

République du Congo
Unité - Travail - Progrès



Ministère de la Santé et de la Population

**ENQUÊTE EPIDEMIOLOGIQUE PILOTE SUR
LA FREQUENCE DES AFFECTIONS MENTALES
DANS LA VILLE DE POINTE-NOIRE
EN REPUBLIQUE DU CONGO**

Avec l'appui de :



**Organisation
mondiale de la Santé**
Congo

JANVIER 2025

TABLE DES MATIERES

RESUME	iv
REMERCIEMENTS	vi
LISTE DES CONTRIBUTEURS	vii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	viii
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES	ix
INTRODUCTION	1
I - OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	2
I.1. Objectif général :	2
I.2. Objectifs Spécifiques :	2
II – CADRE ET METHODE D'ETUDE.....	2
II .1- Cadre d'étude	2
II.2 Méthode	4
II. 2. 1. Type d'étude :	4
II. 2. 2. Population d'étude et population cible :	4
II. 2. 3. Échantillonnage :	4
II. 2. 4. Taille de l'échantillon :	4
II. 2. 5. Critères d'inclusion et d'exclusion :	5
II. 2. 6. Collecte de données :	5
II. 2. 7. Traitement de données et analyse statistiques	6
II. 2. 8. Concepts clés :	6
III. CONSIDERATIONS ETHIQUES	10
IV. LIMITES DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES POUR UNE ÉTUDE NATIONALE	10
V. RESULTATS	12
1. Caractéristiques sociodémographiques	12
2. Fréquence des principaux troubles mentaux	13
3. Identification des types de structures offrant des soins de santé mentale	20
3.1 Préférences des patients pour les lieux de soins en santé mentale	20
3.2 Motivations sous-tendant le choix des structures de soins de santé mentale	20
3.3 Préférence pour les soins ambulatoires versus internement	21
3.4 Préférences des patients pour le lieu de soins de santé mentale	21
3.5 Réactions des tuteurs à l'idée de soins en service de psychiatrie	22
3.6 Réactions des tuteurs patients à l'idée d'être de faire traiter leur malade dans un hôpital psychiatrique	22

VI. DISCUSSION.....	23
1. Profil sociodémographique :	23
2. Profil clinique :	24
3. Des structures de soins de santé mentale (SSM)	27
4. De la perception du recours aux soins de santé mentale par les patients enquêtés.....	28
5. De l'organisation de la prise en charge de la santé mentale à Pointe-Noire.....	28
CONCLUSION.....	31
RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
GALERIE PHOTOS	37

RESUME

Le présent rapport détaille une enquête épidémiologique pilote menée à Pointe-Noire, République du Congo, visant à évaluer la fréquence des affections mentales, leur répartition sociodémographique et les dynamiques de prise en charge. Soutenue par le Ministère de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette étude constitue une première étape cruciale pour comprendre et améliorer les soins en santé mentale en République du Congo et en particulier à Pointe-Noire.

Face à l'absence de données fiables et à la faiblesse des infrastructures et ressources humaines, cette enquête avait pour objectifs de mesurer la fréquence des troubles mentaux prioritaires, d'identifier les structures et acteurs offrant des soins, d'évaluer les besoins en services de santé mentale et de proposer des orientations stratégiques pour une meilleure prise en charge.

La méthodologie adoptée est descriptive et transversale, avec un échantillonnage raisonné et opportuniste. La population cible comprenait des habitants de Pointe-Noire ayant présenté des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois. La collecte des données a été réalisée grâce au questionnaire MINI et à des tablettes numériques, sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire.

Les résultats montrent que la population étudiée est composée majoritairement d'adultes jeunes et d'âge moyen, avec une légère prédominance masculine (64,68 %). La majorité des patients sont inactifs (73,61 %) et résident en habitat collectif ou en situation d'errance. Les troubles psychotiques sont les plus fréquents (52 %), suivis des troubles anxieux (32 %), des épisodes dépressifs majeurs (30 %) et des troubles bipolaires (20 %). Les conduites addictives, troubles antisociaux et cognitifs affichent également des proportions significatives. Les soins sont principalement prodigués dans un cadre familial (37,9 %) ou religieux (36,31 %), tandis que les centres modernes et traditionnels sont sous-utilisés. Les principaux obstacles identifiés incluent la stigmatisation, l'insuffisance d'infrastructures et le manque de professionnels qualifiés. Les préférences pour les soins religieux et familiaux, bien que culturellement enracinées, limitent l'accès à des soins spécialisés.

Ces données soulignent la nécessité urgente de renforcer les infrastructures, de recruter et former les professionnels de santé, et de réduire la stigmatisation pour une meilleure prise en charge des troubles mentaux.

Les recommandations stratégiques incluent la construction d'un hôpital psychiatrique moderne à Pointe-Noire, le recrutement et la formation du personnel dans les domaines de la santé mentale, le renforcement des services intégrés dans les structures de soins primaires, la mobilisation communautaire pour réduire la stigmatisation, l'élaboration d'un cadre juridique pour réglementer les pratiques en santé mentale et la collecte régulière de données pour orienter les politiques publiques.

En définitif, cette enquête met en lumière l'urgence d'une réponse multisectorielle pour relever les défis de la santé mentale à Pointe-Noire. Les recommandations visent à transformer les systèmes de soins en garantissant une prise en charge respectueuse et adaptée aux réalités locales.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et la contribution précieuse de nombreuses personnalités et institutions.

Nous tenons à remercier très chaleureusement le Préfet du département de Pointe-Noire, M. Alexandre Honoré PAKA pour son dévouement à la cause des personnes affectées par les troubles mentaux et l'initiation de ce projet important.

Nous exprimons notre profonde gratitude au Ministre de la Santé et de la Population pour sa vision de la santé publique affirmée dans le plan national de développement sanitaire 2023-2026 à travers le renforcement de l'offre des soins et services de qualités, en particulier de la santé mentale ; et pour les facilités accordées pour la réalisation de cette initiative.

Nos sincères remerciements vont également à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour son accompagnement technique et financier qui a été déterminant à chaque étape de ce projet. Une mention spéciale au Représentant du Bureau-Pays de l'OMS pour le leadership et l'engagement indéfectible manifestés pour la réussite de cette initiative.

Nous saluons aussi le professionnalisme des psychiatres, psychologues cliniciens, épidémiologistes, statisticiens, enquêteurs et autres experts qui ont participé à la conception des documents techniques, à la formation, à la collecte de données et à la validation des résultats. Leur dévouement a permis de garantir la rigueur scientifique de cette étude.

Un merci particulier est adressé aux médecins-chefs des districts sanitaires de Pointe-Noire, ainsi qu'à la Direction Départementale des Soins et de la Santé de la Ville de Pointe-Noire, pour la coordination et le soutien sur le terrain dans la collecte des données.

Enfin, nous remercions toutes les communautés, familles et individus pour leur implication indéniable à l'enquête. Le partage de leurs expériences a permis de mieux comprendre les enjeux des affections mentales au quotidien dans la ville de Pointe-Noire.

Grâce à l'engagement de chacun, ce rapport constitue une étape importante vers une meilleure prise en charge de la santé mentale à Pointe-Noire et, au-delà, en République du Congo afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

LISTE DES CONTRIBUTEURS

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à l'engagement et à l'expertise de l'équipe technique suivante :

❖ Pour le Ministère de la santé et de la population :

- Professeur ag. Alain Maxime MOUANGA : Neurologue-Psychiatre, Chef de service de psychiatrie au CHU de Brazzaville, Point focal national du projet ;
- Professeur ag. Yolande VOUMBO MATOUMONA : Médecin spécialiste en santé publique, Conseillère du Chef de l'État en charge de la santé.

❖ Personnes ressources :

- Docteur Romain BAGAMBOULA : Médecin spécialiste en santé publique ;
- Monsieur Michel DZALAMOU : Psychologue ;
- Monsieur Lévi Jeojada Evariste MANKOUSSOU : Statisticien économètre, Analyste des données.

❖ Pour le Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo :

- Docteur Vincent Dossou SODJINO : Représentant par intérim de l'OMS au Congo ;
- Docteur Cyr Judicaël PASSI-LOUAMBA : Conseiller en charge des maladies non transmissibles ;
- Monsieur Francis ELENGA GARBA : Gestionnaire des données.

SIGLES ET ABREVIATIONS

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
MINI :	Mini International Neuropsychiatric Interview
DDSSSa/PNR :	Direction Départementale des Soins et Services de Santé de Pointe-Noire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} édition
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSNSM	Plan Stratégique National pour la Santé Mentale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES

❖ LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques sociodémographiques.....	12
Tableau II Fréquence des troubles psychotiques à Pointe-Noire	14
Tableau III : fréquence des épisodes dépressifs majeurs	15
Tableau IV : répartition des troubles anxieux à Pointe-Noire.....	16
Tableau V : Fréquence des conduites addictives	17
Tableau VI : Fréquence troubles de la personnalité antisociale.....	18
Tableau VII : risque suicidaire et violences basées sur le genre.....	19
Tableau VIII : préférences des patients pour les lieux de soins en santé mentale	20
Tableau IX : Motivations influençant le choix des soins de santé mentale	20
Tableau X : Préférence pour les soins ambulatoire versus internement	21
Tableau XI : Préférences des patients concernant le type de lieu pour leurs soins de santé mentale ...	21
<i>Tableau XII : Réactions des tuteurs à l'idée de soins en hôpital psychiatrique.....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau XIII : Réactions des patients à l'idée d'être traités dans un hôpital psychiatrique</i>	<i>22</i>

❖ LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: fréquence des principaux troubles mentaux.....	13
Graphique 2: Fréquence de fréquentation des lieux de soins en santé mentale	20

❖ LISTE DES FIGURES

Figure 1 Localisation de la ville de Pointe-Noire	2
Figure 2: carte administrative/des districts sanitaires de la ville de Pointe-Noire	3

INTRODUCTION

La santé mentale fait partie intégrante de notre santé et de notre bien-être en général et constitue un droit humain fondamental. À l'échelle mondiale, les problèmes de santé mentale sont très répandus. Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³¹, environ une personne sur huit dans le monde vit avec un trouble mental. Les troubles mentaux sont la principale cause d'incapacité entraînant 1 année sur 6 vécues avec une incapacité. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves meurent en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que la population générale, principalement en raison de maladies physiques évitables. Des circonstances défavorables, notamment la pauvreté, les inégalités sociales et économiques, les urgences de santé publique, les guerres et crises climatiques, font partie des menaces structurelles mondiales pour la santé mentale, entraînant un risque plus élevé de problèmes de santé mentale.

