
M.E.S., Numéro 133, Vol. 2, mars – avril 2024

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, mars - avril 2024

INFLUENCE DU HANDICAP SUR LE DIAGNOSTIC PSYCHOLOGIQUE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE.

Cas du CSR VIJANA, INAV ET CAP¹ à Kinshasa

par

Jean Donatus BAHATI SHABANYERE

*Chef de travaux, Institut Supérieur Pédagogique de Kalehe,
Candidat à thèse à l'Université de Kinshasa*

Francine MBONGO BOKASA

Psychologue Clinicienne et Chercheuse indépendante

Ursule BISENO IWAYI

*Assistante, Institut Supérieur Pédagogique de Pelende
Apprenant au troisième cycle, Université de Kinshasa*

Dorcas KABUO KAHASA

Assistante, Université de l'Uele

Résumé

La présente étude vise à connaître l'influence du handicap sur le diagnostic psychologique dans les soins de santé primaire au centre de santé de référence Vijana, Institut national pour aveugle et au Centre d'accueil et de passage à Kinshasa. Au total 182 patients tous adultes dont 92 à Vijana, 48 à INAV et 42 au CAP, parmi lesquels 126 handicapés ont été identifiés soit 69,2%. La méthode expérimentale et la technique documentaire ont été utilisées. Elle a pour objectifs de démontrer les diagnostics que développent les personnes en situation de handicap pendant la prise en charge. Découvrir les différents types handicaps et envisager une prise en charge qui corrèle du handicap au diagnostic. Les résultats de l'analyse des données confirment que le handicap influence à 100% le diagnostic dans le soin de santé primaire. Le handicap physique passe en premier avec la dépression, l'anxiété, le trouble stress post traumatique et les maladies psychosomatiques à 74,6%, etc., suivi du handicap mental, visuel, nain, sourd, albinos, et psychosocial, etc. à 23,4%. Pour la prise en charge, la psychothérapie avec les techniques de détraumatisation restent au rendez-vous à 100%. Les catégories de handicap demandent une prise en charge holistique, une considération particulière et une formation adéquate des professionnels en santé mentale sur la thématique du handicap au vu de leur influence sur la santé mentale des enquêtés.

Mots-clés : Handicap, diagnostic psychologique et soin de santé primaire

Abstract

The aim of this study was to determine the influence of disability on psychological diagnosis in primary health care at the Vijana referral health centre, the National Institute for the Blind and the Reception and Transit Centre in Kinshasa. A total of 182 patients, all adults, including 92 at Vijana, 48 at INAV and 42 at CAP, of whom 126 (69.2%) were identified as disabled. The experimental method and documentary technique were used. The aim was to demonstrate the diagnoses developed by people with disabilities during their care. To discover the different types of disability and to envisage a form of care that correlates disability with diagnosis. The results of the data analysis confirm that disability has a 100% influence on diagnosis in primary healthcare. Physical disability comes first, with depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and psychosomatic illnesses (74.6%), followed by mental, visual, dwarf, deaf, albino and psychosocial disability (23.4%). As far as treatment is concerned, psychotherapy and detraumatization techniques are still used at 100%. The categories of disability require holistic care, special consideration and appropriate training for mental health professionals on the subject of disability, given their influence on the mental health of the respondents.

Keywords : *Disability, psychological diagnosis and health care*

INTRODUCTION

Le handicap limite les activités et la vie sociale. Pour ne pas rester isolé, il faut apprendre à faire les choses autrement. Les personnes en situation de handicap mettent toutes les capacités en marche pour leur résilience. Ce qui signifierait de dépasser ses blessures pour acquérir ou retrouver une bonne image de soi, d'en faire une force pour rebondir. Elles résistent aux drames de l'existence et parviennent à se construire une vie valant la peine d'être vécue. Anaut (2005).

L'amélioration et l'accès aux soins de santé primaire de ces dernières (handicapés) par Médecins Sans Frontières West and Central Africa à Kinshasa a classifié sept types de handicap. Il s'agit de handicap physique, mental, visuel, albinos, personne naine, auditif, psychosocial et polyhandicap. (MSF-WaCA, 2023).

