



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**BESOINS EXPRIMÉS DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE SANTÉ MENTALE
DANS UNE ZONE POST CONFLITS, CAS DE LA VILLE DE TSHIKAPA**

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

**BESOINS EXPRIMÉS DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE SANTÉ MENTALE DANS UNE ZONE POST
CONFLITS, CAS DE LA VILLE DE TSHIKAPA ☆**

M'FWAMBA MATUNGA CELESTIN ^a, KAKULE KAVIRA JOSEPHINE ^a, NYENGELE KABONGO PAUL ^a, MUINAMINAYI TSHIBUABUA CALVIN. ^a

A. ISTM TSHIKAPA

Received 11 July 2023; Accepted 10 September 2023

Available online 5 January 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Santé mentale

Zone de santé

Post conflits

Tshikapa

ABSTRACT

La santé mentale a été négligée pendant trop longtemps. Elle nous concerne tous et il est urgent d'agir à plus grande échelle. L'OMS dit que dans la zone post conflits, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans dans le monde. Ce problème ne touche pas seulement des pays à revenu élevé, en effet, ces phénomènes touchent plutôt 80% des populations à faibles revenus. Il n'y a pas de santé sans santé mentale. En zone de conflit, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux, par la méthode d'enquête, étude rétrospective, nous avons trouvé combien la population de Tshikapa ayant développée des troubles mentaux exprime le besoin des structures de prise en charge de ces affections dont certains sont post traumatiques et post conflits.

I.INTRODUCTION

La santé mentale a été négligée pendant trop longtemps. Elle nous concerne tous et il est urgent d'agir à plus grande échelle (Antonio Guterres, 2019), Une personne sur cinq vit avec une forme de trouble mental, allant d'une dépression légère ou d'une anxiété à une psychose. Près d'une personne sur dix vit avec un trouble mental modéré ou grave,(OMS,2019). Ces chiffres sont significativement plus élevés si on les compare à la prévalence de ces maladies dans la population générale. En effet, hors zones de conflit, « elles concernent une personne sur 14 », explique Alison Ruth Brunier, spécialiste de la santé mentale à l'OMS, au micro d'ONU info(2019).

Ces personnes ont besoin d'obtenir un traitement et des soins, alors que leurs troubles nuisent souvent à leur capacité de fonctionner. L'accès aux soins n'est pas seulement une question d'amélioration de la santé mentale, il peut aussi être une question de survie. Dans leur étude, (Alison Ruth Brunier et A. Bhatiasevi,2019),explique que L'étude a analysé cinq troubles qui frappent les personnes vivant dans les zones de conflit : la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique, le désordre bipolaire ou la schizophrénie et révèle que « La dépression et l'anxiété semblent affecter davantage les personnes âgées et la dépression est plus courante chez les femmes que chez les hommes en zones de conflit ».Selon les estimations de l'ONU, en 2019, près de 132 millions de personnes dans 42 pays du monde auront besoin d'une assistance humanitaire résultant d'un conflit ou d'une catastrophe. Près de 69 millions de personnes dans le monde ont été déplacées de force par la violence et les conflits, le nombre le plus élevé depuis la Seconde Guerre mondiale. « Donc le problème est très grand », estime Mme Brunier, dans ce même ordre d'idées, la République démocratique du Congo n'est pas exclus.

Pour coordonner la réponse en matière de santé mentale en situation d'urgence, que ce soit pendant un conflit ou après une catastrophe naturelle, la tâche première de l'OMS est d'identifier rapidement ce dont les gens ont

besoin. cette réalité est jusqu'à la preuve du contraire attendue par les populations de la république démocratique du Congo précisément celle de Tshikapa après des conflits extrêmement grave issus de la catastrophe dite phénomène Kamwina nsapu. « La deuxième étape est de déterminer dès que possible les ressources qui sont déjà disponibles sur place pour aider ces personnes », explique Alison Brunier. Cela peut être des services gouvernementaux, des organisations non gouvernementales locales et des partenaires internationaux qui ont la capacité et les connaissances nécessaires pour gérer les problèmes de santé mentale, pour soutenir les personnes en situation de stress aigu et pour évaluer et soigner les troubles mentaux, des plus légers aux plus graves.