Comme dans d'autres pays africains, le Congo souffre d'un manque de données disponibles sur la santé mentale susceptible d'en préciser l'ampleur afin d'adapter les stratégies de prise en charge. Une évaluation rapide effectuée, à la demande des autorités préfectorales de Pointe-Noire, par le ministère de la Santé et de la population avec le soutien du Bureau de la Représentation de l'OMS, a mis en évidence la situation alarmante des populations de cette ville en matière d'offre des soins et services de santé mentale. Elle est notamment caractérisée par la faiblesse des ressources de santé mentale en matière de dispositifs de soins et de ressources humaines. En effet, il y a un seul psychiatre et un seul psychologue clinicien pour un bassin de population estimée à 1.400.000 personnes selon le Recensement Général pour la Population et l'Habitat (RGPH) 2023. Aussi, pour envisager un plan de réponse, il est apparu nécessaire de mesurer l'ampleur du problème à travers une enquête épidémiologique pilote dans la ville Pointe-Noire.

Cette dernière apportera des données préliminaires dont le système de santé est complètement dépourvu, étant entendu que le système de surveillance et d'information existant ne comporte aucune donnée relative aux soins de santé mentale.

I - OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.1. Objectif général :

Contribuer à la mise en œuvre d'une réponse adaptée pour la pris en charge des troubles mentaux dans la ville de Pointe-Noire.

I.2. Objectifs Spécifiques :

L'étude visait spécifiquement à :

- Mesurer la fréquence des principaux troubles mentaux dans la ville de Pointe-Noire ;
- Identifier, de manière exhaustive, les structures offrant des soins de santé mentale ;
- Identifier, de manière inclusive, les parties prenantes intervenants en matière de santé mentale dans la ville de Pointe-Noire ;
- Identifier les besoins en matière d'offre de soins et services en santé mentale aux populations ;
- Proposer des orientations stratégiques préliminaires en réponse à la situation de la santé mentale à Pointe-Noire.

II – CADRE ET METHODE D'ETUDE

II.1- Cadre d'étude



L'enquête s'est déroulée dans la ville de Pointe Noire, capitale économique de la République du Congo. C'est la deuxième ville la plus peuplée après celle de Brazzaville. Elle fait l'objet d'un important exode rural des populations des localités environnantes qui font fréquemment face à des difficultés économiques et sociales pouvant être à l'origine des problèmes de santé mentale.

La population totale de la ville de Pointe-Noire s'élève à 1 420 612 habitants, répartis entre hommes et femmes, avec une répartition presque équilibrée. Selon le document "Populations résidentes des

Figure 1 Localisation de la ville de Pointe-Noire

localités du Congo", publié par l'Institut National de la Statistique et basé sur les données du cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-5) de 2023, on

observe les effectifs suivants pour les hommes et la population totale dans chaque arrondissement :

Les activités de santé à Pointe-Noire se font sous la responsabilité de la Direction Départementale des Soins et Services de Santé (DDSSSa/PNR) qui est un démembrement du Ministère de la Santé et de la Population placée sous l'autorité du Préfet cette ville.

La Direction départementale de la santé de Pointe-Noire regroupe six districts sanitaires qui sont aussi identifiés comme arrondissement de cette ville :



- Arrondissement 1 : E.P. Lumumba : 67 379 hommes, pour une population totale de 132 484 habitants.
- Arrondissement 2 : Mvou-mvou : 38 831 hommes, pour une population totale de 76 995 habitants.
- Arrondissement 3 : Tie-Tie : 150 827 hommes, pour une population totale de 303 309 habitants.
- Arrondissement 4 : Loandjili : 176 078 hommes, pour une population totale de 351 528 habitants.
- Arrondissement 5 : Mongo-Mpoukou : 147 405 hommes, pour

Figure 2: carte administrative/des districts sanitaires de la ville de Pointe-Noire

une population totale de 297 849 habitants.

- Arrondissement 6 : Ngoyo : 117 066 hommes, pour une population totale de 236 647 habitants.

En dehors des arrondissements, le district sanitaire de Tchiamba-Nzassi compte 11 367 hommes, pour une population totale de 21 800 habitants.

II.2 Méthode

II. 2. 1. Type d'étude :

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, non analytique, visant à estimer la fréquence des affections mentales prioritaires dans le département de Pointe-Noire.

II. 2. 2. Population d'étude et population cible :

La population d'étude est constituée des habitants de la ville de Pointe Noire. La population cible inclut les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

II. 2. 3. Échantillonnage :

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste avec les techniques de choix raisonné et de choix par commodité.

II. 2. 4. Taille de l'échantillon :

L'échantillonnage a été faite de manière raisonnée et opportuniste. La taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant la formule de Schwartz ci-dessous. La taille minimale calculée était de 382 personnes. et corrigée de manière à garantir une égale répartition de charge de travail et des aires de recherche parmi les enquêteurs.

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 x P x (1 - P)}{\alpha^2}$$

- N : représente la taille minimale de l'échantillon requise.
- z_{α} : détermine le niveau de confiance choisi qui est de 95%, ($z_{\alpha} = 1,96$).
- P : est la proportion estimée de sujets présentant des troubles mentaux dans la population de Pointe-Noire. Par manque d'enquêtes antérieures à celle-ci, nous estimons cette proportion à 50%.
- α : est la marge d'erreur souhaitée, généralement fixée à 5%.

Soit une taille minimale de l'échantillon représentatif de la population ciblée estimée à 381 personnes :

$$N = \frac{1,96^2 x 0,5 x (1 - 0,5)}{0,05^2}$$

II. 2. 5. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Le principal critère d'éligibilité était d'avoir présenté au cours des douze derniers mois un trouble ou un problème de santé mentale. Ont été exclues de cette enquête les personnes présentant un trouble mental, qui n'ont pas consenti à participer ou pour lesquelles les tuteurs ont refusé de participer.

II. 2. 6. Collecte de données :

Pour la collecte des données, l'outil choisi s'est largement inspiré du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), un instrument standardisé de diagnostic psychiatrique construit à partir de la classification internationale des maladies (CIM-10/OMS). Cet outil a permis d'évaluer les principaux troubles mentaux identifiés au cours de l'enquête. La partie liée à l'identification de l'enquêté a comporté un numéro d'ordre ou code unique pour chaque fiche d'enquête pour garantir l'anonymat. Ce numéro ou ce code a permis de revenir, à posteriori, sur la fiche d'enquête autant que de besoins. En plus du MINI adapté, un questionnaire anonyme standardisé a été élaboré afin de recueillir des informations complémentaires.

Vingt et un (21) enquêteurs ont préalablement été formés sur les fondamentaux des diagnostics des affections de santé mentale ainsi que sur l'administration du questionnaire d'enquête. Cette formation a été appuyée par des exercices de simulation sur l'utilisation du questionnaire. Le groupe des enquêteurs était essentiellement constitué de professionnels de niveau licence formés à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi.

La collecte a été directement supervisée par une équipe multidisciplinaire composée de deux psychiatres, un psychologue clinicien et spécialiste en épidémiologie et santé publique. De surcroît, au niveau local, la supervision a été également assurée par l'équipe locale de l'OMS constituée de 3 personnes, par les 7 médecins-chefs des districts sanitaires sous la coordination de la Directrice départementale de soins et service de santé de Pointe-Noire.

Le questionnaire et le guide d'entretien ont été préalablement testés dans le cadre d'une recherche-action menée par trois étudiants de la faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université Marien Ngouabi de Brazzaville, préalablement formés à l'utilisation de ces outils. Le questionnaire a été rédigé en français, utilisant un vocabulaire simple et compréhensible. Sur celui-ci ont été clairement énoncé le titre de l'étude, son cadre, ses objectifs ainsi que le temps nécessaire à l'entretien. Ce dernier a été estimé à 15 minutes. Les champs des réponses

de l'enquête ont été conçus de manière à être rempli de manière obligatoire avant de passer à la section suivante, dans le but de minimiser les données manquantes.

Pour identifier les cas de manière aussi large que possible, une méthode de signalement et de réseautage rigoureuse a été mise en place. La collaboration avec les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de santé, professionnels de la santé mentale de Pointe-Noire) a permis de signaler les cas de maladies mentales prioritaires dans toutes les aires sélectionnées. Par ailleurs, un engagement communautaire a été obtenu grâce à des campagnes de sensibilisation qui ont été menées dans les quartiers, via des associations locales, des leaders communautaires et des médias locaux pour encourager les familles et les individus à signaler les cas de maladies mentales.