Ceci est motivé par l'effet qu'aujourd'hui, la plupart des gens ont une vision restreinte, partielle et souvent inexacte, du handicap, qu'on associe au fauteuil roulant, à la malformation physique, à la canne blanche à la main, etc. Et pourtant, il est impérieux de savoir qu'un handicap n'est pas toujours visible. Car de nos jours, 80% à 85% des personnes handicapées sont atteintes d'un handicap invisible, malheureusement, une majorité qui n'est pas reconnue et à ne pas négliger dans les actions humanitaires, sociales, médicales et politiques (FIPHFP, 2020).

C'est ainsi que, les diagnostics liés aux interventions en santé mentale dans les soins de santé primaire qu'exécute MSF-WaCA à l'institut national pour aveugle, au centre de santé de référence Vijana et au centre d'accueil et de passage à Kinshasa suite à son rapport d'évaluation qui avait donné le résultat de 13,7% de personnes en situation de handicap en République Démocratique du Congo ; qui font objet de cette recherche pour comprendre et démontre la susceptibilité des personnes vivant avec handicap à développer des détresses psychopathologiques.

Sans sous-estimer les 5 millions le nombre de personnes handicapées en France, entre 80 et 120 millions en Europe, et à 1 milliard dans le monde. Ces chiffres ne cessent de croître, bien que certains handicaps se manifestent dès la naissance ou l'enfance, d'autres liés à la vieillesse, à cela s'ajoutent les accidents et situations de la vie qui représentent 85% des situations de handicap.

I. ASPECTS DÉFINITIONNELS ET PROBLÉMATIQUE

Pour mieux saisir l'essence de types de handicaps choisis par MSF-WaCA et la sensibilité des personnes en situation de handicap à développer le trouble mental, nous commençons par donner le sens des termes handicap.

Selon Vanistendael, (2015) les personnes handicapées ont généralement un réseau social plus petit. Cela est principalement dû à la discrimination, stigmatisation, incompréhension du handicap par l'entourage et aux malentendus.

1.1. Handicap

Le mot « *handicap* » vient du terme anglais « *hand in cap* » (la main dans le chapeau), en référence à un jeu pratiqué au XVI^{ème} siècle en Grande-Bretagne qui consistait à échanger des biens à l'aveugle dont la valeur est contrôlée par un arbitre qui assure l'égalité des chances entre les joueurs. Le substantif « handicapé » apparaît dans la loi française en 1957, souvent accolé au mot « *travailleur* », puis poursuit sa métamorphose en se déclinant en "*personne handicapée*" enfin, "*personne en situation de handicap*". Cyrulnick (2023).

C'est seulement à partir de 1980, que le terme Handicap est associé aux individus dans l'incapacité d'assurer un rôle et une vie sociale normaux du fait de déficience(s). Avec l'aspect social, car ce qui crée la situation de handicap, c'est la combinaison d'un environnement inadapté et non plus la déficience elle-même. Ce qui amène à la désignation de « *personne en situation de handicap* ».

Selon Stiker (2005) un handicap est toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un individu.

Sanders et Munford (2014) renchérissent en disant qu'est handicapé tout sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouvent compromis.

De manière générale, le terme handicap a pour définition l'incapacité d'une personne à vivre et à agir dans son environnement en raison de déficiences physiques, mentales, ou sensorielles. Il se traduit la plupart du temps par des difficultés de déplacement, d'expression ou de compréhension chez la personne concernée. (Joubert, 1997).

De notre part, le handicap est une incapacité liée à la mise en œuvre d'une activité mentale suite aux limites physiques, psychiques, sociales qui se manifestent par un défaut physique, psychique, malformation, et le renforcement de l'environnement freinant la personne à se réaliser suite à sa couleur de peau, difficulté de parler, d'entendre ou sa taille physique.

Comme signalé ci-haut, nous allons définir huit types de handicaps retenus par MSF-WaCA dans son projet d'amélioration et accès aux soins de santé primaire aux personnes en situation de handicap.

1.1.1. Handicap physique

Le handicap moteur ou physique se manifeste par une aptitude limitée à se déplacer, à exécuter des tâches manuelles ou à mouvoir certaines parties du corps. Un handicap physique est un trouble physique qui peut affecter la motricité (perte d'une partie ou de la totalité de la capacité de mouvement). D'autres formes de handicap physique peuvent affecter les actes de la vie quotidienne, comme des maladies respiratoires ou l'épilepsie.

