



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (2)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 4 March 2026

Accepted, 28 May 2026

Published, 9 June 2026

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Zangue, M.I. et al. (2026). Suivi communautaire en santé mentale à Yaoundé : une invitation à bâtir un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(2), pp.64-77. <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i2.5>

Research

Suivi communautaire en santé mentale à Yaoundé : une invitation à bâtir un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun

Community-based mental health monitoring in Yaoundé : an invitation to build a model of quality mental health care in Cameroun

ZANGUE Marcel Ilaire¹, ATAHUALPA Sosa Lopez¹, MENGUENE MVIENA Justine Laure³

¹Département de projet de santé, Université Internationale Ibéro-Américaine, Campeche, Mexique

³Département des sciences biomédicales, Institut Supérieur de Technologie Médicale (ISTM), Yaoundé – Cameroun

*Auteur correspondant : email : zanguemarcel18@gmail.com : Tel : +237 675 38 61 46

Résumé

L'approche des soins communautaires en santé mentale est vulgarisée depuis 2001, sur l'impulsion de l'OMS, au détriment des soins institutionnels. Au Cameroun, une activité pilote de prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes a été organisée à Yaoundé depuis novembre 2021, mais elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme ou d'un projet. Cette étude vise à promouvoir le suivi communautaire en santé mentale comme modèle de soins, afin d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches aidants, et de renforcer le plaidoyer en faveur de la santé mentale communautaire. Une approche quantitative nous a permis de collecter les données du 20 au 30 juillet 2025 auprès de 41 membres du personnel de santé engagés dans l'activité, au moyen d'une technique d'échantillonnage non probabiliste, par sélection accidentelle. Les principaux résultats sont les suivants : sept équipes multidisciplinaires de descentes communautaires, bien organisées et structurées. Le matériel de descente est diversifié (moyens de transport, matériel de soins et rapports d'activité). Les soins communautaires, à travers les observations cliniques, les psychoéducatives, l'administration des médicaments et les activités occupationnelles, ont amélioré la qualité de vie des malades et, par conséquent, celle de leurs proches aidants. Il est souhaitable que les pouvoirs publics prennent la mesure de cette activité afin de vulgariser un modèle de soins de qualité en santé mentale au Cameroun.

Mots-clés : suivi communautaire, santé mentale, maladie mentale chronique, modèle de soins, qualité de vie.

Abstract

The community-based approach to mental health care has been popularized since 2001, following the investigation by the WHO, to the detriment of institutional care. In Cameroon, a pilot community-based care program for homeless individuals with mental illness has been operating in Yaoundé since November 2021, but it is not part of any program or project. This study aims to promote community-based mental health monitoring as a care model that improves the quality of life of patients and their caregivers, with a view to strengthening advocacy around community mental health. A quantitative approach allowed us to collect data from 41 healthcare workers involved in the activity between July 20 and 30, 2025, using a non-probability sampling technique. The main results are as follows: there are seven well-organized, well-structured multidisciplinary community awareness teams. The downhill equipment is diverse (including means of transport, medical equipment, and activity reports). Community care, through clinical observations, psychoeducation, medication administration, and occupational activities, has improved patients' quality of life and, consequently, that of their caregivers. It is desirable that public authorities take action to popularize a quality model of mental health care in Cameroon.

Keywords: community monitoring, mental health, chronic mental illness, care model, quality of life.

1. Introduction

Dans un souci constant d'améliorer la qualité des soins offerts, des modifications sont constamment apportées au système de santé des pays. En ce qui concerne les soins de santé mentale, les approches de soins sont régulièrement développées en vue de pallier une disparité d'accès géographique ou territorial, d'accès financier et socioculturel à l'offre des soins dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes ayant un problème de santé mentale. Dans cette perspective, le plan OMS 2013-2030 préconise un redéploiement des ressources principalement attribuées aux services hospitaliers, vers les services intervenant dans le milieu de vie naturel des patients et notamment de ceux souffrant de troubles chroniques. Ce plan d'action à son domaine 2 entend fournir des services de santé mentale et de soins sociaux complets, intégrés et réactifs dans des contextes communautaires. L'objectif étant de développer des systèmes de soins accessibles de qualité et adaptés aux besoins des individus, en mettant l'accent sur les soins communautaires et non plus seulement sur les hôpitaux psychiatriques (OMS, 2021). La psychiatrie est par ailleurs préoccupée par cette réforme des soins en santé mentale qui va profondément modifier les pratiques dans le sens d'un développement plus grand de la psychiatrie communautaire, d'une meilleure prise en charge des problématiques de santé mentale au niveau de la première ligne de soins, d'une attention particulière aux phénomènes de désocialisation et donc d'une aide à la réinsertion, du développement d'équipes mobiles d'intervention à domicile, d'une intensification des soins dans les services hospitaliers et d'une préoccupation pour le développement de structures d'hébergement de longue durée pour des personnes fragilisées (Timary et al., 2018). D'ici 2030, l'OMS attend que 60 % des États membres mettent en œuvre un plan visant à renforcer les services de santé mentale et neurologique, ainsi que ceux liés à l'usage de substances psychoactives, au sein des soins de santé primaires et communautaires (OMS, 2022).