La recherche active des cas a été exclusivement réalisée par un réseautage afin d'inclure tous les malades mentaux des quartiers ciblés, malades difficiles à atteindre par d'autres méthodes. Dans ce cadre, tous les informateurs clés (médecins traitants, médecin-chefs de districts sanitaires, tradithérapeutes, chefs de quartiers, chefs de zones, chefs de blocs, Responsables religieux et autres leaders d'opinion) de chaque quartier sélectionné ont été mis à contribution. Des tablettes numériques ont été configurées et utilisés pour la collecte des données et une formation des enquêteurs sur l'utilisation de la tablette numérique et du logiciel ODK a été assurée par le Data Manager du Centre de gestion de données du bureau de l'OMS au Congo. La technique de collecte s'est basée sur les entretiens individuels et les focus group. Il n'y a pas eu d'examen de malades par les experts en santé mentale pour confirmer les diagnostics. Les éléments obtenus l'ont été sur une base déclarative. L'enquête n'a pas été menée dans une approche analytique.

II. 2. 7. Traitement de données et analyse statistiques

Le traitement de données et les analyses descriptives ont été réalisés par un biostatisticien de l'équipe de coordination en utilisant le logiciel RStudio.

II. 2. 8. Concepts clés :

1. Santé mentale : La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, faire face aux situations normales de la vie, travailler de manière

productive et contribuer à la communauté. Elle inclut à la fois l'absence de troubles mentaux et la présence de capacités psychologiques et sociales. Dans cette étude, elle est essentielle pour comprendre comment les individus perçoivent et gèrent leur santé mentale, notamment à travers les services disponibles (centres modernes, religieux, traditionnels ou le cadre familial).

2. Lieux de soins en santé mentale : Les lieux de soins se répartissent en quatre catégories principales. Les centres modernes regroupent les lieux formels comme les hôpitaux psychiatriques et cliniques, où les soins sont délivrés par des professionnels selon des traitements basés sur des preuves scientifiques, comme les thérapies médicamenteuses ou psychologiques. Les centres religieux proposent des soins spirituels liés à des pratiques comme les prières, les bénédictions ou les exorcismes, souvent perçus comme traitant des causes spirituelles des troubles mentaux. Les centres traditionnels, quant à eux, utilisent des méthodes ancestrales ou culturelles, telles que les plantes médicinales ou les rituels, basées sur des systèmes de connaissances indigènes. Enfin, le cadre familial représente une prise en charge à domicile, souvent sans recours à des professionnels, avec un soutien moral, émotionnel ou spirituel.

3. Fréquence de fréquentation des lieux de soins : Cette notion mesure le degré d'utilisation des différents types de centres pour les troubles mentaux. Les indicateurs incluent le nombre de consultations par mois ou par an, la régularité de la fréquentation (régulière, occasionnelle, inexistante), ainsi que la répartition des patients selon les types de centres fréquentés.

4. Perception des soins : La perception des soins reflète l'opinion ou le jugement des usagers sur l'efficacité, l'accessibilité et la pertinence des services disponibles. Elle peut être influencée par l'accessibilité géographique ou financière, l'efficacité perçue des traitements, ainsi que par les croyances culturelles ou religieuses, qui jouent un rôle crucial dans l'acceptabilité des soins.

5. Obstacles à l'accès aux soins : Ces obstacles représentent les facteurs qui limitent ou empêchent l'accès des individus aux services de santé mentale. Ils incluent les barrières géographiques, comme l'éloignement des centres ; les barrières financières, comme le coût des traitements ; les barrières culturelles, telles que la stigmatisation ou les tabous autour des troubles mentaux ; et les barrières éducatives, qui reflètent le manque de sensibilisation ou d'information sur les options disponibles.

6. Préférence pour un type de soin : La préférence pour un type de soin correspond au choix des individus ou familles de privilégier un type de centre (moderne, religieux, traditionnel ou familial). Ce choix peut être influencé par des croyances religieuses ou culturelles, des expériences antérieures (positives ou négatives), ainsi que par des facteurs pratiques comme le coût ou la disponibilité des soins.

7. Satisfaction des usagers : La satisfaction des usagers mesure leur niveau de contentement vis-à-vis des soins reçus. Elle s'évalue notamment par l'amélioration ressentie des symptômes, la qualité de la relation avec les soignants, et l'accessibilité ou le coût des services. Une satisfaction élevée reflète souvent une efficacité perçue et une expérience positive.

8. Stigmatisation : La stigmatisation inclut les attitudes négatives, préjugés ou discriminations envers les personnes souffrant de troubles mentaux ou utilisant des services de santé mentale. Elle peut freiner la fréquentation des centres de soins, retarder la prise en charge et nuire à l'intégration sociale des individus concernés.

9. Facteurs sociodémographiques : Les facteurs sociodémographiques regroupent les caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou la profession. Ces facteurs influencent les comportements et les attitudes envers la santé mentale, modulant l'accès aux soins, la perception des traitements et les obstacles rencontrés.

10. Troubles psychotiques : Les troubles psychotiques sont des affections caractérisées par une altération sévère de la perception de la réalité, incluant des hallucinations (visuelles, auditives) et des délires (convictions erronées persistantes). La schizophrénie en est l'exemple principal, entraînant des troubles graves du comportement pouvant évoluer vers une désinsertion sociale. Les symptômes incluent un retrait social, des comportements bizarres et un discours incohérent.

11. Troubles anxieux : Les troubles anxieux regroupent un ensemble de troubles marqués par une peur ou une inquiétude excessive et irrationnelle. Ils incluent le trouble panique (crises d'angoisse aiguës imprévisibles), l'anxiété généralisée (inquiétude persistante sans cause spécifique) et les phobies (peurs spécifiques ou sociales, comme l'agoraphobie).

12. Troubles dépressifs majeurs : Ce trouble est caractérisé par une humeur dépressive persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles. Les patients

présentent souvent des symptômes comme la fatigue, la perte d'appétit, des troubles du sommeil et des idées suicidaires, qui peuvent grandement altérer leur qualité de vie.

13. Troubles bipolaires : Les troubles bipolaires se manifestent par une alternance entre des épisodes maniaques et dépressifs. La phase maniaque se caractérise par une énergie excessive, une euphorie et des idées de grandeur, tandis que la phase dépressive inclut de la tristesse, une perte de motivation et de la fatigue. Des idées suicidaires peuvent marquer la gravité d'un épisode dépressif caractérisé. Ces épisodes maniaques ou dépressifs peuvent interférer gravement avec le fonctionnement quotidien.

14. Troubles de la personnalité antisociale : Ce trouble se traduit par des comportements impulsifs, agressifs et violents, associés à une indifférence envers les normes sociales et les droits d'autrui. Les comportements typiques incluent des vols, des agressions ou des manipulations, souvent avec une absence de remords.

15. Troubles addictifs : Les troubles addictifs concernent une dépendance ou un abus de substances psychoactives (comme l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne ou le tramadol) ou de comportements spécifiques. Ces troubles se manifestent par une perte de contrôle, un besoin compulsif et des symptômes de sevrage lorsque l'accès à la substance ou au comportement est restreint.

16. Troubles cognitifs : Ces troubles impliquent des déficits dans les fonctions mentales supérieures telles que la mémoire, l'attention ou le raisonnement. Un exemple typique est le retard mental. Les patients peuvent avoir des difficultés d'apprentissage, des troubles de concentration et une désorientation dans des situations complexes.

17. Violences basées sur le genre : Ces troubles désignent les conséquences psychologiques des violences physiques, sexuelles ou psychologiques subies en raison du genre. Les violences faites aux femmes en sont un exemple. Les symptômes incluent souvent la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique, avec un impact significatif sur le bien-être.

18. Risque suicidaire : Le risque suicidaire se manifeste par des pensées ou comportements indiquant une intention de mettre fin à sa vie. Les symptômes clés incluent un isolement social, une perte d'intérêt pour la vie et l'expression fréquente d'idées suicidaires, nécessitant une attention urgente.

III. CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'étude a été menée conformément aux principes éthiques énoncés dans la Déclaration d'Helsinki. Ainsi, dans le cadre de cette enquête, l'avis favorable du comité éthique du ministère de la recherche scientifique de notre pays a été obtenu. Le consentement éclairé du représentant légal de la famille a été une exigence et a été recherché. Ce consentement éclairé de la personne enquêtée était obtenu par écrit, après lui avoir expliqué, de façon claire et honnête, l'intérêt de l'étude, ses objectifs ainsi que les modalités de sa réalisation. Le formulaire du consentement éclairé comportait deux parties. La première décrivant succinctement l'intérêt de l'étude ainsi que la nature des sujets qui y participent et la seconde, le consentement signé de la personne enquêtée quand elle en avait la capacité. Le contenu de ce formulaire a été expliqué dans la langue maternelle de la personne ciblée, tout en évitant les termes médicaux qui risquaient de rendre le texte ambigu et incompréhensible. Le sujet participant à l'étude a aussi été informé de la possibilité de quitter l'étude à tout moment.

Pour les enfants et les personnes présentant des troubles de jugement, les formulaires de consentements ont été signés par leurs représentants légaux.

Toutes les personnes impliquées dans cette enquête n'avaient aucun conflit d'intérêt en lien avec le sujet à l'étude. En effet, aucun des chercheurs ayant participé à l'élaboration du protocole d'enquête n'a déjà travaillé au profit d'une entreprise de santé ou une firme pharmaceutique susceptible de conflit d'intérêt.