La troisième étape est d'aider à fournir la capacité de soutien lorsque ce qui existe n'est pas suffisant. Cela implique généralement une coordination avec les partenaires et un renforcement rapide des capacités des prestataires locaux.

« Cela passe par la formation de généralistes qui sont sur le terrain pour qu'ils puissent diagnostiquer des problèmes mentaux et après les soigner », explique la spécialiste en santé mentale. « Il est aussi nécessaire de renforcer les systèmes de santé pour les problèmes mentaux dans les pays en général pour que les pays soient préparés en cas de situation d'urgence ou humanitaire ».

La prise en charge des soins de santé mentale pendant les conflits et d'autres situations d'urgence, dans les pays où ce soutien est limité, peut permettre d'identifier les personnes affectées. Dans de nombreux cas, ce soutien permet de dissiper les mythes sur la maladie mentale et d'aboutir à un traitement, à des soins et à une vie plus digne, (SENKER B. et Al, 2022).

Dans une étude menée par Erick Mukala Mayoyo, Willem van de Put, Sara Van Belle, Bibiane van Mierlo, Bart Criel,(2021)intitulée Intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires en République Démocratique du Congo, Les résultats

indiquent que 3 941 patients ayant un problème de santé mentale ont utilisé les soins offerts aux centres de santé (CS) et à l'hôpital du district entre 2012 et 2015. En 2015, le taux d'utilisation moyen des soins curatifs dans les CS pour des problèmes de santé mentale était de 7 nouveaux cas pour 1 000 habitants par an. La majorité de ces patients ont été pris en charge en ambulatoire, en première ligne de soins. Nous voudrions à travers cette étude, présenter le besoin exprimé des communautés et des professionnels de santé communautaires de la mise en place des structures sanitaires de prise en charge des cas des troubles mentaux issus des divers phénomènes post conflits dans la ville de Tshikapa et aussi, qu'il est possible d'intégrer la santé mentale dans les services de santé en RDC. Néanmoins, les grands problèmes en termes d'accès et d'utilisation des soins de base indiquent que la réussite d'une telle initiative d'intégration est tributaire de la qualité du système de santé en place et de l'implication d'un éventail d'acteurs sanitaires et non sanitaires, y compris des personnes clés au sein des communautés.

Marie Faucon(2022), signale qu'en Afrique les personnes atteintes de troubles psychiques ou mentaux sont considérées comme habitées par « des esprits malveillants » et que seule la médecine traditionnelle peut bien les guérir.

Les normes exigent que la prise en charge de catastrophes, des maladies chroniques, des crises humanitaires et des conflits soient accompagnés de résolution des problèmes de santé mentale qui en soit peuvent accélérer ou retarder la guérison.

La lutte contre les troubles mentaux, neurologiques et ceux liés à l'utilisation des substances psychotropes, constitue dans les pays en développement un défi moyen.

La province du Kasai, alors qu'elle a connu des atrocités de triste mémoire des milices opérant sous le label de KAMUINA NSAPU reste encore jusqu'à nos jours sans une intervention efficace dans le sens de prise en charge psychologique. La même situation fut très remarquable lors de riposte dans la pandémie de Covid-

19 où plusieurs malades manquent l'encadrement psychologique, n'est pas accepté leur diagnostic bien que devant cet aspect de chose, notre curiosité scientifique cherche à comprendre pourquoi la prise en charge de santé mentale n'est pas prise en compte dans plusieurs interventions dans la province du Kasai en générale et à Tshikapa ville en particulier ? Et de manière anticipée nous prenons que l'absence d'une structure de prise en charge de santé mentale serait à la base de non-assistance des communautés sur l'aspect psychologique dans la ville de Tshikapa. En nous inclinant sur ce sujet, nous voulons tirer l'attention de tous sur l'importance d'une structure de prise en charge en santé mentale.

Cette étude vise à contribuer à l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale, de prévenir des troubles mentaux et protection des droits de personnes souffrant de troubles mentaux dans la communauté. D'une manière spécifique pour y arriver, nous nous sommes assigner les objectifs tels que :

- S'entretenir avec les autorités politico-sanitaires ;
- Vérifier l'existence de quelques structures qui s'occupent de la santé mentale ;
- Identifier les besoins en structure ;
- Proposer les solutions idoines

Alors que le nombre des fous et détraqués mentaux a augmenté dans la ville, une situation que certains attribuent aux effets des atrocités des milices dit à kamuina nsapu, il nous est apparu important entant que chercheurs d'aborder ce sujet qui s'occupe de la santé mentale pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients atteint des maladies mentales au victime des traumatismes poste catastrophes ou conflits dans la province du Kasai, ville de Tshikapa.