Il a plusieurs sources : accident de circulation, erreurs médicales, malformation, guerre, accident du travail, l'accident cardio-vasculaire, catastrophes naturelles. Bref des causes naturelles et humaines ou non intentionnelles et intentionnelles.

1.1.2. Handicap mental

Le handicap mental résulte de la déficience intellectuelle, qui présente généralement un caractère irréversible. Les conséquences sont variables d'une personne à l'autre et elles peuvent évoluer favorablement par la mise en œuvre d'un accompagnement adapté. Exemple : l'autisme, le trouble du développement, etc.

Selon la loi française de 2005, dit que le handicap mental est la conséquence d'une déficience intellectuelle qui est considérée comme une capacité plus limitée d'apprentissage et un développement intellectuel significativement inférieur à la moyenne découverte à la naissance ou à l'enfance.

Il est à différencier du handicap / trouble psychique qui est la maladie psychique (démence, schizophrénie, etc.), reste de cause inconnue à ce jour (alors que le handicap mental a des causes identifiables). Il apparaît souvent à l'adolescence ou l'âge adulte alors que le handicap mental apparaît lui à la naissance ou dans la petite enfance.

Il peut en plus être appelé handicap intellectuel, bien que les appellations varient au fil du temps : idiotie, arriération mentale, débilité mentale, retard mental, handicap mental, déficience intellectuelle, etc. Doucin (2022).

- Handicap psychomoteur ou troubles psychomoteurs sont des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité, le trouble d'acquisition de la coordination, les dysgraphies, les

troubles du tonus musculaire, les mouvements anormaux, les incapacités d'apprentissage non verbal, les troubles de la dominance latérale et la confusion droite, etc.

- Handicap neuromoteur regroupe des situations hétérogènes de handicap liées à une atteinte du système nerveux central. Cette atteinte cérébrale périnatale entraîne des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif.
- Le handicap cognitif n'implique pas de déficience intellectuelle mais des difficultés à mobiliser ses capacités. Le handicap psychique est la conséquence de troubles psychiques invalidants.

1.1.3. Handicap visuel

Le handicap visuel recouvre un panel important de déficiences, allant d'un trouble visuel bénin (myopie par exemple) à une cécité totale.

Une personne malvoyante est une personne dont la déficience visuelle entraîne une incapacité dans l'exécution d'une ou plusieurs des activités suivantes : lecture et écriture (vision de près) activités de la vie quotidienne (vision à moyenne distance) communication (vision de près et à moyenne distance).

Le terme « cécité » couvre un large spectre d'incapacité visuelle, allant d'une perte de vision assez importante pour nuire aux activités quotidiennes, comme lire, cuisiner ou conduire une voiture, à la cécité totale. L'expérience de la cécité est propre à chaque personne.

La cécité peut survenir pour les raisons suivantes : la lumière n'atteint pas la rétine. La mise au point des rayons lumineux ne se fait pas correctement sur la rétine. La rétine ne perçoit pas correctement les rayons lumineux.

Selon Doucin (2022), on distingue les personnes aveugles ou non voyantes (acuité visuelle inférieure à 1/20) et malvoyantes (atteintes d'amblyopie), dont l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est comprise entre 4/10 et 1/10. Elle est souvent handicapante car invisible.

Signalons aussi que les personnes borgnes sont prises comme en situation de handicap dans cette recherche du côté des aveugles.

1.1.4. Handicap auditif

On parle de déficience auditive lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 20 dB ou mieux dans les deux oreilles. La déficience auditive peut être légère, moyenne, sévère ou profonde.

Le handicap auditif se manifeste par différentes formes de déficiences allant de la gêne (acouphènes) à la surdité complète. La surdité ou perte de l'acuité auditive est la diminution de la capacité à percevoir les sons. On différencie trois types de surdité celle de transmission, de perception et celle dite mixte. Quant à la presbyacousie est la baisse de l'audition due au vieillissement.