IV. LIMITES DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES POUR UNE ÉTUDE NATIONALE

Cette enquête, bien qu'essentielle, présente les limites suivantes :

- **Limitation géographique :** L'étude est restreinte à la ville de Pointe-Noire, excluant ainsi les spécificités des autres régions du pays.
- **Sous-représentation des populations rurales :** Les résultats ne reflètent pas les réalités des zones rurales, où les infrastructures et les pratiques diffèrent.
- **Données insuffisantes sur certains indicateurs :** Par exemple, les impacts économiques des troubles mentaux et la qualité des soins dans les cadres traditionnels n'ont pas été explorés en détail.

Pour pallier ces limites, il est recommandé de réaliser une **enquête nationale approfondie**, incluant :

- Une couverture géographique élargie pour intégrer les réalités des zones urbaines, périurbaines et rurales.
- Une approche multidimensionnelle, associant des données quantitatives (prévalence, infrastructures disponibles) et qualitatives (perceptions, expériences des patients).
- Un échantillon représentatif au niveau national pour garantir des résultats généralisables.
- L'implication des parties prenantes locales (communautés, professionnels de santé, autorités) pour assurer la pertinence des recommandations.

V. RESULTATS

Ce chapitre présente les principaux résultats issus de l'enquête épidémiologique pilote menée dans la ville de Pointe-Noire. Ces résultats visent à fournir des données quantitatives et qualitatives sur la fréquence des troubles mentaux, le profil sociodémographique des personnes affectées, ainsi que les dynamiques d'accès aux soins en santé mentale.

1. Caractéristiques sociodémographiques

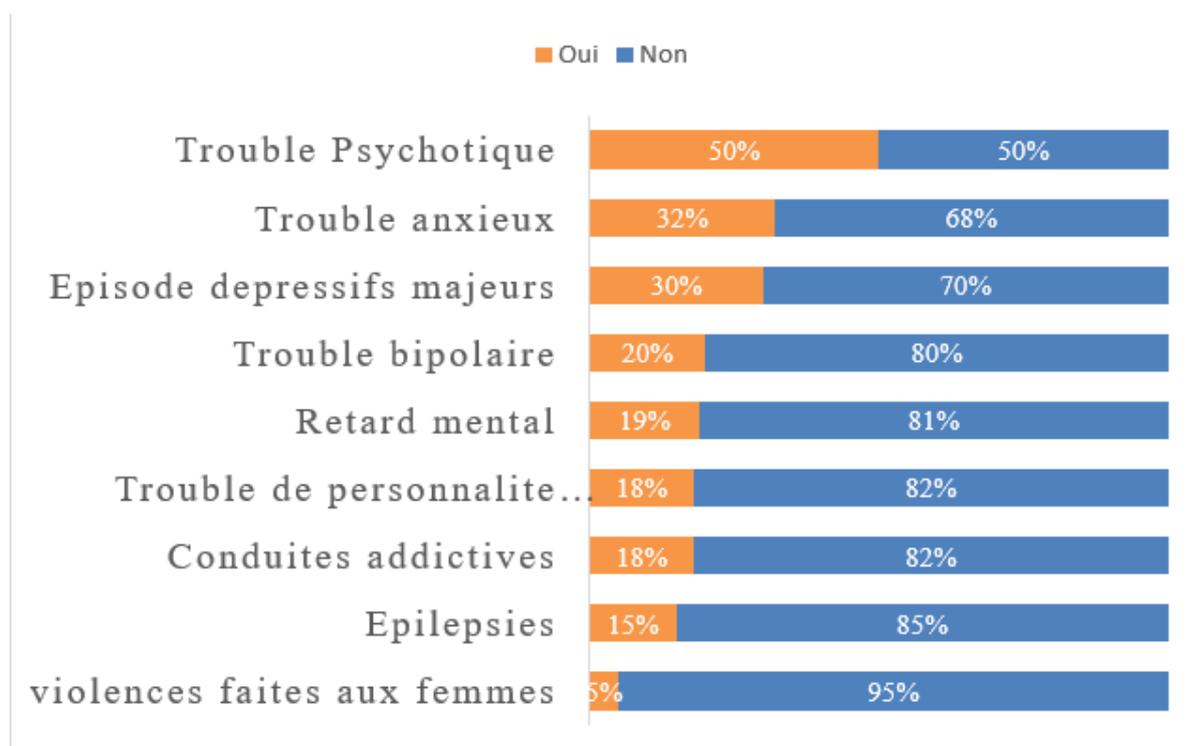
Tableau I Caractéristiques sociodémographiques

Variables sociodémographiques	N = 504
Arrondissement	
Loandjili	49 (9,72%)
Lumumba	73 (14,48%)
Mongo-Poukou	104 (20,63%)
Mvoumvou	88 (17,46%)
Ngoyo	73 (14,48%)
Tchiamba-Nzassi	44 (8,73%)
Tié-tié	73 (14,48%)
Age des cas	36 (14) 4-75
Tranche d'âge des cas	
[0,11)	12 (2,38%)
[11,19)	30 (5,95%)
[19,34)	195 (38,69%)
[34,64)	245 (48,61%)
[64,100]	22 (4,37%)
Sexe cas	
Féminin	178 (35,32%)
Masculin	326 (64,68%)
Profession des cas	
Actif	133 (26,39%)
Inactif	371 (73,61%)
Habitat cas	
Collectif	242 (48,02%)
Errant	192 (38,10%)
Individuel	47 (9,33%)
Individuel isolé	23 (4,56%)
Situation familiale cas	
Chez les parents ou famille	210 (41,67%)
Seul	240 (47,62%)
Seul avec enfant(s)	21 (4,17%)
En couple sans enfant	9 (1,79%)
En couple avec enfant(s)	24 (4,76%)
Lien de parenté des cas avec le tuteur	
1=Père du tuteur	54 (10,71%)
Mère tuteur	70 (13,89%)
Fils/fille du tuteur	49 (9,72%)
Membre de la famille	71 (14,09%)
Non applicable	163 (32,34%)
6= Autre à préciser	97 (19,25%)
Age tuteur	51±13 20-88

Parmi les 504 malades inclus dans cette enquête, la majorité des malades se situe dans la tranche 34-64ans (48,61%), avec une représentation notable dans la tranche 19-34 ans (38,69%), et des proportions plus faibles dans les groupes 0-11 ans (2,38%) et 64 ans à plus (4,37%) ; les plus jeunes avaient l'âge de 4 ans et dont le plus âgé 75 ans avec un âge moyen de 36±14ans. La distribution par sexe révèle une prédominance masculine, avec 64,68% d'hommes contre 35,32% de femmes. Concernant la profession, la majorité des malades sont inactifs (73,61%) tandis que 26,39% sont actifs. Quant à l'habitat, près de la moitié des malades vivent en habitat collectif (48,02%), suivis par ceux errant dans la rue (38,10%). Enfin, 41,67% des malades vivent avec leurs parents ou leur famille, tandis que 47,62% vivent seuls.

2. Fréquence des principaux troubles mentaux

Le graphique ci-dessous révèle que les troubles psychotiques sont les plus fréquents, affectant 52% des patients, suivis des troubles anxieux à 32% et des épisodes dépressifs majeurs à 30% ; viennent ensuite les troubles bipolaires touchant 20% des patients, et les troubles de la personnalité antisociale à 18%, un taux similaire à celui des conduites addictives. Les troubles cognitifs, notamment le retard mental, concernent 19% des patients, tandis que les épilepsies affectent 15% de la population enquêtée. Enfin, les violences faites aux femmes, sont présentes dans 5% des cas.



Graphique 1: fréquence des principaux troubles mentaux

2.1 Fréquence des troubles psychotiques à Pointe-Noire

Tableau II Fréquence des troubles psychotiques à Pointe-Noire

Troubles psychotiques	Effectif N = 261
Age	37 (13) 9-75*
Tranche d'âge	
[0-11[2 (0,77%)
[11-19[10 (3,83%)
[19-34[98 (37,55%)
[34-64[139 (53,26%)
[64-100]	12 (4,60%)
Sexe des cas	
Féminin	93 (35,63%)
Masculin	168 (64,37%)
Profession	
Actif	67 (25,67%)
Inactif	194 (74,33%)
Habitat	
Collectif	110 (42,15%)
Errant	122 (46,74%)
Individuel	15 (5,75%)
Individuel isolé	14 (5,36%)
Situation familiale	
Chez les parents ou famille	98 (37,55%)
Seul	142 (54,41%)
Seul avec enfant(s)	6 (2,30%)
En couple sans enfant	4 (1,53%)
En couple avec enfant(s)	11 (4,21%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Ce tableau présente la distribution des troubles psychotiques parmi les cas de Pointe-Noire, mettant en lumière l'âge, le sexe, la profession, le type d'habitat, la situation familiale, et le lien avec le tuteur. Une majorité de cas souffrant de troubles psychotiques sont des hommes (64,37%). La tranche d'âge la plus concernée est celle de 34 à 64 ans (53,26%). Environ 46,74% des patients vivent dans des conditions d'errance.

2.2 Fréquence des épisodes dépressifs majeurs

Tableau III : fréquence des épisodes dépressifs majeurs

Épisodes dépressifs majeurs	Effectif N= 152
Âge	35 ±15 ; 9-75*
Tranche d'âge	
[0,11)	3 (1,97%)
[11,19)	10 (6,58%)
[19,34)	67 (44,08%)
[34,64)	63 (41,45%)
[64,100]	9 (5,92%)
Sexe des cas	
Féminin	63 (41,45%)
Masculin	89 (58,55%)
Profession des cas	
Actif	59 (38,82%)
Inactif	93 (61,18%)
Habitat des cas	
Collectif	115 (75,66%)
Errant	0 (0,00%)
Individuel	20 (13,16%)
Individuel isolé	17 (11,18%)
Situation familiale du patient	
Chez les parents ou famille	96 (63,16%)
Seul	25 (16,45%)
Seul avec enfant(s)	10 (6,58%)
En couple sans enfant	5 (3,29%)
En couple avec enfant(s)	16 (10,53%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Ce tableau détaille les caractéristiques des patients souffrant d'épisodes dépressifs majeurs. Les jeunes adultes, particulièrement ceux âgés de 19 à 34 ans (44,08%) sont les plus affectés.

