



Article Original

Médecine Humanitaire et Aspects Transculturels des Comorbidités Psychiatriques et Somatiques chez les Patients du Centre de Santé Développé de Mokassa au Congo Brazzaville, Afrique Centrale

Humanitarian medicine and transcultural aspects of psychiatric and somatic comorbidities in patients of the developed health center of Mokassa in Congo Brazzaville, Central Africa

Issack Biyong^{1,2}, Raymond Tempier³, Pierre-Célestin Mboua⁴, Alain Mouanga⁵

RÉSUMÉ

1. Hôpital Montfort, Ontario, Ottawa Programme de santé mentale, Directeur de la Clinique des traumatismes et de Psychiatrie Transculturelle (CTPT), Département de psychiatrie, Professeur Adjoint de Psychiatrie, Université d'Ottawa, Directeur du Programme des études et stages des hôpitaux francophones de la région de la capitale, Ottawa-Gatineau, Canada ;
2. Institut de Psychotraumatologie et de Médiation (IPM-International), Neuchâtel, Suisse ;
3. Hôpital Montfort, Ontario, Ottawa Programme de santé mentale, Directeur de la recherche en Santé mentale à l'Institut de savoir en Monfort (ISM), Département de psychiatrie, unité de psychiatrie transculturelle, Professeur ordinaire de Psychiatrie Université d'Ottawa, Canada ;
4. Maître de conférences au Département de Psychologie, Université de Dschang, Cameroun ;
5. Chef service de psychiatrie au CHU de Brazzaville et Professeur Agrégé de Psychiatrie à l'Université Marien Ngouabi de Brazzaville, Congo.

Auteur correspondant

Issack Biyong (IB)

Email : ibiyong@ipm-int.org

Téléphone : +41797936004

Neuchâtel, Suisse.

Introduction. La santé mentale est une composante essentielle du bien-être humain. De nos jours, on a tendance à opposer le trouble biologique au trouble mental ; ce qui n'est guère le cas car le premier affecterait le corps, le soma tandis que le second affecterait le psychisme. Les troubles mentaux décrits dans différentes taxonomies psychiatriques, apparaissent comme relevant d'étiologies multiples. **Objectif.** L'objectif de l'étude était de déterminer la prévalence des troubles psychiatriques et leurs comorbidités lors des consultations en médecine générale dans la ville de Mokassa. **Méthode :** Une étude quantitative et diagnostique, qui s'est déroulée dans le contexte d'une mission humanitaire à Mokassa au Congo-Brazzaville en mai 2012. La population cible était constitué d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes du troisième âge. Un échantillonnage a été effectué par triage taxonomique en deux phases une à Brazzaville pour la prise en charge des cas et la deuxième phase qui concernait la recherche et l'évaluation des patients référés. Les données ont été dépouillées à l'aide de l'analyse des contenus pendant les entretiens. Le processus diagnostique quant à lui, a été mené suivant la méthode des entretiens semi-structurés selon DSM-5 et recueil des données (entretien, diagnostic, anamnèse). Le recrutement des participants s'est déroulé selon les règles de la charte d'Helsinki. **Résultats.** 50 patients ont été inclus durant la période d'étude soit 27 (54%) hommes et 23 (46%) femmes, la tranche d'âge la plus représentative était celle de]35,45] ans (34%) ; les motifs de consultations fréquents étaient les troubles de comportement (20%) et les céphalées (24%). 30% des patients souffraient de dépression, 4% souffraient de psychose et 2% de troubles bipolaires et schizophréniques. La comorbidité la plus représentée était le Nil avec 44%. **Conclusion.** La psychiatrie a bien sa place en médecine humanitaire et la santé mentale de la population de cette île de Mossaka et devrait être inscrite dans le plan stratégique de la santé globale des autorités congolaises.

