



Article Original

Itinéraire Thérapeutique des Enfants et Adolescents Présentant des Troubles du Comportement à Hôpital Jamot de Yaoundé

Therapeutic Pathway of Children and Adolescents with Behavioral Disorders at Jamot Hospital in Yaoundé

Tchouankeu Kouna Fabiola^{1,2}, Kanga Olen Jean Pierre^{1,3}, Ntone Enyime Samuel Vianney², Eyoum Christian⁵, Ntone Enyime Felicien^{1,4}, Essi Marie-José¹

RÉSUMÉ

Contexte. Selon l'OMS, 10 % des enfants présentent des troubles psychiatriques, majoritairement non détectés en Afrique. Cette étude décrit les parcours de soins et les déterminants des délais d'accès à la psychiatrie chez les patients de <19 ans au Cameroun. **Méthodes.** Étude prospective menée de février à juillet 2022 à l'hôpital Jamot de Yaoundé, incluant 50 parents d'enfants avec troubles du comportement (excluant traumatisme crânien, épilepsie ou lésions cérébrales documentées). Données recueillies via des entretiens structurés et analyses médicales. Analyses statistiques descriptives et multivariées (test du Chi², régression logistique ; seuil p<0,05). **Résultats.** L'âge moyen d'apparition des symptômes était de 13,0 ans (±5,1). Le premier recours aux soins survenait à 13,6 ans (±4,8), après 7,2 mois en moyenne. Seuls 16 % des consultations initiales étaient motivés par un médecin (spécialistes : 10 % ; généralistes : 6 %). Les parents optaient majoritairement pour l'abstention thérapeutique (44 %) ou des recours non médicaux (prière : 46 %). Bien que 60 % aient consulté en milieu hospitalier avant la psychiatrie, 52 % évitaient encore cette spécialité au deuxième recours. Le délai moyen d'accès à un psychiatre était de 12 mois (25 % >30 mois). Les diagnostics d'accès maniaque ou d'état psychotique bref réduisaient significativement ce délai (2 mois vs autres ; p=0,005). Les déterminants de retard incluaient un faible niveau scolaire parental (RCa=3,2 ; p<0,01) et une résidence hors Yaoundé (RCa=4,1 ; p=0,002). **Conclusion.** Les troubles psychiatriques pédiatriques sont pris en charge tardivement, souvent à un stade chronique, en raison de recours prioritaires à des alternatives non médicales et de barrières socio-géographiques. Une sensibilisation communautaire ciblant les populations rurales et les parents peu scolarisés, associée à un renforcement des systèmes de référence, est cruciale pour optimiser les parcours de soins.

ABSTRACT

Background. The WHO reports that 10% of children globally have psychiatric disorders, predominantly undetected in Africa. This study describes care pathways and determinants of delays in accessing psychiatry for patients aged <19 years in Cameroon. **Methods.** A prospective study was conducted from February to July 2022 at Jamot Hospital in Yaoundé, including 50 parents of children with behavioral disorders (excluding traumatic brain injury, epilepsy, or documented brain lesions). Data were collected via structured interviews and medical records. Descriptive and multivariate analyses (Chi-square test, logistic regression; threshold p<0.05) were performed. **Results.** The mean age of symptom onset was 13.0 years (±5.1). Initial care-seeking occurred at 13.6 years (±4.8), with a mean delay of 7.2 months. Only 16% of first consultations were physician-motivated (specialists: 10%; general practitioners: 6%). Parents predominantly opted for treatment abstention (44%) or non-medical alternatives (prayer: 46%). Although 60% accessed hospital care before psychiatry, 52% still avoided psychiatric referral at the second consultation. The mean delay to psychiatric care was 12 months (25% >30 months). Diagnoses of manic episode or brief psychotic disorder significantly reduced delays (2 months vs. others; p=0.005). Determinants of delay included low parental education (adjusted odds ratio [aOR]=3.2; p<0.01) and residence outside Yaoundé (aOR=4.1; p=0.002). **Conclusion.** Pediatric psychiatric disorders are managed late, often at chronic stages, due to preferential use of non-medical alternatives and socio-geographic barriers. Targeted community sensitization for rural populations and less-educated parents, alongside strengthened referral systems, is critical to optimize care pathways.

Affiliations

1. Faculté de médecine et de sciences biomédicales de Yaoundé, Université de Yaoundé I
2. Service de psychiatrie de l'hôpital général de Yaoundé
3. Service de psychiatrie de l'hôpital Jamot de Yaoundé
4. Département de médecine interne et spécialités de la faculté de médecine et de sciences biomédicales de Yaoundé
5. Département de médecine interne de la faculté de médecine et de sciences pharmaceutiques de Douala

Auteur Correspondant

Fabiola Tchouankeu Kouna,
Service de psychiatrie de l'hôpital
général de Yaoundé
Email : fabiolakounga@gmail.com

Mots clés : itinéraire, troubles mentaux, pédopsychiatrie

Key words: pathway, behavioral disorders, child psychiatry

Article history

Submitted: 26 February 2025
Revisions requested: 10 March 2025
Accepted: 25 March 2025
Published: 31 March 2025

INTRODUCTION

Les troubles mentaux, sont des affections cliniques qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Ce sont des anomalies permanentes ou répétées qui peuvent causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante.[1].