2.3 Répartition des troubles anxieux à Pointe-Noire

Tableau IV : répartition des troubles anxieux à Pointe-Noire

Principaux troubles anxieux	Effectif, N = 166
Âge	34±14 9-72*
Tranche d'âge	
[0,11)	5 (3,01%)
[11,19)	18 (10,84%)
[19,34)	68 (40,96%)
[34,64)	68 (40,96%)
[64,100]	7 (4,22%)
Sexe des cas	
Féminin	75 (45,18%)
Masculin	91 (54,82%)
Profession des cas	
Actif	71 (42,77%)
Inactif	95 (57,23%)
Habitat des cas	
Collectif	127 (76,51%)
Errant	0 (0,00%)
Individuel	24 (14,46%)
Individuel isolé	15 (9,04%)
Situation familiale du patient	
Chez les parents' ou famille	107 (64,46%)
Seul	28 (16,87%)
Seul avec enfant(s)	10 (6,02%)
En couple sans enfant	4 (2,41%)
En couple avec enfant(s)	17 (10,24%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Les troubles anxieux, affectant 38,88% des patients, sont divers. Ils incluent l'anxiété aiguë (troubles panique), le trouble anxiété généralisée (TAG), le trouble obsessionnel compulsif (TOC), l'agoraphobie et les phobies sociales. Le tableau montre que ces troubles sont plus fréquents chez les hommes (54,82%) et majoritairement observés dans des habitats collectifs (76,51%).

2.4 Fréquence des conduites addictives

Tableau V : Fréquence des conduites addictives

Principaux troubles addictives	Effectif, N = 88
Âge	34 ±12 9-72*
Tranche d'âge	
[0,11)	1 (1,14%)
[11,19)	6 (6,82%)
[19,34)	40 (45,45%)
[34,64)	40 (45,45%)
[64,100]	1 (1,14%)
Sexe des cas	
Féminin	25 (28,41%)
Masculin	63 (71,59%)
Profession des cas	
Actif	40 (45,45%)
Inactif	48 (54,55%)
Habitat des cas	
Collectif	69 (78,41%)
Errant	0 (0,00%)
Individuel	14 (15,91%)
Individuel isolé	5 (5,68%)
Situation familiale du patient	
Chez les parents ou famille	58 (65,91%)
Seul	16 (18,18%)
Seul avec enfant(s)	6 (6,82%)
En couple sans enfant	4 (4,55%)
En couple avec enfant(s)	4 (4,55%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Les conduites addictives affectent 88 patients, dont 71,59% sont des hommes. Ces conduites concernent les substances suivantes (usage de tabac 9%, trouble d'usage d'alcool 12%, cannabis 3%, cocaïne 1%, tramadol 1%). La tranche d'âge la plus touchée est celle des 19 à 34 ans (45,45%) et 34 à 64 ans (45,45%), tandis que les plus jeunes (moins de 11 ans) et les plus âgés représentent des proportions beaucoup plus faibles (1,14% chacun). La majorité des patients souffrant de conduites addictives vit dans des habitats collectifs (78,41%).

2.5 Fréquence troubles de la personnalité antisociale

Tableau VI : Fréquence troubles de la personnalité antisociale

Troubles personnalité antisociale	Effectif, N = 93*
Age du patient	38 (16) 9-75
Tranche d'âge du patient	
[0,11)	3 (3,23%)
[11,19)	8 (8,60%)
[19,34)	27 (29,03%)
[34,64)	49 (52,69%)
[64,100]	6 (6,45%)
Sexe patient	
Féminin	44 (47,31%)
Masculin	49 (52,69%)
Profession patient	
Actif	44 (47,31%)
Inactif	49 (52,69%)
Habitat patient	
Collectif	73 (78,49%)
Errant	0 (0,00%)
Individuel	11 (11,83%)
Individuel isolé	9 (9,68%)
Situation familiale du patient	
1= Chez les parents ou famille	62 (66,67%)
2=Seul	15 (16,13%)
3=Seul avec enfant(s)	4 (4,30%)
4=En couple sans enfant	1 (1,08%)
5=En couple avec enfant(s)	11 (11,83%)
Sexe Tuteur	
Féminin	33 (41,25%)
Masculin	47 (58,75%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Parmi les patients atteints de troubles de la personnalité antisociale, on dénombre un total de 93 individus, avec un âge moyen de 38 ± 16 ans, les âges variants entre 9 et 75 ans. La majorité des patients (52,69 %) se situe dans la tranche d'âge de 34 à 64 ans, suivie de ceux âgés de 19 à 34 ans (29,03 %). Concernant la répartition par sexe, les hommes sont légèrement plus nombreux (52,69 %) que les femmes (47,31 %). Cette légère surreprésentation masculine est également observée au niveau de l'activité professionnelle, où les patients inactifs représentent

52,69 % contre 47,31 % pour les actifs. En ce qui concerne l'habitat, la majorité des patients (78,49 %) résident dans des habitats collectifs, tandis que 11,83 % vivent de manière individuelle, et 9,68 % dans des habitats individuels isolés. Aucun cas de patient en situation d'errance n'a été rapporté parmi cette population. Sur le plan familial, la majorité des patients (66,67 %) vivent encore chez leurs parents ou famille. Ceux qui vivent seuls représentent 16,13 %, tandis que 11,83 % vivent en couple avec des enfants, et seulement 1,08 % en couple sans enfant. Quant au sexe des tuteurs, une proportion importante est composée d'hommes (58,75 %), contre 41,25 % de femmes.

2.6 Risque suicidaire et violences basées sur le genre

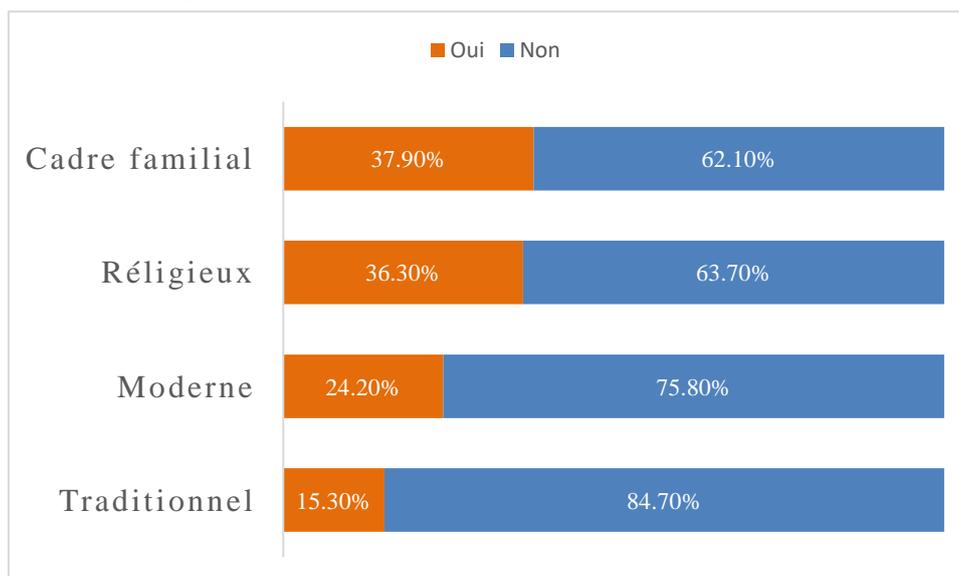
Tableau VII : risque suicidaire et violences basées sur le genre

	Risques suicidaire N = 47	Violences faites femmes N = 24
Âge	37 (14) 15-75*	37±14 18-65*
Tranche d'âge		
[0,11)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
[11,19)	1 (2,13%)	1 (4,17%)
[19,34)	21 (44,68%)	10 (41,67%)
[34,64)	22 (46,81%)	12 (50,00%)
[64,100]	3 (6,38%)	1 (4,17%)
Sexe des cas		
Féminin	22 (46,81%)	24 (100,00%)
Masculin	25 (53,19%)	0 (0,00%)
Profession des cas		
Actif	20 (42,55%)	14 (58,33%)
Inactif	27 (57,45%)	10 (41,67%)
Habitat des cas		
Collectif	37 (78,72%)	17 (70,83%)
Errant	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Individuel	5 (10,64%)	2 (8,33%)
Individuel isolé	5 (10,64%)	5 (20,83%)
Situation familiale du patient		
Chez les parents ou famille	27 (57,45%)	13 (54,17%)
Seul	10 (21,28%)	6 (25,00%)
Seul avec enfant(s)	3 (6,38%)	2 (8,33%)
En couple sans enfant	2 (4,26%)	0 (0,00%)
En couple avec enfant(s)	5 (10,64%)	3 (12,50%)

*Moyenne (ET) Min-Max ; n (%)

Le tableau montre que 9% des patients présentent un risque suicidaire, affectant principalement les hommes et les adultes de 34 à 64 ans. En parallèle, les violences basées sur le genre représentent (5%).

3. Identification des types de structures offrant des soins de santé mentale



Graphique 2: Fréquence de fréquentation des lieux de soins en santé mentale

Ce tableau présente les types de structures de soins utilisées par les patients, avec une fréquentation plus élevée du cadre familial (37,9%) et des centres de soins religieux (36,31%), suivis des centres modernes (24,21%) et des centres traditionnels (15,28%).