Les visites à domicile confèrent plus de responsabilité pour pouvoir identifier, orienter et perfectionner la prestation des services aux familles concernées par les problèmes de santé mentales et de violence familiale (West et al., 2020, Tandon et al., 2021 cités par Erin, Ward, Tandon, Robert, et Ammerman, 2022). Il s'agirait de s'appuyer sur leurs ressources et celles de leur milieu pour préserver leurs acquis en vue d'éviter l'éloignement, l'isolement, la contrainte et de proposer des soins adaptés in situ (Herrera, Quintin, et Conus, 2019). Le suivi en communauté des malades souffrant de maladies mentales chroniques, assuré par des équipes bien implantées dans plusieurs pays du monde, et particulièrement dans certains pays d'Afrique, reste d'actualité au Cameroun. Seul le suivi en institution existe et une réelle politique d'implémentation des soins de santé mentale communautaire est absente. Dans ce contexte, les maladies mentales représentent un lourd fardeau pour les individus et les familles, car elles affaiblissent le tissu social et sont de ce fait, une cause majeure de stigmatisation et de discrimination (MINSANTE, 2018). Cette situation est autant plus grave que certaines familles abandonnent parfois la prise en charge médicale, source de multiples récurrences constatées et de rechutes. C'est ainsi que nos grandes villes sont généralement habitées par des Personnes Atteintes d'une Maladie Mentale et Errante (PAMME) qui ne reçoivent pas de soins et d'autres enchaînés ou enfermés dans des maisons. En novembre 2021, le suivi des PAMME a été initié par la mairie de Yaoundé, en collaboration avec le Ministère de la Santé publique. Cependant, les patients bénéficiant de consultations et d'hospitalisations ordinaires au sein du service de santé mentale de l'hôpital Jamot de Yaoundé ne sont pas intégrés à cette approche. Dans ce contexte, la nécessité d'analyser l'impact de ce suivi communautaire de santé mentale des PAMME à Yaoundé s'est imposée à nous.

Le défi actuel voudrait que l'activité se pérennise et s'étende dans tout le pays pour le bien des malades, de leurs proches aidants et de toute la société entière, or elle n'est pas inscrite dans le cadre d'un programme et utilise les bénévoles pour son fonctionnement. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir comment structurer et opérationnaliser un modèle de soins communautaires en santé mentale pour une personne atteinte d'une maladie mentale chronique au Cameroun qui garantit l'amélioration de la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants en se fondant sur l'initiative de prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé.

Notre objectif général est de promouvoir un modèle de soins en santé mentale pour personne atteinte d'une maladie mentale chronique au Cameroun centré sur la communauté qui garantit l'amélioration de la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants en se fondant sur l'initiative de prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé. Plus spécifiquement, (1) décrire l'organisation et la structuration des équipes de descentes communautaires ; (2) évaluer les ressources mobilisées lors des descentes ; (3) évaluer les différentes pratiques ou activités menées pendant les descentes ; et (4) étudier l'impact des interventions communautaires sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et des proches aidants.

2. Matériel et méthodes

2.1 Sites de l'étude

La présente étude est menée dans la ville de Yaoundé, car c'est une ville pilote dans la prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes (PAMME) au Cameroun, initiée par le maire de la ville. Cette initiative s'inscrivait dans un souci d'assainir la ville de Yaoundé (capitale du Cameroun) et d'humaniser les soins, tout en respectant la dignité des malades mentaux errants. Dans un souci d'organisation et de visibilité de cette activité, sept équipes ont été mobilisées, conformément aux sept arrondissements du département du Mfoundi, dont le chef-lieu est Yaoundé. La Sous-direction de la santé mentale s'est chargée du recrutement des bénévoles à s'engager dans l'activité car aucun contrat n'était signé. Leur répartition tenait compte de la proximité de leur lieu de résidence par rapport à l'arrondissement de prise en charge, afin de faciliter l'identification des malades mentaux errants, le contact avec les malades et leurs proches aidants, et d'optimiser les moyens disponibles. La majorité du personnel engagé était constituée d'infirmiers spécialistes en santé mentale et de psychologues, mais il était question d'avoir au moins deux infirmiers spécialistes en santé mentale dans chaque équipe pour l'administration des soins. Deux arrondissements (Yde 1 et 5) ont intégré à leur effectif les agents de santé communautaires déjà engagés dans d'autres programmes de santé communautaire au sein de leurs aires de santé. Au total, on avait 58 membres actifs répartis comme suit : Yde 1= 8 membres ; Yde 2 = 6 membres ; Yde 3= 8 membres ; Yde 4= 12 membres ; Yde 5= 8 membres ; Yde 6 = 9 membres ; Yde 7 = 7 membres. Les chefs d'équipes et leurs adjoints étaient nommés par la coordonnatrice de l'activité. Chaque équipe avait son fonctionnement autonome et les jours de descente communautaire dépendaient de la disponibilité de ses membres.