Elle est due à l'exposition à des bruits de forte intensité, la génétique, la maladie de Ménière (selon Audet et Katz, 1999) une affection de l'oreille interne qui peut provoquer des crises vertigineuses, des bourdonnements d'oreille et une perte auditive) la prise de médication ototoxique (l'ototoxicité se réfère à la capacité d'une substance, qu'il s'agisse d'un médicament ou d'un produit chimique, à provoquer des dommages aux structures de l'oreille interne et aux cellules auditives. (Guay et Marchand, 1996).

Pour s'entretenir avec les personnes ayant ce handicap, il est important de se placer en face à face (ne pas regarder son ordinateur ou autre). Lui laisser, dans la mesure du possible, porter ses appareils auditifs, ainsi que ses lunettes pour garder le contact visuel. Éviter de se placer en

contre-jour. Parler distinctement, même si vous parlez plus fort. Dans le cadre de cette recherche, travailler avec les interprètes médicaux.

1.1.5. Handicap psychosocial

Il s'agit du terme employé par MSF-WaCA pour décrire les handicaps qui peuvent survenir en lien avec des problèmes de santé mentale. En ce niveau, il prend en compte les vulnérabilités qui sont évaluées par un certain nombre de critères.

Exemple : *Sévérité*. Toute personne physiquement valide mais prenant les soins psychiatriques (épileptique, dépressive, maniaque). *Moyen*. Une personne physiquement valide, mais de troisième âge démunie, abandonnée, veuve sans soutien, etc. *Léger*. Un accidenté chez qui on peut appliquer les premiers soins d'urgence après vérification qu'il/elle est sans soutien immédiat. Une victime de violence sexuelle venue au soin dans le délai. Un / une PVV connu. Une personne divorcée et se trouvant dans la rue ou abandonnée. Un diabétique ou un hypertendu connu mais étant au chômage. Conditions d'habitation : (*vivant seul, avec la famille, location, logement stable, sinistré, déplacé, etc.*). Enfant à risque de protection, mineur non accompagné, handicapé de circonstance, enfant lié au conflit armé, enfant à charge de famille, etc.

1.1.6. Polyhandicap

Le polyhandicap est un terme apparu dans les années 1970 et se définit comme un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation, parfois déficience intellectuelle sévère et progressive d'une déficience physique. <https://www.ohchr.org/AdvisoryCom>.

Il peut également entraîner des difficultés : de perception de l'espace et du temps ; de raisonnement et de mémoire ; d'apprentissage et de langage. Il est une association circonstancielle de handicaps, sans retard mental grave.

Signalons que le polyhandicap est aussi appelé pluri-handicap ou sur-handicap.

1.1.7. Albinos

Selon Ikponwosa (2021) l'albinisme est une affection génétique relativement rare, non contagieuse, qui touche les personnes sans distinction de race, d'ethnie ou de sexe. Cette affection se caractérise par un déficit important de la production de mélanine, qui entraîne l'absence partielle ou totale de pigments sur une partie ou sur la totalité de la peau, des cheveux et des yeux.

L'albinisme induit souvent deux problèmes de santé congénitaux et permanents : une déficience visuelle (yeux roses ou bleu-gris pâle) à des degrés variables et une grande vulnérabilité aux dommages causés à la peau par les rayons ultraviolets, y compris le cancer de la peau.

Pour l'OMS (2022) les personnes albinos peuvent être reconnues comme des personnes handicapées du fait de leur déficience visuelle, lequel peut aller de grave à modérée.

Outre, leur implication dans cette recherche est due dans notre milieu (RDC) où les albinos sont sujets de stigmatisation, rejet, abandon, moquerie, discrimination, etc. D'autres partent très loin où ils sont traités de sorciers, porte-malheur, sources de malédictions dans plusieurs familles, etc. A leur tour, les personnes albinos ne cherchent pas à se distinguer du reste de la population et ne forment pas un groupe social distinct et identifié.

1.1.8. Personne naine

Personne dont la taille est très inférieure à la normale. Sur le plan littéraire une personne naine est considérée de faible mérite, sans envergure.

Historiquement, dans la langue française courante et savante, la personne atteinte de nanisme était désignée par le terme « nain » (féminin « naine »), « homme nain ou « personne naine », souvent perçu comme péjoratif. Une désignation ancienne, fréquente jusqu'au XIX^e siècle

était celle de pygmée ; 1,40 m : c'est la taille en-dessous de laquelle un adulte est considéré comme une personne de petite taille.