3.1 Préférences des patients pour les lieux de soins en santé mentale

Tableau VIII : préférences des patients pour les lieux de soins en santé mentale

Préférences pour les soins de santé mentale	N = 504
Soins traditionnels	54 (10,71%)
Soins religieux	132 (26,19%)
Soins modernes	127 (25,20%)
Cadre familial	191 (37,90%)

Les patients et leurs tuteurs privilégient principalement les soins au cadre familial (37,90%) et les soins religieux (26,19%) et les soins moderne (25,20%).

3.2 Motivations sous-tendant le choix des structures de soins de santé mentale

Tableau IX : Motivations influençant le choix des soins de santé mentale

	N = 504
Croyance en l'efficacité des méthodes traditionnelles, religieuses ou Institution spécialisée	179 (35,52%)
Recommandation d'amis ou de membres de la famille	75 (14,88%)

Accessibilité géographique ou financière	43 (8,53%)
Autres raisons	207 (41,07%)

Les choix des patients sont principalement influencés par leur croyance en l'efficacité des traitements (35,52%).

3.3 Préférence pour les soins ambulatoires versus internement

Tableau X : Préférence pour les soins ambulatoire versus internement

	N = 504
Soins ambulatoire	310 (61,51%)
Internement	194 (38,49%)

Les résultats indiquent que 61,51% des tuteurs des patients préféreraient que les patients soient admis dans des institutions modernes de soins, contre 38,49% pour des soins en ambulatoire.

3.4 Préférences des patients pour le lieu de soins de santé mentale

Tableau XI : Préférences des patients concernant le type de lieu pour leurs soins de santé mentale

	N = 504
Préfère les thérapeutes traditionnels	50 (9,92%)
Préfère les centres religieux	114 (22,62%)
N'a pas de préférence	340 (67,46%)

Concernant les préférences des patients pour le lieu de soins de santé mentale, 67,46% n'ont pas de préférence spécifique, 22,62% préfèrent les centres religieux, tandis que 9,92% choisissent les thérapeutes traditionnels.

3.5 Réactions des tuteurs à l'idée de soins en service de psychiatrie

Tableau XII : Réactions des tuteurs à l'idée de soins en hôpital psychiatrique

Oui	269 (53,37%)
Non	235 (46,63%)
Le patient a-t-il des préférences ou des réticences quant à recevoir des soins dans un hôpital psychiatrique	
Préférences pour l'hôpital psychiatrique	112 (22,22%)
Réticences pour l'hôpital psychiatrique	65 (12,90%)
Pas de préférence / Pas d'informations	327 (64,88%)

Le tableau montre que 53,37% des tuteurs envisagent d'envoyer leurs patients dans un hôpital psychiatrique pour un traitement spécialisé. Cependant, 46,73% ne l'envisagent, et pour les préférences des patients, 22,22% des tuteurs expriment une préférence pour l'hôpital psychiatrique, tandis que 12,90% ont des réticences.

3.6 Réactions des tuteurs patients à l'idée d'être de faire traiter leur malade dans un hôpital psychiatrique

Tableau XIII : Réactions des patients à l'idée d'être traités dans un hôpital psychiatrique

Comment pensez-vous que le patient réagirait à l'idée d'être traité dans un hôpital psychiatrique	n (%)
Réaction positive	127 (25,20%)
Réaction négative	143 (28,37%)
Incertain / Pas d'informations.	234 (46,43%)

¹n (%)

Environ 40,58% des tuteurs estiment que les patients réagiraient positivement à l'idée de recevoir des soins dans un hôpital psychiatrique, tandis que 25,20% pensent que la réaction serait négative. Cependant, une proportion significative (46,43%) reste incertaine ou n'a pas d'informations sur la manière dont le patient réagirait.

VI. DISCUSSION

Il faut souligner que la méthodologie utilisée a privilégié l'approche observationnelle et déclarative de telle sorte que les troubles mentaux qui ont été retrouvés l'ont été suivant une approche catégorielle et syndromique. Dans cette approche, les troubles mineurs sont nécessairement sous représentés. De plus les cas retrouvés l'ont été en suivant une méthode opportuniste et ne sont donc pas représentatifs de la population de Pointe-Noire. Enfin cette étude limitée dans le temps ne prétendait pas retrouver l'ensemble des cas présents dans la population cible.

Ces limites rendent compte du caractère pilote et préliminaire de cette étude qui présente cependant l'intérêt de fournir les premières informations sur le profil sociodémographique et clinique des affections mentales les plus socialement apparentes dans la ville de Pointe-Noire. Toutefois, la méthode et les résultats de cette étude sont valides quant à la fréquence des affections mentales dans la ville de Pointe-Noire.

1. Profil sociodémographique :

Les patients inclus dans cette étude ont une moyenne d'âge relativement jeune (36 ± 14 ans). Ce résultat n'est pas surprenant, compte tenu de la structure démographique de la République du Congo, où les jeunes de moins de 35 ans constituent environ 75 % de la population (UNFPA, 2021). Cela reflète également la vulnérabilité des jeunes adultes face aux troubles mentaux, période de la vie marquée par de nombreuses transitions sociales, professionnelles et familiales.

Le sex-ratio des troubles mentaux observé est de 1,83, indiquant une prévalence presque deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette surreprésentation masculine peut être liée à plusieurs facteurs, notamment une exposition accrue des hommes à certains facteurs de risque tels que la consommation de substances psychoactives et les conditions de vie stressantes (Patel et al., 2019).

La majorité des patients sont célibataires, ce qui est souvent corrélé à une désinsertion sociale importante, fréquemment retrouvée chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. En effet, la gravité de ces affections engendre souvent un handicap significatif, limitant les interactions sociales et affectives (World Health Organization, 2018).

Près de 3/4 des patients (73,61%) ne disposent d'aucune activité professionnelle, un chiffre alarmant dans un contexte où le chômage des jeunes est estimé à 30 % (Banque Mondiale, 2023). Ce taux élevé d'inactivité professionnelle chez les patients atteints de troubles mentaux

souligne l'impact dévastateur de ces maladies sur la capacité des individus à s'intégrer dans la vie socio-économique et la nécessité de renforcer les programmes de réhabilitation psychosociale.

2. Profil clinique :

2.1 Des troubles psychotiques :

La première catégorie clinique identifiée dans notre étude correspond aux troubles psychotiques, souvent désignés dans le langage populaire par le terme générique de « folie ». Ces troubles, reconnus par la communauté en raison de leurs manifestations comportementales graves, englobent deux sous-catégories principales : les troubles psychotiques aigus, susceptibles de rémission spontanée et souvent responsables d'internements psychiatriques, et les troubles psychotiques chroniques, principalement représentés par la schizophrénie. Cette dernière, lorsqu'elle n'est pas prise en charge, entraîne des comportements gravement perturbateurs et persistants, épuisant les familles et menant à une désinsertion sociale totale, voire à l'errance dans les espaces publics.

Plusieurs études africaines confirment la prédominance de la schizophrénie parmi les diagnostics des malades mentaux errants. Par exemple, Diagne (2016) souligne que la schizophrénie est le diagnostic le plus fréquemment retrouvé chez les malades mentaux errants à Dakar. L'étude met en avant les défis liés à leur prise en charge et le manque de ressources pour un suivi approprié. De même, Aït Mehdi (2020) illustre, à travers le quotidien d'Adama, un malade mental chronique à Niamey, le lien entre troubles mentaux, abandon social et désinsertion.

2.2 Des troubles anxieux :

La seconde catégorie identifiée dans notre étude correspond aux troubles anxieux, représentant 32 % des cas. Ces troubles incluent les troubles paniques ou anxiété aiguë, les troubles d'anxiété généralisée, les phobies, et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Ils se caractérisent par une peur sans objet spécifique, souvent accompagnée d'un sentiment persistant d'insécurité et de symptômes physiques tels que des douleurs inexplicables, des palpitations, ou encore des troubles digestifs. Ces manifestations somatiques, souvent non spécifiques, conduisent les patients à consulter fréquemment en médecine générale.

Des travaux antérieurs ont montré qu'une proportion importante de patients (près de 20 %) qui consultent en médecine générale le font en réalité pour des troubles psychogènes (Bertin-Persichini, 2015). De plus, les examens complémentaires pratiqués dans ces contextes reviennent le plus souvent normaux (Vidal, 2023). Cela entraîne un risque de prescriptions répétées, parfois inappropriées, et de diagnostics retardés.

Une revue menée en France a souligné la fréquence des troubles anxieux dans les consultations en soins primaires, indiquant qu'entre 20 et 30 % des patients souffrent de symptômes anxieux non diagnostiqués comme tels (Le Monde, 2024). Ces observations montrent l'importance d'une approche intégrée qui reconnaît et traite les troubles anxieux dans un cadre biopsychosocial. Cela permettrait non seulement d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi de réduire les coûts de santé liés aux examens inutiles.

2.3 Des troubles dépressifs majeurs :

Les troubles dépressifs majeurs représentent 30 % de l'effectif total de nos patients, ce qui en fait l'une des affections mentales les plus fréquentes. Cependant, ils sont rarement identifiés parmi les causes d'hospitalisation en psychiatrie. Ce constat rejoint les données de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui souligne que la dépression est souvent sous-diagnostiquée, notamment lorsqu'elle se manifeste sous forme de plaintes somatiques (HAS, 2009). Ces dépressions masquées, souvent rencontrées en consultation externe, conduisent à une prise en charge tardive, réservée aux cas les plus sévères. Cela expliquerait la sous-représentation de cette affection dans notre échantillon.

