

Connaissances et pratiques relatives à la Santé mentale et soutien psychosocial, droit et santé sexuel et de la reproduction chez les prestataires des soins du Nord-Kivu

BALUME Liévin*
BAHATI VALENTIN**
BASHOMBE Eugène***

Résumé

Cette étude examine les connaissances, les pratiques des prestataires de soins du Nord-Kivu concernant la santé mentale et le soutien psychosocial, notamment en lien avec la santé sexuelle et reproductive. À travers une approche qualitative menée auprès de 34 professionnels de santé dans plusieurs zones de santé, les résultats montrent que les prestataires reconnaissent certains symptômes de troubles mentaux mais disposent de connaissances limitées et de peu de formation spécialisée. Les problèmes de santé mentale sont souvent expliqués par des facteurs sociaux, spirituels ou culturels tels que le stress, la pauvreté, la violence et les croyances liées aux mauvais esprits. Les tabous culturels autour de la sexualité et de la santé mentale limitent également la prise en charge adéquate des patients. L'étude souligne la nécessité de renforcer les capacités des prestataires, d'intégrer le soutien psychosocial dans les services de santé et de développer des approches adaptées au contexte culturel congolais.

Mots clés : Santé mentale, Soutien psychosocial, Santé sexuel et de la reproduction, prestataires des soins.

* *Master en psychologie clinique de l'Université Adventiste de Goma – UAGO – et Assistant de Deuxième mandat à l'Institut Supérieur de Développement Rural – ISDR – de Walikale, Chef du bureau Régional du bureau TPO pour les Provinces du Nord-Kivu, Ituri et Tshopo, Ibalume@tpordc.org.*

** *Chef de travaux, Enseignant à l'Université de Goma – UNIGOM –, Domaine des Sciences Psychologiques et de l'Éducation, Diplômé d'Études Approfondies et Doctorant en Psychologie clinique à l'Université Pédagogique Nationale – UPN –, E-mail : bahativalentin@unigom.ac.cd.*

*** *Master en Psychologie clinique de l'Université de Goma – UNIGOM –, Psychothérapeute au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma, ToT en NET et Praticien EMDR Niveau 1, E-mail : psyeugenbasha@gmail.com.*

Abstract

This study explores the knowledge, attitudes, and perceptions of healthcare providers in North Kivu regarding mental health and psychosocial support, particularly in relation to sexual and reproductive health. Using a qualitative approach with 34 healthcare professionals from several health zones, the findings reveal that while providers can recognize some symptoms of mental disorders, they have limited knowledge and insufficient specialized training. Mental health problems are often explained through social, spiritual, and cultural factors such as stress, poverty, violence, and beliefs related to evil spirits. Cultural taboos surrounding sexuality and mental health also limit adequate patient care. The study highlights the need to strengthen the capacity of healthcare providers, integrate psychosocial support into health services, and develop culturally appropriate approaches adapted to the Congolese context.

Keywords: *Mental health, Psychosocial support, Sexual and reproductive health, Healthcare providers.*

I. Introduction

Les conflits armés, les catastrophes naturelles, les déplacements forcés et les crises humanitaires prolongées constituent des facteurs majeurs de risque pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations. Dans les contextes humanitaires, les individus sont fréquemment exposés à des événements traumatiques multiples susceptibles d'entraîner des troubles psychologiques, émotionnels et sociaux affectant durablement leur qualité de vie (WHO, 2013 ; IASC, 2007). Face à ces défis, l'approche de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS) développée par le Comité permanent inter-organisations (IASC) souligne l'importance d'une compréhension intégrée des dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles de la souffrance humaine (IASC, 2007).

Dans de nombreux pays à ressources limitées, les représentations de la santé mentale sont profondément influencées par les contextes socioculturels. Les problèmes psychologiques ne sont pas toujours perçus comme des maladies médicales, mais peuvent

être interprétés comme l'expression d'un déséquilibre spirituel, relationnel ou communautaire. Les familles, les leaders religieux et les guérisseurs traditionnels jouent ainsi un rôle essentiel dans les mécanismes de soutien et de prise en charge des personnes en détresse psychosociale (Patel et al., 2018 ; Ventevogel, 2016). De plus en plus de chercheurs soulignent dès lors la nécessité de développer des approches contextualisées de la santé mentale qui tiennent compte des réalités culturelles locales, notamment à travers les perspectives de la psychologie africaine, de l'ethnopsychiatrie et des approches anticoloniales (Patel et al., 2018).

La santé mentale est également étroitement liée à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Les expériences de violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG), les grossesses non désirées, les complications obstétricales ou encore les difficultés conjugales peuvent avoir des conséquences importantes sur le bien-être psychologique des individus. Inversement, les problèmes de santé mentale influencent souvent la capacité des personnes à accéder aux services de SSR et à exercer leurs droits sexuels et reproductifs (UNFPA, 2020 ; WHO, 2013). Cette interconnexion est particulièrement marquée dans les contextes de conflit armé où les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique.