II. MATERIEL ET METHODES

1. MATERIELS

Présentation de la ville de Tshikapa

Tshikapa est une ville et le chef-lieu de la province du Kasai en République démocratique du Congo. La localité est connue pour ses gisements de diamants. Elle a acquis le statut officiel de ville en 2003, en même temps que Mwene-Ditu. La localité est située à la confluence de la rivière Tshikapa et la rivière Kasai sur la route nationale 1 à 842 km au sud-est de la capitale Kinshasa. Elle s'étend sur les deux rives de la rivière Kasai que relie un pont métallique. Il est question dans ce paragraphe d'étaler la santé économique de la province du Kasai. Dans le cas sous-examen, nous observons que la mauvaise situation économique de la province entraîne la mauvaise situation sociale dans la mesure où nous avons affaire à une grande population improductive, c'est-à-dire vivant dans le chômage et est prise en charge par un petit pourcentage de la population qui travail. Pour soutenir ces affirmations, nous nous joignons à Adam SMITH qui avait déjà compris que la richesse est le produit du travail et la richesse d'une nation dépend de la proportion de sa population qui travaille et de la nature du travail. Eu égard à ce qui précède, l'économie du Kasai est prédominée par les activités ci-après :

- L'agriculture de substance avec comme principales productions agricoles les maïs, les ananas, le café, le manioc, l'arachide, l'huile de palme, le riz et le haricot.
- L'élevage extensif des gros bétails (bovins), petit bétail et la basse-cour,
- L'exploitation artisanale de diamant.
- Le commerce des produits de champs et les produits manufacturés.

Il est observé un quasi inexistence d'industries extractives agro-alimentaires et de transformation dans la province. Les voies de transport particulièrement les routes et le chemin de fer sont délabrées et l'évacuation des produits agricoles des lieux de production vers les centres de consommation est difficile. Dans le secteur

3.1. ANALYSE UNIVARIEE

formel, l'emploi des salariés est assuré essentiellement par l'administration publique à travers ses entreprises et établissements publics et par les sociétés privées à savoir : Congo Futur, Arauphar, Vodacom, Airtel, Orange, etc. Les autres services qu'on trouve dans la province sur le plan économique sont entre autres la Banque Centrale du Congo, la Banque Commerciale Du Congo (BCDC), la Trust Merchant Bank (TMB), la Direction Générale des Impôts (DGI), la Direction Générale Recettes Administratives Domaniales (DGRAD), la Société Nationale d'Assurance (SONAS), la Direction Générale de Douane et Assise (DGDA), et l'Office Congolais de Contrôle (OCC).

2. Méthodes, techniques et échantillons

La méthode d'enquête rétro-prospective soutenue par les techniques de l'analyse documentaire et interview nous ont aidé à la collecte des données nécessaires que nous vous présentons dans cette étude. Pour ce travail, nous considérons comme population l'ensemble des professionnels de santé œuvrant aux différents bureaux et coordinations de la division provinciale de la santé du Kasai et dans quelques ONG qui œuvrent dans la ville de Tshikapa. Un choix aléatoire a été opéré pour sélectionner quelques bureaux dans lesquels nous allons tirer un échantillon représentant tous les professionnels soit un total de 77 personnes à enquêter.

Une fiche d'enquête a été élaborée pour obtenir des réponses sur l'existence des structures de santé mentale et l'organisation des activités de santé mentale dans la ville de Tshikapa.

III. RESULTATS

Dans ce point, les données collectées sur terrain sont analysées et présentées sous formes des tableaux statistiques et graphiques. Les variables quantitatives sont présentées à travers les paramètres de tendance central et ceux de dispersion tandis que les variables catégorielles (qualitatives) sont présentées par les fréquences et les pourcentages.