2.2 Méthodes

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et explicative. Nous avons utilisé une approche quantitative pour démontrer, à partir de données statistiques, l'impact du suivi communautaire sur la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique et de leurs proches aidants. En effet, il s'agit d'une approche d'investigation visant à recueillir des données observables et quantifiables (N'DA, 2015). Les répondants ont choisi à travers un questionnaire les réponses convenables à leurs réalités vécues dans le suivi communautaire et l'impact ou le changement constaté sur la qualité de vie des bénéficiaires.

2.3 Population de l'étude et échantillon

La population est constituée de tous les agents de santé mentale qui travaillent à la prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladies mentales chroniques dans les sept arrondissements de la ville de Yaoundé depuis le début de l'activité en 2021. Pour sélectionner notre échantillon, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste accidentel. Nous avons recruté au total 41 agents de santé mentale impliqués dans cette prise en charge communautaire (Infirmier Spécialiste en Santé Mentale, Psychologue, IDE, Aide-soignant, Agent de Santé Communautaire), répartis comme suit par arrondissement : Yde 1= 5 enquêtés

; Ydé 2= 2 enquêtés ; Ydé 3=7 enquêtés ; Ydé 4= 10 enquêtés ; Ydé 5= 7 enquêtés ; Ydé 6= 5 enquêtés ; Ydé 7 = 5 enquêtés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être tout agent de santé mentale, indépendamment de sa spécialité, travaillant dans la prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladie mentale chronique à Yaoundé, disponible pendant la période d'enquête et acceptant de répondre aux questions après avoir signé le consentement éclairé.

Comme critères de non-inclusion : étaient exclus de l'étude tout agent de santé mentale, quel que soit sa spécialité, ne participant pas à l'activité de prise en charge communautaire des personnes atteintes de maladie mentale chronique dans la ville de Yaoundé, ou tout agent de santé mentale inscrit dans cette activité mais absent pendant la période d'enquête ou refusant de participer à l'étude.

2.4 Technique et instrument de collecte des données

Pour collecter les données, nous avons utilisé un questionnaire élaboré pour les besoins de l'étude et soumis à une validation empirique. Nous nous sommes inspirés de la pratique communautaire en santé mentale observée dans d'autres pays pour élaborer ledit questionnaire. La première partie du questionnaire portait sur les informations générales concernant les participants, et le reste des questions étaient liées au phénomène étudié. L'enquête s'est déroulée du 20 au 30 juillet 2025, période prévue pour les descentes dans les arrondissements. Ce questionnaire a été administré directement le jour des descentes communautaires dans chaque arrondissement.

2.5 Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, nous avons utilisé le logiciel SPSS 26 sous Windows 10 pour l'analyse des données. Ces analyses portaient sur les statistiques descriptives et inférentielles.

2.6 Considérations éthiques

Avant la collecte des données, nous avons obtenu l'autorisation d'enquête auprès du responsable de la prise en charge communautaire des PAMME à Yaoundé. Par la suite, tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et ont signé, pour la circonstance, des consentements éclairés. Les questionnaires ne portaient pas de marque permettant d'identifier nos répondants afin de préserver la confidentialité des informateurs.

3. Résultats

Les résultats de cette étude portent sur les caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins communautaires, l'organisation des équipes, les ressources mobilisées, les activités menées lors des descentes, ainsi que leurs appréciations de la qualité de vie des malades et des proches aidants depuis le début de leurs activités.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons recueilli les informations chez 41 agents de santé mentale dont 22 psychologues (53,7 %), et 10 infirmiers spécialiste en santé mentale (24,4 %) qui sont considérés dans cette activité comme les principaux acteurs. Et à 9 autres personnels de prise en charge (Aides-RASP

Soignants, Infirmiers Diplômés d'Etats, Agents de Santé Communautaire) qui représentent 21,9 % des agents de santé mentale impliqués dans l'activité. Tous les sexes sont représentés : 15 informateurs hommes soit 36,6 % et 26 informateurs femmes soit 63,4 %. L'âge moyen de ces répondants est de 37 ans. Le plus jeune ayant 24 ans et le plus âgé de 59 ans.

3.2 Organisation des équipes

La majorité des participants (33) soit 80,5 % effectue les descentes sur le terrain tous les deux mois. 5 agents de santé mentale soit 12,2 % effectuent des descentes tous les mois. 2 agents de santé mentale soit 4,9 % effectuent des descentes chaque semaine. 70,7 % de ces participants déclarent être satisfaits de la fréquence des visites à domicile tandis que 29,3 % ne le sont pas. Il ressort que 51,21 % des enquêtés ont une répartition des rôles dans leurs équipes et 48,78 % des enquêtés disent que leur groupe est structuré.