ABSTRACT

Introduction. Mental health is an essential component of human well-being. Nowadays, we tend to oppose the biological disorder to the mental disorder. The mental disorders described in different psychiatric taxonomies appear to have multiple etiologies. **Objective.** The objective of the study was to determine the prevalence of psychiatric disorders and their comorbidities during consultations in general medicine in the city of Mokassa. **Methods.** A quantitative and diagnostic study, which took place in the context of a humanitarian mission to Mokassa in Congo-Brazzaville in May 2012. The target population consisted of children, adolescents, adults and people of the third age. Sampling was carried out by taxonomic sorting in two phases, one in Brazzaville for case management and the second phase which concerned the search and evaluation of referred patients. The data was compiled using content analysis during the interviews. The diagnostic process was carried out using the method of semi-structured interviews according to DSM-5 and data collection (interview, diagnosis, anamnesis). The recruitment of participants took place according to the rules of the Helsinki Charter. **Results.** 50 patients were included during the study period, i.e. 27 (54%) men and 23 (46%) women, the most representative age group being]35.45] years (34%); the frequent reasons for consultation were behavioral problems (20%) and headaches (24%). 30% of the patients suffered from depression, 4% suffered from psychosis and 2% from bipolar and schizophrenic disorders. The most represented comorbidity was the Nil with 44%. **Conclusion.** Psychiatry has its place in humanitarian medicine and the mental health of the population of this island of Mossaka and should be included in the overall health strategic plan of the Congolese authorities.

INTRODUCTION

La santé mentale est une composante essentielle du bien-être humain. L'Association Générale des Institutions de Retraite Cadres et Arrco (AGRIC, 2017) indique avec pertinence que : « *La notion de santé mentale désigne des phénomènes émotionnels comme le bien-être, la joie, la satisfaction, les ressources personnelles d'un individu comme la résilience, la capacité à faire face aux situations de la vie.* » Cette approche positive de la santé mentale envisage en filigrane la maladie mentale comme résultat d'un rapport dysfonctionnel au monde : « *les troubles psychiques ou pathologies mentales qui sont à l'origine du handicap psychique représentent le pôle négatif de la définition de la santé mentale* » (Op. Cit.). Mboua (2012), fait remarquer, à la suite de plusieurs auteurs, qu'il n'est pas aisé, au regard de la psychopathologie des troubles mentaux, de définir l'expression « maladie mentale », tant elle est empreinte d'ambiguïté et émaillée de préjugés étiologiques, qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie. On a généralement tendance à opposer le trouble biologique au trouble mental. Le premier affecterait le corps, le Soma tandis que le second affecterait la psyché. Les connaissances actuelles concernant l'étiopathogénie des troubles mentaux infirment de tels préjugés. Plusieurs facteurs sont répertoriés comme déterminant la santé mentale : les facteurs biologiques, socioculturels, environnementaux, psychologiques, etc. Les troubles mentaux décrits dans différentes taxonomies psychiatriques, apparaissent comme relevant d'étiologies multiples, ainsi que l'a souligné Ionescu (1996, p.5) : « *force est de constater qu'un bilan de ce débat qui tiendrait compte de l'ensemble des données disponible actuellement s'orienterait vers une approche éclectique pragmatique basée sur le modèle biopsychosocial des troubles psychopathologiques.* » Une définition pertinente de la maladie mentale doit nécessairement prendre en compte ces déterminismes pluriels, en particulier, le rôle des événements négatifs de vie, ainsi que la capacité d'adaptation des sujets. Les troubles psychiques ou maladies mentales constituent les principales menaces à la santé mentale, ou, plus précisément, les principaux marqueurs d'une mauvaise santé mentale. Ils renvoient à une panoplie de dysfonctions qui affectent la vie, la relation et la psyché. Elles induisent : de la souffrance concernant le vécu psychique ; des incapacités sur le plan fonctionnel ; des désadaptations aux plans relationnel et professionnel (Abraham, 1924 ; APA, 2015 ; Bloch, Chemama, Dépret et al., 1999 ; Zribi et Sarfaty, 2003 ; Le Roy-Hatala, 2007). Comme c'est le cas pour les autres problèmes de santé mentale, leur prévalence varie dans le temps et l'espace : d'une société à une autre ; et, dans une même société, d'une période à une autre, en fonction de l'évolution des mentalités, des réalités sociales, économique et politiques, qui modulent les rapports du sujet à lui-même et au monde (voir APA, 2015 ; Bailly et al., 2 ; OMS, 2018 ; Zarifian, 1994). Des auteurs comme Bronsard, Simeoni, Campredon, Auquier et Lanconu (2008) ; Meltzer et al. (2000) ; Verhulst et al. (1997) estiment qu'au moins une personne sur quatre visitant les services de santé souffrirait de troubles mentaux ou de comportement, parfois mal diagnostiqué ou non diagnostiqué. La santé mentale est encore en Afrique et