La République démocratique du Congo (RDC), et plus particulièrement les provinces de l'Est du pays, est confrontée depuis plusieurs décennies à une succession de conflits armés, de déplacements de populations et de crises humanitaires récurrentes. À ces situations d'insécurité se sont ajoutées des catastrophes naturelles telles que l'éruption du volcan Nyiragongo en mai 2021, qui a fortement affecté la ville de Goma et ses environs. L'accumulation de ces événements expose les populations à des expériences traumatiques répétées susceptibles d'affecter profondément leur santé mentale et leur bien-être psychosocial.

Dans ce contexte, les normes sociales et culturelles influencent fortement les expériences de souffrance psychologique ainsi que les réponses apportées par les communautés. Les rôles de genre traditionnels attribuent généralement aux hommes des responsabilités de protection et de soutien économique, tandis que les femmes sont associées aux fonctions domestiques, à la maternité et à l'éducation des enfants (Jewkes et

al., 2010). Toutefois, plusieurs décennies de conflits, de déplacements forcés, de transformations économiques et d'influences internationales ont profondément modifié ces équilibres sociaux. Les réseaux traditionnels de soutien communautaire ont été fragilisés, tandis que les nouvelles normes relatives aux droits humains, aux droits des femmes et aux droits sexuels et reproductifs ont progressivement transformé les rapports sociaux sans toujours être accompagnées par des mécanismes de soutien adaptés (Autesserre, 2012 ; UNFPA, 2020).

Ces transformations s'inscrivent dans un contexte marqué par une forte prévalence des violences sexuelles et basées sur le genre. De nombreuses études ont documenté les violences perpétrées aussi bien par des groupes armés que dans les sphères familiales et communautaires. Les survivantes sont souvent confrontées à la stigmatisation sociale, au rejet familial et à des conséquences psychologiques importantes, tandis que les violences sexuelles subies par les hommes et les garçons demeurent largement invisibilisées (Kelly et al., 2011 ; Peterman et al., 2011). Malgré les efforts déployés par les organisations nationales et internationales pour prévenir ces violences et soutenir les survivants, l'intégration des services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les programmes de SSR demeure insuffisante.

Par ailleurs, l'offre de soins en santé mentale en RDC reste limitée. Héritée en grande partie de la période coloniale et des missions religieuses, elle demeure fortement influencée par une approche biomédicale centrée sur la psychiatrie clinique et les traitements pharmacologiques (WHO, 2013). En 2021, seuls six hôpitaux neuropsychiatriques spécialisés étaient opérationnels à l'échelle nationale, dont cinq gérés par des institutions catholiques et un par l'État, notamment le Centre Neuro-Psycho-Pathologique de Kinshasa (Ministère de la Santé RDC, 2020 ; WHO, 2013). La majorité des prestataires de soins primaires disposent encore de peu de formation spécifique en santé mentale, malgré les efforts de renforcement des capacités entrepris à travers des initiatives telles que le programme mhGAP de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2016).

Dans ce contexte, une meilleure compréhension des connaissances et des pratiques des professionnels de santé concernant la santé mentale, le soutien psychosocial et la santé sexuelle et reproductive apparaît essentielle pour renforcer l'intégration de ces services.

Pourtant, peu d'études ont exploré la manière dont les prestataires de soins interprètent les problèmes psychosociaux, spirituels et médicaux dans les zones affectées par les conflits et les crises humanitaires de l'Est de la RDC.

La présente recherche est menée auprès des professionnels de santé du Nord-Kivu. Elle vise à évaluer les connaissances existantes, les pratiques de prise en charge et les services disponibles en matière de santé mentale, de soutien psychosocial et de santé sexuelle et reproductive. Cette étude cherche à identifier les besoins en formation et les lacunes de compétences des prestataires afin de contribuer au développement d'approches intégrées et culturellement adaptées de santé mentale et de soutien psychosocial au sein des services de santé sexuelle et reproductive.

II. Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative visant à explorer les connaissances, les pratiques existantes ainsi que les lacunes en matière de compétences des prestataires de soins de santé dans les domaines de la santé mentale, du soutien psychosocial et de la santé sexuelle et reproductive dans la province du Nord-Kivu.

Une étude qualitative exploratoire a été réalisée afin de mieux comprendre les expériences, les perceptions et les pratiques des professionnels de santé concernant la prise en charge des patients présentant des problèmes liés à la santé mentale et à la santé sexuelle et reproductive. Cette approche qualitative a été choisie car elle permet d'explorer en profondeur les perspectives des participants, leurs expériences et les défis rencontrés dans leur pratique quotidienne. Cette recherche a eu lieu dans 6 Zones de Santé notamment : Nyiragongo, Karisimbi ; Rutshuru ; Rrwagumba, kirotshi et Masisi.