3.3 Ressources mobilisées lors des descentes

Comme moyen de déplacement pendant les descentes, 25 agents de santé mentale soit (61 %) font la marche à pied, 6 agents de santé mentale soit (14,6 %) utilisent des voitures personnelles et 5 agents de santé mentale (12,2 %) louent les moyens de transport. Les motos sont également mobilisées pour cette activité soit 4 agents de santé représentant 9,8 % des enquêtés.

Le stylo à bille est le matériel le plus utilisé dans la production des rapports d'activités. Il représente 36,6 % est suivi des registres et des formats soit respectivement 24,4 % et 22,0 %. Le moyen le moins utilisé est l'ordinateur soit 4,9 %.

Comme matériel de suivi des malades, les médicaments constituent le matériel le plus utilisé pour les descentes soit 48,8 %, suivi des dossiers médicaux (34,1 %), des fiches pour recueil des plaintes des patients (12,2 %) et en fin du matériel pour la prise des paramètres (4,9 %).

Concernant la rémunération, 38 agents de santé mentale soit (92,7 %) des enquêtés ne perçoivent pas de salaire tandis que 3 personnes soit (7,3 %) disent percevoir un salaire pour l'activité.

3.4 Activités menées pendant les descentes

Pour les activités de soins, l'évaluation clinique des patients est l'activité la plus menée avec 56,1 % des enquêtés. Par la suite, la distribution des médicaments suit avec 22,0 % des enquêtés, en troisième position se trouve l'administration des injections avec 17,1 % des enquêtés et en fin la prise des paramètres avec 4,9 % des enquêtés.

S'agissant des activités de sensibilisation, 18 répondants soit (43,9 %) réalisent des séances de psychoéducation de groupe et 14 répondants (34,1 %) dispensent des séances de psychoéducatives individuelles aux malades et à leurs proches aidants tandis que 9 répondants soit 22,0 % font l'éducation thérapeutique.

Concernant les activités de réinsertion, 53,7 % des répondants encouragent les activités occupationnelles, suivies de 19,5 % des répondants qui aident les bénéficiaires de soins à l'orientation et à l'emploi. 7,3 % interviennent dans la gestion des conflits tandis que 4,9 %

d'entre eux encouragent la citoyenneté active. Seuls 4,9 % font de la promotion des jeux en groupe.

Comme activités de coopération ou de collaboration, 41,5 % des enquêtés recherchent pendant les descentes une collaboration avec les centres de santé communautaires, 39 % recherchent le soutien des leaders communautaires, tandis que 19,5 % recherchent de la coopération avec les associations communautaires.

Il ressort des interventions d'urgence que 61,0 % des répondants interviennent par téléphone dès l'appel des familles, tandis que 19,5 % effectuent des descentes urgentes en communauté si nécessaire et 19,5 % hospitalisent certains patients en cas de rechute.

3.5 Intervention communautaire et amélioration de la qualité de vie des malades

Le tableau 1 présente l'évaluation ou l'appréciation, par les agents de santé mentale, de la qualité de vie des malades depuis le début de la prise en charge.

Tableau 1. Présentation des aspects de la qualité de vie que le suivi communautaire a amélioré chez les patients présentant une maladie mentale chronique

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | 0 | 1 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| | 1 | 7 | 17,1 | 17,1 | 19,5 |
| | 2 | 4 | 9,8 | 9,8 | 29,3 |
| | 3 | 2 | 4,9 | 4,9 | 34,1 |
| | 4 | 8 | 19,5 | 19,5 | 53,7 |
| | 5 | 8 | 19,5 | 19,5 | 73,2 |
| | 7 | 2 | 4,9 | 4,9 | 78,0 |
| | 8 | 6 | 14,6 | 14,6 | 92,7 |
| | 9 | 3 | 7,3 | 7,3 | 100,0 |
| | Total | 41 | 100,0 | 100,0 | |

Légende : 0 = Les patients présentent rarement les signes et symptômes de la maladie ; 1= Le cadre de vie ou chambre des patients s'est amélioré ; 2= L'hygiène corporelle et vestimentaire des patients s'est améliorée ; 3= Les patients se nourrissent mieux qu'avant ; 4= Les patients se sentent valorisés par leurs proches ; 5= Certains patients effectuent des activités génératrices de revenu ; 6= Les patients sont observants à leur traitement et ont moins d'effets secondaires ; 7=Les rechutes sont rares ; 8= La stigmatisation et la marginalisation des patients ont diminué ; 9= L'estime de soi des patients a augmenté

Source : enquête de terrain, juillet 2025

À travers ce tableau, nous observons globalement que, tous les aspects de la qualité de vie évalués ont été améliorés chez les malades. Il y a des aspects qui ont été cités plus que d'autres. Par exemple, 19,5 % des répondants disent que certains patients effectuent des activités génératrices de revenu, 19,5 % disent que les patients se sentent valorisés par leurs proches, 17,1% disent que le cadre de vie ou chambre des patients s'est amélioré. Il existe cependant des aspects qui ont été moins fréquemment rapportés, tels que la présence des signes et symptômes de la maladie qui persistent (2,4 %), la nutrition des patients (4,9 %) et l'augmentation de l'estime de soi chez les patients (7,3 %).