3.1.1. DESCRIPTION DE LA VARIABLE QUANTITATIVE

Tableau I : Description des âges des enquêtés

Variabes	Moyenne	Médiane	Intervalle interquartile	Mode	Min	Max
Age	43	40	16	32	32	60

Source : Données de l'enquête sur terrain/2023

Tableau II : Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Variabes	Fréquence	Pourcentage
Tranche d'âge	N	%
32-46 ans	49	63,6
47-60 ans	28	36,4
Total	77	100
Sexe	N	%
Masculin	57	74
Féminin	20	26
Total	77	100
Niveau d'étude	N	%
Gradué	28	34,6
Licencié	49	63,6
Total	77	100
Fonction	N	%
Secrétaire	9	11,7
Infirmier	43	55,8
Médecin	21	27,3
Radiologue	2	2,6
Enseignant	2	2,6
Total	77	100
Structures sanitaires	N	%
HGR	12	15,6
DPS	33	42,9
Coordinations	10	13
ONG	8	10,4
ITM	2	2,6
Bureaux centraux	12	15,6
Total	77	100

Source : Données de l'enquête sur terrain/2023

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques spécifiques du sujet

Variab les	Fréquence	Pourcentage
Lieu du vécu d'évènement	N	%
Sur la ville	56	72,7
Hors la ville	21	27,3
Total	77	100
Entendement sur le trouble mental	N	%
Oui	72	93,5
Non	5	6,5
Total	77	100
Connaissance de l'influence de conflit sur la santé humaine	N	%
Oui	62	80,5
Non	15	19,5
Total	77	100
Problème récurrent de santé mentale due au conflit de Kamuena Sapu	N	%
Emotion	8	10,4
Trouble alimentaire	14	18,2
Stress	9	11,7
Suicide	2	2,6
Folie	22	28,6
Tout	7	5,2
Ne sait rien	15	19,5
Total	77	100
Elaboration de Mécanisme de prise en charge des malades mentaux	N	%
Oui	6	7,8
Non	71	92,2
Total	77	100
Nombre des malades présentant le besoin de soin de santé mentale pouvant être PEC	N	%
Aucun	56	72,7
Un à deux	14	18,2
Trois à quatre	4	5,2
Plus de cinq	3	3,9
Total	77	100

Existence d'un personnel capable de PEC les malades mentaux	N	%
Oui	10	12,9
Non	67	87
Total	77	100
Solution pour assurer les soins des malades mentaux	N	%
Créer les structures de prise en charge en santé mentale	25	32,5
Recruter le personnel capable pour la PEC des malades mentaux	9	11,7
Former le personnel en santé mentale	43	55,8
Total	77	100
Existence d'une structure de prise en charge des malades mentaux	N	%
Oui	5	6,5
Non	72	93,5
Total	77	100
Cause de l'inexistence d'une structure de prise en charge des malades mentaux	N	%
Manque de volonté des autorités nationales	27	35,1
Manque de volonté des autorités provinciales	30	39
Absence des spécialistes en santé mentale	20	26
Total	77	100

Source : Données de l'enquête sur terrain/2023

Tableau IV : Relation entre niveau d'étude, existence de mécanisme de prise en charge des malades mentaux et l'existence des activités de santé mentale

Existence des activités de santé mentale									
Niveau d'étude	Non	Oui	Total	RR	IC ^{95%}	X ²	DDL	P	S
Gradué	22	6	28						
Licencié	34	15	49	1,69	1,42-3,08	5,56	1	0,01	***
Total	56	21	77						

Existence de mécanisme de PEC S.M									
Oui	54	17	71						
Non	2	4	6	1,56	1,31-2,05	10,86	1	0,00	***
Total	56	21	77						

Source : données de l'enquête sur terrain/202

IV. DISCUSSION

Par rapport au tableau 1, l'âge médian est de 40 ans avec l'intervalle interquartile de 16 ans, l'âge moyen est de 43 ans et modal est de 32 ans. Les moins âgés avaient 32 ans et le plus âgé avait 60 ans avec une étendue de 28 ans. Cet état de chose se justifie par le fait que la plupart des prestataires des institutions de santé sont comme peut le l'âge majeur.

Eu égard au tableau 2, les enquêtés de la tranche d'âge de 32-46 ans sont majoritaires (63,6%) par rapport à ceux de 47-60 ans (36,4%). Ceci se justifie par le fait que nos enquêtés sont à l'âge de maturité et capable de résoudre tout fait social qui se pose avec acuité.