particulièrement dans la Région des Grands Lacs et du bassin du Congo, un domaine peu exploré et peu intégré dans l'imaginaire populaire. Ses liens avec la médecine en général et la médecine humanitaire sont flous et discutés selon les cultures. Plusieurs conceptions étiologiques de la maladie mentale, qui se répartissent entre hypothèses scientifiques et culturelles/sociales sont encore largement partagées. C'est ce qu'a souligné Olivier de Sardan (1999a, 1999b) qui fait remarquer que malgré l'introduction de la médecine moderne, la maladie mentale en Afrique noire (de l'Ouest en particulier) reste imprégnée des représentations sociales et culturelles qui associent aux processus psychopathologiques, une dimension mystique. Ces représentations organisent ce qu'il a appelé « entités nosologiques populaires » ou « maladies du sens commun en Afrique ». Elles influencent les itinéraires thérapeutiques des patients. Ainsi, outre l'absence d'une réponse spécialisée, les patients qui souffrent de troubles psychologiques/psychiatriques associent souvent leur maladie au mauvais œil/mauvais sort. De ce fait, le recours thérapeutique est souvent plus fréquent auprès des tradipraticiens, plus qu'en psychiatrie.

Les études de prévalence des troubles psychiatriques/psychopathologiques sont peu subventionnées/encouragées dans la Région Afrique de l'OMS. L'Organisation mondiale de la santé souligne en le regrettant, la faible implication des politiques publiques de santé dans le domaine des études de santé mentale en population générale (OMS, 2001). Elle souligne que les budgets alloués aux programmes de santé mentale dans la plupart des pays n'ont pas débordé 1% du budget de la santé depuis plusieurs années. En Afrique, et particulièrement au Sud du Sahara, il y a peu de travaux qui sont menés sur la question, de sorte que non seulement les indicateurs de santé dans ce domaine sont peu connus, mais aussi mal connus. Il en est ainsi de l'impact de la précarité socioéconomique, de l'impact des guerres et des autres facteurs psychosociaux de stress.

La région des Grands Lacs, en particulier et le bassin du Congo, est depuis l'accession des pays aux indépendances, sujette à des conflits armés, sociaux et tribaux, qui sont à l'origine de crises humanitaires multiples et multiformes. Les problèmes de santé qui émergent dans ce contexte sont nombreux, affectant le corps et la psyché. Les violences nées des conflits, ainsi que les difficiles transitions des modes de vie et des représentations traditionnelles, modulent le rapport des sujets au monde et fondent un environnement vulnérabilisant, au plan de la santé mentale (Banza & Hemedi, 2003, Duroch, 2004 ; Le Roy & N'Situ, 2010 ; Omba Kalonda, 2008 ; Otita Likongo, 2013). Les populations de cette région sont ainsi exposées à des troubles psychopathologiques variés : stress post-traumatique, détresse psycho-sociale, syndromes anxio-dépressifs, raptus suicidaires, comportements agressifs et addictifs, troubles de conduite, etc. (Daxhelet, & Brunet, 2014 ; Dolan, 2010 ; Douville, 2013 ; Gerbes, Leroy, Leferrand, Michel, Jarno & Chaplain, 2015 ; Guimard, 2010). La République du Congo, comme la plupart des pays du bassin du Congo et des Grands Lacs, a connu de nombreux traumatismes liés à sa situation géopolitique. La

terrible catastrophe survenue à Mpila (quartier de Brazzaville), le 4 mars 2012, relativement à l'explosion de la réserve des munitions du camp militaire, a fait des dégâts sur un rayon de 8 km, causant de nombreux morts, laissant des survivants traumatisés multiples. L'on peut faire ici l'hypothèse qu'au-delà des dégâts matériels, elle a profondément affecté les communautés sociales. Les populations en détresse psychologique se sont retrouvées à la suite de la catastrophe, sans logements, agglutinées dans des espaces exigus, dans la promiscuité (Moayedoddin, Nangho Makaya, Canuto, 2014). Cette catastrophe constitue pour ces communautés, un événement négatif de vie, à fort potentiel traumatique. L'impact des événements négatifs de vie a été analysé par plusieurs auteurs (voir Dohrenwend & Dohrenwend, 1982 ; Eaton *et al.*, 1985 ; Ionescu 1993 : 243 ; Robins, 1981). Les événements négatifs de vie constituent une causalité exogène de plus en plus valorisée dans les études de santé mentale en population générale. La prise en compte de la causalité exogène dans l'explication de la maladie mentale contribue à renforcer l'efficacité diagnostique. Comme les autres facteurs de stress, les événements négatifs de vie apparaissent comme des marqueurs de santé mentale : « depuis 1970, toutes les enquêtes de santé mentale essaient de mesurer l'impact des événements dits stressants » (Perrault, 1981, p.1333). La présente étude, qui prend en compte de tels facteurs, s'est fondée sur une mission humanitaire effectuée au Congo, relativement à la catastrophe de Mpila et des autres facteurs de stress psychosociaux qu'a connu le pays. C'est sur l'insistance du médecin-chef de service de psychiatrie à Brazzaville que les chercheurs ont intégré l'importance, en tant que spécialistes de santé mentale, d'une aide spécialisée concernant la prise en charge des troubles psychopathologiques méconnus et sous-diagnostiqués dans cette région. Au Congo, il existe peu de services de santé mentale, notamment dans la région concernée. Les patients psychiatriques sont donc souvent pris en charge soit dans le cadre d'une réponse médicale générale, soit dans le contexte d'une réponse spécialisée, qui adresse la question des souffrances biologiques connexes ou des comorbidités biologiques de problématiques somato-psychiques.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer la prévalence des troubles psychiatriques et leurs comorbidités en consultation générale pour les troubles somatiques dans la ville de Mokassa, au Congo Brazzaville.