Avant la collecte des données, un atelier de formation a été organisé avec une équipe composée de dix professionnels de santé ayant une formation en santé mentale et/ou en psychologie. Cet atelier avait pour objectif principal de développer et d'adapter les outils de recherche utilisés dans l'étude. Au cours de cet atelier, les participants ont élaboré des guides de discussion et des questionnaires comportant des questions ouvertes destinées à évaluer :

- les connaissances existantes des prestataires de soins en matière de santé mentale et de santé sexuelle et reproductive ;
- les pratiques actuelles dans la prise en charge des patients présentant des problèmes psychosociaux ou des troubles liés à la santé sexuelle et reproductive ;
- les défis rencontrés par les prestataires dans leur pratique professionnelle ;
- les lacunes en matière de connaissances, de compétences et de formation dans ces domaines.

Ces outils ont été conçus afin de recueillir des informations détaillées sur les expériences des prestataires de soins et sur les besoins de formation nécessaires pour améliorer l'intégration des services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les structures de soins.

Les participants comprenaient différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients au niveau des centres de santé et des hôpitaux de référence, notamment des infirmiers, des médecins et d'autres membres du personnel médical. L'échantillonnage a été réalisé de manière intentionnelle afin d'inclure des prestataires ayant une expérience directe dans la gestion des problèmes de santé mentale, de soutien psychosocial et de santé sexuelle et reproductive.

La collecte des données a été réalisée au mois d'août 2025 par une équipe de quatre chercheurs formés aux méthodes de recherche qualitative. Deux principales techniques de collecte de données ont été utilisées :

- Les discussions de groupe (Focus Group Discussions – FGD), permettant d'explorer les perceptions collectives, les expériences partagées et les pratiques communes des prestataires de soins ;
- Les entretiens approfondis (In-Depth Interviews – IDI), permettant d'obtenir des informations plus détaillées sur les expériences individuelles des participants, leurs perceptions des défis rencontrés dans la pratique et leurs besoins en matière de formation.

Les discussions de groupe et les entretiens ont été réalisés à l'aide de guides de discussion semi-structurés. Toutes les sessions ont été conduites dans un environnement confidentiel afin de favoriser la libre expression des participants. Les entretiens et

discussions ont été enregistrés avec le consentement des participants et ensuite transcrits pour l'analyse. Les données collectées ont été analysées à l'aide de l'approche d'analyse de cadre (Framework Analysis), une méthode qualitative systématique permettant d'organiser et d'interpréter les données de manière structurée. Cette méthode comprend plusieurs étapes, notamment la familiarisation avec les données, l'identification des thèmes principaux, l'indexation des données, la construction de matrices analytiques et l'interprétation des résultats.

L'analyse a permis d'identifier les thèmes clés relatifs aux connaissances des prestataires de soins, aux pratiques existantes, aux défis rencontrés dans la prise en charge des patients ainsi qu'aux besoins de renforcement des capacités en matière de santé mentale et de santé sexuelle et reproductive.

Cette étude a été menée dans le respect des principes éthiques de la recherche impliquant des êtres humains. Avant la collecte des données, les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de la nature de leur participation ainsi que de l'utilisation des informations recueillies. Leur participation à l'étude était entièrement volontaire et ils avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence.

Un consentement éclairé a été obtenu auprès de tous les participants avant la réalisation des entretiens approfondis et des discussions de groupe. Les participants ont également été informés que les informations fournies seraient utilisées uniquement à des fins de recherche et que leur identité resterait strictement confidentielle.

Afin de protéger la confidentialité des participants, aucun nom ni information permettant d'identifier les personnes interrogées n'a été inclus dans les transcriptions ou dans les résultats de l'étude. Les données collectées, y compris les enregistrements audios et les transcriptions, ont été conservées de manière sécurisée et accessibles uniquement à l'équipe de recherche.

De plus, étant donné que l'étude abordait des sujets sensibles liés à la santé mentale, à la sexualité et à la violence sexuelle et basée sur le genre, les chercheurs ont veillé à créer un environnement de discussion respectueux et sécurisé afin de minimiser tout risque de détresse émotionnelle chez les participants.

Comme toute étude qualitative, cette recherche présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Premièrement, la taille relativement limitée de l'échantillon, composé de trente-quatre prestataires de soins de santé, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans la province du Nord-Kivu ou dans toute la République Démocratique du Congo. Toutefois, l'objectif principal de l'étude qualitative étant d'explorer en profondeur les expériences et les perceptions des participants, cette taille d'échantillon reste appropriée pour obtenir des informations riches et détaillées.

Deuxièmement, les données recueillies reposent principalement sur les perceptions et les expériences rapportées par les participants. Il est donc possible que certaines réponses aient été influencées par des biais de désirabilité sociale, les participants pouvant être tentés de présenter leurs pratiques sous un jour plus favorable.

Troisièmement, les discussions de groupe peuvent parfois limiter l'expression libre de certains participants, notamment lorsque des différences hiérarchiques existent entre les professionnels de santé. Cependant, l'utilisation complémentaire d'entretiens approfondis a permis de recueillir des perspectives individuelles plus détaillées et de réduire cette limitation.

Enfin, l'étude s'est concentrée uniquement sur les prestataires de soins de santé et n'a pas inclus les perspectives des patients ou des membres de la communauté. Des recherches futures pourraient inclure ces groupes afin d'obtenir une compréhension plus complète des besoins et des défis liés à l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les services de santé sexuelle et reproductive.