S'agissant de l'évaluation de la qualité de vie chez les proches aidants, le tableau 2 explore l'évaluation ou l'appréciation par les agents de santé mentale, de la qualité de vie chez les proches aidants depuis le début de la prise en charge. Les items proposés concernent les aspects influençant la qualité de vie des proches aidants lorsqu'ils vivent avec une personne atteinte d'une maladie mentale chronique.

Tableau 2. Présentation des aspects de la qualité de vie que le suivi communautaire a améliorés chez les aidants des personnes présentant une maladie mentale chronique

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | 1 | 12 | 29,3 | 29,3 | 29,3 |
| | 2 | 7 | 17,1 | 17,1 | 46,3 |
| | 3 | 3 | 7,3 | 7,3 | 53,7 |
| | 4 | 3 | 7,3 | 7,3 | 61,0 |
| | 5 | 6 | 14,6 | 14,6 | 75,6 |
| | 6 | 6 | 14,6 | 14,6 | 90,2 |
| | 7 | 2 | 4,9 | 4,9 | 95,1 |
| | 8 | 2 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| | Total | 41 | 100,0 | 100,0 | |

Légende : 1=l'aide apportée par les équipes(consultation, distribution et administration des médicaments) soulage financièrement les proches aidants ; 2=les patients déjà stabilisés aident aux tâches à domicile ; 3= il y a moins ou absence de conflit entre les malades et leurs proches aidants ; 4= la communication et les interactions entre les proches aidants et leurs malades se sont améliorées ; 5= les proches se sentent en sécurité suite au changement de comportement de leurs patients ; 6= les proches aidants ne sacrifient plus tout leur temps auprès de leurs patients ; 7= la présence du malade en famille apporte de la joie pour ses proches ; 8= les proches aidants reçoivent moins de plaintes du voisinage.

Source : enquête de terrain, juillet 2025

Il ressort de ce tableau que tous les aspects de la qualité de vie évalués ont été améliorés chez les proches aidants. L'aide apportée par les équipes de prise en charge communautaire soulage financièrement les proches aidants (29,3 % des répondants). Les patients déjà stabilisés aident aux tâches à domicile (17,5 % des répondants), les proches se sentent en sécurité suite au changement de comportement de leurs patients (14,6 % des répondants) et les proches aidants ne sacrifient plus tout leur temps auprès de leurs patients (14,6 % des répondants). Cependant, les aspects comme la joie apportée aux proches suite à la présence du malade en familles et la diminution des plaintes du voisinage ont été appréciées seulement à 4,9 % chacune.

4. Discussion

Après présentation des données de terrain, cette partie vise à confronter ceux-ci avec la revue de la littérature. Ainsi, nous allons procéder selon les thèmes évoqués lors de la présentation des résultats.

4.1 Présentation générale des informateurs

Les informateurs qui ont participé à l'étude ont une expérience qui leur permet de parler du suivi communautaire dans tous ses aspects. L'expérience minimum est de 2 ans et l'équipe de prise en charge est multidisciplinaire (infirmier spécialiste en santé mentale, psychologue,

infirmier diplômé d'État, Agent de Santé Communautaire ...). Cependant, nous déplorons dans l'équipe pour plus d'efficacité l'absence des assistants sociaux pour les questions de réinsertion, des médecins généralistes pour des observations cliniques plus approfondies, des ergothérapeutes, des spécialistes en toxicomanie, des éducateurs spécialisés tels que conseillés par AHQ (2000) et Descombe (2010). Cette composition des équipes est également loin de celle recommandée par Debarre (2021) qui recommande une équipe pluridisciplinaire composée au minimum par un psychiatre ou un psychologue et un infirmier. Tous les arrondissements de prise en charge communautaire en santé mentale sont couverts par les équipes multidisciplinaires. Cette organisation en Arrondissement imite les principes d'intégration et de continuité des soins tel que pratiquer dans la sectorisation des soins psychiatriques en France.

4.2 Organisation des équipes

L'organisation des équipes pour un suivi communautaire exige d'inventer de nouveaux concepts organisationnels en rupture avec l'organisation des équipes de soins en institution hospitalière. Cette organisation permettra une réussite dans l'exécution des interventions communautaires (choisir un jour de descentes qui convient à tous, répartition des tâches, structuration du groupe). Les descentes sont effectuées à une fréquence différente mais la majorité des participants à l'étude (80,5 %) effectuent les descentes sur le terrain tous les deux mois. Cela est peut-être dû à l'absence des moyens financiers pour rapprocher la fréquence des visites afin de résoudre les problèmes des malades nécessitant un suivi intensif. Ceci constitue un handicap pour l'activité car, de par souci de conformité, Boyer (2004) recommande les activités intensives, et une disponibilité 24/7 pour la clientèle vulnérable. Certains enquêtés reconnaissent une répartition des rôles dans leurs équipes (51,21 % des répondants) et 48,78 % reconnaissent la structuration de leur équipe. Cette organisation mise en place est capitale pour le bon fonctionnement des équipes et la réussite des interventions sur le terrain.

