM+	132 (75)	34 (19)	9 (5)	
7	SM-	224 (81)	47 (17)	4 (1)	< 0.001
	SM+	82 (47)	74 (42)	19 (11)	
8	SM-	0 (0)	21 (8)	254 (92)	0.863
	SM+	0 (0)	11 (6)	164 (94)	
9	SM-	3 (1)	176 (64)	96 (35)	0.009
	SM+	1 (1)	136 (78)	38 (22)	

10- III.5 V2 Tableau 103: Observations - Scores des 11 dimensions dans les CS SM+ et SM-

(b) Perception de la pertinence et l'applicabilité de la grille par les soignants

Les soignants de centres SM- perçoivent les dimensions présentées dans la grille comme « *un idéal* » difficile à atteindre : ils accordent la priorité à l'accueil, au recueil des informations utiles au diagnostic, et à l'explication du traitement au patient, et la plupart déclare « *sauter des étapes* », en particulier la prise en compte des perspectives du patient sur son problème, l'information sur la maladie et la négociation du traitement. Ces étapes sont jugées non applicables en raison du faible niveau d'instruction des patients et de contraintes de temps.

Par contraste, tous les soignants de centres SM+ jugent pertinentes et applicables toutes les étapes de la grille, et déclarent mettre en œuvre les différentes compétences communicationnelles, tout en reconnaissant que ce n'est pas toujours possible faute de temps. Alors qu'aucune question ne portait sur la santé mentale, la plupart des soignants SM+ font spontanément des parallèles avec la communication avec des malades mentaux, soulignant l'importance de l'écoute active, du sens donné à sa maladie par le patient psychiatrique, de son implication dans l'adaptation du traitement à sa situation, ou de la prise en compte des croyances populaires.

Biomédical / Bio-psycho-social

Les soignants SM- rapportent une orientation biomédicale centrée sur l'identification d'une pathologie et son traitement. Si certains disent « *prendre le problème social et psychologique des patients en compte* » parce qu'il peut interférer avec la maladie ou le traitement, la plupart ne se montrent /ou rapportent ne pas se sentir concernés par les aspects non-médicaux des problèmes de leurs patients.

Les discours des soignants SM+ sont tous orientés vers le bio-psycho-social. Tous accordent de l'importance à « *l'environnement social et l'état psychologique* » du patient, et la plupart parle du « *problème* » du patient plutôt que de pathologies.

Patient comme porteur d'une maladie / comme personne

Pour la quasi-totalité des soignants SM-, le patient est essentiellement porteur d'une maladie. Ils décrivent l'anamnèse comme un « *interrogatoire orienté* », une écoute sélective où le soignant doit « *décanter ce qui est important et ce qui ne l'est pas* » pour le diagnostic. Les significations que donne le patient à sa maladie ne sont pas pertinentes pour le diagnostic, et il est superflu de « *trainer trop sur la dimension échange et dialogue* ». Les SM- ne contredisent pas ouvertement les « *croyances des malades* », mais n'en tiennent pas compte : « *Quand le patient vient avec un diagnostic ancré en lui, il est difficile de le convaincre de changer d'idées ; je cherche donc à cerner la réelle pathologie et je gère à mon niveau* ».

Les soignants SM+ considèrent le patient comme une personne qui souffre, et les significations qu'il donne à sa maladie sont importantes pour comprendre son problème. Ils insistent sur la nécessité de « *prendre au sérieux* » ses préoccupations : « *quand tu te focalises simplement sur ses plaintes et pas sur le vécu, tu risques de passer à côté* ». Ils estiment indispensable de poser des questions ouvertes pour offrir « *un champ plus large pour expliquer sa problématique* », de « *l'encourager à s'exprimer* » à travers « *l'écoute active basée sur la compréhension, sur la valorisation de ce que ton interlocuteur t'apporte* ». Les soignants SM+ non seulement ne contredisent pas les croyances populaires mais évoquent des tentatives de compréhension partagée: « *il ne faut pas nier sa conviction mais faire des liens avec son problème de santé* ».

Relation asymétrique / participative

Pour les soignants SM-, le soignant a un rôle actif dominant, en tant qu'expert il conduit la consultation et prend les décisions, et le patient doit collaborer. Cela se traduit à toutes les étapes de la consultation. L'« *interrogatoire* » est dirigé par le soignant, qui « *sait ce qu'il cherche comme information* » et doit « *cadrer le malade par rapport à son problème* ». Les patients étant pour la plupart peu instruits et jugés incapables de comprendre, les soignants SM- fournissent peu ou pas d'explications sur la maladie et plusieurs admettent ne pas donner le diagnostic. Quant à la décision de traitement, elle relève pour eux du soignant seul, et « *il faut que le malade accepte le traitement que vous lui proposez* ». Il en va aussi de l'autorité du médecin : « *si vous acceptez que le patient vous impose quelque chose, c'est vous qui perdez votre autorité* ». Certains soignants SM- toutefois disent tenir compte des préférences du patient et de ses capacités financières pour favoriser l'adhésion au traitement.

Pour les soignants SM+, le patient est un partenaire, sa contribution active est encouragée et il participe à la décision de son plan de traitement. L'un d'entre eux déclare que le soignant « *doit partir avec les priorités de son patient* » et « *c'est le malade qui guide le soignant* », le rôle du soignant étant de recadrer les informations. Les explications au patient à propos de sa maladie sont jugées essentielles, à la fois pour qu'il s'implique dans la gestion de son problème et parce que c'est un « *droit légitime du patient* ». Le faible niveau d'instruction des patients suppose un effort supplémentaire pour expliquer : « *la majorité des malades sont des analphabètes, donc c'est important de voir s'il a compris, et là où il n'a pas compris, tu reprends* ».

et tu le rassures davantage ». Enfin ils estiment qu'il faut « *faire participer nos patients à la prise de décision* ». La discussion du traitement doit notamment aborder d'éventuelles objections du patient. Le soignant est le garant de l'efficacité technique du traitement, mais doit « *proposer des variantes avec les avantages et inconvénients et amener le malade à prendre aussi des décisions pour qu'il se sente concerné par le choix* ».

La relation : courtoisie / alliance thérapeutique

Tant les soignants SM+ que SM- insistent sur la qualité de l'accueil pour créer un climat de confiance. Pour les soignants SM- il s'agit d'être « *courtois* » et « *aimable* » pour rassurer le malade et l'inciter à coopérer : « *quand vous établissez la confiance, tout ce que vous direz au patient il va comprendre et il va l'appliquer* ». Quelques soignants SM- soulignent également que la confiance est favorable à la renommée du soignant : « *il va recommander à d'autres patients de venir chez toi* ». Cette « *courtoisie* » va de pair avec des discours parfois peu respectueux de patients « *qui divaguent beaucoup* », qu'il ne faut pas encourager à parler ou qui ne comprennent pas.

Les soignants SM+ insistent également sur la confiance pour renforcer la coopération du patient, mais à travers une écoute empathique. Ils évoquent comment « *donner de l'espoir au malade* », « *partager sa douleur et ses peines* », ou encore « *lui faire comprendre que vous êtes là pour lui* ». Plusieurs soulignent que cela suppose une relation égalitaire.

(c) Discussion des résultats des observations

Les participants ignoraient jusque-là que l'étude visait à comparer les SM+ et SM- ; les soignants SM- se sont étonnés de constater que leurs scores étaient plus faibles tandis que les soignants SM+ n'étaient pas étonnés mais ne comprenaient pas pourquoi ils obtenaient des scores similaires dans certaines dimensions et différents dans d'autres. Pour explorer l'impact potentiel de l'intégration de la santé mentale sur la qualité de la communication, nous nous basons donc sur les entretiens individuels et de groupe avec les soignants SM+.

Les répondants ne sont pas étonnés des meilleurs scores des SM+ car ils considèrent que l'intégration de la santé mentale a amélioré leur façon de communiquer : « *il y a eu un déclic lié aux formations : les prestataires ont eu une logique d'intervention différente de ce qu'on faisait dans le passé* ».

Ils ont assimilé un mode de pensée bio-psycho-social, incontournable en santé mentale, qu'ils disent transposer dans leur pratique générale. Ils ont également développé des aptitudes à écouter, à comprendre la perspective du patient, à « *entrer dans son répertoire* ». En effet, l'écoute du récit du malade mental est cruciale pour comprendre son problème. Plusieurs répondants font remarquer qu'il n'est pas facile de comprendre ce que dit un malade mental et que « *celui qui comprend bien ça pourra le faire pour les autres malades également* ». Certains disent aussi avoir transposé l'écoute du patient, en plus de celle de son entourage, à la consultation avec des enfants : « *c'est grâce à la santé mentale que j'écoute maintenant les enfants même s'ils ne sont pas matures* ».

Tout comme ils acceptent les interprétations populaires et les recours à la médecine traditionnelle en santé mentale, ils disent tenir compte pour d'autres maladies des cadres de référence de leurs patients. Sans s'opposer aux croyances populaires, ils disent informer les malades en partant de ce qu'ils savent, pour nuancer, compléter, renforcer ce qui est juste et éventuellement « *corriger les connaissances erronées* ». L'information est importante car « *plus un malade connaît et accepte sa maladie, plus le soignant a la chance d'obtenir un bon résultat* ».

Associer le malade aux décisions concernant le plan de traitement est une condition d'adhésion pour les malades mentaux, et les répondants évoquent des pratiques applicables aussi à d'autres patients : « *Il faut toujours donner des éventails de solutions pour permettre le choix du patient, parfois de la famille, qui est fondamental pour l'efficacité du traitement* ». Associer le malade au traitement « *aboutit à la création d'une alliance, elle aidera à créer la confiance et l'observance du traitement* ».

Par contre, ils s'étonnent que les différences de scores ne soient pas davantage marquées, et fournissent des éléments d'explications.

Pour l'initiation de la session, les scores des SM- sont moindres que ceux des SM+ mais néanmoins assez élevés. Si certains s'en étonnent, d'autres font remarquer que l'accueil « *est le béaba de tout praticien* », surtout dans les structures privées, et que la présence d'un observateur peut avoir constitué un biais.

Les répondants s'étonnent également de l'absence de différence significative entre les scores des SM+ et SM- pour l'identification et l'exploration du problème. Certains font remarquer que l'anamnèse est une démarche commune à tous les praticiens, et que d'autres formations comme celles sur le VIH/SIDA insistent sur l'écoute et la nécessité de donner la parole au patient. Mais plusieurs suggèrent que l'écoute active et l'encouragement du patient à s'exprimer sont davantage nécessaires en santé mentale qu'en santé organique, et que dans la pratique ils ne les transposent sans doute pas systématiquement aux problèmes tout-venants.

L'absence de différence significative pour les scores concernant les dimensions transversales les interpelle aussi : le maintien de la relation et la structure de la consultation. Le transfert des attitudes développées avec les malades mentaux pourrait être limité parce qu'on n'utilise pas pour les consultations « organiques » le dossier médical longitudinal utilisé en santé mentale qui permet de « *rentrer dans la vie du malade* » et facilite l'empathie. La durée de la consultation en santé mentale est également nettement plus longue qu'une consultation pour une maladie organique. Enfin, d'autres suggèrent que « *avec un malade mental, le respect du schéma est obligatoire, mais pour les autres malades ce n'est peut-être pas nécessaire* », ou encore que « *la santé organique est beaucoup plus basée sur l'anamnèse, l'inspection, l'auscultation, la palpation et la percussion* ».

Discussion

Dès les débuts de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé en Guinée, des observateurs ont rapporté que cette initiative avait pour effet inattendu l'amélioration des interactions des soignants avec l'ensemble de leurs patients (International Colloquium. Integration and disease control, Institute of Tropical Medicine Antwerp 2002). Lors d'une étude par entretiens auprès de ces soignants [12], une partie d'entre eux déclaraient effectivement transposer à d'autres patients l'approche centrée sur le patient découverte lors de leur formation en santé mentale. Une seconde étude menée dans des centres SM+ et SM- [13] suggère que les patients attribuent des scores plus élevés aux soignants des centres SM+ pour la participation.

Les résultats des observations montrent presque trois fois plus de consultations de « bonne qualité » parmi les SM+ que les SM-. Les SM+ obtiennent de meilleurs scores pour toutes les dimensions de la communication et ces différences sont significatives, sauf pour l'identification et l'exploration du problème du patient et le maintien de la relation tout au long de la consultation pour lesquels tous les soignants SM+ ou SM- obtiennent des scores élevés, de même que pour l'accueil. Pour les dimensions de prise en compte de la perspective du patient, de l'information du patient sur sa maladie et de l'implication du patient dans la décision de traitement, tous les soignants ont des scores faibles, même si ceux des SM+ restent significativement supérieurs à ceux des SM- .

Les entretiens individuels corroborent largement les données quantitatives concernant les SM-, qui déclarent « sauter des étapes » et privilégier l'accueil, l'identification et l'exploration du problème, et l'explication du plan de soins lors de la clôture de la session – c'est à dire les étapes pour lesquelles ils avaient des scores élevés. Quant aux SM+, ils considèrent toutes les dimensions comme importantes, y compris celles pour lesquelles leurs scores sont bas et que certains reconnaissent ne pas toujours appliquer.

La comparaison entre SM- et SM+ montre un discours nettement plus centré sur le patient chez les SM+ alors que le discours des SM- relève davantage de l'approche biomédicale traditionnelle (4). A noter qu'il y a davantage d'homogénéité dans le discours des SM+ que dans celui des SM-.

Enfin, les entretiens à visée explicative indiquent que les SM+ ont vécu la formation et la pratique en santé mentale comme un tournant dans leur façon d'envisager la relation avec le patient : ils se seraient attendus à obtenir des scores élevés partout. Certains expliquent la faiblesse de certains scores par le fait que la grille serait moins indispensable dans sa totalité pour les maladies organiques que mentales, surtout quand le soignant manque de temps. Par contre, les scores élevés pour tous pour l'accueil et l'anamnèse s'expliquent selon eux par le fait qu'ils constituent la base de toute consultation.

De manière générale notre étude corrobore l'hypothèse que l'intégration de la santé mentale contribue à l'acquisition d'attitudes centrées sur le patient, transférables à des consultations

de patients tout-venants. Tant les scores (systématiquement) supérieurs des SM+ lors des observations que leurs discours clairement centrés sur les patients vont dans ce sens.

Les scores élevés des SM- pour les dimensions liées à l'anamnèse et au maintien de la relation ne sont pas surprenants : l'approche biomédicale classique exige elle aussi une « bonne communication » dans ces domaines pour obtenir la coopération du patient. Par contre, les discours des SM+ et SM- divergent sur le sens à donner à la qualité de la relation: les SM- parlent de « courtoisie » nécessaire à l'atteinte de leurs propres objectifs, tandis que les SM+ expriment l'importance de respect et d'empathie dans le cadre d'une alliance thérapeutique participative. En d'autres termes, la « bonne communication » serait davantage instrumentalisée dans l'approche biomédicale. Le respect et l'empathie dans le cadre d'une alliance thérapeutique participative font partie des caractéristiques des soins centrés sur le patient (7). Ce sont précisément ces dimensions que les SM- disent « sauter » et pour lesquelles leurs scores sont effectivement faibles : l'écoute active et la prise en compte de la perspective du patient, l'information du patient sur sa maladie, et l'implication du patient dans la décision de traitement.

Reste à comprendre pourquoi les SM+, qui pourtant jugent toutes les étapes nécessaires, obtiennent eux aussi pour ces dimensions des scores certes supérieurs mais néanmoins faibles. Selon nous, la contradiction n'est qu'apparente, et rappelle qu'il ne suffit pas de maîtriser des compétences relationnelles pour effectivement les mobiliser systématiquement dans la pratique. L'intégration de la santé mentale a permis à ces soignants de se familiariser avec le paradigme de l'approche centrée sur le patient, qu'ils pratiquent régulièrement et dont ils perçoivent la pertinence au-delà de la santé mentale. Leur posture mentale est centrée sur le patient, et c'est elle qui ressort dans les entretiens. Mais si les conditions pratiques ne sont pas favorables (manque de temps, stress, routine...), l'approche biomédicale à la base de leur formation et pratique initiales tend à reprendre le dessus, au moins en partie.

Si l'expérience d'intégration de la santé mentale en Guinée a favorisé l'approche centrée sur le patient, c'est parce que la formation en santé mentale était elle-même centrée sur le patient (plutôt que biomédicale), qu'elle s'est déroulée dans un contexte non-bureaucratique, et que ces modalités ont privilégié une pratique conjointe offrant un modèle de rôle, un travail d'équipe et un soutien émotionnel aux soignants [12]. Parmi les aspects de la formation en santé mentale déterminants pour l'acquisition des compétences relationnelles centrées sur le patient figurent le respect authentique pour chaque patient, l'écoute active sans laquelle il est impossible de comprendre les problèmes d'un malade mental, l'approche bio-psycho-sociale qu'exige la santé mentale, la prise en compte des représentations sociales de la maladie mentale, et notamment le recours aux médecines traditionnelles, et l'association du malade et de ses accompagnateurs à la décision en vérifiant qu'il y a compréhension et accord sur le traitement (12).

Le fait que ces compétences ne soient pas systématiquement mobilisées rappelle que si la formation est une condition nécessaire, elle ne suffit pas. Selon Petersen (17) la formation à l'approche centrée sur le patient ne suffit pas à sa mise en pratique, et ajouter des soins

psychiatriques en Afrique du Sud ne va pas changer l'approche biomédicale dominante si les conditions structurelles ne changent pas. Il faut aussi noter que toutes les approches en santé mentale ne sont pas centrées sur le patient, et que les approches davantage biomédicales n'excluent en rien la stigmatisation des patients, fréquente parmi le personnel psychiatrique (18-21).

Un point fort de notre étude a été de combiner l'observation des pratiques permettant d'appréhender les pratiques réelles et les entretiens donnant accès aux représentations qu'ont les soignants de leurs pratiques. Cette approche par méthodes mixtes nous a permis de repérer des convergences mais aussi des décalages entre discours et pratiques, et par là de mettre en évidence que l'acquisition de compétences ne suffit pas à leur mobilisation.

Notre étude comporte cependant de nombreuses limites. Elle repose sur un échantillon restreint de 18 soignants, hétérogènes en termes de diplôme (médecin ou non) ou ancienneté dans la pratique. Des variables telles que le niveau d'instruction des patients ou le caractère aigu ou chronique de la consultation ont pu interférer sur les observations. Les observations ont été menées par un seul observateur ; or Burt et collaborateurs (17) indiquent que l'outil est fiable si 3 observateurs différents évaluent chaque consultation, étant donné que l'observation demande beaucoup de concentration qui peut subir des moments de relâchement. La simple présence d'un observateur a potentiellement renforcé l'attitude aimable des soignants à l'égard de leurs patients. Enfin, les entretiens post-observations s'appuyaient sur la grille d'observation, présentée comme ensemble de bonnes pratiques de communication, ce qui a pu biaiser les réponses.

Conclusion

L'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de première ligne présente une opportunité pour améliorer la qualité des soins dans sa dimension « soins centrés sur le patient ». Les soignants des centres de santé SM+ adoptent un mode de communication plus centrée sur le patient - dans leur interaction clinique avec des malades présentant des problèmes de santé quelconques durant la consultation curative polyvalente.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent au Pr Wim Van Damme de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, aux confrères Pr Alexandre Delamou et Dr Abdoul Habib Béavogui du Centre de formation, de soins et de recherche en santé rurale de Maferinyah, à l'équipe de collecte de données et d'adaptation des outils –les Dr Mory Diakité, Bapaté Barry et Amadou Lamarana Diallo, Fatoumata Binta Bah et Mr Abdoul Karim Diallo. Merci à Michel Dewez, psychiatre-psychanalyste et le Pr Mamadou Pathé Diallo pour leurs apports et conseils éclairés.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

1. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. Patient-centered care and people-centered health systems in sub-Saharan Africa: Why so little of something so badly needed? *Int J Pers Cent Med*. 2016;6(3):162-73.
2. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J (2003). *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides*. *Acad. Med*. 2003;78:802–809
3. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011; 9:100-3.
4. Mead N & Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-110.
5. Matusitz J et Spear J. Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Soc Work Public Health* 2014; 29(3): 252-66. DOI: 10.1080/19371918.2013.776416.
6. Stewart MA. Effective Physician-Patient Communication and health outcomes. A review 1995; 152(9).
7. Paul Little, HazelEveritt, IanWilliamson, GregWarner, MichaelMoore, ClareGould, Kate Ferrier, Sheila Payne: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ VOLUME 322 24 FEBRUARY 2001 bmj.com*
8. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest. Paris: Editions APAD Karthala; 2003.
9. Patel V, Saxena S, Lundt C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018;392:1553–98. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-X).
10. OMS 2016. Rapport de l’OMS-IESM sur le système de santé mentale de la République de Guinée, OMS et Ministère de la Santé, (Conakry, Guinée).
11. Sow A. Soins de santé mentale et services de santé de premier échelon. 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. 2003.
12. Sow A, Van Dormael M, Criel B, De Spiegelaere M. Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry. *Santé publique*. 2019;31(2).
13. Sow A, Jeroen De Man, Myriam De Spiegelaere, Veerle Vanlerberghe and Bart Criel. Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care? *BMC Health Services Research* (2020) 20:61 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3>
14. Guével MR, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique* 2012/1(24) :23-38
15. Burt J, Abel G, Elmore N, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary–Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open* 2014;4: e004339. doi:10.1136/bmjopen-2013-004339

16. Cécile Fournier, Sandra Kerzanet, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé Publique* 2007/5 (Vol. 19)
17. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? *Soc Sci Med.* 2000;51:321-34.
18. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatr.* 2007; 19(2):137-55.
19. Ewhrudjakpor C. Knowledge, beliefs and attitudes of health care providers towards the mentally ill in Delta State, Nigeria. *Ethno-Med.* 2009;3(1):19-25.
20. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ.* 2015;15:34.
21. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, et al. Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2011; 14(4):290-7.