Il s'agit spécifiquement de :

- Déterminer la prévalence clinique des troubles psychiatriques chez les patients reçus en consultation générale pour problèmes somatiques à Mokassa ;
- Évaluer l'importance des comorbidités psychiatriques chez les patients reçus en consultation générale pour des plaintes somatiques dans la ville de Mokassa ;
- Étudier l'ampleur des faux diagnostics sur la base des comorbidités somatiques en relation avec les diagnostics médicaux posés chez les patients référés ;
- Faire ressortir la corrélation entre les motifs de consultations des patients, les diagnostics somatiques posés par les médecins de famille et les diagnostics psychiatriques posés par les psychiatres sur les patients référés.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nature de l'étude

La présente étude est quantitative et diagnostique. Elle fait partie des études de santé mentale en population clinique. Elle a été organisée avec la contribution du Centre de santé développé (CSD) de Mokassa et a concerné les patients reçus pour plaintes somatiques évoquant un problème de santé mentale.

Site de l'étude

La recherche s'est inscrite dans le contexte d'une mission humanitaire effectuée à Mokassa, une petite ville du Congo Brazzaville située au bord du fleuve Congo, à 700 km de Brazzaville, la capitale du pays, en mai 2012.

Population source

La population cible est composée d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées résidents de Mokassa, connus de la communauté et ayant leur famille dans cette ville insulaire, venus consulter pour les problèmes de santé physique ou mentale lors de notre mission humanitaire au Centre de santé développé (CSD) de Mokassa.

Critères d'inclusions et d'exclusions

Critères d'inclusions

- Les personnes de sexe masculin et féminin comprises âgées de 5 à 75 ans, ayant consulté au CSD de Mokassa durant la semaine (de lundi à vendredi) lors de notre mission humanitaire au Congo Brazzaville à Mokassa.
- Les personnes enregistrées comme patients à l'accueil du SCD de Mokassa et référées par l'équipe de triage à notre équipe de santé mentale susmentionnée.
- Les patients ayant été évalués par les psychiatres de l'équipe de santé mentale et ayant reçu le diagnostic de troubles psychiatriques sans ou avec d'autres affections cliniques générales.

Critères d'exclusion

- Les personnes, hommes et femmes, domiciliées à Mokassa dont l'âge est inférieur à 5 ans et supérieur à 75 ans ;
- Les personnes non enregistrées comme patients à l'accueil du SCD de Mokassa et non référées par l'équipe de triage à notre équipe de santé mentale susmentionnée.
- Les personnes référées par l'équipe de triage à notre équipe de santé mentale et ayant reçu un diagnostic de troubles psychiatriques mais non-résidentes à Mokassa et non connues par cette communauté.

Processus d'échantillonnage

L'échantillonnage a été effectué par triage taxonomique. Puisqu'il n'existe pas de service de santé mentale à Mokassa, l'équipe de recherche a convenu avec l'équipe médicale des critères et procédés de référence des patients présentant des plaintes somatiques, dont les causalités biologiques laissent penser à un sous-jacent problème de santé mentale. L'équipe médicale devait, préalablement à la descente des chercheurs sur le terrain, inviter la population à participer à la campagne de santé mentale gratuite et à l'étude qui était menée concomitamment. La consultation a été menée sur 5 jours, avec une moyenne de

5 patients reçus par jour par psychiatre, soit un total de 50 patients sur les 5 jours. Les patients, reçus en consultation pour des motifs variés, étaient référés à l'équipe psychiatrique après triage, sur la base d'entretiens ou d'analyse du dossier.