4.3 Ressources mobilisées lors des descentes

La clé du succès du suivi communautaire dépendra en partie des ressources mobilisées. Dans un premier temps, les descentes en communauté demandent des moyens de déplacement adéquats : voitures, motos, vélos, marche à pied. Pour cette étude, la majorité des enquêtés effectuent les descentes à pied. Ce qui demande une bonne capacité physique et un temps assez long pour visiter les malades. Ensuite, pour ceux qui utilisent les voitures, 14,6 % utilisent les voitures personnelles et 12,2 % louent plutôt des voitures. Ceci est contraire à l'étude de Debarre (2021) où une voiture était allouée dans 80 % des équipes et une équipe qui disposait d'un mini-bus pour les descentes. Pour que l'activité se pérennise, il faudra penser à des moyens de déplacements adéquats pour toutes les équipes car le parcours du domicile des malades nécessite par endroit soit des voitures, soit des motos, ou la marche à pied.

Le rapport d'activités est le seul moyen permettant de donner une visibilité à l'activité. Il faudra de ce fait mettre en place des outils permettant de produire et de conserver les rapports de ce suivi communautaire. L'ordinateur a été listé comme l'outil le moins utilisé pour les rapports d'activités (4,9 %), or nous connaissons son importance pour la rédaction, l'acheminement et la conservation des données. De ce point de vue, Debarre (2021) conseille le téléphone portable et l'ordinateur couplé à une connexion internet pour la transmission des informations.

Comme matériel de suivi des malades en communauté, le médicament est le matériel le plus utilisé lors des descentes. En plus, l'évaluation clinique est consignée dans un dossier à 34,1 % par les équipes, alors que tout patient devrait avoir son dossier de suivi. Le matériel pour la prise des paramètres est le moins utilisé (4,9 %) pourtant ces paramètres sont importants pour la détection de certains effets indésirables des neuroleptiques et une alerte pour certaines maladies somatiques.

Le financement étant le nœud de toute activité, cette activité reste bénévole et ne donne lieu à aucune rémunération pour le personnel qui y intervient. 92,7 % des agents de santé communautaire déclarent ne pas percevoir un salaire. Ceci renforce les déclarations de l'OMS en 2001 qui signale que les pays en développement allouent moins de 1% de leurs budgets de santé à la santé mentale. Pour pérenniser l'activité, il faudra y allouer des moyens financiers et ceci nécessitera de mener un plaidoyer auprès des pouvoirs publiques, ONG, et associations.

En plus de ces ressources mobilisées par les équipes de descentes, un patient en communauté bénéficie d'un grand soutien social par rapport à l'hôpital. D'après Schuler, et Burla (2012) l'entourage, la famille, les amis constituent des ressources non négligeables pour le bien-être d'une personne souffrant de troubles psychiques. Cela peut prévenir l'isolement social, diminuer le sentiment de solitude et favoriser une stabilité psychique. Ces intervenants informels peuvent jouer un rôle important dans la prévention des rechutes, et la réinsertion sociale (Funk et al., 2014).

4.4 Activités menées pendant les descentes

Les activités menées pendant les descentes sont celles qui améliorent la santé des malades. Les soins de santé primaires et communautaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien (Marx, 2021).

Pour les activités de soins, dans un premier temps, une évaluation clinique des malades est faite (56,1 % des répondants) suivie de la distribution des médicaments (22,0 % des répondants) et de l'administration des injections (17,1 % des répondants). Cette évaluation clinique permet de réajuster le traitement des patients et les soins, de réduire les symptômes psychotiques aidant ainsi les patients à se connecter au monde réel. Ceci est confirmé par les études de (Drake et al., (1998) et de Jerrell et Ridgely (1995) cités par Aubry et Farrell (2004) qui montrent que les patients qui bénéficient du programme *Assertive Community Treatment* (ACT) ou d'un suivi communautaire de type courant ont une diminution considérable des symptômes de troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression et manie) par rapport à ceux bénéficiant d'un suivi hospitalier.

Les activités de sensibilisation constituent un atout majeur pour la promotion de la santé mentale et dans la prévention des maladies mentales ou des rechutes. Notre étude montre que 43,9 % des répondants font de la psychoéducation de groupe, 34,1% de la psychoéducation individuelle et 22,0 % de l'éducation thérapeutique. Ceci est important car Cunha et al. (2013) dans leur étude nous montrent que la psychoéducation des familles a permis aux proches aidants qui s'occupaient d'un membre de la famille ou d'un ami présentant une maladie psychique,

d'acquérir une multitude de nouvelles connaissances. Ils précisent également que l'éducation thérapeutique vise à ce que la personne soit actrice de sa prise en soin et donc à long terme de diminuer les complications liées à la pathologie et ainsi d'éviter les rechutes et réhospitalisations (Cunha et al., 2013).