L'objectif de cette recherche formative était d'évaluer les niveaux de connaissances et les pratiques actuelles en matière de santé mentale et de soutien psychosocial des patients ayant des problèmes liés à la santé sexuelle. Les résultats sont analysés pour identifier les lacunes en matière de connaissances et de compétences afin de développer un programme de formation adapté aux besoins des prestataires de santé pour améliorer les services de santé.

III. Résultats de l'étude

1. Symptômes, causes, explications de santé mentale et problèmes psychosociaux

Le patient affiche un comportement bizarre dans son langage. On s'imagine que derrière ça il y a quelque chose qui ne va pas. (Infirmière CS)

➤ *Symptômes et manifestation des problèmes*

Les prestataires de soins de santé de tous les centres de santé reconnaissent les patients ayant des problèmes de santé mentale et psychosociaux (MHPS) en décrivant un large éventail de comportements qu'ils observent comme : être agité, s'agiter, parler trop ou ne pas parler du tout, être désorienté, distrait, agressif, parler tout seul, perte d'intelligence.

En général, les patients souffrant de problèmes de santé mentale et de problèmes psychosociaux sont indiqués en tant que (nimugonjwa wa kichwa), malade mental, les bashiré (détraquer mental) et les bendabazimu (les fous).

Les prestataires de soins de santé ayant reçu une formation médicale font référence à des termes médicaux comme hystérie, psychoses ou épilepsie, mais ces informateurs ne renvoient pas à des différences entre les troubles : tous sont nommés "maladies mentales".

Je ne sais pas différencier les symptômes qu'ils manifestent sauf qu'il y a ceux qui parlent beaucoup et instable et d'autre font des casses. (Infirmière IT)

Nous pouvons les catégoriser comme ça : il y a ceux qui s'isolent et ceux qui montrent leurs émotions car ils se souviennent de ce qu'ils ont perdu et ça les trouble la tête.

Psycho trauma, c'est la fatigue de l'intelligence (infirmier CSR Ntamugenga)

La plupart des informateurs ont du mal à définir les problèmes liés aux psycho-traumatismes, mais les exemples révèlent que les prestataires de soins de santé reconnaissent le lien entre le changement de comportement après l'exposition à une expérience négative. Les conséquences de tels événements conduisent à une maladie mentale qui se manifeste par un comportement problématique et le fait de devenir une personne folle (un fou). Les exemples incluent le viol et la violence à l'égard des femmes, le viol des garçons, mais aussi l'enlèvement d'hommes et de garçons par des rebelles, l'expérience d'accidents graves et la perte d'une personne aimée.

Les informateurs expliquent que les hommes et les femmes réagissent différemment aux événements traumatiques, car les hommes et les garçons ne révèlent pas facilement leurs problèmes, tandis que les femmes et les filles montrent plus de signes de souffrance, comme l'a illustré une infirmière lors du DG D'une de nos structures d'étude :

Les femmes pleurent beaucoup, tandis que les hommes bavardent beaucoup et frappent les gens. (Infirmière Muh)

➤ ***Causes et explication des symptômes***

Les problèmes de la santé mentale sont perçus comme des situations inexplicables et qui font peur. (Infirmière Hébron)

Les informateurs ont peu de connaissances sur les critères de diagnostic des problèmes de santé mentale et plusieurs d'entre eux déclarent craindre les patients souffrant de problèmes de santé mentale car ils peuvent provoquer de mauvais esprits et même affecter le personnel de santé.

Les informateurs ont une compréhension commune du fait que la maladie mentale est causée par des niveaux élevés de stress, conséquence de la pauvreté et d'autres adversités, comme le viol, la violence, les conflits, les catastrophes naturelles, la violence entre partenaires intimes, l'abus de drogues et d'alcool, etc. Il a été mentionné que tous ces problèmes peuvent provoquer des mauvais esprits et des démons du monde cosmologique qui se manifestent par des symptômes de maladie mentale et un comportement déviant, comme l'agitation, l'agressivité, l'isolement, etc. L'abus d'alcool et de drogues est également considéré comme une cause de maladie mentale car "les substances peuvent appeler les démons et les mauvais esprits". Par conséquent, les patients ayant un comportement anormal ou déviant sont également appelés "drogues et fou". La manifestation d'un comportement bizarre et étrange est souvent attribuée aux démons et aux mauvais esprits activés par des expériences négatives et défavorables de la vie, comme l'illustre le cas d'un enfant négligé présentant des problèmes de comportement :

Dans l'avenue, il y a un enfant de 7ans qui manifeste un mécontentement depuis qu'il avait 4ans. Il était insupportable même à l'école parce qu'il se bagarrait avec les autres enfants et détruisait les biens de l'école. Quand on voulait l'empêcher de faire des dégâts, il manifestait une force supérieure à la nôtre et nous tapait même. Maintenant sa famille a

décidé de l'amener dans la chambre de prière. Jusqu'à présent il n'est pas guéri. D'après cette expérience, je crois que les démons existent. On dit que son papa a touché des mauvaises choses (les gris-gris). Ces grigris affectent son enfant Il a donné son fils comme sacrifice aux ancêtres. (APS, relais communautaire, et un IT)