Principales phases de l'étude

La mission a été effectuée suivant deux principales phases. La première phase, qui s'est déroulée à Brazzaville, a permis à l'équipe de prendre en charge quelques patients originaires du Département de la Cuvette dans laquelle est située la ville de Mokassa. L'équipe a ainsi pu observer, au cours des interventions, une importante susceptibilité aux troubles psychiatriques chez les sujets examinés. Des entretiens menés avec les deux psychiatres ont permis de mettre sur pied des structures de prise en charge psychologique des victimes, survivants de la catastrophe, ainsi que leurs familles. Cette démarche a conforté l'idée d'un important taux de morbidité psychiatrique associé à la demande de soins dans la population.

La deuxième phase, celle de la recherche, a concerné l'évaluation chez les patients référés, de la comorbidité psychiatrique des troubles et plaintes somatiques.

Processus diagnostique

Outils/ matériel de collecte de données

La collecte de données a été effectuée à partir d'un matériel composite : les registres de l'hôpital, les dossiers des patients passés à l'équipe de triage composée d'une infirmière et d'un médecin de famille. Le processus diagnostique a essentiellement reposé sur l'évaluation des patients référés par l'équipe de triage à l'équipe de santé mentale composée de deux médecins psychiatres et de deux infirmiers issus de la même communauté des patients, qui servaient aussi de médiateur, traducteurs et interprètes sociocommunautaires durant les entretiens d'évaluation psychiatrique.

Méthode d'analyse et de dépouillement

Les données ont été dépouillées à l'aide de l'analyse des contenus obtenus pendant les entretiens.

Il s'agissait de l'élaboration d'un contrat thérapeutique constitué de :

- Une définition de l'objectif principal de la thérapie, des sous objectifs concrets, et de la détermination des techniques utilisées ;
- Une mise en place du traitement thérapeutique proprement dit ;
- L'évaluation des résultats, maintien des acquis, prévention des rechutes ;
- Le dépouillement et le diagnostic ont été menés par les deux médecin-psychiatres de l'équipe de santé mentale mise sur pied durant notre séjour à Mokassa.

Le processus diagnostique quant à lui, a été mené suivant la méthode des entretiens semi-structurés selon DSM-5 et recueil des données (entretien, diagnostic, anamnèse). L'entretien semi structuré d'analyse fonctionnelle plus élaboration d'une hypothèse fonctionnelle de la compréhension des troubles, la conceptualisation est l'hypothèse émise à propos du fonctionnement psychologique du patient par son milieu sur le plan socio-culturel. La compréhension de la souffrance de l'individu

lui-même ou non en fonction des mécanismes comportementaux et cognitifs. Une évaluation psychométrique quantitative des troubles annoncés et objectivés lors de l'entretien permettant ainsi de mesurer la gravité et l'intensité de symptômes et l'urgence thérapeutique invasive de type pharmacothérapeutique ou après de type psychothérapeutique et psychoéducatif.

Principes déontologiques et éthiques

Un certain nombre de principes éthiques a guidé la présente étude, encadré par l'intégration de la Charte d'Helsinki. Les patients reçus, qui avaient préalablement été informés des objectifs de la recherche et ont donné leur consentement éclairé. Au cours de la phase du diagnostic psychiatrique et des entretiens, les patients ont à nouveau été informés des objectifs de la recherche. Leur accord verbal a été requis. Les entretiens ont été anonymes et codifiés. Les patients ont été informés sur le fait qu'ils n'étaient pas obligés de répondre à des questions qu'ils trouvaient gênantes ou inconvenantes sur le plan culturel. De plus, ils étaient libres de se retirer à tout moment de l'étude, s'ils le désiraient. La gestion du risque a surtout consisté en la qualification des professionnels et la mise en place d'un cadre de sécurité pour l'intervention et la recherche.

RÉSULTATS

Présentation de l'échantillon

L'âge des sujets est compris entre 8 et 74 ans, la tranche d'âge la plus représentative est celle de [35 - 45] avec une fréquence de 34%. Les sujets mariés et célibataires constituent l'essentiel de l'échantillon, avec respectivement (42% et 46%). Les sujets divorcés et veufs représentent respectivement 4% et 8%. On enregistre 27 sujets de sexe masculin représentant (54% de l'échantillon et 23 sujets de sexe féminin représentant 46%. Concernant le niveau d'éducation 68% des patients ont fait des études primaires, 26% ne sont pas allés à l'école et de 6% ont fait des études secondaires.