Les enquêtés du sexe masculin prédominent (74%) par rapport à celles du sexe féminin (26%). Ceci se justifie par le fait que les hommes sont plus représentés au poste de responsabilité que les femmes. Et ceci corrobore avec les résultats de recherche menée par GHISLAINE et Al (6) qui confirme que peu de femmes soit 6% occupent le poste de décision et restent essentiellement cantonnées à l'administration car elles privilégient la vie familiale au détriment de la vie professionnelle

Quant à ce qui concerne le niveau d'étude, 63,6% des enquêtés sont de licenciés et 36,4% sont des gradués. Ceci se justifie par le fait que les postes de responsabilités sont plus confiés aux personnes disposant un niveau d'étude requis.

Au regard de la fonction des enquêtés, 55,8% sont des infirmiers, 27,3% des médecins, 11,7% des secrétaires

et 2,6% sont respectivement des radiologues et enseignants. Ceci se justifie par le fait que dans les institutions de santé, les infirmiers sont dominants suite au nombre exorbitant qui sont formés chaque année par les diverses institutions d'enseignement médical. Comme on peut le lire dans l'exposé de motif de la loi n°16/015 du 15 Juillet 2016(7), l'infirmier représente 74,8% de tous les agents du ministère de la santé.

La plupart des enquêtés étaient des bureaux de la DPS (42,9), suivis ceux des hôpitaux généraux de référence et Bureaux centraux de référence respectivement 15,6%, ceux des coordinations, ONG, ITM respectivement 13%, 10,4% et 2,6%. Ceci se justifie par le fait que la majorité des enquêtés sont des infirmiers et médecins qui prestent aux bureaux de la division provinciale et dans les Hôpitaux.

Par rapport au tableau 3, relativement au lieu du vécu de l'évènement Kamuena Sapu, 72,7% des enquêtés en avaient vécu l'évènement étant sur la ville et 27,3% hors la ville. Ceci se justifie par le fait que nos enquêtés sont des professionnels de santé qui travaillent longtemps à ces postes sur place dans la ville ou se trouve leurs bureaux.

Concernant l'entendement des enquêtés sur le trouble mental, 93,5% avaient déjà entendu parler de troubles mentaux et 6,5% qui n'avaient jamais entendu parler. Ça se justifie par le fait que le concept trouble mental n'est pas nouveau, quand bien même certains l'ignorent par négligence étant aussi nouveaux dans le système.

Nous comprenons que, 80,5% des enquêtés connaissent

l'influence de conflit sur la santé humaine et 19,5% qui n'en connaissent pas. Ceci se justifie par le fait que le conflit lui-même entraîne la psychose et paralyse toutes les activités vitales qui influent sur le bien-être.

En rapport avec les problèmes mentaux rencontrés pendant le phénomène kamuenta Sapu, 28,6% des enquêtés connaissent que la psychose constitue le problème majeur accentué par le phénomène Kamuenta Sapu, 19,5% ne connaissent aucun problème mental, 18,2% connaissent les troubles alimentaires, 11,7% le stress, 10,4% l'émotion, 5,2% connaissent tous les problèmes (émotion, trouble alimentaire, stress, suicide et psychose) et 2,6% connaissent le suicide. Ceci se justifie par le fait que durant cet événement de triste mémoire, les crépitements des balles inhabituelles par la population constituaient une psychose permanente.

En rapport avec le mécanisme de prise en charge des malades mentaux défini par la structure, nous remarquons que 92,2% des enquêtés déclarent la non définition de mécanisme de prise en charge des malades mentaux et 7,8% des enquêtés qui déclarent la définition de mécanisme. Ceci se justifie par le fait que la plupart des structures n'ont établi aucun mécanisme de prise en charge des malades mentaux et cela constitue un défi à relever. Ceci correspond avec les conclusions de ALISON BRUNIER(8) qui précise que dans beaucoup des pays du monde, l'ignorance concernant la santé mentale et les maladies mentales reste largement répandue ; et la prise en charge des soins de santé mentale pendant les conflits et d'autres catastrophes ou situation d'urgence est très limitée.