PARTIE IV : DISCUSSION

L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires a été décrite comme une stratégie efficace pour s'attaquer au fardeau toujours croissant de la maladie mentale, faisant d'elle une priorité mondiale (1-18). Notre travail de recherche s'est penché sur une expérience concrète d'intégration de la santé mentale dans des centres de santé en Guinée qui a démarré il y a 20 ans.

Nous avons évalué cette expérience à travers plusieurs études, menées dans une approche d'évaluation basée sur la théorie : il ne s'agissait pas seulement d'examiner si les objectifs étaient atteints, mais aussi et surtout de comprendre comment ils avaient été atteints dans le contexte particulier de l'expérience.

Au départ, et sur base de la perception des acteurs concernés par l'expérience, plusieurs hypothèses avaient été proposées comme sous-jacentes à cette intervention : qu'une intégration des soins de santé mentale dans ces centres de soins primaires était possible et permettait d'offrir des soins en santé mentale à la population générale en même temps que des soins généraux ; que cette intégration impliquait une modification des attitudes de stigmatisation des soignants, que celle-ci dépendait de la formation des professionnels mais aussi de leur supervision et de leur soutien émotionnel ; que la population à qui ces services sont proposés les utilisent, pour autant que la qualité des soins et la disponibilité des médicaments soient assurés ; que les contacts avec les patients en santé mentale et leur famille améliorent la qualité d'écoute nécessaire à l'abord des maladies mentales et de communication des soignants et que cette amélioration peut déteindre sur l'ensemble de leurs soins, qui sont alors plus centrés sur le patient.

Nos résultats ont mis en évidence que ces hypothèses reflétaient relativement bien ce qui se passait dans la réalité, mais que les effets positifs attendus dépendaient de certaines conditions spécifiques. La comparaison de différents contextes dans nos études, tels que la période d'intégration (au cours du projet SaMOA versus la période après la fin de ce projet) ou le type de centre de santé (associatif ou public, FMG ou non), nous permet de mieux comprendre les contextes les plus porteurs pour la production d'effets positifs dans cette expérience.

Dans ce chapitre, nous discutons plus de façon plus transversale des effets positifs observés et des conditions nécessaires à leur production dans l'expérience analysée de manière à synthétiser les évidences pour une mise en place de telles expériences d'intégration dans d'autres contextes que celui de la Guinée

Dans un premier temps nous discutons de la plus-value de l'intégration de la santé mentale dans l'expérience analysée en termes d'accès aux soins, de pathologies prises en charge, de réduction de la stigmatisation, du renforcement d'une approche plus globale de la santé mentale et de l'évolution des soins de santé primaires en général vers une approche plus centrée sur les patients.

Dans un second temps, nous discutons des conditions de faisabilité et des contextes porteurs pour générer les effets décrits. En particulier, nous discutons des aspects liés à la formation de base et continue des soignants, de leur accompagnement dans la durée, de la culture institutionnelle des services de santé dans lesquels l'expérience d'intégration s'est effectuée, de la disponibilité des médicaments et des relations avec les guérisseurs traditionnels.

Dans un troisième temps, nous proposons des pistes de réflexions pour l'élargissement et la poursuite de l'intégration de la santé mentale en Guinée et dans d'autres pays au contexte comparable.

Dans un quatrième temps, nous discutons des limites de notre travail et du positionnement particulier de chercheur-acteur durant cette expérience.

IV.1 Est-il souhaitable d'intégrer la santé mentale dans les services de 1ere ligne ? Quelles sont les bénéfices de cette intégration ?

Sur base de l'expérience analysée, nous avons pu mettre en évidence plusieurs effets positifs, qui sont discutés ci-dessous.

1. Amélioration de l'accès aux soins de santé pour les malades mentaux dans un pays où les ressources spécialisées sont très insuffisantes

L'intégration de la santé mentale dans des centres de santé communautaires en Guinée s'est révélée positive en termes d'accès et d'utilisation des services par les malades mentaux. Près de 5000 patients présentant des troubles mentaux ont été pris en charge entre 2012 et 2017 dans les 5 centres de santé (CS). Et au cours d'une année, ces seuls CS avaient pris en charge un nombre équivalent à la moitié des patients admis dans le seul hôpital psychiatrique de Guinée. Dans une revue de littérature (*Evidence map*) portant sur les effets de différentes stratégies de promotion de l'offre de soins en santé mentale en première ligne de soins, Mapanga et al montrent que la plupart de ces stratégies ont un effet positif sur l'amélioration de la prise en charge des patients (19).

Nos résultats indiquent cependant que l'utilisation des soins variait fortement d'un centre de santé à l'autre. La très grande majorité des patients pris en charge (92%) l'ont été dans les trois centres de santé de FMG, nettement plus utilisés. Le centre d'Hafia Minière, premier centre ayant intégré la santé mentale dans le cadre du projet SaMOA, présentait un niveau élevé d'utilisation durant toute l'expérience. La comparaison des centres selon leur utilisation met en évidence le fait que l'utilisation des soins dépend de différents facteurs qui influencent la qualité et la continuité des soins. Les centres caractérisés par une permanence des professionnels impliqués et une équipe plus nombreuse et impliquée dans son ensemble dans le processus d'intégration présentaient une utilisation plus constante et importante que les centres dans lesquels des problèmes ont impacté la qualité (par ex. faible capacité de diagnostic) ou la continuité des soins (rupture de médicaments, absence du soignant à son poste de travail). Le fait de concentrer l'offre en santé mentale sur une seule personne ou un nombre très restreint de soignants au niveau d'un centre de santé peut également expliquer

une faible utilisation. En effet, lorsque ceux-ci sont absents, tout le dispositif de prise en charge s'effondre. Une attitude plus stigmatisante de la maladie mentale par les soignants peut également augmenter les réticences des patients à chercher de l'aide auprès des services de santé (20). Les différences en termes d'attitudes de stigmatisation observées entre les soignants formés pendant la première ou la deuxième vague peuvent donc aussi contribuer aux différences d'utilisation des services.

L'intégration des soins en santé mentale a également des effets positifs sur la prise en charge des soins de santé généraux auxquels les patients ayant un problème de santé mentale ont en général peu accès dans les services de santé non intégrés. En effet, les malades mentaux sont aussi confrontés à des difficultés d'accès aux soins pour les problèmes de santé physique (20, 21). Ils signalent des obstacles à la satisfaction de leurs besoins en matière de soins physiques, entre autres parce que leurs symptômes ne sont pas pris au sérieux lorsqu'ils recherchent des soins pour des problèmes de santé non mentale, y compris dans les services des urgences (22). Les personnes atteintes de maladies mentales graves ont des taux plus élevés de mortalité et de morbidité dues à une maladie physique (21) et meurent 15 à 30 ans plus jeunes en moyenne que leur cohorte (23).

2. Prise en charge en 1ère ligne de la plupart des problèmes de santé mentale

Dans les centres de santé où le paquet de soins en santé mentale a été intégré, toutes les pathologies psychiatriques rencontrées dans les services spécialisés y ont été diagnostiquées, traitées et suivies en ambulatoire, que ce soient les pathologies psychiatriques lourdes comme les psychoses et la dépression, ou certaines maladies neurologiques comme les épilepsies, les démences et les retards psychomoteurs. L'OMS reconnaît la capacité de prendre en charge la quasi-totalité des problèmes de santé mentale par les soignants exerçant au niveau communautaire et a développé l'outil de formation « Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives », mhGAP, avec cet objectif (24, 25).

3. Réduction de la stigmatisation des malades mentaux

Étudiée à partir des travaux pionniers de Goffman (20), la stigmatisation est conceptualisée comme un processus social complexe d'étiquetage, d'altération, de dévaluation et de discrimination impliquant une interconnexion de composants cognitifs, émotionnels et comportementaux (26, 21). La stigmatisation de la maladie mentale qui existe dans les systèmes de santé et parmi les prestataires de soins de santé, constitue un obstacle majeur à l'accès au traitement et au rétablissement, ainsi que des soins physiques de moindre qualité pour les personnes souffrant de ce problème de santé (27-30). Nos résultats montrent que l'intégration de la santé mentale s'est accompagnée de changements d'attitudes envers les malades mentaux de la part des soignants, qui ont surmonté leurs peurs et préjugés. Elle a réduit les préjugés portant sur le mauvais pronostic associé à ces pathologies grâce aux expériences de succès thérapeutiques. Les soignants avaient des attitudes moins stigmatisantes renforcées par une satisfaction professionnelle autour des patients (étude 3).

Dans son *Evidence map* citée plus haut, Mapanga montre que les stratégies qui, comme la nôtre, intègrent les soins de santé mentale aux soins généraux, qui augmentent le pouvoir d'agir des patients, des familles et des soignants, qui combinent soins médicamenteux et interventions psychosociales ou encore qui développent des stratégies (comme les formations) orientées vers les comportements des soignants et la qualité des soins, ont un impact sur les représentations des familles et de la société concernant la santé mentale (19).

Cependant l'intégration des soins en santé mentale ne suffit pas pour supprimer les attitudes de stigmatisation. Lors de notre étude, certains discours des professionnels, essentiellement ceux qui avaient été formés lors de la seconde vague, stigmatisaient implicitement certains malades, considérés comme incapables d'un rôle actif dans leur traitement, ou encore accusés d'être responsables d'échecs de traitement ou de rechutes, surtout s'ils consommaient des stupéfiants (étude 3). De nombreuses études ont mis en évidence l'existence d'attitudes de stigmatisation même parmi le personnel psychiatrique (31-35). Ces attitudes ont des conséquences sur l'accès aux soins, la qualité des soins mentaux et généraux et la qualité de la relation (20). Dans sa revue de littérature, Knaak montre que de nombreux professionnels de santé ne sont pas conscients des représentations qu'ils ont et que ce n'est que via une formation spécifique qu'ils prennent conscience de la manière subtile et non intentionnelle par laquelle certaines croyances et attitudes peuvent contribuer à la stigmatisation de leurs patients. Ils ont tendance à avoir des opinions pessimistes sur la réalité et la probabilité de guérison des malades mentaux, ce qui est vécu comme une source de stigmatisation et un obstacle au rétablissement pour les personnes qui cherchent de l'aide pour des maladies mentales (20). Les focus groups que nous avons menés avec les étudiants illustrent à la fois leur faible conscience de l'impact de leurs attitudes mais aussi leur « pessimisme thérapeutique » (20).

Par ailleurs, le fait d'accueillir les malades mentaux et les autres malades dans la même structure (par exemple même salle d'accueil) et par le même personnel et de les soumettre au même circuit du patient a réduit la stigmatisation des uns et atténué la peur et les préjugés des autres. Ce qui n'était pas le cas durant les premiers mois de l'intégration. Il a été démontré que les contacts sociaux, c'est-à-dire le fait « d'être ensemble » : patients souffrant de problèmes de santé mentale et ceux souffrant d'autres problèmes, familles et accompagnateurs et tous les échanges qui accompagnent ces relations dans la salle d'accueil, annulent les stéréotypes, diminuent l'anxiété, renforcent l'empathie, établissent des liens personnels et améliorent la compréhension de récupération. Les résultats de la méta-analyse réalisée par Pettigrew et al, indiquent clairement que le contact entre les groupes réduit généralement les préjugés intergroupes (36). Le fait d'être mélangés à d'autres patients, non identifiés par leur pathologie, peut être perçu comme protecteur vis-à-vis de la stigmatisation (37).

4. Approche globale et holistique des soins de santé mentale

L'intégration des soins de santé mentale au niveau communautaire permet d'aborder ceux-ci de façon plus globale en envisageant le patient dans son intégralité (bien-être physique, mental et social) et dans son contexte de vie (38, 39). L'implication de la famille et les stratégies d'intégration de la santé mentale qui renforcent le pouvoir d'agir des familles et des patients contribuent à améliorer leur santé mais ont aussi un impact sur l'amélioration des connaissances et des compétences des professionnels en santé mentale (19). Cette stratégie est fondamentale dans le processus d'intégration analysé ici.

Dans notre expérience, cette approche globale des patients était particulièrement visible dans les équipes ayant été formées lors de la première vague mais se retrouvait également dans d'autres CS. Aussi bien pour le diagnostic, le traitement que pour la réinsertion, les soignants prennent en compte les explications (parfois profanes) que donnent les patients sur leur maladie, les associent, eux et leur famille à la prise de décision concernant leur traitement et à l'ensemble du processus de soins. Les activités de réinsertion (professionnelle, familiale et sociale) adressées aux patients améliorés sont décidées de commun accord entre patients-soignants et familles et parfois élargies aux personnes du milieu de travail.

L'implication active de la famille permet aussi d'accélérer l'amélioration. Nous avons pu observer que si, dans les hôpitaux, les personnes ayant les pathologies psychiatriques lourdes sont fréquemment réhospitalisées, cela n'est pas le cas lorsque les malades sont traités en ambulatoire auprès de leur famille et avec leur contribution. Dans notre expérience, les malades suivis à domicile s'améliorent plus rapidement quand les familles s'impliquent aussi bien dans la prise des médicaments, des repas et de l'hygiène que dans le soutien psychosocial.

5. Evolution des soins de santé primaires en général vers une approche plus centrée sur les patients

Très tôt nous avons constaté que la pratique de la santé mentale dans nos centres de santé avait modifié la relation des soignants avec les patients. On y observe plus d'écoute, plus de temps consacré aux patients et à leurs familles, moins de prescriptions médicamenteuses. Les soignants posent plus de questions portant sur les aspects psychosociaux à leurs patients tout venants, en dehors de toute pathologie mentale. Ce sont ces observations qui nous ont conduits à poser l'hypothèse que l'intégration de la santé mentale dans les centres de santé polyvalents permettait de développer des soins plus centrés sur le patient dans toutes les situations.

Tant les entretiens avec les professionnels (étude 3) que les observations des consultations « tout venant » (étude 5) montrent que l'évolution des attitudes liée à l'intégration de la santé mentale « contaminait » également les consultations de première ligne en général. La principale dimension des soins centrés sur le patient que nous avons étudiée est la communication soignant-patient. Aussi bien dans nos études qualitatives que quantitatives, nous avons démontré que la communication s'était améliorée durant les consultations et dans

la qualité des interactions. Les soignants des centres de santé qui ont intégré la santé mentale indiquent qu'ils ont vécu la formation et la pratique en santé mentale comme un tournant dans leur façon d'envisager la relation avec le patient. De manière générale notre étude corrobore l'hypothèse selon laquelle l'intégration de la santé mentale contribue à l'acquisition d'attitudes centrées sur le patient, transférables à des consultations de patients tout-venants. Ce constat est intéressant au-delà du cas particulier de la santé mentale. En effet, cela pose l'hypothèse que l'intégration d'activités menées dans des programmes « verticaux » spécialisés (tel que par exemple celui du VIH/SIDA ou celui des professionnelles du sexe) pourraient renforcer la qualité des soins en général par les modifications d'attitudes qu'elles impliquent.

Un programme « vertical », par définition, est ciblé sur un (seul) problème de santé donné, ou sur une seule sous-population donnée. Son effet, peut aller au-delà de la seule prise en charge du problème ciblé et au-delà de la prise en charge d'une sous-population donnée. Un programme - comme celui du VIH/SIDA, ou encore celui des maladies chroniques non transmissibles - qui vise à mettre en place une approche biopsychosociale vis-à-vis de ses patients peut avoir un impact au-delà de la prise en charge de la population cible. En effet, ce type d'approche peut « percoler » vers la prise en charge d'autres problèmes de santé ou d'autres sous-populations.

Cette « contamination » ou ces « changements d'attitude » ne s'observai(en)t cependant pas de manière identique chez tous les soignants et dans tous les centres ayant intégrés la santé mentale. Les caractéristiques des centres de santé et les modalités de formation des soignants aident à mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre. Elles sont discutées ci-dessous.

IV. 2 A quelles conditions est-il possible et opportun d'intégrer la santé mentale en première ligne de soins et dans quelles conditions cette intégration peut-elle générer les bénéfices décrits plus haut?

Nos résultats montrent que cette expérience d'intégration des soins en santé mentale dans les centres de santé polyvalents peut générer des effets positifs en termes d'accès et de qualité des soins, tant pour les patients souffrant de problème de santé mentale que pour les autres. Mais ces effets ne se manifestent pas dans tous les cas. Certaines conditions apparaissent comme plus favorables et sont liées à plusieurs facteurs, notamment les modalités de formation et d'encadrement des soignants des centres de santé et l'apprentissage de la pratique des soins qu'ils offrent, la culture organisationnelle des centres, la disponibilité en médicaments ou encore les relations avec la médecine traditionnelle. Ces différents aspects sont discutés ici.

1. La formation des soignants des centres de santé

Parmi les conditions de réussite de l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins, nous avons noté l'importance du dispositif d'intervention, en particulier les modalités de formation et d'apprentissage de la pratique des soins en santé mentale. Deux dimensions

sont importantes : d'une part le contenu et les modalités de transfert des connaissances (quelles connaissances sont mobilisées et comment sont-elles partagées avec les professionnels concernés) et d'autre part le processus par lequel les soignants se sont appropriés de nouveaux savoirs faire pour de nouvelles pratiques de soins.

En termes de formation, nous distinguons deux phases : la première concerne le projet SaMOA au cours duquel ont été formés les soignants qu'on qualifiera de la « première vague » et la seconde, appelée « seconde vague », concerne le processus de formation des soignants guinéens par les professionnels de la première vague avec d'autres partenaires. Chacune des phases est caractérisée par des modalités de formation propres que nous décrivons ci-dessous dans le « modèle SaMOA » et le « modèle post-SaMOA ».

1.1 Le modèle de formation « SaMOA »

Ce modèle a été développé et testé dans les 3 centres de santé de FMG (Hamdallaye devenu Hafía Minière, Carrière et Dar es Salam). Le modèle est construit autour de la compréhension de la complexité des troubles mentaux, dont la forme la plus connue est la schizophrénie, communément appelée « la folie ». En effet, la folie interpelle et pousse les soignants dans des positions défensives face à la peur et à l'angoisse qu'elle suscite et aux préjugés qu'elle engendre. La formation aura alors pour objectif de vaincre la peur, de tenter de comprendre l'angoisse et de décoder les différents discours auxquels les soignants sont confrontés pour aborder l'essentiel de la psychopathologie et permettre ainsi aux soignants d'être à l'écoute des patients.

Le socle du modèle SaMOA est constitué par les consultations conjointes suivies de discussions avec l'ensemble de l'équipe.

Le processus était le suivant : dans un premier temps, un/des soignants guinéens et un/des soignants belges rencontraient le malade et sa famille et s' « enseignaient » mutuellement. Dans un second temps, se basant sur l'expérience singulière de cette rencontre, sur ce qui s'y était passé, et surtout sur ce qui s'y était dit en particulier (et qui n'existe pas dans les manuels), une discussion s'ouvrait avec l'ensemble de l'équipe du centre de santé et quelques « généralités » se dégageaient autour de questions telles que : comment aborder le patient ? Comment comprendre ses propos ? Quelles sont les informations qui aident au diagnostic et au suivi du patient ? Comment les soignants médecins et non-médecins doivent-ils collaborer dans les soins au patient ? Quel rôle de la famille dans les soins... Des discussions théoriques incluant toute l'équipe du centre de santé FMG s'organisaient ainsi sur base des cas concrets rencontrés au cours de ces consultations conjointes. Les deux moments donnaient des opportunités de répondre aux sentiments de peur et d'impuissance des soignants face à certaines situations que présentent les malades mentaux.

Le modèle de consultation développé dans ces consultations conjointes était structuré en 4 étapes : (1) Parole à la famille (temps du tiers) : celle-ci présente les plaintes, le plus souvent orientées vers les difficultés comportementales du patient, (2) l'étape d'anamnèse (temps du médecin) où le patient répond aux questions du médecin. Ces réponses du patient doivent

guider le soignant dans un arbre décisionnel dont le parcours devrait aboutir au diagnostic et donc à l'éventuel traitement médicamenteux, (3) la parole du patient (temps du patient). C'est le temps psychopathologique ou de reconnaissance des troubles mentaux où la distinction entre le normal et le pathologique se fait. Le malade peut y aborder sa propre perception de la nature et des causes de sa maladie (par exemple les aspects surnaturels ; ou les conflits familiaux) et leur donner sens, et (4) l'étape de la palabre, celui où ensemble (famille, soignant, patient), réfléchissent, pèsent le pour et le contre et décident d'un éventuel traitement en tenant compte de tous les éléments et se répartissant les tâches. La famille ne doit être présente dans la salle de consultation que dans les étapes 1 et 4 ; d'où la nécessité d'avoir un cadre infrastructurel adapté.

Les connaissances théoriques et pratiques qui émergeaient de ces consultations et discussions avec l'équipe résultaient d'un croisement des savoirs. Selon le psychiatre de la Gerbe qui a conduit l'expérience SaMOA, c'était dans les interactions avec les patients, leurs familles et le personnel des centres de santé polyvalents que des découvertes (ressenti des patients et de leurs familles face à la maladie, modes d'explication de la maladie, itinéraires thérapeutiques, valeurs des symptômes pour le personnel des centres de santé, confrontation des connaissances scientifiques et interprétations socio-culturelles...) allaient être faites par chaque partie. De ces découvertes, allaient naître des connaissances, mais également des changements d'attitudes pour mieux aborder les patients. Elles résultent de la combinaison et de l'interaction des savoirs des soignants des centres de santé polyvalents de première ligne guinéens qui connaissent l'environnement local (le contexte socio-culturel, les conditions de travail en soins primaires et les attitudes des patients et de leurs familles devant la maladie y compris mentale) et des connaissances théoriques et de l'expérience thérapeutique des spécialistes du centre de santé mentale ambulatoire belge.