Le lien entre une expérience négative et la manifestation des symptômes a été décrit de diverses manières au cours des différents DG :

- C'est la folie et la perte de l'intelligence, celui qui souffre de ça aime pleurer à tout moment(nurse)
 - Moi je pense que c'est le mauvais esprit, non-respect des conditions magiques, quand vous défendez ce quelqu'un qu'ils aiment. Par exemple : mon garçon aime une fille quand je lui dis de laisser la fille il se comporte bizarrement (APS 2)
 - Quand quelqu'un a perdu les êtres chers et biens des valeurs ex : les effets de l'éruption volcanique (IT)
 - Les violences de vie non supportées et surtout les drogues (APS)
 - L'europhobie c'est une maladie des nerfs et je le découvre en pensant que ses nerfs sont fatigués (infirmière)
- ***Qui sont les plus touchés par les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux ?***

Les hommes, les femmes et les jeunes sont mentionnés comme étant vulnérables aux problèmes de santé mentale. Les femmes et les filles sont plus souvent mentionnées comme des patients affectés par des expériences de VSBG, mais les informateurs des quatre centres de santé ont également mentionné des hommes et des garçons comme victimes de violences sexuelles. Les jeunes, et principalement les garçons, semblent être plus souvent touchés par la toxicomanie. Les hommes sont le plus souvent mentionnés comme étant affectés par la pauvreté, la perte de pouvoir et l'abus d'alcool. Ils manifestent leurs problèmes en étant violents, désorientés et suicidaires.

HGR Rutshuru : C'est la pauvreté qui est à la source des troubles mentaux et psychosociaux. Imaginez un homme qui ne parvient même pas à payer les frais médicaux pour sa famille. Il se voit nul et il est troublé mentalement. (Infirmier MH).

Aujourd'hui les femmes menacent leurs maris car elles se chargent de besoins de la maison alors que les hommes sont devenus des irresponsables. Alors elles tonnent sur leurs maris et ces derniers sont troubles mentalement car ils sont frustrés par leur irresponsabilité.

Les causes sont nombreuses comme : le kidnapping ; il y a un homme qui avait tout espoir en son fils, un jour on l'a kidnappé et le père est désespéré et veut se suicider. Deuxièmement, le vol des biens (kuingiliyana) ; la victime se retrouve sans rien et il est désespéré. Il y a un homme qui a vécu ça, on a vidé sa boutique. Alors il met toute la journée en disant ma boutique, ma boutique, ma boutique.

2. Perceptions locales des problèmes de santé mentale dans la communauté

La population n'accepte pas que la maladie mentale existe. Elle dit que c'est la sorcellerie (biheko ou mauvais esprits), qu'on a donné le patient en sacrifice aux ancêtres. Ils les amènent dans les lieux de prière au lieu de les amener à l'hôpital. (APS CSR Ntamugenga)

Les informateurs s'accordent à dire que pour la population générale, les problèmes de santé mentale sont les manifestations des démons et des mauvais esprits manipulés ou provoqués par des déséquilibres dans le monde cosmologique. Lorsque les gens se parlent à eux-mêmes, on dit qu'ils communiquent avec les ancêtres. La plupart des travailleurs de la santé adhèrent à une croyance similaire car ils n'ont pas les connaissances nécessaires pour expliquer différemment les problèmes de santé mentale.

Vraiment nous-mêmes nous doutons des problèmes de santé mentale et de fois nous pensons comme tout le monde surtout que nous n'avons des connaissances sur la santé mentale. (Infirmière Hebron).

Les informateurs perçoivent que le fait d'être affecté par une maladie mentale peut être dangereux pour les autres car on croit que les démons et les mauvais esprits sont manipulés par des personnes (ayant un pouvoir de sorcellerie) qui chercheront à sacrifier les autres aux ancêtres. Ainsi, les patients souffrant de maladie(s) mentale(s) sont rejetés et stigmatisés par la population, souvent aussi par leur propre famille, et accusés de n'être d'aucune utilité pour la famille ou la communauté. Les informateurs constatent que les hommes et les femmes souffrent de manière différente : les filles et les femmes sont plus souvent touchées par des problèmes liés à des tromperies dans leur vie amoureuse et elles sont plus

vulnérables à la sorcellerie (elles peuvent alors porter malheur aux autres), tandis que les hommes et les garçons sont plus souvent touchés par la magie parce qu'ils cherchent de l'argent. (FGD Muhungu et Kirotshe).

3. Problèmes MHPS liés à la santé sexuelle et reproductive

Les données démographiques ont révélé que la moitié des agents de santé interrogés avaient bénéficié de formations supplémentaires sur la VSBG mais qu'aucun des professionnels de santé n'avait suivi de formation à la SMSPS. Le psychologue était formé à la santé mentale. Les DG ont exploré le thème de la santé sexuelle et reproductive en se concentrant sur (a) les problèmes généraux présentés par les patients en matière de sexualité et (b) les problèmes spécifiques liés aux abus sexuels, à la violence et au viol.