Des études épidémiologiques montrent également que la majorité des patients dépressifs consultent d'abord en médecine générale. En France, par exemple, 21 % des personnes atteintes de dépression s'adressent à leur médecin généraliste, contre seulement 13 % qui consultent un psychiatre (DREES, 2020). Cette réalité souligne la nécessité de former les professionnels de santé non spécialisés à identifier et prendre en charge ces patients, évitant ainsi des traitements inadaptés ou un retard dans l'accès aux soins spécialisés.

Par ailleurs, une étude menée en Tunisie révèle que les troubles dépressifs touchent environ 21 % des patients consultant en psychiatrie, confirmant leur forte prévalence, mais également leur possible sous-déclaration en milieu hospitalier (Pan African Medical Journal, 2020). Ces

observations mettent en évidence l'importance d'une prise en charge intégrée et d'un dépistage actif des troubles dépressifs dans les structures de soins primaires comme spécialisées.

2.4 Des troubles bipolaires :

Les troubles bipolaires sont représentés dans notre échantillon principalement par les accès maniaques (20 %). Ces derniers constituent cliniquement l'opposé symptomatique des accès dépressifs sévères. Alors que la dépression se caractérise par une tristesse profonde et des idées suicidaires, la manie se manifeste par une humeur anormalement gaie, une augmentation de l'énergie et des idées de grandeur (HAS, 2020).

L'état maniaque constitue une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation, en raison des risques élevés pour le patient et son entourage, notamment à travers des comportements impulsifs ou délirants (Inicea, s.d.). Cependant, dans des contextes où les lits de psychiatrie sont indisponibles, cette prise en charge devient complexe. Le manque de ressources hospitalières peut entraîner un retard dans les soins, augmentant le risque de complications pour les patients (Le Monde, 2024). Ces défis soulignent l'urgence de développer des alternatives, telles que des unités de crise ou des services ambulatoires renforcés, afin d'assurer une prise en charge rapide et adéquate.

2.5 Des conduites addictives :

Les conduites addictives représentent 18 % de notre échantillon, mettant en évidence une problématique importante en santé mentale. Les substances les plus fréquemment retrouvées sont, par ordre décroissant, l'alcool (12 %), le tabac (9 %), le cannabis (3 %), la cocaïne (1 %) et le tramadol (1 %). Les conduites addictives liées à des substances non spécifiées constituent 3 %. Cependant, ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés, en raison du caractère déclaratif de notre enquête.

La sous-déclaration est un défi récurrent dans les études portant sur les conduites addictives. Elle peut être attribuée à la stigmatisation, à la peur des conséquences légales, et, dans le cas de substances comme le cannabis et le tramadol, à leur statut légal prohibitif (OFDT, 2023). Par ailleurs, des études montrent que les jeunes adultes et les adolescents sont particulièrement susceptibles de dissimuler leur consommation, en raison du contrôle exercé par les parents ou de la peur de sanctions sociales (INSERM, 2022).

Ces résultats soulignent l'importance de combiner des enquêtes déclaratives avec des outils de dépistage biologiques ou des questionnaires anonymes pour obtenir une estimation plus précise de la prévalence des conduites addictives (HAS, 2020). Une approche multidisciplinaire et une meilleure sensibilisation aux risques associés à ces consommations sont nécessaires pour améliorer leur prise en charge.

3. Des structures de soins de santé mentale (SSM)

L'offre de soins en santé mentale dans la ville de Pointe-Noire est extrêmement limitée. Actuellement, il n'existe qu'un seul service spécialisé dans les soins de santé mentale, situé dans l'enceinte de l'hôpital général Adolphe Sicé. Cependant, ce service fait face à des contraintes majeures : il ne peut plus recevoir de patients en hospitalisation, son activité étant désormais restreinte aux soins ambulatoires. Cette situation réduit de manière significative la capacité de prise en charge des troubles mentaux graves, qui nécessitent en principe un internement, souvent réalisé sous contrainte dans les cas les plus sévères (OMS, 2018).

Au-delà de cette structure moderne de soins, les familles se tournent fréquemment vers des alternatives non médicales, notamment les structures de soins de nature religieuse ou traditionnelle. Malheureusement, certains de ces traitements s'apparentent à des pratiques de maltraitance. Des témoignages recueillis lors des interviews indiquent que des patients sont ligotés, battus ou contraints au jeûne forcé, des pratiques qui, en plus de leur caractère contraignant, sont illégales dans de nombreux contextes (Gachet & Girard, 2020). Ces traitements sont souvent administrés avec la complicité des familles, ce qui complique davantage la lutte contre de telles pratiques.

Dans certains cas, des traitements sont dispensés dans le cadre familial sans recours à des soins professionnels spécifiques, ce qui témoigne d'une prise en charge informelle et potentiellement dangereuse pour les patients. Il devient essentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale et de promouvoir des alternatives thérapeutiques basées sur des pratiques cliniques et légales, afin de garantir la dignité et la sécurité des patients (OMS, 2020).

4. De la perception du recours aux soins de santé mentale par les patients enquêtés

Les résultats de cette étude mettent en lumière une forte hésitation parmi les tuteurs quant à l'acceptation des soins psychiatriques formels pour traiter les troubles mentaux. En effet, près de 46,63 % des tuteurs n'ont pas envisagé le recours aux hôpitaux psychiatriques comme solution principale. Parmi ceux ayant envisagé cette option, 53,37 % montrent une ouverture à cette possibilité, mais seulement 22,22 % manifestent une véritable préférence pour les hôpitaux psychiatriques, tandis que 12,90 % affichent des réticences marquées.

Cette réticence peut être en grande partie expliquée par des croyances culturelles et religieuses, souvent sources de méfiance à l'égard des soins psychiatriques formels. Des études précédentes ont souligné que les perceptions culturelles jouent un rôle crucial dans le recours aux soins en santé mentale, avec une tendance à privilégier des alternatives comme les soins religieux ou traditionnels (Kola et al., 2020). Ainsi, 36,31 % des tuteurs préfèrent les centres religieux, et 37,90 % privilégient la prise en charge au sein du cadre familial. Ces résultats témoignent d'une forte adhésion aux approches traditionnelles et spirituelles de la santé mentale, bien que ces méthodes n'offrent pas toujours les soins adaptés pour les troubles graves.

De plus, il est significatif de constater qu'une proportion importante de tuteurs (67,46 %) ne possède pas de préférence spécifique ou d'informations suffisantes concernant les soins psychiatriques. Cela souligne la nécessité d'un travail de sensibilisation et de communication pour réduire la stigmatisation associée à la psychiatrie et améliorer l'acceptabilité des soins psychiatriques. La stigmatisation de la santé mentale reste un obstacle majeur dans de nombreuses sociétés, exacerbant l'isolement des personnes affectées et retardant l'accès à un traitement adéquat (Patel et al., 2018).

5. De l'organisation de la prise en charge de la santé mentale à Pointe-Noire

L'organisation des soins de santé mentale à Pointe-Noire souffre de plusieurs insuffisances qui limitent l'accès à des soins appropriés pour les patients souffrant de troubles mentaux. Bien que la santé mentale soit une priorité pour le gouvernement de la République du Congo, comme en témoigne le lancement du programme national de santé mentale et du Plan stratégique national pour la santé mentale 2024-2026, aligné au PNDS 2023-2026, la mise en œuvre de ce plan reste entravée par un manque de ressources financières et une absence de décentralisation des interventions, notamment dans le département de Pointe-Noire. Cette situation compromet l'accès aux soins pour une population croissante de patients souffrant de troubles mentaux.

Un des principaux constats de l'enquête est l'absence de législation nationale claire concernant les soins de santé mentale, ce qui conduit à des pratiques telles que la prise en charge sous contrainte des patients psychotiques. Cette situation soulève de sérieuses préoccupations quant au respect de la dignité humaine des personnes souffrant de maladies mentales. Le PSNSM 2024-2026 souligne que l'absence d'un cadre législatif adéquat favorise des pratiques discriminatoires et dégradantes. Celles-ci incluent le recours à des méthodes traditionnelles non encadrées, telles que les jeûnes forcés, les sévices corporels, et le maintien des patients ligotés dans certains contextes communautaires (Patel et al., 2019 ; Ministère de la Santé et de la Population, 2024).

L'amélioration de la gouvernance en santé mentale est une priorité du PSNSM 2024-2026, avec un accent mis sur la nécessité de développer une législation nationale qui garantisse non seulement le respect des droits humains, mais aussi l'intégration des bonnes pratiques cliniques dans tous les échelons du système de santé (WHO, 2013).

L'infrastructure hospitalière en santé mentale est particulièrement insuffisante à Pointe-Noire. Le département ne dispose actuellement que d'un seul psychiatre et d'un psychologue clinicien, sans structure d'internement pour les cas aigus. Ce manque criant est aggravé par l'insuffisance de formation du personnel médical des districts et des Centres de Santé Intégrés (CSI), limitant la prise en charge des troubles mentaux à des approches superficielles ou inadaptées (Ministère de la Santé et de la Population, 2024).

Le Plan Stratégique National de la Santé Mentale (PSNSM) 2024-2026 propose des mesures spécifiques pour pallier cette situation, notamment :

- ❖ La formation et le recrutement : Des programmes de formation sont prévus pour augmenter les effectifs en santé mentale, incluant des psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés, et agents communautaires.
- ❖ La mise à niveau des infrastructures : La construction ou la réhabilitation de structures spécialisées dans les zones prioritaires comme Pointe-Noire est essentielle.