Cette approche de croisement des savoirs était un choix posé dès le départ par les spécialistes de la Gerbe et elle a permis de construire un modèle de formation basé sur l'échange de savoir, de savoir-faire et de savoir-être entre les deux catégories de soignants.

Ce modèle de formation interactif a favorisé le développement de la réflexivité. Les interactions à partir des consultations conjointes ont contribué aux changements d'attitudes : elles ont permis l'acquisition de nouvelles connaissances mais aussi le développement de la réflexivité, de la remise en question, de l'adaptation des expériences passées à des situations non standardisées.

Les changements d'attitude face à des patients atteints de troubles mentaux ont entraîné une prise de conscience chez le personnel de leurs réflexes défensifs de détachement face à la souffrance, réflexes acquis durant leur formation de base et perpétués par la suite. Les interactions lors des consultations conjointes et des discussions en équipe ont permis de questionner ces réflexes et d'innover en trouvant un meilleur équilibre entre les besoins de respect et d'écoute du patient et les besoins de protection du soignant. Ces changements d'attitudes ne résultent pas de l'introduction de nouvelles normes à respecter face aux malades mentaux (approche bureaucratique) mais bien d'une remise en question personnelle

de chaque soignant (approche professionnelle), ce qui explique que les soignants aient été interpellés dans leurs attitudes plus générales face aux patients même en dehors des soins de santé mentale.

Le développement d'une pensée réflexive est essentiel pour que la fonction de « modèle de rôle » soit efficace. On définit un modèle de rôle comme « une personne qui démontre une norme d'excellence à imiter... facilitant l'apprentissage par l'observation » (40). Les praticiens réflexifs « pensent à ce qu'ils font en le faisant » et deviennent des participants plus intentionnels et plus actifs (41).

Dans le « modèle de formation SaMOA », les professionnels spécialisés de la Gerbe constituaient des modèles de rôle en particulier lors des consultations médicales et visites à domicile. Le personnel polyvalent observait la façon dont les spécialistes posaient les questions et rebondissaient sur les aspects non médicaux, écoutaient les patients et leurs familles et portaient attention aux faits et gestes. Les spécialistes demandaient ensuite au personnel polyvalent de faire part de leur compréhension durant les séances et comment ils interprétaient les propos et gestes des patients et de leurs familles. Ce modèle était ensuite progressivement intériorisé par le personnel polyvalent qui l'appliquait dans ses futures rencontres avec les patients.

La prise en compte de la singularité du patient, qui est une valeur prioritaire pour le personnel de la Gerbe, était fortement renforcée par des modèles de rôle accentuant l'écoute et le partage dans la relation thérapeutique. Ceci peut aussi expliquer l'évolution plus marquée vers des soins centrés sur le patient pour les soignants formés dans ce modèle SaMOA.

Le modèle de formation SaMOA repose donc sur l'apprentissage « en situation » et l'idée que la santé mentale ne s'apprend véritablement qu'à travers la rencontre avec une personne ayant des problèmes de santé mentale. Les connaissances acquises en classe et dans les livres sont certes indispensables, mais seules ne suffisent pas. Le véritable acte formateur c'est la rencontre avec les patients, c'est la discussion avec eux, c'est ce qu'ils disent, c'est là que se trouverait l'essence de la compréhension des soins en santé mentale. L'apprentissage par la pratique implique aussi des modèles de rôles : les étudiants ou les résidents apprennent en participant à un environnement où l'on démontre les « comportements ». Ils utilisent des schémas pour enregistrer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs expériences des événements et, lorsqu'ils font face à une nouvelle situation, ils s'appuient sur ces schémas pour « comprendre la nouvelle expérience ». La pensée pédagogique porte sur la participation active à un « apprentissage en situation », où l'apprentissage a lieu « dans le contexte de la pratique, y compris les connaissances, les compétences et les normes sociales » (42).

1.2 Modèle de formation post-SaMOA

Après la fin du projet très innovant de SaMOA, FMG souhaitait inscrire les acquis du projet dans ses CS dans la durée et développer plus largement l'offre de soins en santé mentale dans d'autres CS (voir Partie III1/2.3). La formation de nouvelles ressources humaines en santé mentale était cruciale, à la fois pour compenser les personnes formées qui avaient quitté FMG

pour développer leurs propres projets et d'autre part pour assurer la formation de personnel hors FMG qui pourraient intégrer la santé mentale dans des centres de l'intérieur du pays. Cette extension implique aussi des contraintes logistiques telles que des déplacements qui limitent l'intensité et la durée des formations.

Au cours de cette période, les soignants qui avaient été formés lors du projet SaMOA étaient les formateurs principaux. Ils s'inspiraient des approches formatives expérimentées au cours du projet SaMOA mais n'avaient pas, à cette époque, engagé un processus de réflexion permettant de s'approprier les aspects les plus porteurs du processus de formation pour l'évolution des attitudes et l'amélioration de la qualité des interactions.

Divers partenaires ont accompagné l'intégration dans les CS de l'intérieur qui impliquait des coûts en termes de déplacements, disponibilité des médicaments, etc. (voir III.1/3). Plusieurs de ces partenaires (entre autres des ONG italienne et canadienne et un psychiatre guinéen) ont également soutenu les efforts de formation au cours de cette période d'extension de l'intégration. Il s'agissait le plus souvent de projets limités, à court terme, qui proposaient une approche plus classique de formation sur base de séminaires, avec présentation et discussion de vignettes cliniques et apports théoriques. L'accent était aussi mis sur le développement d'indicateurs (proportions de nouveaux cas par rapport au contact de suivi, nombre de personnes réinsérés, type de projets de réinsertion, ...) Ces partenaires ont aussi introduit une série d'outils d'intervention nouveaux qui ont enrichi l'expertise de FMG, tels que les rencontres formatives avec les malades guéris, les projets de réinsertion pour les malades, l'accueil et le travail avec les malades en errance.

Au cours de l'épidémie Ebola, à la demande de l'OMS et du Ministère de la Santé, les formateurs FMG ont collaboré très activement à la formation en santé mentale des soignants de première ligne en utilisant l'outil mhGAP mis à disposition par l'OMS. Cet outil soutient le développement de compétences de base pour identifier les signes de pathologie mentale, poser un diagnostic qui permet alors une prise en charge standardisée. Ces formations étaient de courte durée (maximum une semaine) et n'impliquaient aucune interaction avec les patients et leur famille. L'outil ne permet pas non plus de prendre en compte la singularité du patient. Le modèle de consultation issu de ces formations repose surtout sur les étapes 2 et 4 du modèle proposé par les consultations conjointes (voir IV.2/1.1) et limite la prise en compte des perceptions propres du patient et de sa famille. Cet outil est basé sur un modèle biomédical (37) et est sous-tendu par des hypothèses particulières concernant la nature des problèmes de santé qui ne prennent pas en compte les différences culturelles dans l'explication et les attitudes envers les problèmes de santé mentale (43). Cette trop faible prise en considération des facteurs contextuels et culturels peut avoir des conséquences négatives sur la qualité des diagnostics et traitements par les professionnels ainsi formés (43).

Dans l'expérience de la formation par l'outil mhGAP rapportée par Spignola en Tunisie, quelques soignants ont regretté que la formation soit beaucoup trop orientée vers la théorie, ils pensent que les aspects pratiques étaient plus importants pour eux (37).

L'approche de formation des soignants au cours de cette période « post-SaMOA » est donc caractérisée d'un côté par une continuité avec l'approche développée dans le projet SaMOA, centrée sur la relation entre le soignant, le patient et sa famille et le développement du travail communautaire, mais d'un autre côté elle vise aussi à répondre au besoin de formation rapide d'un plus grand groupe de soignants capables, dans une perspective de délégation de tâches à des non-spécialistes (en santé mentale), d'assurer des soins « standardisés » aux malades mentaux, dans le contexte de besoins psychosociaux importants liés à l'épidémie d'Ebola.

Nos résultats montrent que ce processus de formation qui met davantage l'accent sur l'acquisition de compétences diagnostiques et thérapeutiques et moins sur les attitudes et émotions des soignants a un impact moindre sur la réduction de la stigmatisation et le centrage des soins sur le patient. Dans une étude qualitative analysant les effets perçus par les participants à une formation pilote avec l'outil mhGAP-IG en Tunisie, les participants mentionnent certaines améliorations dans les attitudes envers les malades mentaux, par exemple la reconnaissance de la toxicomanie comme une maladie plutôt que comme une faute morale, mais certains expriment toujours des craintes en particulier face aux patients souffrant de psychose ou de toxicomanie (37). Selon Faregh, la non prise en compte des facteurs culturels dans la formation peut maintenir les facteurs de stigmatisation (43). Dans notre recherche nous n'avons pas évalué dans quelle mesure ce processus de formation « post SaMOA » amènerait des effets différents en termes de compétences diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge de malades mentaux.

Il faut cependant garder à l'esprit que le processus expérimenté dans la phase « SaMOA » est particulièrement coûteux en temps et ressources humaines. Si ce coût est justifié dans une perspective d'innovation, avec des « expérimentations » dans des endroits bien sélectionnés, et dans une perspective temporelle limitée, il est difficile à maintenir dans une phase d'extension ou de mise en œuvre à plus grande échelle sur tout le territoire de la République.

Nous aborderons dans le point 3 une vision pragmatique pour l'avenir qui tente de tirer les leçons en termes de formation de l'ensemble de l'expérience : la phase d'expérimentation et d'innovation du projet SaMOA et les tentatives d'élargir l'intégration à d'autres CS dans la phase post-SaMOA.

2. Un encadrement continu des professionnels de 1ere ligne

Le processus d'encadrement des soignants formés à la prise en charge de la santé mentale a été déterminant pour la « réussite » de l'intégration.

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité d'accompagner les efforts de formation par un accompagnement dans la durée pour que les professionnels de première ligne puissent assurer une offre de qualité (44, 43, 37).

Dans l'expérience analysée, l'encadrement après la formation visait l'amélioration de la pratique, le développement progressif des compétences face à des nouvelles situations, mais surtout le soutien émotionnel des soignants des centres de santé.

Dans le cadre du projet SaMOA, le soutien émotionnel s'est réalisé par un accompagnement in situ (consultations et supervisions) mais aussi à distance par E-mail. Les médecins généralistes des centres de santé FMG après entretien avec les patients, leurs familles et proches, décrivaient les informations recueillies et les envoyaient aux spécialistes de la Gerbe. Ils pouvaient poser des questions et donner leurs avis sur la conduite à tenir également. Les spécialistes (psychiatre ou assistante sociale ou psychologue) à leur tour réagissaient en donnant des orientations pour le suivi du patient. En cas de nécessité, des appels téléphoniques étaient effectués. Ce système de communication a été d'un intérêt capital pour le maintien du dialogue entre les deux équipes (nord-sud), et pour soutenir les soignants des centres de santé guinéens dont la formation initiale ne les préparait pas à la prise en charge de la diversité des cas en santé mentale (pathologies neuropsychiatriques lourdes, problèmes sociaux...). En plus de ce soutien émotionnel à distance, le personnel des centres de santé se retrouvait fréquemment autour des cas cliniques et faisait ensemble (médecins-infirmiers et travailleurs sociaux) des visites à domicile pour se soutenir mutuellement.

L'expérience d'émotions intenses en présence de patients ou de certains types de situations cliniques est fréquente chez les soignants, et le type de réaction affecte la relation clinique. Ceci illustre la 5^e dimension des soins centrés sur le patient, « *le prestataire comme personne* » évoquée par Mead et Bower (45). Les soignants des centres de santé étaient souvent confrontés à des situations complexes qui créent des émotions provenant à la fois des patients et d'eux-mêmes. La présence physique des spécialistes ou les échanges autour des cas complexes, aidaient ces soignants à contrôler leurs émotions et à se sentir plus confiants. Le soutien par les pairs au cours des réunions d'équipe et de discussions autour des cas étaient également des moments importants pour contrôler les émotions. Le centre de santé de Hafia Minière où on retrouve les témoins privilégiés de l'intégration de la santé mentale dans le modèle SaMOA a bénéficié de plus de soutien émotionnel et tend à présenter plus de pérennité dans sa démarche. Ce type de support correspond au principe des communautés de pratiques qui ont démontré leur intérêt dans le support post formation (43).

Après SaMOA, l'encadrement et le soutien émotionnel n'étaient possible qu'au cours de missions de supervisions formatives, souvent brèves, menées par les formateurs de FMG avec leurs partenaires italiens et canadiens et par des échanges téléphoniques entre les soignants des centres de santé de l'intérieur du pays et les soignants FMG formés dans la première vague. Pour les professionnels formés dans la deuxième vague, les discussions d'équipe autour des cas cliniques étaient plus difficiles voire impossibles à organiser parce que les centres de santé n'étaient pas dans les mêmes zones géographiques, les équipes étaient plus petites et/ou tous les membres de l'équipe n'étaient pas impliqués dans les soins aux malades mentaux.

Dans les deux cas, des opportunités de supervision à distance soit par les spécialistes ou par le personnel de la première vague et à la demande permettaient aux soignants de trouver un appui à la fois technique et émotionnel.

3. Une culture organisationnelle particulière des centres de santé

Notre hypothèse est que la culture organisationnelle de FMG a constitué un facteur favorisant l'appropriation collective par les équipes des approches utilisées dans le processus d'intégration. Cette culture organisationnelle qui favorise l'autonomie, l'auto-évaluation, la prise d'initiative, le développement professionnel, le sens des responsabilités envers les patients et communautés et peut être catégorisée comme une culture de « bureaucratie professionnelle » selon la catégorisation de Mintzberg (46).

La culture organisationnelle de FMG a constitué un terreau favorable à l'application de l'approche de formation SaMOA. Le cas du Centre médical associatif de Timbi Madina en est une illustration. Malgré le fait que l'approche de formation utilisée soit du « post SaMOA », sa culture organisationnelle plus proche de celle de FMG a permis de réaliser un processus d'intégration semblable à celui des centres de santé de FMG. Le médecin du CMA était plus ouvert aux échanges, sollicitait plus le soutien émotionnel et a développé plusieurs initiatives personnelles: visite à domicile des cas suivis, recherche des perdus de vu, consultation (premier contact) des cas graves dans les villages et dans d'autres lieux d'isolement des patients.

Une telle culture organisationnelle encourage le débat, l'appropriation des connaissances et la créativité et incite le personnel à se servir « intelligemment » de nouvelles connaissances en les transposant vers d'autres domaines. Par exemple la découverte de l'importance de l'écoute, du dialogue et des aspects psycho-sociaux dans les troubles mentaux peut s'appliquer à beaucoup d'autres problèmes de santé. Elle suscite une remise en question (individuelle et collective) des modes de relations avec les patients en général.

La culture organisationnelle des centres FMG est donc caractérisée par une gouvernance associative et peu bureaucratique, une tradition de prise en charge de différentes catégories de patients vulnérables et des valeurs de service aux patients, le développement professionnel continu et l'encouragement des initiatives et le travail en équipe suscitant un modèle de rôle. L'intégration de la santé mentale dans les centres de santé de FMG a impliqué la participation de tout le personnel, que ce soit ceux en contact quotidien avec les patients dans les consultations ou les autres membres de l'équipe, des agents d'accueil aux dispensateurs de médicaments. Chacun a joué un rôle important dans son secteur, que ce soit en soins, pour la dispensation des médicaments ou dans les visites à domicile. Cette implication massive et coordonnée du personnel des centres de santé a joué un rôle dans la qualité de soins offerts. Dans l'étude menée en Tunisie déjà citée, les participants expliquent combien une culture organisationnelle qui favorise les discussions en équipe et la participation de tous les membres de l'équipe est un facteur important pour l'intégration des soins en première ligne. Lorsque seuls les médecins sont formés, le manque de soutien et les éventuelles attitudes stigmatisantes des professionnels non formés font obstacles à la qualité des soins (37).

4. Une disponibilité en médicaments

La non-disponibilité ou l'accessibilité limitée des médicaments pour la première ligne de soins est un obstacle important pour l'intégration des soins en santé mentale (37, 43). Au début de notre expérience, la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), structure étatique habilitée à approvisionner les centres de santé en produits de santé n'apportait aucune réponse à l'accès aux médicaments psychotropes et antiépileptiques. Pour contourner cet obstacle, nous avons fait appel aux collaborateurs en Belgique et à certaines grossistes privées installées à Conakry. A l'époque la principale raison qui faisait que la PCG ne commandait pas lesdits médicaments était le manque de prescripteurs. En effet, dans les années 2000, seul le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire à Conakry offrait des soins aux malades mentaux et prescrivait les médicaments de spécialités. Grâce à notre expérience, l'offre a été étendue aux centres de santé qui utilisent les médicaments essentiels génériques. Malgré le fait que la PCG ne puisse plus justifier la non-commande de médicaments santé mentale par manque de prescripteurs ou de prescriptions et le risque de voir ses médicaments se périmer, ces médicaments ne sont pas toujours disponibles de façon régulière dans ses rayons. Même si l'aide des partenaires étrangers n'est plus nécessaire, seuls les grossistes privés sont en mesure d'approvisionner les centres de santé de façon régulière.

5. Une prise en compte de la médecine traditionnelle

De tout temps et presque partout dans le monde, les guérisseurs traditionnels ont été à l'avant-garde des soins aux personnes ayant des troubles mentaux et de la détresse psychologique. Si au Nord, cette réalité a beaucoup évolué au fil des années, elle reste encore d'actualité dans les pays du Sud où les problèmes de santé mentale sont importants, les ressources humaines et les structures de soins spécialisées sont déficitaires et les considérations socio-culturelles traditionnelles restent vivantes. Dans un tel contexte, les patients et leurs familles ont recours à tous les soins qui leur sont proposés. Les guérisseurs traditionnels sont souvent en première ligne. Le terme guérisseur traditionnel s'applique à plusieurs catégories de personnes ou groupes de personnes qui offrent des services et des soins à des personnes ayant des troubles mentaux ou en situation difficile ou relevant de n'importe quelle situation morbide qui entraîne le stress, l'angoisse, etc.

Dans le contexte de notre travail, des rencontres, visites et échanges entre les soignants des centres de santé et les guérisseurs traditionnels qui traitent les malades mentaux ont eu lieu à diverses des occasions. Nous avons eu l'occasion de réaliser des missions d'identification des guérisseurs traditionnels dans le cadre du développement de collaborations, des visites d'échanges avec eux, une mission d'évaluation du système de santé mentale au compte de l'OMS, des table rondes et l'accueil des guérisseurs lors de journées portes ouvertes des centres de santé qui offrent la santé mentale.

Nous avons constaté l'existence de plusieurs catégories de guérisseurs traditionnels : les uns sont généralistes et d'autres spécialisés en santé mentale. Des collaborations ont été expérimentées au travers de journées de réflexions, et des références de patients entre

guérisseurs et centres de santé : les guérisseurs référant vers les centres de santé des pathologies neuropsychiatriques lourdes (épilepsies et psychoses), tandis que certains cas de névroses et des situations sociales difficiles étaient référées des centres de santé vers les guérisseurs traditionnels. Même si la collaboration reste difficile, elle est possible si toutefois la reconnaissance des valeurs est réciproque. La notion de « collaboration » (dimension fonctionnelle) entre le système de santé moderne et celui traditionnel doit être privilégiée à la notion « d'intégration » de la médecine traditionnelle dans le système moderne. Des expériences antérieures d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système moderne n'ont jamais tenu dans la durée. La présence des guérisseurs traditionnels dans l'enceinte de l'hôpital Fann de Dakar expérimentée par Henri Colomb dans les années 60 en est une illustration (47).

En Guinée les guérisseurs traditionnels sont organisés dans certaines régions. A Kindia (Basse Guinée) et à N'zérékoré (Guinée Forestière), nous avons rencontré dans les contextes cités plus haut, plusieurs associations de guérisseurs traditionnels mais elles ne sont pas spécifiques pour les malades mentaux.

La quasi-totalité des pratiques traditionnelles utilisées dans le traitement des troubles mentaux en Guinée est fondée sur des bases géographiques, ethniques, religieuses ou selon les types de pratiques, les situations morbides à traiter, la nature des recettes utilisées, le lieu et la nature de soins et parfois l'âge du soignant. Les pratiques de soins aux malades mentaux se caractérisent par leurs intrications et leurs métissages. Les deux principales religions (chrétienne et musulmane) côtoient l'animisme dont la richesse dans les soins aux troubles mentaux est en premier plan. Certains guérisseurs « hospitalisent », c'est-à-dire que les malades sont internés dans des cases de fortune, sous les arbres ou dans la forêt. Nous y avons trouvé en Guinée Forestière (N'zérékoré) un nombre important de patients chez un guérisseur traditionnel. La moitié d'entre eux restaient en permanence au village, les autres patients, convalescents, participaient aux travaux champêtres. D'autres guérisseurs traitent en ambulatoire. Ce sont généralement des personnes âgées, en majorité des hommes. Parmi eux certains sont instruits en langue française et d'autres ne peuvent s'exprimer qu'en langues nationales. Ils ont hérité la pratique de leurs parents, ou l'ont obtenue par révélation et d'autres disent apprendre auprès d'un maître. Ils sont féticheurs, herboristes, guérisseurs par la religion (versets du coran, talismans...). La quasi-totalité des guérisseurs rencontrés étaient en milieu rural, parfois dans des endroits très isolés et d'autres dans la forêt loin de tout contact avec les êtres humains. Plusieurs traitent à la fois les maladies mentales et les maladies physiques. D'autres apportent de l'aide pour de multiples situations : possédés, victimes de mauvais sorts lancés par un tiers pour différentes raisons. Les instruments diagnostiques sont les rêves des guérisseurs, le miroir, le sable, les cauris, la lecture du coran, la méditation, la sollicitation des forces occultes. Comme moyens thérapeutiques, ils utilisent des herbes, racines, écorces et feuilles d'arbres, des rituels, des talismans, des incantations religieuses ou encore des contraintes physiques. D'autres introduisent de façon insidieuse dans leur arsenal thérapeutique des médicaments « modernes ». Le dispositif de soins utilisé

par les guérisseurs traditionnels n'est pas en effet un système clos. Il « intègre » des éléments du monde extérieur et donc aussi de la médecine moderne, sans pour autant les utiliser dans les mêmes conditions. Ils peuvent les mélanger avec d'autres produits (aliments, infusions...) et donner des posologies différentes. La médecine traditionnelle, de façon intrinsèque, est centrée sur le patient. Elle intègre des éléments psycho-socio-culturels se rapportant à la culture locale dans la thérapie. Ce centrage sur la culture expliquerait en partie le succès de cette médecine car elle donne un « sens » à la souffrance et à la maladie à partir d'un cadre de référence spécifique.