Par rapport au nombre des malades présentant le besoin de soin de santé mentale durant l'évènement Kamuenta Sapu, 72,7% des enquêtés déclarent de n'avoir pas observés les malades présentant le besoin de soin de santé mentale durant cet événement de triste mémoire, 18,2% en avaient observé un, 5,2% plus de deux et 3,9% avaient observé deux malades avec besoin de soin

de santé mentale. Ceci s'explique par le fait que les personnes présentant ce problème de santé mentale souffraient en individualité sans déclaration ni communication aux autres personnes, cela se manifeste seulement à travers les actes anormaux qu'elles posent dans la société.

Concernant l'existence à la structure et d'un personnel capable de prendre en charge les malades mentaux, 80,5% des enquêtés déclarent l'inexistence d'un personnel capable de prendre en charge les malades mentaux et 19,5% déclarent son existence. C'est par le fait que les structures elles-mêmes ne disposent pas le mécanisme de prise en charge des malades mentaux suite à l'inexistence d'un personnel capable de s'en occuper. Marie Faucon citée ci haut renseigne que la manque des structures de prise en charge des troubles mentaux rend également impossible la présence de personnel médical formé dans ce domaine.

En rapport avec les solutions préconisées par les enquêtés pour la prise en charge des malades mentaux, 55,8% des enquêtés proposent la formation de personnel en santé mentale, 32,5% proposent la création des structures de prise en charge en santé mentale et 11,7% préconisent le recrutement du personnel capable de prendre en charge les malades mentaux. Ceci se justifie par le fait que la formation du personnel en santé mentale est le moyen le plus efficace pour garantir la prise en charge des problèmes mentaux qui guettent un grand nombre de personnes.

Quant à ce qui concerne l'existence de structure en santé mentale, 93,5% des enquêtés déclarent l'inexistence d'une structure sur la ville de Tshikapa s'occupant de la prise en charge des malades mentaux et 6,5% déclarent le contraire. Ceci se justifie par le fait qu'il n'y a aucune structure sur la ville de Tshikapa qui s'occupe de la prise en charge des malades mentaux. Lesquels résultats se conforment à ce qui a été présenté par ISABELLE DORE et Al (2029); en

montrant que malgré l'état avancé de fonctionnement de santé en Burkina-Faso, plusieurs insuffisances sont encore remarquables entre autres faibles couvertures des structures de prise en charge en santé mentale...

Relativement aux causes de l'inexistence des structures de prise en charge des malades mentaux, 39% des enquêtés déclarent le manque de volonté des autorités provinciales, 35,1% déclarent le manque de volonté des autorités nationales et 26% déclarent l'absence des spécialistes en santé mentale. Ceci se justifie par le fait que la création des structures spécialisées pour prise en charge des malades mentaux est à la compétence du gouvernement tant provincial que national.

Le niveau d'étude des enquêtés influence significativement l'inexistence des activités de santé mentale dans les structures sanitaires ($P < 0,05$). En plus les enquêtés du niveau de graduat ont 69% de probabilité de n'est pas penser à intégrer les activités de santé mentale dans leurs structures par rapport aux enquêtés du niveau de licence. RR=1,42 ; IC95% [1,42-3,08].

L'inexistence de mécanisme de prise en charge des malades mentaux influence significativement l'inexistence des activités de santé mentale dans les structures sanitaires ($P < 0,05$). En plus, les enquêtés prestant dans les structures sans mécanisme de prise en charge des malades mentaux ont 56% de probabilité de n'est pas penser à intégrer les activités de santé mentale dans leurs structures par rapport à ceux qui prestant dans les structures avec mécanisme de prise en charge des malades mentaux. RR=1,56 ; IC95% [1,31-2,05].

V. CONCLUSION

Cet article se focalise sur les facteurs associés au non existence des structures de prise en charge en santé mentale dans une zone post-conflit. Etude menée dans la ville de Tshikapa.

L'étude a porté sur un échantillon de 77 prestataires des

institutions de santé.

Les objectifs assignés sont : S'entretenir avec les autorités politico-sanitaire ; Vérifier l'existence de quelques structures qui s'occupent de la santé mentale ; Identifier les besoins en structure ; Proposer les solutions idoines.

Pour y parvenir, la méthode d'enquête rétrospective a été utilisée appuyée par la technique d'analyse documentaire.