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Situation familiale		
Célibataire	23	46,0
Divorcé(e)	2	4,0
Marié(e)	21	42,0
Veuf (ve)	4	8,0
Âge		
]7 - 25]	14	28,0
]25 - 35]	8	16,0
]35 - 45]	17	34,0
]45 - 55]	7	14,0
]55 - 74]	4	8,0
Sexe		
Femme	23	46,0
Homme	27	54,0
Niveau d'étude		
Aucun	13	26,0
Primaire	34	68,0
Secondaire	3	6,0

Motifs de la consultation

Les participants ont été reçus en consultation pour des motifs variés, dont la comorbidité avec les troubles psychiatriques est documentée. Les céphalées, les Troubles de Comportement, et l'Insomnie sont évoqués par plus de la moitié des patients lors de son passage devant les médecins. Les symptômes psychiques/manifestations psychologiques sont très évidents. Les problèmes somatiques diagnostiqués ou allégués sont peu spécifiés. Parfois les symptômes sont diffus et se manifestent en lien immédiat avec la santé mentale.

La distribution des motifs de consultation est donnée dans le tableau 2

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Amputation	1	2
Convulsion	1	2
Douleur au bras	1	2
Douleur a l'œil	1	2
Douleur poitrine	1	2
Hypersomnie	1	2
Insomnie	1	2
Tics	1	2
Abus alcool	2	4
Colère	2	4
Enurésie	2	4
Asthénie	2	4
Lombalgies	2	4
Absences	3	6
Vertiges	3	6
Insomnie	4	8
Trouble comportement	10	20
Céphalées	12	24
Total	50	100

Diagnostics psychiatriques

Les troubles de santé mentale sont récurrents (98%), avec quatre diagnostics psychiatriques (Dépression, Trouble de l'anxiété généralité, Insomnie, autres Troubles anxieux). La dépression constitue le trouble psychiatrique le plus récurrent, avec une prévalence de 30%. Cette catégorie diagnostique est suivie en taux de prévalence par les problématiques anxieuses (autres troubles anxieux 12% ; trouble anxiété généralisée 16%) ; l'Insomnie (12%) ; l'énurésie secondaire et l'alcoolisme (respectivement 6%) ; le trouble du déficit d'attention et hyperactivité (TDAH), les troubles psychotiques et les somatisations (respectivement 4%).

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage
Nil	1	2%
Schizophrénie	1	2%
Trouble bipolaire	1	2%
Psychose	2	4%
Somatisation	2	4%
Trouble du déficit d'attention et hyperactivité	2	4%
Alcoolisme	3	6%
Énurésie secondaire	3	6%
Autres troubles anxieux	6	12%
Insomnie	6	12%
Tag	8	16%
Dépression	15	30%
Total	50	100%

Comorbidité somatique

La comorbidité avec un problème somatique est avérée dans 56% des cas. La Trypanosomiase, Paludisme, Épilepsie sont les cas les plus rencontrés sur le plan de la comorbidité somatique. Les problématiques somatiques diagnostiquées sont données dans la distribution ci-dessous :

Comorbidités	Effectifs	Pourcentage
Membre imputé	1	2
Paludisme	1	2
Accident d'auto	1	2
Hernie discale	1	2
HTA	1	2
Lombalgie	1	2
Problème de vue	3	6
Rhumatisme	4	8
Épilepsie	5	10
Paludisme	5	10
Trypanosomiase	5	10
Nil	22	44
Total	50	100

DISCUSSION

On observe dans l'échantillon une forte prévalence des problématiques psychiatriques, fortement associés à des problèmes somatiques. La comorbidité somato-psychiatrique psychose-épilepsie est signalée par Charfi Nada *et al.* (2014) comme ancienne et importante. On note généralement une importante comorbidité des troubles psychiatriques. Comme le suggèrent des auteurs, elle est plus fréquente dans le cas des troubles anxieux et dépressifs et peu observée dans les troubles psychotiques (Lejoyeux, Embouazza, 2013).

On enregistre également une importante comorbidité dans les addictions, avec une association entre problématiques psychotiques et alcoolisme. Insistant sur le lien démontré entre alcoolisme et psychoses, Potvin et Lalonde (2014) font remarquer que la prévalence de l'alcoolisme au cours de la vie de 9,4 % est souvent associée à 20,6 % à la schizophrénie. Dans leur méta-analyse, Koskinen et collaborateurs (2010) une comorbidité de 27,1 % de la schizophrénie avec une addiction au cannabis a été soulignée. Bordes, Schuster et Limosin (2011) indiquent une importante comorbidité en hospitalisation entre syndrome dépressif et troubles factices.

