

Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry

Abdoulaye Sow, Monique Van Dormael, Bart Criel, Myriam de Spiegelaere

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2019/2 Vol. 31 , PAGES 305 À 313
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.192.0305

Date de mise en ligne : 19/07/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-305?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



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

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry

Integrating mental health in community health centers in Guinea

Abdoulaye Sow^{1,2}, Monique Van Dormael³, Bart Criel³, Myriam De Spiegelaere¹

➔ 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.

➔ Abstract

This study investigates effects of integrating mental health on staff attitudes in 5 community health centers in Guinea: more specifically, on destigmatizing mental health problems and on adopting patient-centered care approaches. It is based on semi-structured interviews with 27 health workers from health centers having integrated mental health care (Santé Mentale +, with acronym SM+); and, as a comparison group, with 11 health workers working in facilities that do not have integrated mental health (SM-). Attitudinal change among SM+ health workers contrasts sharply with the stigmatizing discourse of SM- health workers. The former, strengthened by their successes in treating mental health patients, have overcome their fears and developed positive attitudes vis-à-vis mental health patients. Furthermore, part of the SM+ workers discovered and adopted a patient-centered approach to care, whereas others remained confined to a biomedical logic. A facilitating factor of change has been the organization of an in-service training program (joint consultations, teamwork and community action) taking into account health workers' emotional needs and providing patient-centered role models. However, this training set-up only functioned optimally in the non-bureaucratic organizational context of a community health center staffed with a stable and qualified team. Our study indicates that, beyond improved access to psychiatric care, integrating mental health in health centers can also reinforce the quality of the therapeutic relationship in general. The contents and modalities of the training program in mental health are crucial; but so is the way the health services are being organized.

Keywords: Primary health care; Mental health; Attitudes; Patient-centered care; Guinea.

¹ École de santé publique ULB.

² Université Gamal Abdel Nasser – Conakry.

³ Institute of Tropical Medicine – Antwerp.

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 centres 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 « *saouards* » 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 diagnostic, 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 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 œuvre 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'auto-évaluation 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.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

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):810-1.
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. 49 p.
11. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Condé S, Dewez M, De Spiegelaere N. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée Conakry. *Santé Publique.* 2018;30(2):253-61.
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. Ewurdjakpor 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;52:249-58.

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. Paresh 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):162-73.
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. *Pipedream or possibility? Soc Sci Med.* 2000;51:321-34.
25. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS-AIMS sur le système de Santé Mentale de la République de Guinée Conakry : OMS-Guinée. 2016. 37 p
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):30-4.
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. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.* Montréal : Éditions 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.