➤ Problèmes liés à la sexualité

L'exploration des problèmes liés à la sexualité et à la santé sexuelle a révélé un large éventail de sujets et de questions concernant la santé mentale et le bien-être psychosocial. Des patients, hommes et femmes, recherchent des soins de santé pour des problèmes de MST, de grossesses non désirées, y compris des dysfonctionnements des organes sexuels comme l'infertilité, l'impuissance, le vaginisme, l'éjaculation précoce, entre autres.

Des problèmes qui conduisent souvent au stress personnel et à la honte, mais aussi à des conflits et à la violence.

Les informateurs ont révélé une longue liste de problèmes de santé sexuelle qu'ils connaissent - personnellement ou professionnellement. Comportement sexuel obsessionnel, utilisation de drogues et d'autres stimulants pour améliorer les performances sexuelles par les hommes, jeunes expérimentant ces drogues, femmes et jeunes filles contraintes de se livrer à des actes sexuels contre leur gré dans le cadre de relations avec un partenaire, mais aussi jeunes filles et femmes rejetées et accusées d'être des prostituées alors qu'elles sortent ensemble.

Les informateurs travaillant dans les centres de santé pensent que l'accès aux médias sociaux et à la pornographie a modifié les pratiques et les désirs sexuels des hommes, ce qui a un impact négatif sur les femmes qui ne sont pas prêtes pour certains actes sexuels proposés par leur partenaire. Un problème majeur observé par certains informateurs est le

manque d'éducation sexuelle, qui alimente les mythes, les tabous et les peurs sur la sexualité, notamment les attitudes négatives envers la masturbation et l'homosexualité, mais aussi les accusations de prostitution des femmes et des filles lors de leurs fréquentations. Le tabou sur les relations sexuelles des adolescents avant le mariage et l'absence d'anti-contraceptifs provoquent des grossesses non désirées, des avortements illégaux et de graves problèmes sanitaires et psychologiques.

Un psychologue de l'un des hôpitaux de référence a expliqué comment les problèmes psychosociaux et le stress peuvent affecter les hommes et leurs relations sexuelles. Il indique comment ce stress n'évolue pas rarement vers une explosion de frustration et de violence envers les partenaires :

Les gens aiment se cacher parce qu'ils trouvent qu'en parler c'est du tabou, mais tout au long de l'anamnèse on finit par découvrir car sur le plan morphologique, sentimental, on trouve que les hommes ont des problèmes qu'ils gèrent seul et qui peuvent être un problème économique, sur le plan sexuel chez l'homme ça lui pousse à l'éjaculation précoce, un certain moment à cause de ça la femme commence à lui négliger car il ne parvient plus à lui satisfaire sexuellement. (Psychologue, M)

Au cours des discussions de groupe, plusieurs agents de santé ont raconté qu'ils se sentaient eux-mêmes gênés par les normes et les tabous personnels pour aborder les problèmes liés à la sexualité. Ils ont donné des exemples de cas, dans leur centre de santé, de tabous personnels et de manque de connaissances suffisantes pour aider les patients ayant des problèmes liés à la sexualité.

Les malades ont honte d'en parler vu que ce tabou selon notre culture africaine et même nous considérons ça comme un tabou. (Infirmière, HG Rwanguba).

J'ai consulté une fille qui m'a dit qu'elle vient de se faire avorter trois fois car elle ne peut pas vivre sans faire une relation sexuelle au moins chaque jour. Je lui ai conseillé de réduire ces actes sexuels, 2 mois plus tard elle vient me dire qu'elle est de nouveau enceinte qu'elle vient me solliciter de l'aider pour un nouvel avortement. Je lui ai dit que je ne peux pas.

J'ai reçu 2 cas. Le 1er cas c'est une femme qui se lamentait que son mari ne la satisfait pas. Alors elle fait de recourt aux hommes de l'extérieur. Le 2ème cas c'est une femme qui a le

même problème que la précédente et a réussi à dévoiler son secret qu'elle a 3 enfants qui ne sont pas de son mari.

Un autre cas d'un garçon qui m'a dit qu'il ne peut pas vivre sans acte sexuel. Il dit qu'il fait au moins 4 éjaculations par jour, comment l'aider ?

Une fille de 18 ans a vu à la télé la masturbation. Elle a imité et. Le lendemain elle est venue me voir car sa faisait mal. Trois jours après, elle a senti l'envie de le faire et c'est devenu son habitude. Maintenant je ne sais pas comment l'aider car elle est déjà dépendante et je ne maîtrise pas ce domaine.

➤ **Violence sexuelle**

Les femmes réclament qu'elles sont surprises de voir leurs maris au-dessus d'elles pendant qu'elles sommeillent sans aucune préparation à l'acte sexuel. (CS Ndosho)

Les relations sexuelles entre couples sans consentement mutuel sont le plus souvent mentionnées par les informateurs comme un exemple de violence sexuelle. Les données ne permettent pas de savoir si les patients ont révélé ces expériences ou si les agents de santé ont partagé leurs connaissances personnelles lors de formations antérieures sur la VSBG.