Les résultats obtenus, soulignent à suffisance, le besoin d'une réponse spécialisée dans le domaine de la santé mentale, pour des populations exposées à des facteurs de stress traumatiques. Dans un contexte africain comme celui du Congo où la santé mentale est encore une problématique négligée, la tendance des résultats suggèrent des actions urgentes. Les troubles mentaux sont non seulement une réalité clinique récurrente, mais aussi une réalité clinique négligée, méconnue, perçue comme occidentale. On note cependant que la demande de soins dans les pays de l'Afrique subsaharienne est en augmentation constante. Au Cameroun, Edoa Mbatsogo (2015) indique une augmentation de la demande des soins psychiatriques à

l'hôpital Jamot à Yaoundé de l'ordre 36% entre 2005 et 2007

La dépression est le tableau clinique le plus récurrent de la présente étude. Ces tendances vont dans le sens d'une étude rétrospective sur une période de huit ans (1998-2000) à Madagascar, qui a montré que la dépression est la première cause de consultation (36,17%) en situation hospitalière. Elle est suivie dans cette étude, contrairement ?? aux données recueillies, par les psychoses (25,26). Une autre étude portant sur le lien entre l'hémodialyse chronique et dépression au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo) a permis de mettre en évidence le fait que la dépression touchait 68,2% de patients (Mawufemo Yawovi Tsevi et al, 2016). Les facteurs étiologiques identifiés, comme à Mossaka, et dans les deux études sus-évoquées, étaient surtout relatifs à la précarité sociale. Mais, en plus de la précarité sociale, les événements traumatiques relatifs aux conflits et aux catastrophes naturels sont à intégrer, pour comprendre l'importante symptomatologie psychiatrique qui est révélée.

CONCLUSION

Le mérite de cette étude initiée dans le cadre de cette mission humanitaire a été de montrer que la psychiatrie a bien sa place en médecine humanitaire et la santé mentale de la population de cette île de Mossaka doit être inscrite dans le plan stratégique de la santé globale des autorités congolaises qui veulent desservir les habitants de cette région du Congo dans le cadre des programmes de soins de santé primaire. Les modestes données épidémiologiques obtenues ici sur les troubles psychiatriques peuvent servir de levier pour mener des études épidémiologiques plus poussées et comparatives entre le service de psychiatriques du CHU de Brazzaville et le Centre de santé développé de Mokassa.

Limites

- Taille de l'échantillon très petite ;
- La notion de la maladie mentale est mal connue dans la communauté, car la dimension culturelle de la tolérance, de la minimisation ou de la stigmatisation sont autant d'obstacles pour la détection précoce et même tardive des troubles psychiatriques ;
- L'absence de la préparation du terrain par la psychoéducation des familles, des associations culturelles et de l'île de Mokassa et dans les écoles aurait pu accroître l'absence de la détection précoce ou tardives des troubles psychiatriques dans la communauté et la confirmation de leurs diagnostics au CDS.

Contribution des auteurs

IB et RT ont recadré l'étude

IB et RT ont révisé le manuscrit

IB et RT ont collecté les données

RT et IB ont analysé les données ;

PCM et AM ont révisé l'article en tenant compte des aspects de la psychiatrie transculturelle en Afrique.

Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Remerciements

Nous remercions tout le personnel médical et paramédical des hôpitaux ayant été impliqué durant cette étude.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Availability of data and materials

The datasets generated and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author.

Consent for publication

Not applicable.

Ethics approval and consent to participate

All the participants read and signed an informed consent sheet. Research authorizations were obtained from the institutions involved. Ethical clearance was obtained from the ethics and research committee of the Congo-Brazzaville.

Financement

Cette étude bénéficie du soutien financier de l'IPM-International (www.ipm-int.org).