Selon l'Association des personnes de petite taille du Québec, la taille moyenne d'une personne avec nanisme serait d'environ 1,30 mètre (3' 9") au Québec. (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

Les types de handicaps définis dans cette recherche ne rendent pas la liste exhaustive, ainsi, nous citerons certains qui ne sont pas objet de notre étude. Il s'agit : Les troubles Dys, les troubles psychiques.

De notre part, ces handicaps définis peuvent résumer comme une 'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique associés aux barrière physique, économiques et psychosociales.

Eu égard ce qui précède, nous posons les questions suivantes : Quels sont les syndromes que présentent les personnes en situations de handicap ? Quels sont les types de handicap pris en charge ainsi que leur diagnostic ? Quelle psychothérapie mise en place en faveur de personnes en situation de handicap ?

Voici les hypothèses soulevées : les syndromes sont la dépression, l'anxiété, réactions à un événement traumatique, neurocognitif, épilepsie, psychosomatique, substance psychoactive, etc. Pour le type de handicap nous avons, auditif, moteur, personne naine, albinos, psychosocial, polyhandicap, mental, visuel, etc. Les interventions thérapeutiques mises en leur faveur sont : les psychothérapies, premiers secours psychologiques, les stimulations psychomotrices, consultation unique, etc.

Les objectifs poursuivis par cette étude : démontrer les diagnostics que développent les personnes en situation de handicap pendant la prise en charge. Découvrir les différents types handicaps et envisager une prise en charge qui corrèle chaque handicap à son diagnostic.

II. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Le centre de santé de référence Vijana, l'institut national pour aveugle et le centre d'accueil et de passage à Kinshasa sont les cadres physiques de cette étude qui a eu lieu en mai 2024. La population de l'étude est finie et constituée de 182 personnes qui ont consulté les services santé mentale durant le mois mai à Vijana, INAV et CAP, dont 126 vivent avec handicapées. Elles sont réparties de la manière suivante : Vijana 92, INAV 48 et CAP 42. Ces sujets varient selon les caractéristiques ci-après : sexe (98 femmes et 84 hommes), état civil (88 mariés, 60 célibataires et 34 veufs), types de handicaps (physique ou moteur 99, visuel ou aveugle 7, psychosocial 2, auditif ou sourd 2, albinos 3, mental 9, polyhandicap 4, et nain 5). La méthode expérimentale et la technique documentaire ont été utilisées pour récolter les données en recourant à la base de données existantes. En plus, nous avons recouru à l'analyse de contenu pour les réponses des sujets en traiter toutes les données à l'aide du logiciel statistiques SPSS version 27. Le choix de ces personnes en situation de handicap est justifié par le fait que le handicap influence certaines pathologiques qui corrélerent avec les différents diagnostics.

III. RESULTATS

Nous présentons les résultats obtenus de notre étude portant sur l'influence du handicap sur le diagnostic psychologique dans les soins de santé primaire. Cas du CSR Vijana, INAV et CAP¹ à Kinshasa. Cette section a deux points :

¹ CSR VIJANA : Centre de Santé de Référence Vijana. INAV : Institut National pour Aveugle. CAP : Centre d'Accueil et de Passage.

3.1. Les résultats concernant les pathologies et diagnostics

Tableau I. Présentation des résultats selon les différents sites et le nombre de PSH

Variables	VIJANA	INAV	CAP	Total
Mois	Mai	Mai	Mai	
Enquêtés	92	48	42	182
Pourcentage	50,5%	26,4%	23,1%	100%
PSH	68	31	27	126

Il ressort de ce tableau que sur 182 sujets ont consulté les services santé mentale dans les sites de Vijana 92 sujets soit 50,5% ; INAV 48 sujets soit 26,4% et CAP 42 sujets soit 23,1% tout au long du mois de mai, dont 126 sujets soit 69,2% vivent avec handicap.