Le mode de rémunération des guérisseurs est multiple allant de l'argent aux biens ou avantages en nature (céréales, animaux, habits, travail en contrepartie, une épouse, ...)

IV.3 Pistes de réflexions pour l'élargissement et la poursuite de l'intégration de la santé mentale en Guinée et dans d'autres pays à faibles revenus

Notre étude montre que l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé est une stratégie efficace pour améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité dans des contextes où les spécialistes sont peu nombreux. Elle suggère également que certaines conditions sont plus favorables que d'autres : (1) un processus de formation intégrant le transfert de connaissances et l'acquisition d'attitudes centrées sur le patient ; (2) un encadrement continu des soignants ; (3) une culture organisationnelle peu bureaucratique encourageant l'initiative et la réflexivité ; (4) la disponibilité en médicaments ; (5) l'établissement de ponts avec la médecine traditionnelle.

L'enjeu actuel pour la Guinée, après une phase d'expérimentation qui s'est étalée sur près de vingt ans, est le passage à échelle de manière à étendre significativement la couverture en soins de santé mentale tout en favorisant leur qualité. Comment s'y prendre et à quoi faut-il veiller ? Les conditions « optimales » réunies au début de l'expérience ne sont pas reproductibles à grande échelle. Par contre, le contexte est sans doute plus favorable qu'en début d'expérimentation, alors que ni les soignants ni les patients n'imaginaient qu'il était possible de traiter des malades mentaux dans des centres de santé (cf. étude 3). Mais les obstacles demeurent nombreux, les soignants formés sont encore très peu nombreux et la stigmatisation de la maladie mentale persiste.

Nous nous centrons dans cette partie sur la situation guinéenne, mais d'autres pays à faibles revenus peuvent s'inspirer des orientations proposées en les adaptant à leurs contextes particuliers, et notamment aux initiatives existantes d'intégration de la santé mentale.

1. Maintenir et renforcer les acquis de FMG

1.1 Poursuivre l'accompagnement et l'encadrement des 5 centres ayant intégré la santé mentale

Les trois centres FMG ainsi que deux centres non FMG (l'un associatif, l'autre public) ayant intégré la santé mentale continuent à avoir besoin d'appui pour maintenir la qualité de leurs

prestations, tant pour leurs propres patients que pour pouvoir assurer le rôle de lieux de stage et de démonstration. L'encadrement continu des soignants reste nécessaire, y compris pour les centres pionniers, afin de renforcer le développement des compétences et des pratiques et maintenir un soutien émotionnel. Une formation de nouveaux soignants « en situation » reste également nécessaire en raison des rotations du personnel, plus marquées en milieu rural. Les soignants chevronnés peuvent y contribuer dans leurs propres centres, mais ont eux aussi besoin d'appui. Les modalités de soutien à ces centres n'excluent pas des supervisions, mais reposent avant tout sur des réseaux de discussion, visites entre pairs, intervisions en équipe, ou encore conversations téléphoniques. Si ce soutien mutuel se réalise spontanément dans de plus grandes équipes, c'est moins le cas dans les petits centres isolés.

Les centres FMG ont développé une collaboration avec les tradipraticiens en santé mentale, qui doit être maintenue, et qui mérite d'être davantage explicitée : sous quelles formes et à quelles conditions cette collaboration est-elle bénéfique aux patients ?

Une autre expérience amorcée dans les centres FMG, et qui mériterait d'être approfondie, est celle de « patients experts » qui peuvent apporter, par leur expérience, un soutien à d'autres patients, et appuyer efficacement l'équipe soignante dans la prise en charge communautaire et la réinsertion des patients. Il s'agit de personnes qui ont vécu l'expérience de la maladie mentale personnellement ou indirectement au travers de l'un de leurs proches, et peuvent jouer un rôle de conseillers ou d'éducateurs (8, 36, 48, 49).

L'étude 4 a de plus mis en évidence le besoin de renforcement et d'amélioration du système d'information de routine. Cela permettrait aux équipes de mieux connaître l'évolution de l'utilisation de leur offre en santé mentale et le devenir de leurs patients. Cela permettrait aussi de faire des propositions pour l'intégration de la santé mentale communautaire dans le système d'information national.

1.2 Contribuer à petite échelle à l'extension de l'intégration

Dans le cadre d'un projet en cours depuis 2017 avec l'ONG belge « Memisa » et avec l'accompagnement du psychiatre belge partenaire de FMG à l'origine du projet SaMOA, l'intégration de la santé mentale a été étendue à quatre centres de santé publics et un centre de santé associatif, ce qui porte à 10 le nombre de CS ayant intégré la santé mentale. Il est prévu de le poursuivre jusqu'en 2026 ce qui permettrait d'augmenter encore de 15 CS intégrés (5 associatifs et 10 publics).

Le rôle de FMG dans ce projet consiste essentiellement à appuyer la formation et l'encadrement du personnel, en particulier par les soignants ayant été formés lors du projet SaMOA qui pilotent notamment des intervisions. Ce processus d'extension constitue également une opportunité pour renforcer les synergies et collaborations entre le département (service et chaire) de psychiatrie et les centres intégrant la santé mentale communautaire, en impliquant les psychiatres guinéens dans le dispositif de formation et d'encadrement.

Ce processus d'extension doit faire l'objet d'une évaluation systématique. Il se déroule dans des conditions moins « optimales » que l'expérience pionnière menée dans des centres FMG. Par contre, ces centres publics sont beaucoup plus représentatifs des structures de première ligne en Guinée que ne le sont les centres pionniers, tant sur le plan du profil des soignants (essentiellement des infirmiers alors que les médecins étaient plus nombreux dans l'expérience initiale) que sur celui de la culture organisationnelle (davantage bureaucratique). Les leçons tirées de ces expériences d'extension devraient donner des indications précieuses pour un passage à échelle plus important.

1.3 Maintenir le réseau qui a permis de développer l'expérience et l'étendre à d'autres acteurs

Durant toute l'expérimentation de l'intégration, FMG a créé, maintenu et développé son réseau d'acteurs en santé mentale (figure 1). Par exemple en Guinée, le personnel en charge des malades mentaux des 5 centres de santé intégrés maintiennent des contacts fréquents entre eux. Ils les ont étendus aux 5 nouveaux centres de santé du programme Memisa. FMG est membre fondateur de la Ligue guinéenne de lutte contre l'épilepsie qui organise des actions ponctuelles sur le terrain (Campagnes itinérantes de dépistage et soins aux épileptiques « *Caravanes pour sortir les épileptiques de l'ombre* », formation des agents de santé, communication dans les médias locaux, organisation de conférences et des émissions interactives avec les populations...). Une ouverture est faite auprès des guérisseurs traditionnels avec des visites réciproques, des rencontres périodiques et les collaborations sont possibles pour les références des cas. FMG, le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital national et la coordinatrice du programme national de santé mentale font ensemble des plaidoyers pour non seulement développer des interventions mais aussi pour la reconnaissance de la politique nationale de santé mentale par le ministère de la santé.

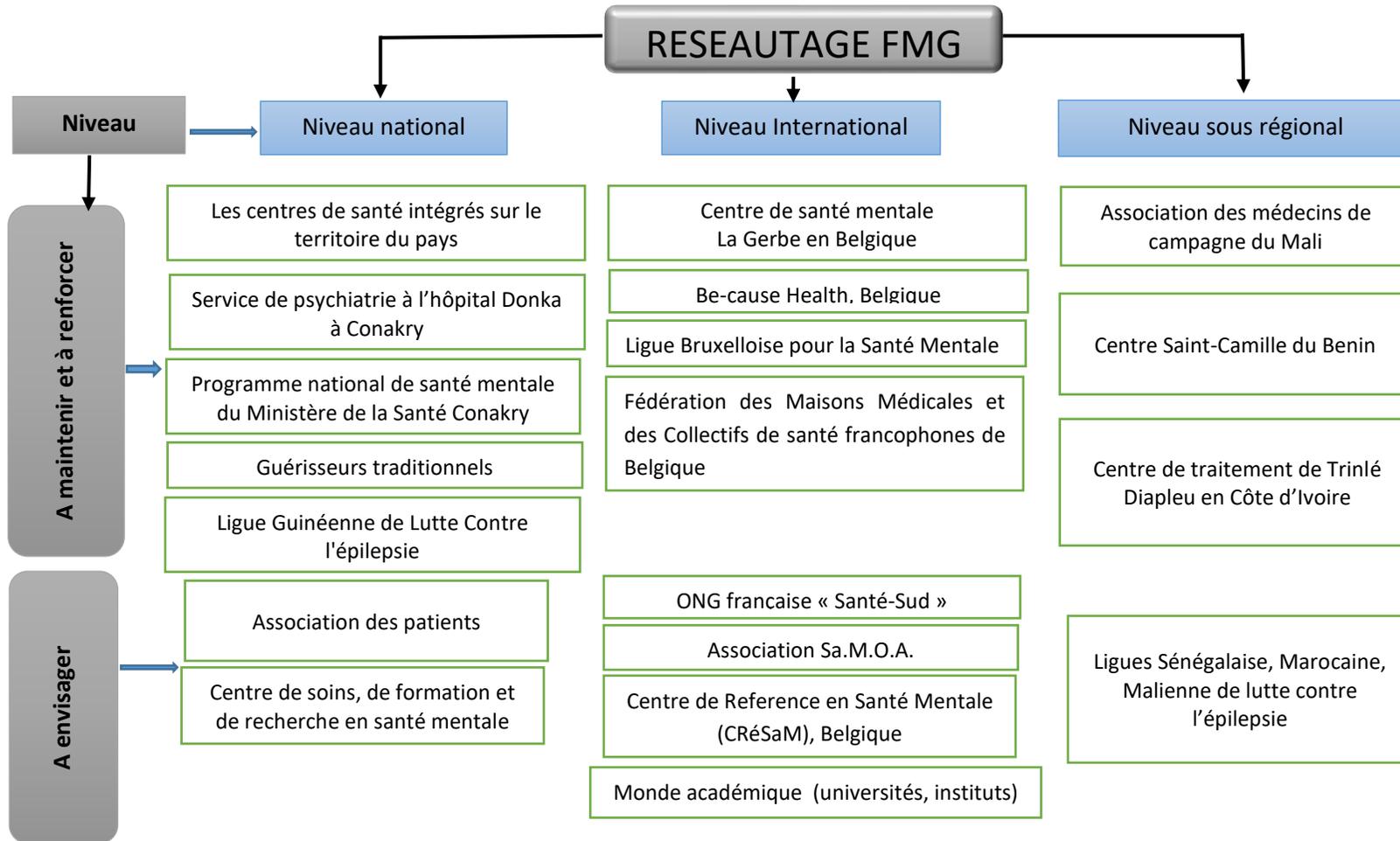
Ce réseau a été progressivement étendu à certaines expériences et acteurs dans la sous-région, en particulier le village psychiatrique communautaire de Trinlé Diapleu en Côte d'Ivoire, le centre de prise en charge des malades mentaux de Saint Camille au Bénin ou encore l'association des médecins de campagne du Mali qui a intégré l'offre des soins en santé mentale dans les cabinets médicaux communautaires privés en zone rurale. Des contacts avec le psychiatre belge qui a conduit le projet SaMOA et certains professionnels de la Gerbe ont été maintenus au travers des échanges fréquents autour des cas cliniques et des projets de publication, des visites périodiques et de mise en relation avec d'autres intervenants en santé mentale. De même des collaborations scientifiques se poursuivent avec les partenaires canadiens et italiens lors de congrès, colloques, workshop et des publications scientifiques. Le développement du réseau de FMG passe également par la participation aux activités de plateformes et institutions qui font la promotion de la santé mentale par des séminaires, rencontres annuelles, conférences ou congrès, telles que Be-cause Health en Belgique ou la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale ou la Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de santé francophones de Belgique ou le Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM) en Wallonie, Belgique. FMG contribue également à la création de nouvelles

initiatives, l'Association française Sa.M.O.A créée en 2019 qui compte s'investir en Guinée en est une illustration.

La mise en réseau constitue un moteur important dans la réussite de l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins. Il est nécessaire en effet d'utiliser toutes les portes d'entrée pour construire un tel réseau.

La mise en réseau au-delà des institutions est à encourager. L'interaction entre soignants des centres de santé, agents de santé communautaire, spécialistes (psychiatre et psychologue) est une stratégie porteuse dans le processus d'intégration de la santé mentale (37).

Figure 1 : Schéma du réseau créé, maintenu et promu par FMG pour l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée.



12-IV figure1: Schéma réseau FMG

2. Formation des soignants

Notre étude a mis en évidence l'importance primordiale des ressources humaines pour l'accès à des soins de santé mentale de qualité à travers l'intégration de la santé mentale en première ligne de soins. Un défi essentiel est de former un nombre suffisant de soignants aux compétences diagnostiques et thérapeutiques en santé mentale pour étendre la couverture. Le passage à échelle de l'intégration de la santé mentale ne peut, à terme, se baser uniquement sur des formations « en situation » et nécessite des aménagements de la formation de base en Faculté de Médecine et dans les Écoles de Santé. Mais nous avons vu aussi à quel point les attitudes des soignants sont déterminantes, d'une part pour recruter des soignants, d'autre part pour garantir des soins de qualité : absence de stigmatisation, approche centrée sur le patient, écoute de la parole des malades mentaux et de leurs familles, respect des pratiques et interprétations traditionnelles liées à la maladie mentale. Il est donc primordial d'associer au transfert de compétences une incitation au travail personnel de chaque soignant sur ses propres attitudes, et ce de manière continue. En particulier, il peut être utile d'offrir aux agents de soins de santé primaire une formation contre la stigmatisation. Des recherches qualitatives ont montré qu'une formation spécifique des soignants contre la stigmatisation de la maladie mentale est utile pour les aider à prendre conscience des façons subtiles et involontaires par lesquelles ils stigmatisent eux-mêmes leurs patients (50-52). Une telle formation ne peut cependant se contenter d'être ponctuelle et doit être intégrée de manière continue dans le reste du cursus.

Notre expérience peut jouer un rôle dans la formation des soignants en nourrissant le contenu et la méthodologie de la formation de base en santé mentale, et en proposant des lieux de stage et un encadrement in situ des étudiants.

2.1 Sensibilisation et formation des futurs professionnels de santé.

La santé mentale devrait faire partie de la formation de base de tous les futurs soignants, au moins sous forme de sensibilisation. Or aucune formation structurée en santé mentale n'est proposée dans les écoles nationales de santé, dédiées à la formation des infirmiers qui sont les plus nombreux à consulter dans les centres de santé. Les futurs médecins également sont très peu et très tardivement exposés à la santé mentale, comme l'a montré l'étude 2 réalisée dans le cadre de la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS), nouvelle appellation de la Faculté de médecine de Conakry : les cours de psychiatrie (sémiologie et thérapeutique) sont condensés en fin de cycle; les lieux de stage sont limités au seul service de psychiatrie de l'hôpital national, qui ne concentre habituellement que des cas graves dont les tableaux cliniques effrayent les étudiants et où la prise en charge est essentiellement médicamenteuse. Les étudiants en médecine eux-mêmes suggèrent une exposition plus précoce à la psychiatrie, avec les cours de sémiologie au cours des 3 premières années et ceux de pathologies et thérapeutiques en fin de cycle, appuyés par des stages pratiques.

Ces stages pratiques devraient se dérouler dans des structures communautaires afin de montrer aux étudiants une facette de la psychiatrie qui prend en compte les aspects

psychosociaux des problèmes de santé mentale et qui intègre l'apport des familles et de la société dans les soins ; les étudiants pourraient ainsi appréhender dans leur contexte des formes diversifiées de souffrance psychique, et surtout observer des expériences positives de succès thérapeutiques avec l'implication des familles et d'autres parties prenantes aux soins.

Une attention particulière doit être accordée au développement chez les étudiants, tant infirmiers que médecins, d'attitudes empathiques et non stigmatisantes à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Les méthodes de formation qui utilisent comme support le groupe de pairs autour des thématiques de la santé mentale favorisent la déstigmatisation de la maladie mentale et augmentent l'intérêt des apprenants à sa prise en charge. Dans l'étude 2, il a été constaté lors de la restitution des résultats des focus group, que plusieurs étudiants avaient changé leur regard sur les malades mentaux et avaient amélioré leur intérêt pour la psychiatrie.

Enfin, la formation ne peut faire abstraction des interprétations culturelles de la maladie mentale, et encore moins disqualifier les croyances et pratiques populaires qui l'entourent. Tant l'étude 2 que l'étude 3 ont mis en évidence que ces croyances sont assez largement partagées par les étudiants en médecine et par les soignants, en dépit de l'opposition entre ces croyances et le modèle biomédical qui régit leur formation. Il en résulte une tension entre leur loyauté envers la rationalité scientifique de la médecine d'une part, leur appartenance culturelle d'autre part, qu'ils sont seuls à gérer sans appui autre que les conversations informelles avec leurs pairs. Un apport de sciences sociales ou anthropologiques dans le déroulé de la formation pourrait éviter le déni de cette tension.

2.2 La formation en médecine de famille

Une formation en médecine de famille a été récemment instaurée en Guinée. Elle s'adresse à des jeunes médecins diplômés de la faculté de médecine et a pour objectif de former un médecin capable d'offrir, principalement dans le domaine des soins de première ligne, des services de santé globaux, continus, intégrés et de haute qualité. Le programme a une durée de 4 ans et alterne théorie et pratique dans un champ très large de connaissances: le patient dans son milieu de vie ; la pratique ambulatoire de proximité, le maintien à domicile, la prescription non médicamenteuse (soins infirmiers, kinésithérapie, autres auxiliaires médicaux, établissement de soins), l'approche biopsychosociale privilégiant la relation médecin-patient ; la prévention individuelle primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, l'éducation du patient, vaccinations, dépistages ; la santé communautaire et la santé publique notamment l'éducation pour la santé, l'évaluation, la recherche et l'économie de santé.

La formation vise notamment à renforcer une approche centrée sur le patient et constitue un tremplin privilégié pour l'approche qualitative de la santé mentale qui a été développée dans le cadre de FMG jusqu'à présent. La formation en santé mentale est donc particulièrement pertinente pour ce groupe de professionnels, qui seront amenés à travailler au niveau communautaire et à recevoir des plaintes en santé mentale. On peut faire l'hypothèse que ce

groupe de médecins sera particulièrement réceptif à la santé mentale et pourra jouer un rôle non négligeable dans l'augmentation de la couverture.

En Tunisie, le curriculum de formation post graduat des futurs médecins de famille comprend des cours sur la santé mentale et un stage obligatoire de 2 mois. Grâce à cette réforme de la formation médicale, les médecins de famille seront plus compétents au niveau de la santé mentale (37) .

2.3 La psychiatrie comme spécialité

Le nombre de psychiatres guinéens est extrêmement réduit. Dans la mesure où la politique nationale de santé mentale, qui n'est pas encore adoptée, s'oriente plutôt vers la santé mentale communautaire, il semble moins prioritaire de planifier systématiquement des spécialistes en psychiatrie dans tous les hôpitaux, même si des unités de psychiatrie sont bien justifiées, par exemple dans les hôpitaux régionaux et dans les hôpitaux de districts quand les ressources humaines sont disponibles.

Néanmoins des psychiatres sont nécessaires, à la fois comme référents, encadreurs et formateurs et indispensables pour des prises en charges psychiatriques complexes. Il est en outre important que ces psychiatres aient une approche de santé mentale communautaire et ne soient pas enfermés dans une vision biomédicale qui serait inadaptée à la santé mentale communautaire.

Le support et la collaboration avec les psychiatres sont essentiels pour renforcer les compétences développées pendant les formations des soignants de première ligne. Leur aide pour les cas complexes est estimée vitale (surtout pour les effets secondaires des médications). Les feedbacks des spécialistes lors des références sont également des supports d'amélioration des compétences (37). Or l'étude 2 montre que la psychiatrie comme spécialité est très peu prisée voire rejetée par les étudiants en médecine. Ce rejet reflète la stigmatisation de la maladie mentale qui s'étend à ceux qui la soignent. L'étude 2 montrait néanmoins que ces attitudes de rejet ne sont pas figées. Une sensibilisation à la maladie mentale lors de la formation de base jointe à des opportunités de spécialisation à l'étranger pour des raisons évidentes (inexistence de formation diplômante dans le pays) pourrait rendre la psychiatrie comme spécialité plus attractive.