RÉFÉRENCES

1. Andriantseho, L. M., Andrianasy, T. F., & Andriambao, D. S. (2004). Les troubles psychiatriques à Madagascar : étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga. *Bull Soc Pathol Exot*, 97(2) : p122-126.
2. Bordes, G., Schuster, J.-P., & Limosin, F. (2011). Symptômes dépressifs et pathomimie : comorbidité ou trouble psychiatrique factice ? *L'Encéphale*, 37(2) : p133-137. Doi : 10.1016/j.encep.2010.04.010.
3. Bouchard, L., Batista, R. & Colman, I. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. *Minorités linguistiques et société*, (9) : p 227–245. <https://doi.org/10.7202/1043504a>.
4. Brisson, A., Bolduc, M. & Jourdan-Ionescu, C. (2014). Étude descriptive de l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle adulte. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 25, 5–22. <https://doi.org/10.7202/1028213ar>
5. Bronsard, G., Simeoni, M. C. Campredon, S., Auquier, P., & Lancon C. (2008). *Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs : Etude de la population d'adolescents vivant en foyers sociaux dans les Bouches-du-Rhône*. Paris : Maison Départementale de l'Adolescent.
6. Charfi, N et al. (2014). Les psychoses de l'épileptique : approche clinique à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* ; 17:265 : p1-5 doi:10.11604/pamj.2014.17.265.4158.
7. Cohidon (2007). *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités"*. Saint-Maurice Cedex France : Institut de veille sanitaire.
8. Edoa Mbatsogo, H.C. (2015). *L'accès violent dans la psychose chez l'adulte : Une étude psychopathologique au Cameroun* (Thèse de Doctorat/PhD). Université de Lorraine : Lorraine P. 60.
9. Lejoyeux, M., & Embouazza, H. (2013). Troubles psychiatriques et addictions. *Addictologie*. *Addictologie*, Paris : Elsevier Masson.
10. Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec : Gouvernement du Québec.
11. Mawufemo Yawovi Tsevi et al. (2016). Hémodialyse chronique et dépression au Centre Hospitalier Universitaire

- Sylvanus Olympio de Lomé (Togo). *Pan African Medical Journal* ; 25:25, p1-6 doi:10.11604/pamj.2016.25.26.9883: This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/26/full/> (Consulté le 05/05/2019).
12. Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Santé mentale : les ministres appellent à l'action*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
 13. Potvin, S. & Lalonde, M. (2014). Psychose et toxicomanie : le cimetière des évidences. *Santé mentale au Québec*, 39, (2), 75–98. <https://doi.org/10.7202/1027833ar>
 14. Lespérance F, Frasure-Smith N, St-André E et coll. The efficacy of
a. omega-3 supplementation for major depression: a randomized
b. controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2011; 72 (8): 1054-62.
 15. Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., ..., Cooper, L. A. (2005). Cultural competency: A systematic review of Health care provider Educational interventions. *Medical Care*, 43(4):356-373.
 16. Betancourt, J. R. (2006). Cultural competency: Providing quality care to diverse populations. *Consultant Pharmacist*, 21(12) : 988-995.
 17. Bunevicius, R., Velickiene, D., & Prange, A. J. Jr. (2005). Mood and anxiety disorders in women with treated hyperthyroidism and ophthalmopathy caused by Graves' disease. *General Hospital Psychiatry*, 27(2):133-139.
 18. Chaumier, S., & Mairesse, F. (2013). *La médiation culturelle*. Collections U, Armand Colin, Paris.
 19. Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Grammaticos, P., & Ierodiakonou, C. (2000). Difference in symptom profile between generalized anxiety disorder and anxiety secondary to hyperthyroidism. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(1):71-81.
 20. Lever-van Milligen, B. A., Vogelzangs, N., Smit, J. H., & Penninx, B. W. (2014). Hemoglobin levels in persons with depressive and/or anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4):317-321.
 21. Lukoo, R. N., Ngiyulu, R. M., Mananga, G. L., Gini-J. L., Ekulu, P. M., Tscibassu, P. M., & Aloni, M. N. (2015). Depression in children suffering from sickle cell anemia. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 37(1):20-24.
 22. Simon, N. M., Blacker, D., Korbly, N. B., Sharma, S. G., Worthington, J. J., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3) :209-217
 23. Sow, I (1972) . Notes sur quelques aspects socioculturels dans la pratique psychiatrique traditionnelle au Bas-Dahomey. *Psychologie médicale*, 4(1) : 57-70
 24. Moayedoddin B, Nangho Makaya C, Canuto A (2014). Do humanitarian crises offer opportunities for change? a critical review of the mental health and psychosocial support postemergency in the Republic of the Congo, *Intervention*, 12 (1), 108-114
 25. Mouanga A et Missontsa AD (2005). Profil sociodémographique et clinique des patients observés en consultation externe de psychiatrie au Congo-Brazzaville, *médecine d'Afrique noire*, 52(5) : 279-282
 26. Olivier de Sardan, J. P. (xxx). *Introduction*. In V. Jaffre J.-P. Olivier De Sardan (1999). *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : Presses Universitaires de France
 27. Olivier de Sardan, J. P Les représentations des maladies· des modules ? In V. Jaffre J.-P. Olivier De Sardan (1999). *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : Presses Universitaires de France