Tableau II. Présentation des résultats selon les diagnostics différentiels

Site Syndrome / diagnostic	VINANA	INAV	CAP	Total	%
	Mai	Mai	Mai		
Depression	29	15	13	57	31,1
Anxiété	28	20	12	60	33
Réactionnel à un évènement traumatique	17	1	2	20	11
Comportemental / Utilisation de substance	0	2	0	2	1,1
Neurocognitif	1	3	0	4	2,2
Psychosomatique	17	5	14	36	20
Epilepsie / Convulsions	0	2	1	3	1,6
Total	92	48	42	182	100%

Au regard de ce tableau, sur 182 enquêtés à tous les sites, 60 sujets soit 33% ont des symptômes d'anxiété, 57 sujets soit 31,1% présentent les signes de la dépression, 36 sujets soit 20% affichent les signes psychosomatiques, 20 sujets soit 11% manifestent les symptômes dus à un évènement traumatique, 4 sujets soit 2,2% ont des problèmes neurocognitifs, 3 sujets soit 1,6% sont épileptiques et 2 sujets soit 1,1% ont des problèmes suite à la consommation des substances psychoactives.

Tableau III. La corrélation entre le type de handicap et le diagnostic

Type de handicap	Dépression	Anxiété	Réactionnel à un évènement traumatique	Comportemental / Utilisation de substance	Neurocognitif	Psychosomatique	Epilepsie / Convulsions	Total
Handicap physique	31	34	8	0	1	20	0	94
Handicap visuel	4	3	0	0	0	0	0	7
Handicap auditif	1	1	0	0	0	0	0	2
Handicap mental	3	1	0	1	2	0	2	9
Personne naine	0	3	0	0	0	2	0	5
Albinos	1	2	0	0	0	0	0	3
Handicap psychosocial	2	0	0	0	0	0	0	2
Polyhandicap	0	2	0	0	1	0	1	4
Total	42	47	8	1	4	22	3	126
%	33,3	37	6,3	0,8	3,2	17,4	2,3	100

En ce qui concerne ce tableau, nous remarquons, la susceptibilité des PSH aux différentes pathologies santé mentale est :

94 sujets en situation de handicap physique ont développé la dépression, l'anxiété, la psychosomatique, la réaction à un événement traumatique et le neurocognitif. 09 sujets handicaps mentaux ont présenté comme troubles : la dépression, l'anxiété, substance psychoactive, neurocognitif et épilepsie. 07 sujets handicap visuel ou aveugle ont eu comme pathologie : la dépression et l'anxiété. 05 sujets personnes naines ont développé l'anxiété et la psychosomatique. 04 sujets polyhandicap sont diagnostiqués l'anxiété, neurocognitif et épileptique. 03 sujets Albinos ont développé la dépression et l'anxiété. 02 sujets handicap auditif ou sourd ont eu comme diagnostic la dépression et l'anxiété et 02 sujets handicap psychosocial ont développé la dépression.

Nous constatons qu'il y a une forte exposition des patients au développement des troubles de santé mentale pouvant s'exacerber par différentes pathologies. Il sera donc important pour nous de développer des thérapies et d'autres techniques de prise en charge orientées vers l'autonomisation des PSH et le processus de résilience.

3.2. Les résultats concernant les interventions santé mentale

Tableau IV. Intervention ou type de prise en charge psychologique

Site Mois	VIJANA	INAV	CAP	Total	%
	Mai	Mai	Mai		
Premiere secours psychologique (PSP)	23	0	0	23	12,6%
Conseil/ counseling	15	12	11	38	20,8%
Psychothérapie	40	31	20	91	50%
Consultation unique	10	2	4	16	8,8%
Stimulation psychomotrice	4	3	7	14	7,7%
Total	92	48	42	182	100%

Par ce tableau, sur nos 182 enquêtés, 91 sujets soit 50% ont bénéficié d'une psychothérapie ; 38 sujets soit 20,8% ont profité d'une écoute active ; 23 sujets soit 12,6% les premiers secours psychologiques étaient au rendez-vous, 16 sujets soit 8,8% une psychothérapie unique leur a soulagé ; 14 sujets soit 7,7% ont pris part aux exercices de stimulation psychomotrice, relaxation et gestion de stress.