Pour une pérennisation de l'activité et une réinsertion sociale, il faut tisser des liens avec les organisations communautaires. 53,7 % des enquêtés encouragent les activités occupationnelles, 7,3 % interviennent dans la gestion des conflits chez les malades et leurs proches aidants, 41,5 % des enquêtés recherchent pendant les descentes une collaboration avec les centres de santé communautaires, 39 % recherchent du soutien des leaders communautaires. Ce qui est bien car le contexte demande une intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires et une intervention multisectorielle. C'est pour cela que Boyer (2004) recommande une stratégie générale du service d'accompagnement et de soutien communautaire visant à impliquer l'environnement immédiat de la personne et à soutenir ces milieux afin de multiplier l'efficacité des actions.

Les interventions d'urgences ne manquent pas dans le suivi communautaire car on peut avoir des situations médicaux-légales, des cas de rechutes ou des nouveaux cas, et des cas d'effets secondaires graves. Le personnel devrait être disponible pour une intervention d'urgence à tout moment. 61,0 % des participants à l'étude soulignent une intervention par téléphone dès appel des familles et 19,5 % font des descentes urgentes en communauté si nécessité. Ce qui est contraire à l'étude de Debarre (2021) qui propose un service 24 heures sur 7. D'ailleurs, l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) en 2000 conseille que dans le cadre de référence du suivi communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves, des dispositions doivent être prises pour assurer les services en tout temps afin d'accompagner l'utilisateur dans les sphères importants de sa vie et dans les moments de crise.

4.5 Interventions communautaires et amélioration de la qualité de vie des malades

Les interventions communautaires visent une amélioration de l'état de santé des malades, voire de leur qualité de vie. Les soins de santé primaires et communautaires garantissent ainsi que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien (Marx, 2021). Ce qui conduira ipso facto à l'amélioration de la qualité de vie des proches aidants. Globalement, l'étude montre que les interventions communautaires ont amélioré la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants : certains patients effectuent les activités génératrices de revenus, d'autres sont valorisés par leurs proches, le cadre de vie des malades est amélioré. Ceci rejoint les propos de Kouadio (2022) qui relève dans le *Monde Afrique*, (2022) l'avis d'un agent de santé communautaire travaillant dans le cadre de la réinsertion des patients atteints de psychose chronique : « *On essaie de les responsabiliser pour qu'elles deviennent autonomes, c'est important qu'elles se sentent utiles à la société en travaillant* ». Pour cet agent de santé communautaire qui fait la navette entre les deux types de structures, la « *réinsertion* » du patient au sein de sa communauté est le principal défi de la prise en charge en santé mentale.

Les rechutes sont rares (signalées par 4,9 % des répondants). Cela corrobore avec les études tirées de la *Tribune de Genève* (2010) où la création d'une équipe mobile avait permis une réduction de 50 % du taux de réhospitalisations. La mission des interventions en suivi communautaire est d'aider les personnes à atteindre leur niveau optimal de fonctionnement en ayant recours à l'usage des services et, ce faisant, ils soutiennent le rétablissement d'une personne (Hutchinson, et Farkas, 2004)

L'étude montre que les proches aidants sont financièrement soulagés par la prise en charge communautaire (29,3%). Car les médicaments sont distribués gratuitement et les familles ne payent aucun frais pour le suivi communautaire de leurs malades. Il faudra penser pour cette activité à une couverture financière des concernés car il s'agit d'un suivi à long terme et dans un contexte de pauvreté. Nous constatons également dans l'étude que les patients stabilisés aident pour les tâches à ménagères (17,5%). Tout ceci apporte une plus-value socio-économique à sa famille et à la société entière.

5- Conclusion

L'impact positif du suivi communautaire en santé mentale comparé au suivi institutionnel n'est plus à démontrer du point de vue empirique. Malgré cela, le gouvernement camerounais à travers le ministère de la santé publique tarde à l'implémenter. Cette étude décrit l'organisation, le fonctionnement et l'impact d'une activité pilote de prise en soins communautaire en santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique dans la ville de Yaoundé. Les principaux résultats mettent en évidence 7 équipes multidisciplinaires couvrant les 7 arrondissements de la ville de Yaoundé bien structurées et bien organisées, qui déploient plusieurs ressources matérielles, en particulier les moyens de transport, le matériel de prise en soins, et de rapports d'activités. Plusieurs activités sont menées pour le bien-être des malades, principalement les activités de soins, de sensibilisations, de réinsertions et de collaboration. Globalement, l'étude montre que les interventions communautaires ont amélioré la qualité de vie des malades et celle de leurs proches aidants : certains patients effectuent les activités génératrices de revenus, d'autres sont valorisés par leurs proches, la collaboration avec l'entourage est meilleure, le cadre de vie des malades est amélioré, les signes et symptômes de la maladie sont rares etc... Dans ce contexte, le gouvernement à travers le ministère de la Santé publique devrait s'inspirer de cette activité de prise en soins communautaires des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique à Yaoundé pour l'étendre à toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale nécessitant un suivi communautaire, à toute urgence psychiatrique en communauté ou extrahospitalière, à d'autres malades errants des autres villes du pays et à long terme développer un programme ou projet de santé mentale communautaire dans tout le pays. Cependant, un tri ou des critères de sélection doivent être établis pour le bon déroulement du projet.