Plus visibles sont les problèmes des femmes et des filles violées par des rebelles ou des bandits et les cas de grossesses après un viol. Les conséquences sanitaires des abus sexuels en termes de MST, de grossesses ou de VIH sont bien connues, mais tous les informateurs indiquent explicitement qu'ils n'ont que peu ou pas de connaissances sur la manière de fournir un soutien psychosocial, et qu'ils ne se sentent pas non plus bien équipés pour poser des questions aux femmes et aux filles sur leurs problèmes psychosociaux. Un informateur a récemment été formé par une ONG où il a appris à calmer une patiente survivante en lui offrant un verre d'eau.

Les signes et symptômes de viol et/ou d'abus sexuel ne sont pas reconnus lorsque les patients ne présentent pas de symptômes physiques clairs ou lorsqu'ils ne révèlent pas la cause de leurs blessures. Certains agents de santé ont observé des signes lorsque des femmes ou des jeunes filles venaient au centre de santé avec un mari ou des parents alors qu'elles ne voulaient pas raconter ce qui leur était arrivé. Elles ont développé une phobie des hommes et ne veulent pas se marier. Les informateurs disent que les hommes et les

garçons sont également violés mais s'ils viennent dans les centres de santé, ils ne révèlent pas leurs problèmes.

Les agents de santé trouvent difficile de demander directement aux patients, hommes et femmes, ce qui s'est passé : ils se sentent gênés par les tabous culturels et le manque de compétences et de connaissances professionnelles.

4. Réponses et soins aux patients ayant des problèmes de santé mentale et/ou de santé sexuelle

Dans la plupart des cas, les membres de la famille amènent un patient au centre de santé parce qu'il a un comportement bizarre et difficile, qu'il a des problèmes avec tout le monde ou qu'il erre seul dans les rues. Ces cas graves sont toujours référés à un hôpital de référence qui reçoit environ 50 cas par mois selon le directeur médical. Tous les patients sont référés au psychologue et certains sont référés à l'hôpital spécialisé de Goma.

➤ Accent sur les soins médicaux

Les réponses aux soins de santé dans les centres de santé ne concernent que les problèmes médicaux causés par les MST, le VIH/SIDA et les avortements illégaux, mais aucun des informateurs ne se sent capable de répondre aux besoins psychosociaux.

Les questions posées dans les groupes de discussion ont peut-être suscité une prise de conscience parmi les travailleurs de la santé, car les informateurs ont collectivement souligné leurs limites professionnelles dans la réponse aux besoins des patients en matière de santé sexuelle ou mentale.

Le rôle serait d'aider les personnes qui ont subi des violences sexuelles mais vu les limites que nous avons-nous faisons juste le nécessaire en les orientant après leur avoir donné les médicaments qui préviennent les IST. (Infirmière)

Je pense que le nécessaire serait de bénéficier des formations en matière de sexualité pour bien aider la communauté car beaucoup de problème des malades que nous recevons nous échappe du fait que nous ne nous intéressons pas plus à la question de sexualité. (Infirmière)

Vraiment nous avons difficile à donner des réponses aux malades vu que nous n'avons pas notions sur la santé mentale sauf qu'on peut donner Diaz (diazepam) ou paracétamol pour dormir un peu le malade, car je n'ai connu que ça. (Infirmière)

➤ ***Systèmes d'orientation limités***

Les agents de santé orientent les cas de problèmes de santé mentale graves (une personne très agitée, agressive ou présentant un comportement bizarre) vers un commissariat de police ou vers un hôpital de référence disposant d'un psychologue. La police intervient lorsqu'un patient est agressif et très agité. Le psychologue de l'hôpital de référence est submergé de cas et n'est pas en mesure de répondre à tous.

Les cas de viols et de violences sexuelles sont transmis à Heal Africa à Goma, mais la plupart des cas restent dans la communauté où les victimes ne reçoivent que des soins médicaux de base (si tant est que des médicaments soient disponibles).

Les informateurs expriment le besoin de médicaments, y compris de médicaments psycho pharmaceutiques. Et tous demandent un renforcement des capacités en matière de SDSR et de SMSPS.