Tableau V. Intervention de psychothérapie de groupe

Site Mois	VIJANA	INAV	CAP	Total
	Mai	Mai	Mai	
Nombre de séance de thérapie de groupe	11	9	3	23
Nombres de participants	76	38	27	141
Pourcentage	54%	27%	19%	100%

En ce qui concerne ce tableau, sur le 182 enquêtés ; 141 ont participé à la thérapie de groupe durant mois de mai soit 77,5% avec 23 séances. Cette pratique est à encourager, parce que les patients se soutiennent mutuellement, partagent les expériences thérapeutiques et boostent leur résilience.

IV. DISCUSSION DES RÉSULTATS

A ce niveau, nous essayons comprendre les résultats en rapport avec l'étude corrélative des intervention santé mentale sur les diagnostics différentiels chez les personnes en situation de handicap.

4.1. Les résultats des pathologies et diagnostics

Notre enquête a été effectuée auprès de 182 patients qui ont visité les trois sites de recherche et dont 126 d'entre eux, vivent avec handicap. De par leur statut, les personnes en situation de handicap diffèrent de plusieurs manières et sont confrontées à des barrières physiques ou biologiques, économiques, et psychosociales. Qui font qu'elles deviennent de cibles de maltraitements culturels, sociaux, spirituels, éducationnelle, médicales, etc., et sont plus fréquemment sujets à des moqueries ou des insultes, stigmatisation, isolement, discrimination, etc. Tout ceci par qu'elles ont développé une pathologie liée à un ou autre type de handicap. Confère tableau 1, 2 et 3 de cette étude.

Selon Cyrulnik (2023) qui rencontre notre classification en ajoutant le handicap affectif, socioculturel, neurologique, génétique et psychique/psychologique. L'important pour lui est la prise de conscience personnelle pour les handicapés adultes, familiale pour les handicapés innés ou acquis étant enfants, et socioculturelle qui demande à la société une place digne de considération à ces frères et sœurs pour leur bien-être.

Doron, (2017) renchérit en disant que le handicap est utilisé en psychologie de préférence à l'infirmité ou déficit pour signifier le désavantage psychosocial. Ceci amène aux répercussions physiques et sociales qui prendront en compte le handicap léger qui n'entrave pas les potentialités de développement et permet une indépendance sans aide extérieure (handicap physique, sourd, visuel, nain, albinos, etc.) ; le handicap moyen qui nécessite une intervention spécialisée qui rendra possible une intégration sociale et professionnelle (épilepsie, etc.) et le handicap profond qui rend la personne dépendante.

Complété par Guillemot (2008) que les handicapés qui parviennent à avoir une activité régulière, quelle qu'elle soit, sont évidemment ceux qui parviennent le mieux à s'intégrer à la société.

Les résultats de notre étude vont dans le même sens surtout qu'ils insistent sur la prise en charge de ces pathologies et ceci nous pousse à confirmer notre première et deuxième hypothèse.

4.2. Les résultats des interventions santé mentale

Face à la pertinence des tableaux cliniques et des profils de nos cibles, aux tableaux 4 et 5, de notre étude montrent comment nos prises en charge ont été orientées vers des psychothérapies de support et renforçatrices. L'idée ici est de développer les capacités de résilience par l'évaluation des ressources internes et externes d'une part, mais aussi d'améliorer l'estime de soi et l'identification des stratégies d'adaptation auprès des patients d'autre part.

Pour les aider à rester homéostatique, Ringler (1998) pense que l'environnement joue un rôle important et qu'il doit donner une place à un traitement combinant médication, psychothérapie et assistance sociale. Tenir compte d'une éducation, d'une formation et d'un soutien adaptés à leurs besoins.

Ceci va permettre d'atteindre et soutenir le 80% des handicaps qui sont invisibles et qui nous tuent tout le jour, souligne Joubert (1997). Il s'agit des personnes avec le diabète, troubles DYS, cancer, troubles psychiques, dépression sévère : derrière ces pathologies, des femmes et des hommes dont la vie professionnelle peut être considérablement perturbée, voire empêchée. La souffrance est d'autant plus forte que le poids du secret est lourd à porter. Au de ceci, nous confirmons notre troisième hypothèse.

CONCLUSION

L'étude de l'influence du handicap sur le diagnostic psychologique dans les soins de santé primaire. cas du CSR Vijana, INAV et CAP² à Kinshasa, a été l'objet de cette recherche.