2.3 Les stages pratiques

Des stages pratiques en milieu communautaire sont nécessaires pour plusieurs catégories d'apprenants. Ils sont tout d'abord nécessaires dans le cadre de la formation initiale des étudiants en médecine et/ou des écoles de santé qui forment des infirmiers et des sages-femmes, ainsi que des étudiants en spécialité de médecine de famille et de psychiatrie ; ils devraient être organisés en collaboration avec la Faculté de Médecine et les écoles de santé. Mais ils sont aussi nécessaires pour la formation de soignants des centres de santé qui souhaitent intégrer ce paquet de soins dans leurs pratiques : la formation in situ n'est pas

toujours réalisable car elle suppose un nombre suffisant de patients avec des problèmes de santé mentale au moment où le formateur est présent.

Le passage à échelle suppose donc de disposer d'un nombre important de lieux de stage et de démonstration de qualité. Les premiers centres ayant intégré la santé mentale sont des lieux de stage de prédilection, en particulier ceux qui ont une utilisation élevée en santé mentale et/ou qui ont développé des initiatives communautaires importantes. Il faudra néanmoins progressivement étendre le nombre de lieux de stage. La création d'un centre de santé mentale communautaire spécialisé (voir plus loin) pourrait contribuer à renforcer les capacités d'accueil de stagiaires.

3. L'organisation du système de soins

La politique de santé mentale et l'organisation du système de soins relèvent du Ministère de la Santé. Dans le secteur public, la rotation du personnel dans les zones périphériques affecte la continuité des soins, nuit à l'établissement de relations de confiance avec des professionnels si ceux-ci sont chaque fois différents pour les patients (37). Les acteurs non étatiques peuvent avoir un rôle de conseil, de stimulation et de plaidoyer, en diffusant les leçons de leurs expériences. La présente expérience peut avoir sa place.

3.1 La politique nationale de santé mentale

Il est important, pour le passage à échelle de l'intégration de la santé mentale communautaire, que la Politique Nationale de Santé Mentale, qui se base sur une approche communautaire, soit adoptée et mise en œuvre dans la pratique. La Politique Nationale de Santé Mentale (PNSM) de la République de Guinée promeut (i) des soins centrés sur la personne dans le cadre de services intégrés, (ii) le renforcement et la participation active des communautés, (iii) des partenariats multi-secteurs appelant une approche globale et coordonnée de la santé mentale, (iv) l'accessibilité et équité qui garantissent à tous les usagers un accès à toutes les interventions en santé mentale existantes dans le pays, sans aucune distinction (v) la dignité et respect des droits humains et les soins de qualité basés sur les preuves et redevabilité. Les objectifs de la politique sont de (a) renforcer la gouvernance et le leadership, (b) offrir des services de santé mentale décentralisés pour augmenter la couverture et l'accessibilité, créer un système de santé à base communautaire et rendre disponible les médicaments psychotropes essentiels au différents niveau de soins où la santé mentale est intégrée (c) développer des ressources humaines avec un plan de formation initiale et continue pour les ressources humaines spécialisées et non spécialisées (d) mettre en place un système d'information et de recherche, (e) favoriser la promotion et la prévention et (f) construire un lien fort avec la médecine traditionnelle (53). La prise en compte de la stigmatisation de la toxicomanie, ou d'autres pathologies mentales, l'augmentation de la conscience de la communauté concernant la maladie mentale, la présence de la santé mentale dans les grands médias, l'encouragement du ministère à enregistrer les statistiques de santé mentale dans les soins primaires (37) sont des stratégies à prioriser dans le contexte guinéen.

3.2 La supervision par les districts

Dans le « modèle de formation SaMOA », les professionnels spécialisés de la Gerbe constituaient des modèles de rôle en particulier lors des consultations médicales et visites à domicile. Ce modèle de formation-supervision centré sur l'apprenant constitue un outil puissant, mais est difficilement reproductible à grande échelle.

Dans le contexte guinéen, la supervision relève des instances du district. Une première difficulté réside dans le fait que la supervision du paquet santé mentale par les équipes cadre de district nécessite un gradient de compétence entre le superviseur et les supervisés. Or ces équipes ne disposent pas de personnel formé en santé mentale. Dans le cadre du programme d'extension en cours dans des nouveaux centres de santé, un médecin de chaque équipe cadre de district participe donc aux formations en santé mentale que FMG organise, et devient une sorte de « point focal ». Des auteurs rapportent l'importance d'avoir une personne dédiée, responsable de la santé mentale dans chaque entité, comme par exemple le district sanitaire (37). L'objectif est d'introduire la supervision de la santé mentale dans la supervision semestrielle de l'équipe cadre de district. Ces points focaux n'ont cependant pas de pratique en santé mentale, et pour le moment, le gradient de compétence des médecins de district même formés reste inférieur à celui des supervisés. Il convient donc de développer des stratégies pour associer les hôpitaux de district aux réseaux et plateformes d'échange, surtout en zones rurales où l'offre est inexistante.

Une autre difficulté est la méthode habituelle de supervision par les districts, qui se limite souvent à des visites de vérification des outputs des différents programmes. L'expérience de consultations conjointes menée dans le cadre du modèle SaMOA pourrait éventuellement inspirer les efforts qui sont faits dans bon nombre de pays du Sud pour améliorer la méthodologie de supervision. Une telle approche pourrait contribuer à rapprocher les systèmes de santé de la situation « optimale » décrite pour l'intégration, en leur donnant une orientation moins bureaucratique et plus centrée sur patient (54).

3.3 L'approvisionnement en médicaments

Un point essentiel pour l'acceptabilité des soins de santé mentale par la population est la disponibilité en médicaments essentiels génériques : neuroleptiques, antidépresseurs et antiépileptiques. Vu l'augmentation de l'utilisation de ces médicaments dans des centres communautaires, l'approvisionnement est devenu plus régulier et les ruptures de stock sont devenues exceptionnelles. Cela reste néanmoins un point d'attention, d'autant que la Pharmacie Centrale de Guinée (structure publique habilitée) n'est toujours pas en mesure de rendre disponible ces médicaments toute l'année.

4. Création d'un centre de formation et de recherche spécialisé

L'idée de créer en Guinée un centre de soins, de formation et de recherche en santé mentale fait progressivement son chemin. L'initiative vient des acteurs guinéens et de l'étranger

impliqués en santé mentale, dont fait partie le psychiatre belge, partenaire de FMG dans le projet SaMOA ainsi que dans le projet d'extension en cours.

Il s'agirait d'un centre de santé mentale communautaire qui recevrait des patients, avec une visée clairement orientée vers la formation et la recherche, et où des spécialistes guinéens et de l'étranger pourraient interagir avec des étudiants et soignants.

Ce centre serait un lieu de formation pour les soignants souhaitant intégrer la santé mentale, un lieu de formation continue pour le personnel ayant déjà intégré la santé mentale, et un lieu de stage en santé mentale communautaire pour les différentes catégories d'étudiants. Il contribuerait à renforcer les capacités d'accueil de stagiaires en santé mentale. L'idée est de développer une formation, qui mette autant l'accent sur les attitudes que sur le transfert de connaissances, qui soit centrée sur les apprenants, et se rapproche ainsi de conditions « optimales » de formation. La formation dans le cadre de ce centre se distinguerait ainsi de programmes de formation à court terme (ex. de mhGAP), venant des projets et souvent dirigés de l'extérieur, et mettant l'accent sur le transfert de connaissances et la délégation de tâches. D'autres suggestions qui mettent l'accent sur des formations internes qui prennent en compte les réalités locales vont dans le même sens (4).

Ce centre serait également un lieu de recherche sur la santé mentale en Guinée. Il pourrait appuyer la recherche sur l'amélioration des systèmes d'information et l'évaluation des extensions de l'intégration en cours. Il pourrait aussi se pencher sur les articulations entre les services de santé modernes et la médecine traditionnelle dans le contexte guinéen.

5. Ponts avec la médecine traditionnelle

Notre étude montre que les patients ayant recours aux soins de santé mentale dans des centres de santé utilisent aussi, souvent simultanément, la médecine traditionnelle, profondément ancrée dans la culture et porteuse de sens. Elle montre aussi que l'absence de critiques de la part des soignants vis-à-vis de cette double utilisation contribue à l'acceptabilité du recours aux soins modernes. Enfin, elle montre que les étudiants et les soignants eux-mêmes adhèrent assez largement aux modèles culturels interprétatifs de la santé mentale.

L'extension de la couverture de soins de santé mentale « modernes » ne vise pas à faire concurrence au secteur traditionnel omniprésent : force est de reconnaître son efficacité dans certains problèmes, même s'il reste d'une efficacité limitée pour les pathologies les plus invalidantes (54).

Il ne s'agit pas non plus d'intégrer des parties de la médecine traditionnelle dans la médecine moderne au risque d'établir des rapports de pouvoir tels que la médecine traditionnelle s'en trouverait dénaturée et mise sous tutelle (55).

Des collaborations ont été expérimentées au travers des journées de réflexions, des journées portes ouvertes des centres de santé aux guérisseurs traditionnels et des références de certains problèmes de santé mentale. Même si la collaboration est difficile, elle est possible et souhaitable, mais suppose que chaque partie reconnaisse les valeurs de l'autre pour

améliorer l'accès aux soins des patients. La question de comment collaborer avec les guérisseurs dans leur diversité reste cependant ouverte.

IV.4 Les limites de la recherche

Notre recherche a permis d'analyser à quelles conditions il est possible et opportun d'intégrer la santé mentale dans les services de santé de première ligne. Les leçons que nous en tirons pourront guider les gestionnaires des systèmes de santé et du système éducatif guinéen à développer des soins de santé mentale et d'en tirer les bénéfices en termes de formation, d'accès, d'utilisation et de qualité.

Au terme de nos analyses sur l'expérience, nous identifions quelques limites.

Nous avons tenté dans notre recherche de mettre en évidence les effets de l'intégration des soins en santé mentale dans des centres de santé polyvalents. Il est clair cependant que d'autres facteurs ont pu contribuer à produire ou amplifier ces effets. En particulier d'autres expériences et programmes (VIH/Sida, prise en charge des professionnelles du sexe et des homosexuels, des enfants de rue, l'offre de soins aux malades tuberculeux...) orientés vers les populations vulnérables, qui ont été intégrés au cours de la même période dans ces mêmes centres ont pu influencer les résultats. Les interventions (approches de formation, de coaching de suivi et de travail en réseau) y afférentes développent en effet des attitudes qui ne sont pas fondamentalement différentes de celles en direction des malades mentaux, c'est à dire : écoute, dialogue, empathie. Nous émettons l'hypothèse que des programmes relatifs à des problèmes à forte composante psycho-sociale et/ou s'adressant à des groupes stigmatisés renforcent, sous certaines conditions, les attitudes de dialogue et d'empathie. L'intégration d'autres programmes vers ces publics a donc pu à la fois faciliter l'intégration des soins en santé mentale et à la fois en renforcer les effets. Notre recherche n'a pas exploré cette hypothèse.

Comme seconde limite, nos résultats globaux sont influencés par ceux du centre de santé de Hafia Minière qui rassemble à lui seul le plus de facteurs favorables et est sur-représenté dans les résultats. Il rassemble plus de cas de malades mentaux pris en charge, plus de soignants différents interrogés et donc proportionnellement son poids est plus important dans les résultats alors qu'il n'est pas totalement représentatif des 4 autres centres. De plus ce centre est urbain et « pilote » de l'expérience, il a bénéficié du projet SaMOA, le personnel est plus nombreux, plus ancien (fondateurs de FMG) et stable.

Une troisième limite pourrait être l'application des résultats dans des contextes différents. La particularité des centres de santé en particulier ceux de FMG fait que les résultats observés ne peuvent être dupliqués de manière plus générale à la Guinée ou dans d'autres contextes.

IV.5 Position du doctorant

Le doctorant a été impliqué activement dans le processus d'intégration, à la fois comme thérapeute et comme directeur de FMG. Cette position soulève certes des questions

méthodologiques qui devront être prises en compte, mais a aussi permis au doctorant d'utiliser ses observations en tant que participant à l'expérience comme l'une des sources de données.

Le doctorant est cofondateur de FMG et disposait de ce fait d'informations préalables sur le thème développé. Cette position d'observation participante a présenté des avantages indéniables pour la compréhension en profondeur de l'expérience dans sa complexité : il avait, de façon personnelle, accumulé des connaissances, des impressions, des observations qui ont pu utilement guider les hypothèses et questions de recherche. Cette position a exigé de sa part un effort accru de neutralité et de vigilance à l'égard de ses propres opinions et a priori sur l'intérêt d'une telle intégration. Pour garantir un certain recul, il a fait appel aux points de vue des spécialistes, des partenaires et des mentors qui l'ont accompagné tout au long de l'expérience et du travail de thèse. Sa position d'autorité, en tant que directeur de FMG et d'enseignant en médecine de famille et en santé publique à l'Université de Conakry a pu influencer les professionnels interrogés dans les centres de santé de l'ONG, même si un maximum de précautions ont été prises pour limiter ce biais, par exemple l'utilisation d'interviewers extérieurs.

Références

1. Dowrick C, Kassai R, L K Lam C, W Lam R, Manning G, Chee H Ng M, and Thuraisingham C. (2020). The APEC Digital Hub-WONCA Collaborative Framework on Integration of Mental Health into Primary Care in the Asia Pacific. *J Multidiscip Healthcare*. 2020; 13: 1693–1704. doi: 10.2147/JMDH.S271070
2. Sarkar NDP. (2020) The challenge of equitable quality mental, neurological, substance-use care & coverage: A local health systems analysis in eastern Uganda. Doctoral Thesis, Vrije Universiteit Amsterdam, The Netherlands.
3. Sow A, Van Dormael M, Criel B, De Spiegelaere M. (2019). Intégration de la santé mentale dans les CS communautaire en Guinée Conakry. *Santé Publique* 2019/2 ; Vol. 31:305-313
4. Maconick L, Jenkins LS, Fisher H, et al. (2018). Mental health in primary care: Integration through in-service training in a South African rural clinic. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2018;10 (1), a1660. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1660>
5. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Systematic Reviews*, 2018. 7(1):211. doi: 10.1186/s13643-018-0882-7.
6. Kroenke K, Unutzer J. (2017). Closing the false divide: sustainable approaches to integrating mental health services into primary care. *Journal of General Internal Medicine*; 32(4):404-410.
7. Alfredsson M, San Sebastian M, Jeghannathan B. (2017). Attitudes towards mental health and the integration of mental health services into primary health care: a cross-sectional survey among health-care workers in Lvea Em District, Cambodia. *Global Health Action*;10(1): 1331579. doi:10.1080/16549716.2017.1331579
8. Agrawal S, Capponi P, Lopez J, et al. (2016). From surviving to advising: a novel course pairing mental health and addictions service users Knaak, Mantler and Szeto 115as advisors to senior psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2016; 40(3):475-480. doi:10.1007/s40596-016-0533-z.
9. Sow A.(2015). Santé mentale et soutien psychosocial dans les services de santé de première ligne, en Guinée. Colloque ECTMIH Bâle, 6-10 septembre 2015
10. Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Yasamy MT, Adebayo K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services Research* ;15 :242. doi: [10.1186/s12913-015-0911-3](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3)
11. Funk M, Berradia I, Roelandt JL. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique* 2014/5 ;90 :331-339
12. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, et al. (2014). Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med*, 2014;118: 33-42. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.057

13. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. (2013). Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. *PLOS Medicine*, 2013. 10(5): p. e1001442.
14. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. (2013). Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLOS Medicine*, 2013. 10(5): p. e1001448.
15. Sadiq S, Abdulrahman S, Bradley M, Jenkins R. (2011). Integrating mental health into primary care in Iraq. *Mental Health in Family Medicine* 2011; 8:39–49
16. Sow A. (2011). Santé mentale, comme porte d'entrée à l'installation d'un service de santé de première ligne: une initiative développée en Guinée par Fraternité Médicale Guinée. *Santé Conjuguée*; 56 :56-57
17. Kigozi FN, Ssebunnya J. (2009). Integration of mental health into primary health care in Uganda: opportunities and challenges. *Mental Health in Family Medicine*, 2009; 6(1):37-42.
18. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) (2008). Integrating mental health into primary care A global perspective. 2008
19. Mapanga W, Casteleijn D, Ramiah C, Odendaal W, Metu Z, Robertson L, et al. (2019) Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting: An Evidence Map. *PLoS ONE* 14(9): e0222162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222162>
20. Knaak S, Mantler E, Szeto A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum* 2017;30(2):111-116. doi: 10.1177/0840470416679413
21. Corrigan PW, Mittala D, Reaves C.M, Haynes T.F, Han X, Morris S, and Sullivan G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res.* 2014; 218(0): 35–38. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.028.
22. Clark D, Dusome D, Hughes L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *Int J Ment Health Nurs.* 2007; 16(2):126-131.
23. Saha S, Chant D, McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry.* 2007; 64:1123–1131
24. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées – Version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2018.
25. Organisation Mondiale de la Santé (2008). Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactive. Genève, 2008

26. Link B G, Phelan J C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*;27:363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
27. Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, et al. (2012). Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry*. 2012;56(10):1-9.
28. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. (2014). Mental health-related stigma in healthcare and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-482.
29. Knaak S, Ungar T, Patten S. Mental illness stigma as a quality-of-care problem. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(10):863-864.
30. Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. (2012). *Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned*. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
31. Schulze B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatr*. 2007; 19(2):137-55.
32. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, et al. (2011). Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011;14(4):290-7.
33. Lyons Z, Janca A. (2015). Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015;15:34.
34. Ewhrudjakpor C. (2009). Knowledge, beliefs and attitudes of health care providers towards the mentally ill in Delta State, Nigeria. *Studies on Ethno-Med*. 2009;3(1):19-25.
35. Maranzan KA. (2016). Interprofessional education in mental health: an opportunity to reduce mental illness stigma. *J Interprof Care* ;30(3):370-377. doi:10.3109/13561820.2016.1146878.
36. Pettigrew T, Tropp L. (2009). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*. 2009;90(5):751-783.
37. Spagnolo J, Champagne, Leduc N, Melki W, Piat M, Laporta M, Bram N, Guesmi I, Charfi F. (2018). "We find what we look for, and we look for what we know": factors interacting with a mental health training program to influence its expected outcomes in Tunisia. *BMC Public Health* (2018) 18:1398. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6261-4>
38. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, Nadkarni A, Pedersen GA, Singla DR, Patel V. (2018). The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(6): 1279. doi: 10.3390/ijerph15061279
39. Shields-Zeeman L, Petrea L, Smit F, Walters BH, Dedovic J, Kuzman MR, Nakov V, Nica R, Novotni A, Roth C, Tomcuk A, Wijnen BFM. and Wensin M. (2020). Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E). *Int J Ment Health Syst* 14(1), article30. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00361-y>

40. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. (2013). The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med* 2013;88(1):26-34.
41. Benbassat J. (2014). Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med* 2014;89(4):550-4.
42. Kenny N, Mann KV, MacLeod H. (2003). Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003;78(12):1203-10.
43. Faregh N, Lencucha R, Ventevoige P, Worku Dubale B and Kirmayer L J. (2019). Considering culture, context and community in mhGAP implementation and training: challenges and recommendations from the field. *International Journal of Mental Health Systems* 13:58 <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0312-9>
44. Eaton J, Gureje O, De Silva M, Sheikh TL, Ekpe EE, Abdulaziz M, et al. (2018). A structured approach to integrating mental health services into primary care: development of the Mental Health Scale Up Nigeria intervention (mhSUN). *Int J Ment Health Syst.* 2018;12 (1):11.
45. Mead N & Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-110.
46. Mintzberg H. (1986). *Structure et dynamique des organisations*. Editions d'Organisation: Paris.
47. Boussat S, Boussat M. (2002). À propos d'Henri Collomb (1913-1979) : de la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières. *L'Autre* 2002/3; 3:409-424
48. Knaak S, Karpa J, Robinson R, Bradley L. (2016). "They are us—we are them": transformative learning through nursing education leadership. *Healthc Manage Forum.* 2016;29(3):116-120. doi: 10.1177/0840470416628880.
49. Maranzan KA. (2016). Interprofessional education in mental health: an opportunity to reduce mental illness stigma. *J Interprof Care.* 2016;30(3):370-377. doi:10.3109/13561820.2016.1146878.
50. Knaak S, Patten S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand.* 2016; 134(suppl 446):53-62. doi:10.1111/acps.12612.
51. Sukhera J, Chahine S. (2016). Reducing mental illness stigma through unconscious bias-informed education. *MedEdPublish.* 2016; 5(2):16. doi:10.15694/mep.2016.000044.
52. Horsfall J, Cleary M, Hunt G. (2010). Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(7):450-455.
53. ministère de la Santé de Guinée. (2016). *Politique Nationale de Santé Mentale intégrée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017 – 2024*, juin 2016.

54. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. (2016). Patient-centered care and people-centered health systems in sub-saharan Africa: Why so little of something so badly needed? *Int J Pers Cent Med*. 2016; 6 (3):162-73.

55. Sow A, Dewez M. (2019). La folie et ses médecines en Guinée. *Pratiques, Cahiers de la Médecine Utopique*. N°85.

CONCLUSION

L'intégration de la santé mentale dans les services de première ligne est à l'ordre du jour en raison des énormes besoins non couverts en santé mentale, particulièrement dans les pays en développement. Elle constitue une stratégie dont l'efficacité est largement reconnue pour s'attaquer au lourd fardeau toujours croissant de la maladie mentale.