Les principaux résultats réalisés se présentent comme suit :

L'âge médian des enquêtés est de 40 ans avec l'intervalle interquartile de 16 ans ; 63,6% des enquêtés sont de licenciés ; 92,2% des enquêtés déclarent la non définition de mécanisme de prise en charge des malades mentaux ; 72,7% des enquêtés déclarent de n'avoir pas observés les malades présentant le besoin de soin de santé mentale durant cet événement de triste mémoire ; 80,5% des enquêtés déclarent l'inexistence d'un personnel capable de prendre en charge les malades mentaux ; 55,8% des enquêtés proposent la formation de personnel en santé mentale ; 93,5% des enquêtés déclarent l'inexistence d'une structure sur la ville de Tshikapa s'occupant de la prise en charge des malades mentaux ; 39% des enquêtés déclarent le manque de volonté des autorités provinciales, Le niveau d'étude des enquêtés influence significativement l'inexistence des activités de santé mentale dans les structures sanitaires ($P < 0,05$). En plus les enquêtés du niveau de graduat ont 69% de probabilité de n'est pas penser à intégrer les activités de santé mentale dans leurs structures par rapport aux enquêtés du niveau de licence. RR=1,42 ; IC95% [1,42-3,08] ;

L'inexistence de mécanisme de prise en charge des malades mentaux influence significativement l'inexistence des activités de santé mentale dans les structures sanitaires ($P < 0,05$). En plus, les enquêtés prestant dans les structures sans mécanisme de prise en charge des malades mentaux ont 56% de probabilité de

n'est pas penser à intégrer les activités de santé mentale dans leurs structures par rapport à ceux qui prestent dans les structures avec mécanisme de prise en charge des malades mentaux. RR=1, 56 ; IC95% [1,31-2,05].

RECOMMANDATIONS

- ✓ **Aux autorités politico-sanitaires et partenaires d'appui financier :**
 - De créer les structures de prise en charge des malades mentaux ;
 - De recruter le personnel capable de prendre en charge des malades mentaux ;
 - De créer les mécanismes de prise en charge des malades mentaux au sein des institutions sanitaires à tous les niveaux ;
 - De renforcer les capacités de prestataires en santé mentale ;
- ✓ **Aux autorités académiques :**
 - Organiser les filières de formation en santé mentale ;
- ✓ **Aux chercheurs :**
 - D'intensifier ce sujet sous un autre angle pour le suivi des recommandations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) *Ministère de la santé nationale : politique sous sectorielle en santé mentale 2020*
- 2) *OMS : rapport national sur la santé mentale 2022*
- 3) *FLONA KASTLER : la santé mentale en Afrique , un défi ou une réponse institutionnelle inadapté [WWW cairn info](http://WWW.cairn.info) 23/02/2023 08h45_*
- 4) *MARIE FAUCON : difficultés de la prise en charge de la santé mentale en Afrique de l'Ouest ; [WWW wathir.org](http://WWW.wathir.org) 13/11/2022*
- 5) *ERICK MUKALA MAYOYO & ALL : intégration de la santé mentale dans les*

services de soins de santé primaire en RDC ; santé publiée 2021 ;

- 6) *DOSSA NISSON & ALL : santé reproductive et santé mentale des femmes qui ont subi la violence sexuelle en temps de conflits armé ;cas cde la RDC ; [papyrus bib imontréal cain handite2021](#)*
- 7) *ISABELLE DORE et ALL ; santé mentale, un concept, mesure et déterminants, [WWW erudit.org](http://WWW.erudit.org)2022*
- 8) *LUC ALBERELLO : devenir praticien chercheur ; méthodes en sciences humaines, [Ed .Boecl supérieur 2023](#)*
- 9) *VIROLE B. et ALL ; autisme et surdité ,une étude exploratoire par cas , Ed centre régional de soins et des ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourds octobre 2014*
- 10) *OIM(2006), Psychosocial needs assessment in pidie, Bireuen and Aceh utara distict in Aceh ; [mailto :pdillon@ion.int](mailto:pdillon@ion.int) ;*
- 11) *Alison Brunier et OMS(2019) ; Frequence des troubles mentaux dans les zones de conflits*

☆ BESOINS EXPRIMÉS DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE SANTÉ MENTALE DANS UNE ZONE POST CONFLITS, CAS DE LA VILLE DE TSHIKAPA