Les résultats prouvent que le handicap influence à 100% le diagnostic dans le soin de santé primaire. Le handicap physique passe en premier avec la dépression, l'anxiété, la psychosomatique, etc. (elles viennent en premier parce qu'ils sont majoritaires bien que d'autres handicaps sont pris avec la même considération) suivi du handicap mental, visuel, albinos, nain, sourd, etc. Une prise en charge multidisciplinaire a été envisagée et l'accent est porté sur la psychothérapie et la thérapie de groupe.

Par ces résultats, nous avons confirmé toutes les hypothèses et suggérons ce qui suit :

- tenir compte de tous les facteurs déclencheurs dans la prise en charge des personnes handicapées,
- investiguer sur les différentes causes de handicap car elles peuvent être : génétiques sociales et/ou psychologiques,
- que les personnes handicapées sachent qu'il est possible de poursuivre le développement tout au long de la vie et augmenter la qualité de vie.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIE

- ANAUT, M. (2005). *Résilience et personnes en situation de handicap*. Dans *Reliance*, 2005, N°15, p 17.
- AUDET, J. et KATZ, J-F. (1999). *Précis de victimologie générale*. Paris : Dunod
- *Agence de la santé publique du Canada* (2015). [https://infobase.phac-acpc.gc.ca.Mesure.de.la.santé.mentale.positve.au.Canada,Ottawa,\(2015\),consulte.le.21.juin.2024.à.20.heures](https://infobase.phac-acpc.gc.ca.Mesure.de.la.santé.mentale.positve.au.Canada,Ottawa,(2015),consulte.le.21.juin.2024.à.20.heures).
- CYRULNIK, B. (2023). *Culture, handicap et résilience*. Paris : D'Antibes
- DOUCIN, M. (2022). Représentant de l'Union nationale des familles et amis de malades psychiques.
- DORON, R. (2017). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF
- *Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)* (2020).
- GUAY, S. MAINGUY, N. & MARCHAND, A. (1996). *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*. *Médecin de famille canadien*, <https://www.fondationpourlaudition.org> consulté le 2 juillet 2024.
- GUILLEMOT, M. (2008). *Petit Larousse de la psychologie. Grandes questions : notions essentielles*. Paris : Larousse
- <https://www.polyhandicap-et-conséquence-sur-la-santé.ohchr.org.AdvisoryCom> consulté le 5 juillet 2024. .
- IKPONWOSA, E. MUSCATI, S. BOULANGER, A. et ANNAMANTHADOO, I. (2021). *L'albinisme dans le monde à l'aune des droits de l'homme*. Editions Rick Guidotti
- JOUBERT, N. et Raeburn, J. (1997). *La promotion de la santé mentale : ce que c'est, ce que cela peut devenir*. Paris : Gallimard
- *La loi française de 2005 portant sur les handicaps*. Sur www.wikiwand.com/fr/wiki/Loi_de_2005_pour_les_handicaps. https://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_de_2005_pour_les_handicaps, le 20 juin 2024 à 11 heures.
- LANOTTE, J-V (199). *Guide de la personne handicapée*. Service de la politique des handicapés. Serviceradio : télévisions redevances.

² CSR VIJANA : Centre de Santé de Référence Vijana. INAV : Institut National pour Aveugle. CAP : Centre d'Accueil et de Passage.

- MSF-WaCA (2023). *Rapport des activités annuels sur le projet d'amélioration et accès aux soins aux personnes en situation de handicap à Kinshasa/RDC.*
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact.* Geneva: Organisation Mondiale de la Santé.
- RINGLER, M. (1998). *L'enfant différent : accepter un enfant handicapé.* Paris : Dunod
- SANDERS, J., MUNFORD, R. (2014). *Multiple service use: the impact of consistency in service quality for vulnerable youth.* Child abuse neglect, 2014, Vol.38, N°4.
- STIKER, H-J (2005). *Corps infirmes et société, Essai d'anthropologie historique.* 3^{ème} édition. Paris : Dunod.
- VANISTANDAEL, S. (2015). *La résilience ou le réalisme de l'espérance : Blessé, mais pas vaincu.* Ed. Actualisée, les cahiers du BICE