6- Limites de l'étude

Cette étude s'est principalement focalisée sur les agents de prise en charge communautaire en santé mentale, or, à côté d'eux, il y a des responsables qui assurent le financement et la coordination de l'activité. D'autres investigations sont donc essentielles pour compléter l'analyse. De plus, la technique d'échantillonnage n'a pas permis à tous les agents de santé

impliqués dans l'activité de participer à l'étude. Aussi, l'enquête s'est limitée seulement dans la ville de Yaoundé offrant des limites pour la généralisation des résultats.

Remerciements

Nous remercions sincèrement la coordinatrice de l'activité de prise en charge communautaire des PAMME pour nous avoir accordé une autorisation d'enquête, ainsi que l'ensemble des personnels de prise en charge communautaire ayant accepté de participer à l'étude.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant cette étude.

Références bibliographiques

- Association des Hôpitaux du Québec (AHQ). (2000). *Cadre de référence : le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal (Québec). Récupéré de <https://www.researchgate.net/publication/22869511> le 14 /02/2024
- Aubry, T. & Farrell, S.(2004). Le suivi communautaire axé sur la famille. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 111-202). Les presses de l'université d'Ottawa. 542, King Edward, Ottawa (Ont), Canada K1N6N5
- Boyer, T. (2004). L'approche par équipe de suivi communautaire : l'exemple du service d'accompagnement et de soutien communautaire du Centre Hospitalier Pierre-Janet. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 91-110). Les presses de l'université d'Ottawa.
- Cunha Proença, C., Leguillon, C., & Thoni, P. (2013). *Comment comprendre les hospitalisations répétées en psychiatrie à Genève*. (Mémoire de master, Haute école spécialisée de Suisse occidentale). HES-SO.GENEVE. Récupéré de <https://soar.rero.ch/hesso/documnts> le 14/02/2024
- Debarre, J. (2021). *Les équipes mobiles de psychiatrie en nouvelle-Aquitaine : recensement et activité*. Observatoire Régionale de la santé. ORS Nouvelle-Aquitaine- Rapport N° 109-Mai 2021. Nouvelle Aquitaine. Récupéré de <https://www.ors-na/uploads/2021/09,109> le 12/02/2025
- Descombes, C. (2010). Douze années de suivi intensif dans la communauté. *Le partenaire 18*, 4-6. Récupéré de <https://www.aqrp-sm.org> le 02/03/2025
- Erin, A., Ward, M.A., Darius, T., & Ammerman. (2022). Santé mentale des parents des enfants et visites à domicile. Dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes*. CEECD/ visite à domicile. Récupéré de <https://www.enfant-encyclopedie.com> le 10/09/2024
- Funk, M., Benradia, & Roelandt, J. L. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90(5), 331-339. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1203>
- Herrera, F., Quintin, J. & Conus, P. (2019). L'hôpital Psychiatrique : bienfaits et limites d'un territoire de discontinuité. *Ethica*, 23 (1), 135-159. Récupère de https://www.uqar.ca/06-herrera_quintin_conus le 10/09/2024
- Hutchinson, D. & Farkas, M. D. (2004). Le suivi communautaire axé sur la réadaptation. Dans R. Emard, & T. Aubry, (Dirs.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie* (p. 91-110). Les presses de l'université d'Ottawa. 542, King Edward, Ottawa (Ont), Canada K1N6N5

- Le Monde Afrique. (2022). Santé en Afrique. Récupéré de <https://www.lemonde.fr> le 12/03/2025
- Marx, P. (2021). La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. *Regards*, (58), 191-197. <https://doi.org/10.3917/regar.058.0191>
- MINSANTE. (2018). *Promotion de la santé mentale*. Ministère de la sante publique.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. L'Harmattan.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La Santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève : OMS, 2013. Récupéré de https://apps.who.int/WHA66/A66_R8-fr le 20/10/2024
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Atlas OMS de la santé mentale 2020*. Récupéré de <https://www.who.int> le 20/10/2024
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Cadre pour renforcer la mise en œuvre du plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 dans la région Afrique de l'OMS*. AFR/RC 72/ Lome. Récupéré de <https://iris.who.int/handle> le 14/08/2025
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). La santé psychique en suisse. (Obsan Rapport 52). Récupéré de https://www.obsan.admin.ch/obsan_52_rapport le 13/08/2025
- Timary, A., Luts, A., Nizet, L., Maisin, A., Germeau, N., Camille, N., ... Deschietere, G. (2019). Innovation 2018 en Psychiatrie. La psychiatrie : nouveaux défis. *Louvain Médical*. 2 (138). 137-140. Récupéré de <http://www.researchgate.net> le 14/10/2121

© 2026 KOUAME, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.