Nôtre étude montre que les enjeux de l'intégration de la santé mentale dépassent la seule question du nombre de soignants formés, de leurs compétences techniques dans la prise en charge des patients, de la disponibilité des médicaments et la diversité de pathologies neuropsychiatriques lourdes traités, mais concernent plus profondément la place des patients dans les soins et, en particulier, dans les dimensions de soins centrés sur le patient, telles que l'importance accordée à l'expérience subjective du patient, des relations participatives et l'alliance thérapeutique, et la vision portée par la société sur la façon dont la maladie mentale est vécue et ressentie par les soignants dans leurs rencontres avec des malades mentaux. Le constat est que beaucoup de soignants semblent partager les croyances de leurs patients, ou en tous cas les comprennent en profondeur, alors que leur formation tend à sous-estimer, voire nier le caractère culturellement construit des maladies mentales. La constance de leurs références aux savoirs traditionnels renforce l'hypothèse qu'ils incorporent les connaissances biomédicales acquises au cours de leur formation initiale en psychiatrie, sans pour autant éliminer leurs croyances profondément enracinées. Cette double identité peut se remarquer lorsque les croyances profanes (traditionnelles) sont discréditées par un enseignement à orientation purement biomédicale.

Parmi les nombreux défis à relever pour intégrer les soins en santé mentale dans la première ligne de soins, la formation de base et continue des soignants est essentielle. Les améliorations dans la formation en psychiatrie en Guinée devraient établir des ponts entre l'approche biomédicale médicamenteuse classique et les dimensions sociales et culturelles particulières qui sous-tendent la maladie mentale.

ANNEXES

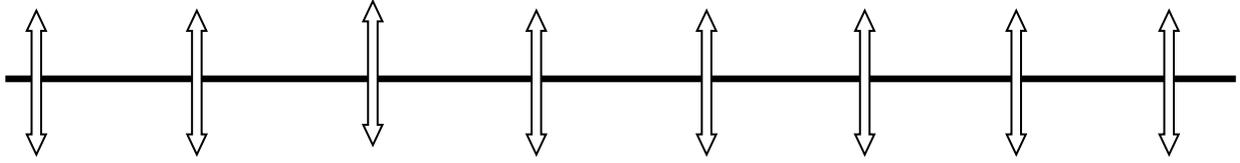
Annexe 1. Guide d'orientation pour la ligne du temps des 5 centres de santé offrant des soins aux malades mentaux (étude 1)

Cher confrère, je suis étudiant de médecine en situation de thèse. J'ai choisi mon thème de mémoire intitulé « Santé mentale et soins de santé primaire : Aspects cliniques, épidémiologiques et de prise en charge globale dans les centres de santé polyvalents en Guinée ». Je dois collecter les informations médicales mais j'ai besoin également de connaître votre centre, son mode de fonctionnement, son histoire et surtout les grands moments qui vous l'ont marqué. J'aimerais également comprendre les moments qui ont marqué l'intégration de la santé mentale comme paquet de soins de votre centre de santé. Je vais vous entretenir autour de certaines questions qui m'intéressent.

1. Depuis quand ce centre de santé existe
2. Quels sont les services de soins offerts par ce centre
3. Quels sont les grands moments que vous connaissez et qui ont marqué l'existence de ce centre en termes de :
 - ressources humaines
 - paquets de soins intégrés
 - stratégies de fonctionnement anciennes ou récentes
 - les grands moments positifs
 - les grands moments négatifs
 - les grands moments mitigés
4. Depuis quand la santé mentale est offerte dans ce centre ? et comment elle fut introduite comme paquets de soins ?
 - Est-ce au travers un projet, lequel ?
 - Est-ce qu'à partir de la volonté du personnel, comment ?
 - Est-ce que c'est le ministère de la santé qui en a décidé ?
5. Quels sont les grands moments que vous retenez dans le domaine de la santé mentale depuis que le paquet est intégré ?
6. Comment ce centre fonctionne : salaires du personnel (d'où viennent-ils ?)

Merci d'avoir répondu à ces questions. Maintenant, je souhaite que vous remplissiez cette figure et d'y mettre des points qui correspondent aux moments que vous considérez importants dans la vie du centre de santé. Merci de le faire pour chaque élément important : ressources humaines (départ et arrivé, formation théorique et stage pratique, voyage de formation et lieu), intégration d'un paquet de soins spécifiques (VIH, santé mentale, tuberculose, santé maternelle et infantile, professionnelles du sexe, mutuelles de santé, santé de la reproduction...), mode de fonctionnement du centre (gratuité de soins, paiement à l'acte, paiement au forfait...)

Sur chaque flèche(haut), il faut mettre dates en année et si possible mois et jour



Sous chaque flèche (bas), il faut répertorier les événements majeurs ou importants ou qui vous ont marqué

M
répertorier.

Annexe 2. Guide des Focus group étudiants (étude 2)

1. Guide de focus group avec les étudiants de 6e année

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette discussion. Comme nous vous l'avons dit, nous menons une étude sur les malades mentaux en Guinée et sur la façon dont ils sont soignés. L'avis d'étudiants en médecine en fin de cycle nous intéresse.

La méthode que nous allons utiliser s'appelle focus group, nous allons nous entretenir avec vous pendant 1h30-2h de temps. Nous souhaitons enregistrer vos voix afin de ne rien perdre de ce que vous allez dire et, pouvoir le transcrire après pour des fins d'analyse. Vous êtes libres de ne pas répondre à une question mais nous souhaitons que vous restiez durant toute la séance avec vos téléphones fermés.

Parlons tout d'abord de la maladie mentale

1. Qu'est-ce que selon vous un malade mental ? A quoi reconnaît-on que quelqu'un a une maladie mentale? (*Relance: est-ce que vous avez rencontré dans votre entourage quelqu'un qui a eu une maladie mentale ?*)
2. Quelles sont les causes de la maladie mentale ?
3. Que ressentez-vous face à un malade mental ? (*Relance: est-ce que les gens en Guinée ont peur des malades mentaux ? Qu'est-ce qui fait peur ?*)
4. Que fait-on en Guinée quand on a un malade mental dans sa famille ? (*Relance: On va chez un guérisseur ? Dans un hôpital ? Autre?*)
5. Est-ce que vous trouvez que la médecine moderne doit s'occuper des malades mentaux ? Que peut-elle apporter ?

Nous allons maintenant parler plus spécifiquement de la psychiatrie.

1. Il y a actuellement peu de psychiatres en Guinée. Est-ce que vous avez des collègues étudiants qui ont envie de devenir psychiatres ? A votre avis, qu'est-ce qui les attire / ne les attire pas ? (*Relance: y en a t'il parmi vous qui ont eu à un moment donné de leurs études envie de devenir psychiatre ?*)
2. Est-ce que la spécialité de psychiatre est valorisée dans la société guinéenne? Pourquoi (pas) ? Quelles sont les spécialités valorisées ?
3. Vous avez eu des cours de psychiatrie durant votre cycle universitaire et vous avez sans doute fait un stage en psychiatrie à l'hôpital Donka. Durant cette formation en psychiatrie, que ressentiez-vous? (*Relance 1: vous sentiez-vous utiles ? Avez-vous l'impression d'apprendre ? Avez-vous parfois eu peur ? Que pensez-vous des spécialistes qui vous encadraient ? Relance 2: quel lien faites-vous entre la psychiatrie et la médecine générale/famille. Y'a-t-il d'autres spécialités qui ont des liens avec la psychiatrie ? Lesquelles ?*)
4. Est-ce que vous avez des suggestions à faire pour améliorer la formation en psychiatrie durant le cycle universitaire ?

5. Est-ce que vous avez des suggestions à faire pour que les malades mentaux en Guinée soient mieux soignés ?

2. Guide de focus group étudiants de première année

Chers étudiants, nous sommes heureux de vous accueillir dans cette salle et vous remercions d'avoir accepté de participer à cette discussion. Comme nous vous l'avons dit, nous menons une étude sur les malades mentaux en Guinée et sur la façon dont ils sont soignés. Votre avis en tant qu'étudiants fraîchement recrutés à la faculté de médecine nous intéresse

La méthode que nous allons utiliser s'appelle focus group, nous allons nous entretenir avec vous pendant 1h30-2h de temps. Nous souhaitons enregistrer vos voix afin de ne rien perdre de ce que vous allez dire et, pouvoir le transcrire après pour des fins d'analyse. Vous êtes libres de ne pas répondre à une question mais nous souhaitons que vous restiez durant toute la séance avec vos téléphones fermés.

Parlons tout d'abord de la maladie mentale

1. Qu'est-ce que selon vous un malade mental ? A quoi reconnaît-on que quelqu'un a une maladie mentale? (Relance: est-ce que vous avez rencontré dans votre entourage quelqu'un qui a eu une maladie mentale ? Comment il est perçu par la société ?)
2. Quelles sont les causes de la maladie mentale ?
3. Que ressentez-vous face à un malade mental ? (Relance: est-ce que les gens en Guinée ont peur des malades mentaux ? Qu'est-ce qui fait peur ?)
4. Que fait-on en Guinée quand on a un malade mental dans sa famille ? (Relance: On va chez un guérisseur ? Dans un hôpital ? Autres ...?)
5. Est-ce que vous trouvez que la spécialité universitaire pour laquelle vous avez opté devrait s'occuper des malades mentaux? Que peut-elle apporter ?
6. Question de choix de spécialité : Vous venez de choisir la médecine comme option à l'université, vous avez peut-être déjà des perspectives à la fin de vos études. Qu'est-ce qui vous a motivé à faire ce choix ? (Relance : Parmi les nombreuses spécialités que propose la profession de médecin, vous avez peut-être des idées derrière la tête. Avez-vous déjà pensé à ce que vous voulez être à la fin de vos études? Pourquoi ce choix ?)

Annexe 3. Guides d'entretiens collectifs et individuels pour l'étude 3

1. Guide d'entretien collectif avec les prestataires et témoins privilégiés de FMG

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté de nous rencontrer de nouveau pour notre travail de recherche. Votre présence pour cette dernière rencontre nous prouve l'intérêt que vous portez aux activités de votre organisation et à la meilleure compréhension de ce que vous faites.

L'objectif de cette dernière rencontre est de confronter vos expériences sur l'intégration de la santé mentale dans les centres de santé de FMG afin de tirer quelques convergences et pourquoi pas divergences sur les questions abordées lors des entretiens individuels.

Cette fois-ci, nous aurons à aborder seulement 4 questions.

1. Avant de commencer à s'occuper des personnes ayant des troubles mentaux, quelle était la situation de la santé mentale dans les centres de santé de FMG ?
2. Quand vous avez appris que vos centres de santé allaient s'occuper des questions de santé mentale dans l'offre de soins, quelle a été votre réaction ?
3. Quel est votre avis sur le contenu et les modalités de formation mis en place dans le cadre de l'intégration de la santé mentale dans les centres de FMG
4. Quels changements/effets avez-vous constaté après l'intégration de la santé mentale dans les centres de santé de FMG : *sur le personnel, sur la prise en charge des malades et sur l'organisation des soins dans les centres de santé*

Pour conclure, avez-vous quelques choses à rajouter ?

Date: 28 mars 2017

Lieu: petite salle de réunion du bâtiment B

Heure : 11h -12h 30.

Animateurs : Dr Delphin et Tatiana

2. Guide d'entretien collectif avec les prestataires des centres de santé non intégrés

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté de réaliser cet entretien avec nous. Avant de commencer, nous allons nous présenter. Je m'appelle Tatiana, je suis infirmière spécialisée en santé communautaire, et je suis en 2^{ème} année de master en santé publique. Je viens de Belgique, et je suis ici pour réaliser un stage, mais aussi mon mémoire qui porte sur les représentations sociales de la maladie mentale chez les soignants de 1^{ère} ligne en Guinée. C'est ce sur quoi nous allons discuter aujourd'hui.

Delphin : Je suis Dr Delphin Kolié, médecin de formation, actuellement assistant au centre de formation et de recherche en santé communautaire de Maferinyah.

Cet entretien va durer environ 45 minutes, vous êtes libre de répondre ou non aux questions. Je voudrais également vous demander la permission d'enregistrer nos échanges afin de ne perdre aucune information et de pouvoir ensuite analyser notre entretien plus en profondeur. Cet enregistrement restera strictement confidentiel, et les informations seront anonymisées. M'autorisez-vous à enregistrer ? Avez-vous d'autres questions avant de commencer ?

Parlons tout d'abord de la maladie mentale

1. Qu'est-ce que selon vous un malade mental ? (Relance : A quoi reconnaît-t-on que quelqu'un a une maladie mentale ?)
2. Quelles sont les causes de la maladie mentale ?
3. Que ressentez-vous face à un malade mental ?
4. De manière générale, comment sont perçus les malades mentaux en Guinée ?
5. Que fait-on en Guinée quand on a un malade mental dans sa famille ?
6. Est-ce que vous trouvez que la médecine moderne doit s'occuper des malades mentaux ? Que peut-elle apporter ?
7. Est-ce que traiter les malades mentaux est valorisant en Guinée ? Comment ils sont perçus ?
8. Il y a actuellement peu de psychiatres dans le domaine de la santé mentale en Guinée. Selon vous, quels sont les facteurs favorisant l'intérêt de faire des soins en santé mentale ?
9. Quelles sont les spécialités valorisées dans le domaine de la médecine ?
10. Parmi vos collègues, y en a-t-il qui ont eu envie de travailler dans la santé mentale ? Selon vous, qu'est-ce qui les attire ? Qu'est-ce qui ne les attire pas ?
11. Depuis que vous êtes soignant, votre ressenti envers les malades mentaux a-t-il évolué ?
12. Travaillez-vous avec des (d'autres) thérapeutes des malades mentaux ? Qui sont-ils ? Quel type de relation avez-vous avec ces thérapeutes ?
13. Avez-vous des suggestions à faire pour que les malades mentaux en Guinée soient mieux soignés ?

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé pour cet entretien, nous allons vous faire un retour de la transcription de tout ce que vous avez dit afin d'avoir confirmation que vos propos n'ont pas été déformés. Merci de nous communiquer votre mail et téléphone

3. Guide d'entretien individuel avec les prestataires et témoins privilégiés de l'intégration

Numéro d'identification : __/__/__/__

Date : __/__/2017

Renseignements généraux

Age : ____ Sexe : ____ Religion : _____ Ville d'origine : _____

Année d'accès aux études de médecine /santé _____

Année de fin des études de médecine /santé _____

Année de début de l'offre de soins aux malades mentaux _____

Nombre d'années d'offre de soins aux malades mentaux : _____

Formations reçues en santé mentale

Formation n°1 : _____ Années : _____ - _____

Formation n°2 : _____ Années : _____ - _____

Formation n°3 : _____ Années : _____ - _____

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté de réaliser cet entretien avec nous. Nous travaillons sur l'intégration des soins de santé mentale dans les centres de santé.

Avant de commencer, nous allons nous présenter. Je m'appelle Tatiana, je suis infirmière spécialisée en santé communautaire, et je suis en 2^{ème} année de master en santé publique. Je viens de Belgique, et je suis ici pour réaliser un stage, mais aussi mon mémoire qui porte sur les représentations sociales de la maladie mentale chez les soignants de 1^{ère} ligne en Guinée.

Je suis Dr Delphin Kolié, médecin de formation, actuellement assistant au centre de formation et de recherche en santé communautaire de Maferinyah. Je participe à la réalisation de cette étude dont ma collègue vient d'évoquer.

Notre entretien va durer environ une heure 30 mn de temps et se déroulera en deux temps. Les 45 premières minutes seront consacrées aux représentations sociales que vous avez de la maladie mentale et des malades mentaux et, les 45 dernières sur le programme de santé mentale que vous développez depuis plusieurs années. Avez-vous d'autres questions avant de commencer ?

Commençons par les représentations sociales et parlons tout d'abord de la maladie mentale

1. Qu'est-ce que selon vous un malade mental ? (Relance : A quoi reconnaît-t-on que quelqu'un a une maladie mentale ?)
2. Quelles sont les causes de la maladie mentale ?
3. Que ressentez-vous face à un malade mental ?
4. De manière générale, comment sont perçus les malades mentaux en Guinée ?
5. Que fait-on en Guinée quand on a un malade mental dans sa famille ?
6. Est-ce que vous trouvez que la médecine moderne doit s'occuper des malades mentaux ? Que peut-elle apporter ?
7. Est-ce que traiter les malades mentaux est valorisant en Guinée ? Comment sont-ils perçus ?
8. Il y a actuellement peu de soignants en santé mentale en Guinée. Selon vous, quels sont les facteurs favorisant l'intérêt de faire des soins en santé mentale ?

9. Quelles sont les spécialités les plus valorisées dans le domaine de la médecine ? Et pourquoi ?

10. Parmi vos collègues, y en a-t-il qui ont eu envie de travailler dans la santé mentale ? Selon vous, qu'est-ce qui les attire (pas) ?

11. Depuis que vous êtes soignant, votre ressenti envers les malades mentaux a-t-il évolué ? Si oui, comment ?

12. Travaillez-vous avec des (d'autres) thérapeutes des malades mentaux ? Qui sont-ils ? Quel type de relation avez-vous avec ces thérapeutes ?

13. Avez-vous des suggestions à faire pour que les malades mentaux en Guinée soient mieux soignés ?

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé pour ce thème. Nous allons maintenant passer au programme de santé mentale que vous développez dans ce centre de santé.

a) Situation avant le projet

1. Vous êtes impliqué dans le projet santé mentale. Est-ce que vous pouvez me raconter comment ça a commencé pour vous ?

2. Quel était, avant ce projet, votre expérience professionnelle en matière de santé mentale ?

- Votre formation vous a-t-elle préparé en matière de santé mentale ?
- Pouvez-vous me parler de votre parcours au niveau de vos formations, et de votre parcours professionnel ? (Types de diplôme, lieu de formation, etc.)
- Etiez-vous attiré par la santé mentale ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous aviez l'impression que la santé mentale faisait partie de votre rôle de soignant ?

b) Introduction du projet

1. Comment avez-vous réagi quand vous avez appris que votre centre allait s'occuper de malades mentaux ? Quels étaient vos sentiments (positifs ou négatifs) par rapport à ce projet ?

2. Comment a réagi le personnel ? Y a-t-il eu des résistances ?

c) Contenu du programme

1. Quels sont les principaux problèmes de santé mentale auxquels vous êtes confrontés ?

2. Comment procédez-vous pour diagnostiquer un malade mental ?

3. Quand vous évoquez un diagnostic de maladie mentale, comment décidez-vous du traitement ? Comment faites-vous pour l'instaurer chez le patient ?

- Quelle est la contribution du patient pour décider d'un traitement ?
- Quelle est la contribution de la famille pour décider d'un traitement ?
- Quand le traitement est décidé, quel rôle a le patient ?
- Quand le traitement est décidé, quel rôle a l'entourage ?
- Quand le traitement est décidé, quel rôle ont vos collègues de travail ?

4. Quels sont les traitements non médicamenteux que vous proposez à vos patients ? Comment faites-vous pour instaurer un traitement non médicamenteux chez un patient ?

5. Pourriez-vous me parler de l'un ou l'autre patient que vous suivez actuellement et des difficultés que vous rencontrez ? Est-ce qu'il est arrivé qu'un patient vous mette dans l'embarras ? Ou que vous vous sentiez menacé ? Pouvez-vous expliquer ?

6. Quelles sont les réactions des autres patients quand ils voient des malades mentaux dans la salle d'attente ?

7. Vous avez suivi des formations dans le cadre du projet, ici mais peut-être aussi en dehors de FMG. Pourriez-vous nous en parler ? Qu'en avez-vous retenu (prise en charge...) ? Qu'est-ce qui vous a frappé / marqué ?

Selon vous, la façon dont a été organisée la formation était-elle importante (séminaires, Intervision, consultations conjointes, réunions d'équipe, etc.) ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué ?

8. Pensez-vous que l'importance accordée par FMG à la santé mentale est adéquate par rapport à d'autres projets ?

9. Vous qui travaillez ici depuis longtemps, qu'est-ce que vous aimez le plus / le moins dans la façon de travailler en général au sein de FMG (pas seulement en santé mentale) ?

Qu'est-ce qui est, selon vous, différent entre FMG et d'autres structures ?

10. Quelles sont vos relations avec l'hôpital de district concernant les soins aux malades mentaux ?

d) Changements observés suite à cette introduction

1. Avez-vous l'impression que l'ambiance de travail a évolué depuis que vous travaillez ici ? Que les relations avec les patients et vos collègues ont évolué ?

- Est-ce que vous pensez que la qualité des soins s'est plutôt améliorée ou plutôt détériorée, et en quoi ?
- Est-ce que votre conception de votre rôle de thérapeute a évolué depuis que vous avez terminé vos études ? En quoi ? Votre vision d'un « bon soignant » a-t-elle évoluée ?
- Quand vous consultez les patients, est-ce qu'ils vous parlent de leurs soucis de vie quotidienne ? Le faisaient-ils dans le temps ? Est-ce que vous trouvez que c'est utile pour mieux prendre en charge leur problème de santé ? Pourquoi ?
- Est-ce qu'il y a eu des changements dans la répartition des tâches ? Dans l'organisation du suivi des patients ? Dans la tenue des dossiers ?

2. Est-ce que vous avez l'impression que le personnel du centre se comporte maintenant autrement avec les malades mentaux ?

3. Est-ce que vous pensez avoir vous-même changé dans votre façon de soigner les patients en général ? Si oui, comment ça se fait, à votre avis ?

- Etes-vous plus à l'aise ?

4. Selon vous, est-ce que le projet de santé mentale a eu des effets sur vos collègues / sur le personnel au-delà de la santé mentale proprement dite ?

- Est-ce que ce projet a contribué, selon vous, aux changements dont nous venons de parler ? En quoi ?

- Les formations organisées dans le cadre du projet ont-elles, selon vous, contribué aux changements dont nous avons parlé ?

5. Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir des marges de liberté pour organiser votre travail ?

6. Est-ce qu'il y a des discussions entre vous sur des patients « à problèmes » ?

7. Vous arrive-t-il de craindre de recevoir un blâme de vos supérieurs si vous n'exécutez pas les tâches comme ils le demandent ? Pour quels aspects de votre travail ?