➤ ***Il convient d'élaborer des réponses adaptées à la culture en matière de santé mentale***

Une équipe de cinq spécialistes de la santé mentale travaillant au Centre de neuropsychiatrie (CHNP) de Goma (1 psychiatre, 3 infirmiers neuropsychiatriques, 1 médecin) a reconnu le manque de formation et de capacité du personnel qualifié en santé mentale. Ils sont tous formés à Kinshasa comme infirmiers neuropsychiatriques ou psychiatres sur la base des connaissances des pays occidentaux. Bien qu'ils utilisent ces diagnostics psychiatriques et ces traitements psycho pharmaceutiques (lorsqu'ils sont disponibles), ils soulignent la nécessité d'une compréhension africaine et congolaise de la psychologie et de la santé mentale. Cela devrait inclure une approche thérapeutique pluraliste pour répondre aux besoins de santé mentale et reconnaître les effets curatifs et l'influence positive des religions, des cérémonies traditionnelles et des croyances. Toutefois, ils ont également mis en garde contre les dangers que représentent les "charlatans" qui pratiquent la guérison traditionnelle ou religieuse et qui peuvent causer des dommages. Les spécialistes de la santé mentale ont besoin de davantage de recherches et

de matériel éducatif adapté à la psychologie africaine et au contexte culturel africain. Les professionnels de la santé doivent apprendre et gérer les tabous culturels que sont la sexualité et les problèmes de santé mentale, et ils ont besoin de méthodologies pour répondre à un large éventail de problèmes, notamment l'exposition aux traumatismes et les adversités multiples. Les experts en santé mentale doivent connaître les ressources locales de soutien sûres et appropriées et encourager les approches thérapeutiques pluralistes.

Conclusion

Les soins de santé mentale dans les centres de santé communautaires et les hôpitaux de référence du Nord-Kivu, en RDC, sont dispensés par des prestataires de soins de santé généraux qui n'ont pas d'éducation ou de formation en matière de soins de santé mentale. Les tabous culturels et les idées fausses sur la sexualité au sein de la population causent de graves problèmes, et ces mêmes tabous empêchent les agents de santé d'aborder les problèmes liés à la sexualité, à la santé sexuelle et à la violence sexuelle.

Le soutien psychosocial est associé à la violence sexuelle ou au conseil en matière de VIH/sida, mais le personnel de santé ne connaît aucun outil et ne possède pas suffisamment de compétences pour l'appliquer dans son travail. Les problèmes de santé mentale sont expliqués comme des problèmes provenant du monde cosmologique, causés par de mauvais esprits et des démons, et les travailleurs de la santé estiment ne pas être en mesure de traiter ces problèmes.

Les tabous culturels sur la sexualité entraînent de nombreux problèmes au niveau individuel et familial qui se transforment souvent en problèmes de santé mentale et en problèmes psychosociaux tels que les grossesses non désirées, la honte et la culpabilité, la toxicomanie, le viol, la violence sexuelle et d'autres formes de violence. Les problèmes, lorsqu'ils ne sont pas bien traités, peuvent se transformer en symptômes de dépression, de suicide et de stress post-traumatique, entre autres troubles. La stigmatisation des problèmes de santé mentale entraîne le rejet et de graves souffrances humaines.

Les recommandations suivantes sont formulées :

1. L'éducation sexuelle et les connaissances sur la santé et les droits sexuels et reproductifs doivent commencer dès le plus jeune âge et être intégrées à l'école.

2. Le personnel de santé a besoin de connaissances et de compétences en matière de SDR et de SMSPS pour traiter les problèmes liés à la sexualité afin de mieux répondre aux besoins des patients.
3. La SMSPS ne doit pas se contenter d'aider les femmes survivantes de violences sexuelles, mais la formation/éducation doit inclure (a) la reconnaissance et la prise en compte des symptômes et des signes sexuels de tous les patients (hommes et femmes) qui peuvent les exposer à un risque d'abus ou d'être abusés (b) des compétences appropriées pour parler de la sexualité et de la santé sexuelle (c) la compréhension et la capacité à répondre aux besoins et aux symptômes de la SMSPS spécifiques au genre et à la culture.
4. Il faut éviter la médicalisation des problèmes de santé mentale et se concentrer sur les aspects sociaux, psychologiques et spirituels ainsi que sur les aspects politiques et économiques qui ont un impact sur le bien-être mental et psychosocial. Faire face à des expériences négatives n'est PAS un trouble.
5. La SMSPS doit être intégrée dans les communautés en s'appuyant sur les mécanismes de soutien locaux (famille et communauté) pour renforcer les stratégies d'adaptation positives. Des campagnes de santé publique sont nécessaires pour mettre fin à la stigmatisation de la santé mentale et pour promouvoir la santé sexuelle.
6. Des recherches supplémentaires sur la psychologie et la santé mentale africaines sont nécessaires pour développer des programmes d'études appropriés pour les soins de santé mentale dans le contexte congolais.

Références bibliographiques

- Autesserre, S. (2012). Dangerous tales: Dominant narratives on the Congo and their unintended consequences. *African Affairs*, 111(443), 202–222.
- IASC (2007). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Inter-Agency Standing Committee.
- Jewkes, R., Flood, M., & Lang, J. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations. *The Lancet*, 385.

Kelly, J. T., Betancourt, T., Mukwege, D., Lipton, R., & VanRooyen, M. (2011). Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(3).

Ministère de la Santé RDC (2020). *Plan stratégique national de santé mentale*.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*.

Peterman, A., Palermo, T., & Bredenkamp, C. (2011). Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Public Health*, 101(6).

UNFPA (2020). *Gender-based violence in humanitarian settings*.

Ventevogel, P. (2016). Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries. *Intervention*.

WHO (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*.

WHO (2016). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*.