- ❖ La promotion de services intégrés : L'intégration des soins de santé mentale dans les structures de soins primaires est prioritaire pour améliorer l'accès équitable et réduire la stigmatisation.

Par ailleurs, l'absence de médicaments psychotropes dans les structures de soins constitue un obstacle majeur. Selon le PSNSM 2024-2026, un effort particulier est prévu pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et assurer leur disponibilité dans les structures publiques.

L'un des défis cruciaux identifiés dans le PSNSM 2024-2026 est l'insuffisance des données dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Cette lacune empêche une planification efficace des ressources et une évaluation précise des besoins en santé mentale. Des indicateurs spécifiques ont été définis dans le plan stratégique pour le suivi et l'évaluation des progrès, notamment le taux d'accès aux soins, la satisfaction des patients, et la disponibilité des médicaments psychotropes.

Enfin, le PSNSM 2024-2026 met un accent particulier sur la mobilisation communautaire et la collaboration intersectorielle. Il prévoit des campagnes de sensibilisation auprès des familles, des tradithérapeutes, et des chefs religieux, visant à démystifier les troubles mentaux et à promouvoir des pratiques respectueuses des droits humains. L'engagement communautaire est considéré comme une approche clé pour réduire la stigmatisation et améliorer l'efficacité des interventions en santé mentale (Patel et al., 2020 ; Ministère de la Santé et de la Population, 2024). Le financement reste un défi majeur, le budget total du PSNSM 2024-2026 étant estimé à 1,34 milliard de FCFA. Cependant, le succès de ce plan dépendra de la mobilisation des ressources, de la décentralisation des interventions, et de l'engagement des parties prenantes à tous les niveaux du système de santé. bien que la situation actuelle présente de nombreux défis, la mise en œuvre efficace du PSNSM 2024-2026 offre une opportunité unique de transformer la prise en charge de la santé mentale à Pointe-Noire et dans l'ensemble de la République du Congo.

CONCLUSION

Pour répondre à cette situation, des mesures urgentes doivent être prises. La construction d'un hôpital psychiatrique moderne est essentielle pour offrir des soins adaptés aux cas les plus graves. La formation et le recrutement de professionnels qualifiés doivent être une priorité pour combler le déficit de compétences. Parallèlement, un engagement communautaire renforcé est nécessaire pour sensibiliser les populations, réduire la stigmatisation et promouvoir une prise en charge respectueuse et inclusive. Enfin, le renforcement du cadre juridique et institutionnel, ainsi que la mobilisation de ressources financières durables, sont des leviers indispensables pour améliorer durablement l'accès et la qualité des soins en santé mentale.

En définitive, cette enquête met en exergue l'urgence d'une action concertée et multisectorielle pour répondre aux besoins croissants en santé mentale à Pointe-Noire. Une telle approche, basée sur des infrastructures modernes, un personnel qualifié, et une sensibilisation communautaire, est essentielle pour garantir une prise en charge respectueuse de la dignité humaine et adaptée aux réalités locales. Cela permettra non seulement d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi de renforcer le tissu social et économique de la communauté.

RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

Les résultats de cette enquête mettent en lumière la nécessité de mesures ciblées pour combler les lacunes actuelles et promouvoir une prise en charge efficace et respectueuse des personnes souffrant de troubles mentaux. Sur la base des constats et des limites identifiées, les recommandations suivantes sont proposées

1. Développement des infrastructures modernes:

- Construire un **hôpital psychiatrique moderne à Pointe-Noire**, répondant aux normes nationales et internationales, avec des capacités d'hospitalisation, des unités ambulatoires et des services de réhabilitation psychosociale.
- Mettre en place des unités de santé mentale dans les hôpitaux généraux pour étendre l'accès aux soins dans les zones périurbaines et rurales.

2. Renforcement des ressources humaines en santé mentale :

- Former et recruter davantage de professionnels qualifiés, notamment des psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés et travailleurs sociaux.
- Introduire des programmes de formation continue pour renforcer les compétences des professionnels déjà en exercice.
- Intégrer la santé mentale dans les curriculums des écoles de médecine et des instituts de formation paramédicale.

3. Mobilisation et engagement communautaire:

- Organiser des **campagnes de sensibilisation communautaire** pour réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et encourager le recours aux soins modernes.
- Former les familles, les leaders religieux et traditionnels à identifier et accompagner les personnes souffrant de troubles mentaux, en promouvant une prise en charge respectueuse de la dignité humaine et des lois de la République.
- Impliquer les organisations de la société civile dans les initiatives de prévention et de sensibilisation.

4. Renforcement du cadre institutionnel et juridique :

- Mettre en place une **législation spécifique sur la santé mentale**, visant à protéger les droits des patients, réglementer les pratiques dans les centres religieux et traditionnels, et prévenir les abus.
- Créer un **cadre de coordination multisectoriel**, réunissant, entre autres, les ministères de la santé, de la justice et des affaires sociales, de l'économie, des finances et du budget pour harmoniser les politiques en santé mentale.
- Intégrer la santé mentale dans les programmes de protection sociale pour garantir un accès équitable aux soins.

5. Mobilisation des ressources financières:

- Allouer un budget spécifique et suffisant pour le **programme national de santé mentale**, couvrant les infrastructures, les ressources humaines, les équipements et les campagnes de sensibilisation.
- Mobiliser des partenaires internationaux pour financer des projets de renforcement des capacités et d'amélioration de l'accès aux soins.

6. Renforcement de la recherche et des données probantes :

- Mettre en place des **systèmes d'information sanitaire** permettant de collecter et d'analyser des données sur les troubles mentaux, leur prise en charge et les résultats des interventions.
- Encourager des **enquêtes épidémiologiques régulières** pour suivre l'évolution des besoins en santé mentale et ajuster les politiques en conséquence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aït Mehdi G. Vivre au péril de l'abandon : le quotidien d'Adama, atteint de troubles mentaux chroniques à Niamey. *Anthropologie & Santé*. 2020;(11). Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10714>
2. Alem A, Kebede D. The epidemiology of psychosis in sub-Saharan Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(12):964-71.
3. Banque Mondiale. Statistiques sur l'emploi et le chômage des jeunes en Afrique subsaharienne [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.worldbank.org>
4. Bertin-Persichini C. Anxiété et somatisation en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Lyon; 2015.
5. Diagne PM. Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaraise : Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal. *Anthropologie & Santé*. 2016;(13). Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>
6. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. 2020.
7. Gachet A, Girard C. Les soins de santé mentale en Afrique subsaharienne : défis et réalités. *Revue de la santé publique*. 2020.
8. Gachet A, et al. Building mental health infrastructure in low-resource settings: Lessons from Equatorial Guinea. *Journal of Global Health*. 2020;10(2):020123.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Affections psychiatriques de longue durée - Troubles dépressifs. 2009.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Troubles bipolaires : recommandations pour la prise en charge. 2020.
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge des conduites addictives : recommandations. 2020.
12. INSERM. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes : Enjeux et perspectives. 2022.

13. Inicea. Quelle prise en charge pour le trouble bipolaire ? (s.d.).
14. Kola L, et al. Mental health in sub-Saharan Africa: Challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):613-24.
15. Le Monde. Dans les troubles neurologiques fonctionnels, l'imagerie montre une hyperactivation des régions traitant les émotions. *Le Monde*. 2024.
16. Le Monde. Crise de l'hôpital : la difficile gestion des patients « psy » aux urgences. *Le Monde*. 2024.
17. Ministère de la Santé et de la Population. Plan stratégique national pour la santé mentale 2024-2026. Brazzaville, République du Congo : Programme National de Santé Mentale; 2024.
18. Ndetei DM, Vadher A. Schizophrenia and homelessness in sub-Saharan Africa. *African Journal of Psychiatry*. 2005;8(2):120-6.
19. Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT). État des lieux des consommations de substances psychoactives en France. 2023.
20. Organisation des Nations Unies. Le défi des maladies mentales. *Afrique Renouveau* [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/décembre-2016-mars-2017/le-défi-des-maladies-mentales>
21. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé mentale dans le monde : Réduire la stigmatisation et les obstacles à la prise en charge. 2018.
22. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur les politiques et les systèmes de santé mentale dans le monde : tendances récentes et défis futurs. 2020.
23. Othieno C, Okasha A. Mental health policies in Africa: Challenges and opportunities. *World Psychiatry*. 2007;6(2):100-3.
24. Pan African Medical Journal. Profil sociodémographique et clinique d'une population de consultants en psychiatrie au Sud-Est tunisien. 2020.
25. Patel V, et al. The treatment gap for mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(11):977-89.

26. Patel V, et al. The global burden of mental health disorders: Challenges and opportunities. *The Lancet*. 2018;388(10065):1559-69.
27. Patel V, et al. Mental health systems in low-income countries: Challenges and future directions. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):230-40.
28. Saraceno B, et al. Barriers to access to mental health care in low-income settings. *The Lancet*. 2007;370(9592):1164-70.
29. UNFPA. Rapport démographique sur la jeunesse en Afrique centrale [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.unfpa.org>
30. Vidal. Troubles anxieux : symptômes et causes [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.vidal.fr>
31. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013–2020. 2013.
32. World Health Organization (WHO). Mental health in low- and middle-income countries: Challenges and opportunities. 2018.

GALERIE PHOTOS



Photo 1: Photo de famille regroupant les formateurs et les enquêteurs



Photo 2: Séance de focus group



Photo 3 : Séance de focus group



Photo 4: un patient psychotique errant à Pointe-Noire



Photo 5: Photo de famille pour atelier de validation du rapport d'enquête sur la santé mentale.