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé pour cet entretien. Nous allons vous faire un retour de la transcription de tout ce que vous avez dit afin d'avoir confirmation que vos propos n'ont pas été déformés. Merci de nous communiquer votre e-mail et téléphone.

4. Guide d'entretien avec les prestataires des centres SM-

Numéro d'identification : ___/___/___/___/

Date : ___/___/2017

Renseignements généraux

Age : ___ Sexe : ___ Religion : _____ Ville d'origine : _____

Année d'accès aux études de médecine /santé _____

Année de fin des études de médecine /santé _____

Année de début de l'offre de soins aux malades mentaux _____

Nombre d'années d'offre de soins aux malades mentaux : _____

Formations reçues en santé mentale

Formation n°1 : _____ Années : _____ - _____

Formation n°2 : _____ Années : _____ - _____

Formation n°3 : _____ Années : _____ - _____

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté de réaliser cet entretien avec nous. Nous travaillons sur l'intégration des soins de santé mentale dans les centres de santé.

Avant de commencer, nous allons nous présenter. Je m'appelle Tatiana, je suis infirmière spécialisée en santé communautaire, et je suis en 2^{ème} année de master en santé publique. Je viens de Belgique, et je suis ici pour réaliser un stage, mais aussi mon mémoire qui porte sur les représentations sociales de la maladie mentale chez les soignants de 1^{ère} ligne en Guinée.

Je suis Dr Delphin Kolié, médecin de formation, actuellement assistant au centre de formation et de recherche en santé communautaire de Maferinyah. Je participe à la réalisation de cette étude dont ma collègue vient d'évoquer.

Notre entretien va durer environ une heure de temps consacrée aux représentations sociales que vous avez de la maladie mentale et des malades mentaux

Commençons par les représentations sociales et parlons tout d'abord de la maladie mentale

1. Qu'est-ce que selon vous un malade mental ? (Relance : A quoi reconnaît-t-on que quelqu'un a une maladie mentale ?)
2. Quelles sont les causes de la maladie mentale ?
3. Que ressentez-vous face à un malade mental ?
4. De manière générale, comment sont perçus les malades mentaux en Guinée ?
5. Que fait-on en Guinée quand on a un malade mental dans sa famille ?
6. Est-ce que vous trouvez que la médecine moderne doit s'occuper des malades mentaux ? Que peut-elle apporter ?
7. Est-ce que traiter les malades mentaux est valorisant en Guinée ? Comment-sont-ils perçus ?
8. Il y a actuellement peu de soignants en santé mentale en Guinée. Selon vous, quels sont les facteurs favorisant l'intérêt de faire des soins en santé mentale ?
9. Quelles sont les spécialités les plus valorisées dans le domaine de la médecine ? Et pourquoi ?
10. Parmi vos collègues, y en a-t-il qui ont eu envie de travailler dans la santé mentale ? Selon vous, qu'est-ce qui les attire (pas) ?

11. Depuis que vous êtes soignant, votre ressenti envers les malades mentaux a-t-il évolué ? Si oui, comment ?
12. Travaillez-vous avec des (d'autres) thérapeutes des malades mentaux ? Qui sont-ils ? Quel type de relation avez-vous avec ces thérapeutes ?
13. Avez-vous des suggestions à faire pour que les malades mentaux en Guinée soient mieux soignés ?

Annexe 4. Fiche de collecte de données pour l'étude 4

N° fiche..... Date J.....M.....Année

I. Renseignements généraux :

Age Sexe Rang(fratrie).....
Résidence.....
Situation matrimoniale..... Profession.....
Niveau d'instruction.....
Appartenance religieuse Appartenance ethnique.....
Date d'admission.....

II. Clinique :

a)- Motifs de consultation :

b)- ATCD :

Personnels :

Psychiatrique :.....

Judiciaire :.....

Médico – chirurgical :.....

Familiaux : Psychiatriques :.....

Collatéraux : Psychiatriques :.....

III. Hypothèse de diagnostic : Dépression Psychoses et autres troubles délirants Névroses

Epilepsies Retard psychomoteur Démence

Autres (à préciser):

IV. Décision de l'équipe soignante :

Chimiothérapie : Oui Non

Si oui quelles molécules

1..... forme..... quantité..... posologie.....

2..... forme..... quantité..... posologie.....

3..... forme..... quantité..... posologie.....

4..... forme..... quantité..... posologie.....

Prise en charge psychosociale : Oui Non

Si oui :

Psychothérapie Assistance sociale Réinsertion professionnelle Réinsertion familial

reconstitution du foyer

Autres (à préciser).....

V. Suivi :

Date du dernier suivi :

Evolution : Bonne Mauvaise Autres.....

Observance : Bonne Mauvaise Autres.....

Réinsertion familiale : Bonne Rejet Autres.....

Réinsertion : professionnelle : bonne Rejet Autres.....

Remarque particulière :

Annexe 5. Documents de recueil des données pour l'étude 5

1. Notes d'information sur la recherche à destination des structures participantes

Thème de recherche doctorale: L'intégration des soins en santé mentale dans les centres de santé permet-elle d'améliorer la qualité globale des soins de première ligne?

Volet 3 : Etude de la qualité des soins dans les centres de santé associatifs en République de Guinée

Objet : Collecte de données pour des fins de thèse de doctorat en santé publique

De : Abdoulaye SOW MD, MPH, PhD_ cand

DES de Médecine de Famille

Assistant, Chaire de santé publique, FMPOS, UGANC, Guinée.

Doctorant dans les universités de Bruxelles et Conakry

Tel. 664 50 49 14 /628 70 78 94.

Email : drsowab@msn.com

Les sites couverts pour la recherche

Conakry

- Centre de santé associatif de Hafia minière : 3 prestataires
- Centre de santé Bernay Fotoba : 4 prestataires
- Centre de santé confessionnel Toussain (kalou) : 1 prestataire
- Centre de santé associatif Assemblée des Dieux Lambanyi : 1 prestataire
- Centre de santé Anastasis: 1 prestataire
- Centre de santé associatif de Koloma AGVS (Association des Jeunes Volontaires pour la Santé) : 1 prestataire

Intérieur du pays

- Centre de santé associatif de Moriady (Kindia): 1 prestataire
- Centre de santé associatif de Tata 1 (Labé) : 2 prestataires
- Centre de santé associatif santé Plus (Timbi Madina à Pita) : 1 prestataire
- Centre médical associatif de Timbi (Timbi Madina à Pita) : 1 prestataire
- Centre Médical Communautaire de Bouroudji : 1 prestataire
- Centre de santé de l'Ordre de Malte de Pita : 1 prestataire

Votre structure est choisie pour participer à une recherche sur la qualité des soins dans les centres de santé associatifs en République de Guinée.

OBJECTIF DE L'ETUDE : Cette recherche se propose d'analyser la qualité des soins sur **le volet communication entre prestataires et patients** dans les centres de santé associatifs en République de Guinée. Nous ne savons exactement comment cela est-il possible, c'est pourquoi nous faisons cette recherche. Nous voulons en savoir auprès de plusieurs centres de santé associatifs, le vôtre fait partie des plus importants de notre pays. En plus de celui-ci, nous comptons observer les consultations d'autres prestataires dans d'autres centres de santé associatifs à Conakry, Kindia, Pita et Labé.

COMMENT L'ETUDE EST MENE ? Nous allons vous demander d'accepter de faire participer à vos consultations nos enquêteurs. Si vous donnez votre accord, nous allons observer les échanges de vos prestataires avec les patients durant la consultation. Pour ne pas oublier ce que nous retiendrons, nous souhaitons avoir votre accord pour prendre note.

RISQUES ET INCONVENIENTS : Il n'y aura aucun risque à participer à cette étude pour votre centre et vos prestataires.

BENEFICES ET COMPENSATION : Il n'y aura pas de bénéfices directs pour vous mais les informations que nous allons recueillir pourront aider la communauté scientifique à mieux intervenir pour aider nos malades et nos prestataires de santé à améliorer leur cadre d'échanges.

APPROBATION ETHIQUE : Cette étude a obtenu l'accord du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé de Guinée (ci-joint la lettre).

CONTACT EN CAS DE QUESTIONS : Si vous avez des questions maintenant, durant ou même après notre étude, veuillez contacter l'Investigateur principal de l'étude : Dr Abdoulaye SOW Tel. : +224 628707894, email: drsowab@msn.com, Faculté de Médecine de l'Université de Conakry.

2. Note technique d'information à destination des autorités

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et e
la Recherche Scientifique**
**Université Gamal Abdel Nasser de
Conakry. Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie**
DES de Médecine de famille

Conakry, le 7 mars 2017

Note technique d'information

N°...../DE/FMG/2017

Objet : Collecte de données pour des fins de mémoire d'études supérieures et de thèse de doctorat en santé publique

De : Abdoulaye SOW MD, MPH, PhD_cand
Directeur de Fraternité Médicale Guinée
Secrétaire académique du DES de Médecine de Famille
Assistant, Chaire de santé publique, FMPOS, UGANC, Guinée.
Doctorant dans les universités de Bruxelles et Conakry
Tel. 664 50 49 14 /628 70 78 94.
Email : drsowab@msn.com

A l'attention des directeurs préfectoraux de la santé de Pita et Labé

Chers directeurs

L'université Gamal Abdel Nasser de Conakry a créé en 2007 le Service des Etudes Avancées par Arrêté 2007/3471/MESRS/CAB en date du 11 octobre 2007, et par Arrêté N°2012/10319/MESRS/CAB en date du 19 novembre 2012, l'Ecole Doctorale en Sciences de la Vie, de la Santé et de l'Environnement (EDSVE)

L'Université de Conakry et l'Université Libre de Bruxelles ont signé en 2016 une convention cadre dans laquelle, les deux institutions s'engagent à organiser la cotutelle pour les doctorants, la mobilité des enseignants et étudiants et la réalisation des recherches conjointes.

C'est dans cette perspective que le Dr Abdoulaye SOW, assistant à la chaire de santé de santé publique de l'université de Conakry, Directeur de Fraternité Médicale Guinée, réalise sa thèse de doctorat portant sur « *l'intégration de la prise en charge de la santé mentale dans les services de santé de première ligne en Guinée* »

Fraternité Médicale Guinée est l'ONG qui a soutenu l'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de santé primaire dans plusieurs préfectures de la République de Guinée. L'ONG collabore avec la Faculté de Médecine de l'Université de Conakry où elle participe à la formation des médecins de famille et contribue à l'organisation du master de santé

publique. Les centres de santé de l'ONG constituent également des lieux de stages pour les étudiants en médecine et ceux des écoles nationales de santé.

Il est prévu à cet effet la réalisation des interviews auprès des prestataires de soins des centres de santé ayant intégrés ces soins spécifiques et ceux n'offrant pas ce paquet d'activités. Ces interviews seront réalisées par **Dr Delphin KOLIE**, médecin assistant de recherche au Centre National de Formation et de Recherche en santé rurale de Maferinyah et **Mlle Tatiana De Bels**, infirmière en santé communautaire et étudiante au master de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Dans la préfecture de Pita, les interviews seront organisées auprès des prestataires du centre de santé public urbain qui offre les soins en santé mentale et du centre de santé public de Timbi Madina qui ne pratique pas activité.

Dans la préfecture de Labé, le centre de santé associatif de Tata 1 appartenant à Fraternité Médicale Guinée sera un des cadres et un des centres de santé urbains qui n'offre pas de tels soins sera proposé par le Directeur préfectoral de la santé. Ce dernier doit avoir un personnel d'au moins de 4 agents de santé (infirmiers, sages-femmes, ATS et s'il existe, un médecin)

Nous précisons qu'un protocole de recherche y afférent a été soumis au Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé de la Guinée et, a bénéficié de son accord.

Le travail consiste à interviewer les prestataires sur leurs représentations sociales de la maladie mentale. Les résultats de la recherche permettront d'améliorer les stratégies proposées par le ministère de la santé pour la mise en œuvre de la politique nationale et du plan d'action du programme national de santé mentale. Ils permettront également d'améliorer les compétences de ressources humaines en santé mentale.

Tout en vous remerciant de votre accord, l'accueil et l'encadrement que vous allez apporter à cette activité, soyez rassurés de notre franche collaboration

Le Doctorant

Abdoulaye Sow, Directeur de

Fraternité Médicale Guinée

DESCRIPTION DE TACHES/RESPONSABILITÉS

Enquêteur N°1 : Chargé des observations et entretiens avec les soignants

Responsabilité

- Assurer l'observation des consultations et recueillir les informations auprès du consultant dans la salle de consultation

Taches

- Introduire l'équipe d'enquête au sein de la structure de santé
- Se présenter au consultant et l'expliquer l'objectif de l'enquête, avoir son accord et son adhésion
- Remplir correctement la partie administrative du guide d'observation et réaliser l'observation du consultant, principalement sa communication avec le patient (et/ou accompagnant du patient) pendant la consultation
- Guider les patients observés vers le chargé de l'exit interview au travers un ticket
- Au terme des 25 consultations, remettre au consultant la fiche auto-administrée et s'assurer que le consultant l'a bien comprise et bien remplie
- Réaliser l'interview du consultant suivant le contenu de la fiche d'observation. Avoir l'accord du consultant pour l'enregistrement de l'entretien. Enregistrer l'entretien sur

son téléphone portable et/ou l'enregistreur. A défaut de l'enregistrement, prendre note dans les cases correspondantes

- Après l'interview, remettre au consultant une nouvelle fois la fiche auto-administrée et s'assurer de son remplissage
- Ranger toutes les fiches par centres et par consultants et déposer auprès de l'investigateur principal
- Transcrire les enregistrements des interviews et remettre les fichiers à l'investigateur principal
- Saisir les données collectées sur un fichier Excel

NB : Dans les centres de santé plus fréquentés, prendre un pas de 1/3 patient et dans les moins fréquentés prendre régulièrement tous les patients jusqu'à atteindre le quota demandé (25 patients par consultant).

Enquêteur n°2 : Chargé des entretiens de sortie avec les patients

Responsabilité

- Réaliser l'interview des patients à la sortie de la consultation (exit interview)

Taches

- Se présenter au patient (famille, accompagnant) et l'expliquer l'objectif de l'enquête, avoir son accord et son adhésion
- Remplir la fiche d'exit interview en respectant l'ordre des questions
- S'assurer que les répondants ont bien compris le sens des questions en les posant dans les langues nationales correspondantes et en montrant les images pour mieux cadrer les réponses.
- Ranger toutes les fiches par centres et par consultants
- Saisir les données collectées sur un fichier Excel

Agent encodeur : Chargé de l'encodage de toute l'enquête

Responsabilité

- Assurer l'enregistrement de toutes les informations collectées sur un fichier Excel

Taches

- Créer le fichier Excel et encoder les différentes réponses
- Renseigner tous les codes créés
- Comparer son fichier a ceux fournis par les deux enquêteurs avec l'aide de l'investigateur principal
- Corriger toutes les insuffisances constatées en faisant appel aux deux enquêteurs et avec l'aide de l'investigateur principal
- Transmettre le fichier nettoyé et validé par les 3 parties (les deux enquêteurs et l'encodeur) à l'investigateur principal

3. Guide pour les interviews semi-structurées avec les différents (N=18) consultants en charge de la consultation curative dans les centres de santé associatifs.

Deux grands objectifs sont proposés à ces interviews :

1. Approfondir la compréhension sur la perception/l'appréciation générale des consultants de leur propre 'performance' lors des consultations - 'performance' entendu ici en termes d'ouverture et de facilitation de la participation de leurs patients dans les étapes spécifiques de la consultation telles que reprises dans l'outil *Patient Participation Score* (PPS).
2. Investiguer les perceptions des consultants sur la grille 'idéalisée' *Global Consultation Rating Scale* (GCRS), développée dans le contexte de la médecine de famille occidentale. Sonder leur appréciation par rapport à 1) la pertinence des différentes dimensions reprises dans la grille GCRS pour leur travail comme cliniciens/consultants travaillant en première ligne en Guinée; et 2) la faisabilité d'une telle approche 'globale' à la consultation dans leur propre contexte.

Pour les deux objectifs une approche largement inductive sera adoptée.

Pour l'objectif 1, le point de départ sera un échange sur les 'scores' que le consultant se donne lui-même dans l'échelle PPS.

Tout en passant en revue, une à une, les différentes réponses (c à d les scores) du consultant à la grille PPS, échanger avec lui *pourquoi il se donne-t-il les scores qu'il se donne* (que ce soit en bien ou en mal)? Et ainsi explorer sa compréhension des différents éléments de la grille PPS. Explorer les contraintes et les suggestions éventuelles que le consultant identifierait.

Pour l'objectif 2, le point de départ sera un échange sur la grille GCRS telle qu'utilisée dans les observations des consultations.

Avec le consultant, passer en revue, une à une, les différentes dimensions de la grille (adaptée/contextualisée) et explorer leur compréhension (par le consultant), et son appréciation sur i) leur pertinence et ii) leur faisabilité opérationnelle dans le contexte de leur centre de santé. Explorer les contraintes et les suggestions éventuelles que le consultant identifierait.

Cette interview prendra environ 45 minutes à 1 heure de temps (estimation). Un consentement éclairé de la part du consultant sera sollicité. L'interview se fera en fin de journée, dans un endroit tranquille, et après la phase d'observation des consultations *in vivo*.

4. Fiche d'information du participant

Étude de la qualité des soins dans les centres de santé associatifs en République de Guinée

Investigateur: Dr Abdoulaye SOW

Organisation: Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie de l'UGANC

Vous êtes invités à participer à une recherche sur la qualité des soins dans les centres de santé associatifs en République de Guinée. Avant de décider, il est important que vous compreniez l'information fournie dans ce formulaire.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE : Cette recherche se propose d'analyser la qualité des soins dans les centres de santé associatifs en République de Guinée afin de contribuer à l'amélioration de la communication entre prestataires et patients. Nous ne savons exactement comment cela est-il possible, c'est pourquoi nous faisons cette recherche. Nous voulons en savoir auprès de vous car vous êtes une personne ressource importante. En plus de vous, nous comptons observer les consultations d'autres prestataires de santé à Conakry, Kindia, Pita et Labé.

COMMENT L'ÉTUDE EST MENEÉ ? Si vous acceptez de participer à l'étude, nous allons vous demander de recevoir et d'accepter de nous faire participer à vos consultations. Si vous donnez votre accord, nous allons observer vos échanges avec les patients durant la consultation. Pour ne pas oublier ce que nous retiendrons, nous souhaitons avoir votre accord pour prendre note. Il n'y a pas de problème aussi, si vous n'êtes pas d'accord.

RISQUES ET INCONVENIENTS : Il n'y aura aucun risque à participer à cette étude.

BÉNÉFICES ET COMPENSATION : Il n'y aura pas de bénéfices directs pour vous mais les informations que nous allons avoir pourront aider la communauté scientifique à mieux intervenir pour aider nos malades et nos prestataires de santé à améliorer leur cadre d'échanges. Vous ne recevrez pas de cadeau pour participer à cette étude.

PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE : Les informations que nous allons recueillir resteront confidentielles et votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport ou publication découlant de l'étude. Vos contacts seront utilisés uniquement si nous voulons vous joindre au besoin.

APPROBATION ETHIQUE : Cette étude a obtenu l'accord du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé de Guinée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE : Votre participation dans cette étude est entièrement volontaire. Il n'y aura aucune conséquence si vous décidez de participer ou pas. Vous pouvez arrêter votre participation à l'étude à tout moment sans donner aucune raison pour cela.

CONTACT EN CAS DE QUESTIONS : Si vous avez des questions maintenant, durant ou même après notre entretien, veuillez contacter l'Investigateur principal de l'étude : Dr Abdoulaye SOW
Tel. : +224 628707894, email: drsowab@msn.com, Faculté de Médecine de l'Université de Conakry.

5. Formulaire de consentement

Etude de la qualité des soins dans les centres de santé associatifs et cabinet médicaux en République de Guinée

Code consultant _____

Code structure _____

Je, soussigné, confirme que le/la participant(e) a été informé(e) sur l'étude et a reçu une copie de la fiche d'information. Il/Elle a lu et compris ces informations.

Il/Elle a reçu une explication sur le type d'étude, l'objectif, la durée et les effets potentiels et de ce qu'il/elle est censé faire. Les risques et les avantages possibles de cette étude ont été expliqués et le/la participant(e) a eu du temps et la possibilité d'examiner les renseignements et poser des questions au sujet de l'étude à laquelle il / elle a reçu des réponses satisfaisantes.

Le sujet a accepté de coopérer pleinement avec les chercheurs de l'étude. Il/Elle a volontairement donné son consentement oral à participer à cette étude et sait qu'il/elle est libre de se retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à justifier sa décision.

- Le consentement oral est donné pour :

– L'observation en salle de consultation Oui Non

Elle/Il accepte que les informations soient gardées après la fin de cette étude et pourraient être utilisées uniquement pour une recherche scientifique future.

▪ **Signature de la personne ayant obtenu le consentement :**

Prénoms et Nom _____

Date de Signature ____/____/____

6. Guide pour les « exit interviews » patient

EXIT INTERVIEW PATIENT	FRANÇAIS/POULAR/SOUSSOU
-------------------------------	--------------------------------

Préambule

Bonjour Mme/Mr, nous vous remercions d'avoir accepté de nous accorder 15 minutes de votre temps. Avant de commencer, nous allons nous présenter. Je m'appelle Bapaté BARRY, je suis médecin. Je suis ici pour réaliser une étude sur la qualité de soins et plus précisément sur votre interaction (la communication) avec le docteur qui vous a consulté.

L'objectif est de recueillir votre avis sur la façon dont la communication s'est déroulée durant la consultation. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Cela n'aura aucune conséquence sur les soins et l'attention que vous aurez dans ce centre de santé

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Renseignements généraux

Age : ans Sexe..... Catégorie professionnelle

Niveau de scolarité : Pas scolarisé Primaire Secondaire Universitaire

Structure de santé

Code consultant..... Code patient.....

Malade venu : Seul Accompagné par une Plusieurs personnes

Principal répondant : Patient Accompagnant

Si accompagnant, lien avec le patient

Langue (dialecte) d'entretien

Questionnaire

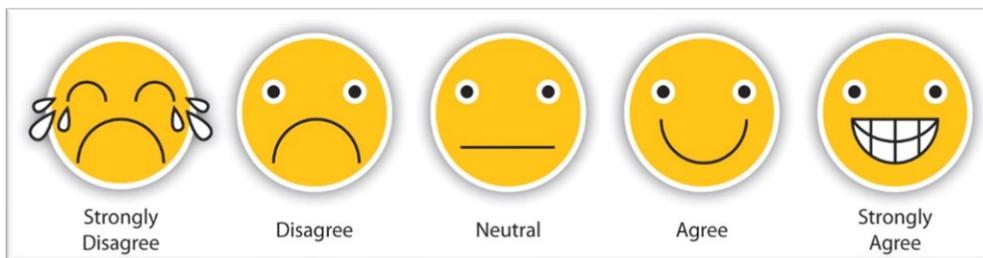
Questions	<i>Beaucoup</i>	<i>Un peu</i>	<i>Je ne sais pas (opinion non tranchée)</i>	<i>Non</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Ne comprends pas la question (cochez)</i>
	<i>Poular : Buy, Moyha Soussou : Agbegbera, Afanyira</i>	<i>Poular : Sèdhà, Ko haki n'di Soussou : Dondoroti, A siya</i>	<i>Poular : Mi famali, Mi anda, Mi hunpitaki Soussou : N'ma kolon, N'mu kolon sotokhi nama</i>	<i>Poular : Ö ö wöyè, Ö ö Soussou : Aade Adéédé</i>	<i>Poular : Few, Few few Soussou : Few Few few</i>	
	1	2	3	4	5	
1. Est-ce que votre docteur vous a aidé à comprendre les informations liées à votre maladie?						
<i>Poular: Enè, doctororudjo on walitino on fi yo on falto n'dè nawnarè mon ? Soussou: Itambè doctoru ima linè ikha</i>						

<i>fakhamudè soto icka yi furema?</i>						
2. Est-ce que le docteur a compris vos préoccupations / inquiétudes ?						
<i>Poular : Enè hara doctorudjo on famuno mapoundhedji /andèdji mon dhin?</i> <i>Soussou : Itambè doctor bara ikha kontofili fakhamu ?</i>						
3. Est-ce que votre docteur a soulagé vos préoccupations ?						
<i>Poular : Enè doctorudjo on wawuno nyipudhè an de dji mon dhin ?</i> <i>Soussou : Itambè doctor bara ikha kontofili ra sa ?</i>						
4. Votre docteur vous a associé à la prise de décision dans votre traitement ?(*)						
<i>Poular : Doctorudjo on fewdjo du no emon fi nyawudogal mon gal ?</i> <i>Soussou : Itambè doctor fèrè fen ne ira ikha fure dandan fema ?</i>						
5. Est-ce que vous êtes satisfait d'avoir été associé à la prise de décision concernant votre traitement ?						
<i>Poular : Enè hidhon weltori ko doctoru djo on dhabhiri on fèrè fi nyaw n'dhu gal mon n'gal ?</i> <i>Soussou : I sèwahi doctoru to fèrè fenkhi ira, i dandan fema ?</i>						
6. Est-ce que vous êtes satisfait de l'apport du docteur dans la prise de décision concernant votre traitement ?						
<i>Poular : Enè hidhon weltori ko doctoru djo on fewdio di emun kon fi nyawdigal mon gal?</i>						

<i>Soussou : wo sèwakhi doctoru kha maali ra ikha fure dandan fema?</i>						
7. Etes-vous satisfait de la façon par laquelle votre traitement a été discuté et décidé ?						
<i>Poular : Hidohon weltori nya, no fèrè nyaw n'digal mon gal no nye ti ti ra non hakudhè mon e doctoru djo on?</i> <i>Soussou : Isèwakhi fèrè tongokhi ira idandan fema inun ikha doctoru tagi</i>						
8: Est-ce que vous auriez souhaité/aimé être associé à la prise de décision concernant votre traitement ?						
<i>Poular : Hidhon faalètenö /himmani disön'dirèdhè tawneede fi yhettugol pehè yhawdhu gol on gol?</i> <i>Soussou : Arafanma ima fèrè kha tongo isètima I kha dandanfema ?</i>						
9. Est-ce qu'en général vous êtes satisfait de la manière dont la consultation s'est déroulée ?						
<i>Poular : Enè hidhon weltori no wisiti mon on fedhiri non?</i> <i>Soussou : isèèwakhi ikha visiti dangikhi ki nakhè?</i>						

(*) Si la question 4 (code 4 et 5) est répondue négativement, il ne faut pas poser la question 5

Evaluation de la satisfaction/participation



7. Guide d'observation des consultations

Préambule

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté de nous accueillir dans votre centre. Avant de commencer, nous allons nous présenter. Je m'appelle Dr Mory Diakité, je suis médecin. Je suis ici pour réaliser une étude sur la qualité de soins et plus précisément sur l'interaction entre le prestataire de santé et le patient. Si vous le permettez, je souhaite participer à vos consultations afin de voir comment vous interagissez avec vos patients.

Parallèlement à cette observation, un de mes collègues Dr Bapaté BARRY va s'entretenir avec les patients que vous consultez à la sortie de votre bureau. L'objectif est de recueillir le témoignage sur leur vécu durant les échanges avec vous.

Je vous prie de bien vouloir me présenter à vos patients comme médecin et un de vos collègues. Les expliquer également que je souhaite participer à la consultation. S'ils ne souhaitent pas ma présence, je peux bel et bien sortir.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Renseignements généraux

Code structure de santé Code consultant.....

Code patient.....

Début consultation..... Fin consultation.....

Malade venu seul ; Accompagné par : une personne plusieurs personnes

Principal répondant : Patient ; Accompagnant ; Les deux

Lien de l'accompagnant avec le patient.....

Questionnaire

Domaines de compétences	Principaux indices/dimensions	0	1	2	N A
Séquentiels					
1. Initier la « session » avec le patient et/ou famille/ accompagnant	Dimension 1 : Initiation - Accueil (salutation, installation) - Utilise une question d'ouverture appropriée				
2. Rassembler l'information (venant du patient et/ou famille/ accompagnant)	Dimension 2.1 : identification du problème du patient - Ecoute attentive, minimise l'interruption, laisse de l'espace au patient - Encourage le patient à raconter « l'histoire » de son (ses) problème(s) du début jusqu'au moment de la consultation - Négocie (priorise/précise/clarifie) l'objet de la consultation présente				
	Dimension 2.2 : exploration du problème du patient - Utilise des questions ouvertes et fermées, allant adéquatement de l'un à l'autre - Facilite les réponses verbales et non-verbales du patient (par ex. silence, répétition, paraphrases) - Capte et répond aux signaux verbaux et non-verbaux (langage corporel, discours, expression faciale) - Clarifie des déclarations vagues ou qui nécessitent une amplification - Résume périodiquement et invite le patient à corriger l'interprétation ou à donner plus d'information - Utilise un langage clair, facile à comprendre, et évite le jargon				
	Dimension 2.3 : Perspectives du patient - Explore activement/ comprend mieux /cerne le vécu du patient sur son problème				

	- Prend au sérieux et répondre de façon appropriée au vécu du patient				
3. Donne suffisamment d'informations appropriées au patient individuel et/ou famille	Dimension 3 - Morcèle l'information donnée - Évalue et tient compte du niveau de connaissance de départ du patient - Découvre quelle autre information pourrait aider le patient, recherche et gère les besoins en information du patient				
4. Aide à et vérifie la bonne compréhension de l'information	Dimension 4 - Organise l'explication en utilisant des résumés - Vérifie la compréhension par le patient en l'invitant à reformuler dans ses propres termes - Utilise un langage clair, évite le jargon et un langage déroutant				
5. Arriver à une compréhension partagée : incorporer la perspective du patient et/ou famille/ accompagnant	Dimension 5 - Respecte et prend en compte le cadre de référence de la maladie par le patient				
6. Planification : une prise de décision partagée	Dimension 6 - Explore avec le patient les options en termes de prise en charge - Implique le patient dans la prise de décision en tenant compte de son souhait - Négocie de façon appropriée un plan d'action mutuellement acceptable - Se met d'accord avec le patient sur les étapes suivantes				
7. Clôturer la "session"	Dimension 7 - Résume brièvement la session et clarifie le plan de soins - Vérification finale que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan				
Transversaux					
8. Maintenir la relation (avec le patient et/ou famille/ accompagnant) tout au long de la consultation	Dimension 8 - Fait preuve d'un comportement non-verbal approprié ; par ex. contact visuel, positionnement, posture, visage - Reconnaît les points de vue et les sentiments du patient ; ne juge pas - Utilise de l'empathie pour communiquer son appréciation des sentiments et la situation difficile du patient - Donne du soutien : exprime préoccupation, compréhension, et volonté à aider				
9. Donner de la structure (au processus de la consultation)	Dimension 9 - Progresse d'une section à l'autre en utilisant une signalisation - Structure l'interview selon une séquence logique, surveille le temps / le timing				

Code : 0 = Médiocre /absent 1 = Adéquat 2 = Bien 3 = NA (Non applicable)

Conclusion (Cochez votre appréciation générale)

La consultation dans son ensemble a été :

excellente bonne acceptable limite Inacceptable

8. Autoévaluation des consultants

Préambule

Docteur nous vous remercions d'avoir accepté de nous accueillir dans vos consultations. A présent, nous vous invitons remplir et à s'auto-administrer le présent outil. Ensuite, explorer votre compréhension et perception des différents éléments d'une grille d'observation proposée dans d'autres contextes. Après ces échanges, nous aimerions vous entretenir quelques minutes pour passer en revue les différentes réponses que vous allez donner dans l'outil d'auto-évaluation.

Renseignements généraux

Code structure..... Code consultant

Age.....ans Sexe..... Catégorie professionnelle.....

Nombre d'années de pratiqueans

Depuis quand vous travaillez dans cette structure.....

Questionnaire

Questions	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
1. J'aide mes patients à comprendre l'information (par rapport à leur maladies/ problèmes de santé)					
2. Je comprends les préoccupations de mes patients					
3. Je réponds adéquatement aux préoccupations de mes patients					
4. J'implique les patients dans les décisions concernant leur traitement					
5. Je suis satisfait avec la façon par laquelle le traitement de mes patients se discute et se décide					
6. Je suis satisfait du résultat de l'implication de mes patients dans les décisions concernant leur traitement					
7. Je suis satisfait de mes apports dans la prise de décision concernant le traitement de mes patients					
8. Je suis satisfait de la manière dont les consultations se déroulent					

9. Additional files pour l'article étude 5 volet 1

Integration of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic entry point towards the delivery of more patient-centred care? BMC Health Services Research (2020) 20:61 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3>

Additional file 1: Adapted Patient Participation Scale (PPS) with questions submitted to the patients

Q1. Did your doctor help you understand the information related to your illness?
Q2. Does your doctor understand your concerns/your worries?
Q3. Did your doctor alleviate your concerns/your worries?
Q4. Did your doctor involve you in the therapeutic decision-making process?
Q5. Are you satisfied with the doctor's contribution to your treatment decision?
Q6. Are you satisfied with the way your treatment was discussed and decided?
Q7. Are you glad that you were involved in the decision-making about your treatment?
Q8. Would you have liked/or have wanted to be involved in the decision-making regarding your treatment?
Q9. In general, are you satisfied with the way your consultation was handled?

Additional file 2. Self-assessment of care providers: list of self-administered questions

Q1. I help my patients understand the information related to their illness/health problem
Q2. I understand my patient's concerns
Q3. I respond adequately to my patient's concerns/worries
Q4. I involve the patients in therapeutic decision-making
Q5. I am satisfied with the way the treatment is discussed and decided with my patients
Q6. I am satisfied with the result of my patients' involvement in therapeutic decision-making
Q7. I am satisfied with my input in the decision-making process about the treatment of my patients
Q8. I am satisfied with the way I handle the consultations

10. Guide d'entretien collectif sur les résultats des observations

GUIDE D'ENTRETIEN PRESTATAIRES SM+ ET TEMOINS PRIVILEGES SUR LES RESULTATS DES OBSERVATIONS

Chers confrères

Vos collègues (médecins et infirmiers qui travaillent dans les centres de santé qui offrent la santé mentale et ceux qui ne l'offrent pas) ont participé en 2017-2018 à une enquête sur les soins centrés sur le patient et leur lien avec la pratique de la santé mentale. A l'occasion, ils ont été sujets à l'observation d'un enquêteur (Dr Mory Diakité que vous connaissez). L'enquêteur avait utilisé la grille GCRS (*Global Consultation Rating Scale*) pour les observer : Cet outil (que voici) reprend 11 dimensions (1, 2.1, 2.2, 2.3, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9).

Après analyse des données, il a été constaté que les prestataires qui pratiquent la santé mentale avaient des scores très élevés pour les dimensions : 2.3, 3, 4, 5, 6 et 7. Cela veut dire que pour ces dimensions ils sont meilleurs dans leur communication avec leurs patients par rapport à ceux qui n'offrent pas la santé mentale. Par contre les scores étaient identiques pour les dimensions 1, 2, 2.2, 8 et 9.

NB : Etant prestataire qui fait partie de ceux qui pratiquent la santé mentale dans les centres de santé. Notre interrogation est de savoir comment vous pouvez expliquer cela ?

Pour me permettre d'avoir vos commentaires très détaillés, j'ai conçu les questions ci-dessous.

Je vous prie de bien vouloir me donner vos explications (si possible avec des exemples à l'appui) ou réponses aux questions suivantes.

Dans un premier temps, je vous sollicite pour les 6 dimensions (2.3, 3, 4, 5, 6 et 7) dans lesquelles SM+ (c'est-à-dire ceux qui pratiquent la santé mentale) se distinguent par des scores plus élevés. Comment vous expliquez ces scores ?

Dans un second temps sur les 5 autres dimensions (1, 2.1, 2.2, 8 et 9) du même outil où les scores SM+ et SM- ont les mêmes scores.

Dans un 3eme temps, je souhaite vous entendre sur les facteurs explicatifs des changements observés dans les 6 dimensions (2.3, 3, 4, 5, 6 et 7).

PREMIER TEMPS : Les dimensions avec scores (SM+) meilleurs

2.3 : Vous tenez compte de la perspective du patient : ce qu'il souhaite, ce qu'il se projette. En quoi vous avez été influencés par le fait que vous avez intégré la prise en charge des malades mentaux dans vos pratiques quotidiennes?

3. Qu'est-ce qui vous motive et quel intérêt avez-vous à prendre en compte la curiosité de vos patients sur leur état de santé ? En quoi cela vous aide à apporter une réponse à leur demande ? Tenir compte des connaissances du patient pour lui apporter des soins vous aide en quoi ?

4. En quoi l'utilisation du jargon médical avec le patient est contreproductive ? Avez-vous des exemples ?

5. Les patients ont leur propre cadre de référence : ils croient en des choses, expliquent des événements selon leur propre référence. En quoi tenir compte de ces aspects vous aident dans les soins que vous leur apportez ?

6. En quoi associer le patient à la décision sur sa santé vous aide ? Pouvez-vous donner des exemples que vous avez vécus et l'impact que cela a eu sur leur prise en charge ? En quels termes vous vous séparez avec vos patients après une consultation et pourquoi ?

7. Vous essayez de vérifier si vos patients ont compris ce que vous leur avez proposé ou ceux sur quoi vous vous êtes entendus. En quoi cela est important pour vous ?

DEUXIEME TEMPS : Scores (SM+) sans différence avec (SM-)

1. Pourquoi, selon vous, il n'y a pas eu de différence entre vous et les praticiens des centres de santé qui n'offrent pas des soins aux malades mentaux en termes d'accueil ? En termes de création du climat de confiance entre vous et vos patients ?

2.1 : Pourquoi il n'y a aucune différence entre vous et vos collègues des centres de santé qui n'offrent pas la santé mentale sur la façon dont vous donnez la parole à vos patients, la façon dont vous les laissez s'exprimer et la façon dont vous les orientez sur ceux pourquoi ils sont venus vous consulter ?

2.2 : Pourquoi vous et vos collègues qui n'offrez pas la santé mentale, avez la même attitude sur la prise en compte des réponses non verbales du patient et de certaines de ces attitudes ?

8 : Pourquoi vous et vos collègues qui ne pratiquent pas la santé mentale, avez les mêmes attitudes d'empathie à l'égard des patients et leurs familles durant vos consultations ? Pourquoi vous n'êtes pas meilleurs à eux sur cet aspect alors que vous dites que la prise en charge des malades mentaux nécessite plus d'empathie et de considération du patient.

9 : Comment expliquez-vous la similitude entre vous qui traitez les malades mentaux et ceux qui ne le font pas sur le timing des séquences de la consultation ? Est-ce que le fait que vous pratiquiez la santé mentale n'a aucune influence sur vous sur cet aspect ?

TROISEME TEMPS : Discussion sur les facteurs explicatifs

1. Selon vous quelles sont les raisons qui font que vous qui traitez les malades mentaux avez des différences d'attitudes et de pratiques avec ceux qui ne les traitent pas pour tout patient (malades mentaux ou pas) ? Qu'est-ce qui vous a influencé depuis que vous avez commencé à traiter les malades mentaux ?

Parmi les raisons évoquées durant les entretiens...

2. Certains disent que c'est la formation que vous avez reçue en santé mentale. Si oui en quoi cette formation vous a fait changer d'attitudes et de pratiques ? Donnez quelques arguments ? Donnez la particularité de cette formation (qu'est-ce qui vous a marquée) ?

Si c'est cette formation, en quoi elle a pu induire des changements ?

En quoi elle est différente des formations habituelles ?

Même au sein de vos centres qui pratiquent la santé mentale, nous avons trouvé des différences entre les anciens (pendant SaMOA) et les nouveaux (après le projet SaMOA et surtout depuis les formations reçues suite à l'avènement d'Ebola). Quels commentaires faites-vous de telles explications ?

3. D'autres disent qu'en plus de la formation, il y a le fait que vos centres de santé travaillent autrement par rapport aux autres. Pouvez-vous donner vos particularités : votre fonctionnement, les valeurs que vous défendez, la façon dont vous êtes organisés ? La façon dont vous interagissez avec vos collègues ? Et vos responsables ?

4. Nous avons appris également que le fait que vous êtes au quotidien avec les malades mentaux (vous les consultez, ou vous les rencontrez dans les couloirs de votre centre de santé ou du fait que vos collègues en parlent), vous avez des différences avec vos collègues qui ne les voient que rarement ou jamais dans leurs centres de santé. Qu'en dites-vous ? En quoi le fait d'être en contact avec les malades mentaux dans votre pratique quotidienne influence votre façon de communiquer avec les patients en général ?

11. Ordre de mission



RÉPUBLIQUE DE GUINÉE



**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Faculté de
Médecine Pharmacie Odontostomatologie
DES de Médecine de famille**

Conakry, le 16 août 2017

Ordre de mission

N°..... CP/DES MedFA/2017

Il est ordonné aux Docteurs *Mory DIAKITE et Bapaté BARRY*, tous médecins, assistants de recherche, de se rendre dans les districts sanitaires de Conakry, Kindia, Labé et Pita pour des fins d'enquête dans le cadre d'une thèse de doctorat en santé publique.

La collecte des données sera faite auprès des prestations de soins et usagers des centres de santé associatifs des sites indiqués dans la note d'information (ci-jointe) dans le respect de l'éthique (ci-joint la lettre du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé de Guinée)

Date de départ : 16 août 2017

Retour : Fin de mission

Les Autorités administratives et militaires des préfectures traversées, des districts sanitaires et les responsables des centres de santé à visiter sont priés de faciliter la bonne exécution de la mission.

Dr SOW Abdoulaye, MD. MPH, PHD-Candidate
Secrétaire académique du DES de médecine de famille
Faculté de médecine, Université de Conakry
Tel : 0224 628707894

Annexe 6. Autorisation du Comité d'éthique

REPUBLIQUE DE GUINEE

=====

TRAVAIL – JUSTICE – SOLIDARITE

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE (CNERS)

Conakry, le 16 Mars 2017

N° : 010/CNERS/17
Objet : Examen Protocole

LA PRESIDENTE

A Dr Abdoulaye SOW
FMPOS, UGAN Conakry.

Monsieur,

Le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS), en sa session du 16 Mars 2017, a procédé à l'examen de la version corrigée de votre protocole de recherche intitulé: «L'intégration des soins en santé mentale dans les centres de santé permet-elle d'améliorer la santé globale des soins de première ligne ?».

Le Comité note avec satisfaction la prise en compte de ses observations.

Il autorise la mise en œuvre de votre étude dans le respect des principes éthiques y énoncés et vous invite à lui transmettre un rapport annuel de l'étude. Cette approbation est valable pour une période d'un (1) an à compter de sa date de signature.

Le CNERS tient à être informé de toute modification du présent protocole au cours de sa mise en œuvre.

Veillez agréer l'expression de ma considération distinguée.



La Présidente

Pr Oumou Younoussa SOW

Présidente : Professeur Oumou Younoussa SOW. Tel. +224 664 962 434 Email: oumou45@yahoo.fr
Assistante Administrative : Aissatou Sanoussy BAH. Tel : +224 669 930 951