Un jeune sur sept entre 10 et 19 ans souffre de trouble mental dans la population mondiale. L'OMS rapporte en 2020 que le trouble du comportement chez l'enfant est la deuxième cause de morbidité chez les adolescents âgés de 10 à 14 ans, et la onzième chez les plus âgés (15-19 ans).[2]. Des études ont révélé une forte incidence des troubles mentaux et des symptômes de santé mentale chez les adolescents en Afrique. L'étude systématique la plus récente, axée sur l'Afrique sub-saharienne, indique qu'un enfant sur sept est confronté à des difficultés psychologiques importantes ; et que près de 10 % d'entre eux répondent aux critères d'un diagnostic psychiatrique.[3]. Le rapport de l'OMS pour l'Afrique 2022 rapportait une augmentation des maladies mentales au fil des années et particulièrement de puis le COVID-19. Les constats disent que, la plupart des cas ne sont pas détectés et restent non traités, avec des conséquences graves sur le long terme pour la santé mentale et des plans stratégiques de gouvernance sont recommandés pour l'amélioration de la situation [4-5]. Mais en pathologie mentale et particulièrement infanto-juvénile, la stigmatisation a pour effet d'isoler socialement les malades et leur famille, voire d'aggraver leurs troubles. Bien plus elle retarde et rend inadaptée la prise en charge quand on sait la complexité du diagnostic des troubles mentaux en période infanto-juvénile.[6]. Considérant la fréquence et les conséquences des troubles du comportement chez les enfants et les adolescents, le rôle des retards diagnostiques et thérapeutiques dans ces conséquences, nous nous proposons de décrire l'itinéraire thérapeutique des personnes de moins de 19 ans ayant eu un trouble de comportement avant leur arrivée en psychiatrie et les facteurs associés, afin d'améliorer leur devenir dans notre contexte.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et analytique du 1er février au 30 juillet 2022 à l'hôpital Jamot de Yaoundé. Nous procédions à un entretien avec les parents ou tuteurs d'enfants et adolescents avec pour motif de consultation trouble du comportement. Les patients recrutés étaient sans notion traumatisme crânien ni tumeur cérébrale ou antécédent d'épilepsie prouvée à un EEG ou encéphalite à un scanner. L'échantillonnage était consécutif. La taille minimale était de 47 selon la formule $n = z^2 \times p(1-p) / m^2$; la prévalence ayant été estimée à de 6,5%, soit 15% des 43,6% que représentent les moins de 18 ans d'après l'EDS[7]. Notre protocole a été soumis au comité institutionnel d'éthique et de la recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé qui nous a délivré une clairance éthique. Les autorisations administratives du directeur de

l'Hôpital Jamot de Yaoundé ont été obtenues pour le recrutement. Avant chaque entretien le consentement éclairé des accompagnants ayant accepté de participer à l'étude était obtenu. Le parent était libre de faire de se retirer à n'importe quel moment sans qu'un préjudice lui soit adressé et sans que cela n'influence le suivi de son enfant. L'entretien semi-directif était fait à l'aide d'un guide d'entretien et le diagnostic selon la CIM 10, prétesté. Les informations obtenues à l'issue de cette étude ont été confidentielles et ne sont utilisées qu'à des fins scientifiques. Les données ont été collectées et analysées à partir du logiciel IBM SPSS version 12.0 et du CSPro 6.7. Les données qualitatives collectées sur des bandes magnétiques ont été toutes systématiquement transcrites et sans tri.

RÉSULTATS

Profil sociodémographique de la population

L'âge moyen des mères était de $44,1 \pm 6,6$ ans ; [28 – 60 ans], avec plus de 75 % dans la tranche 40 et 55 ans. Cette tranche d'âge est aussi celle la plus retrouvée chez les pères, avec un âge moyen d'environ $52,1 \pm 10$ ans [25 – 80 ans]. Parmi les mères 46% avaient eu parcours scolaire jusqu'au niveau secondaires. Ce dernier était le niveau scolaire le plus représenté. Il est suivi par le niveau universitaire. Chez les parents, 32% étaient des couples qui ne vivaient plus en couple soit 20% s'étaient séparés et 12% avait perdu son conjoint. Le pourcentage de père décédé était supérieur à celui des mères décédées respectivement 16% et 8%. Le nombre d'enfants moyen dans les familles était de $2,5 \pm 0,7$ [1-9].

Concernant les enfants, ils étaient en majorité de sexe masculin (58%). La tranche d'âge la plus représentée plus 15 ans ; La moyenne d'âge des enfants était de $15,34 \pm 3,73$ ans [2-18]. Six des patients enrôlés étaient des enfants soit 12%. Pour la plupart, soit 46 étaient scolarisés et pour 80,4% d'entre eux le niveau scolaire correspondait à leur âge. Environ 8% étaient des enfants uniques tandis que 36% n'étaient ni des aînés ni des benjamins.

Les symptômes déficitaires sont peu souvent le motif de consultation des parents. Le retrait social, la tristesse ou le rire immotivés font moins de 20% des symptômes ayant justifié un recours thérapeutique. Cependant l'agressivité représente plus du quart de motifs de consultation et l'agitation près de 22 % (figure 1).

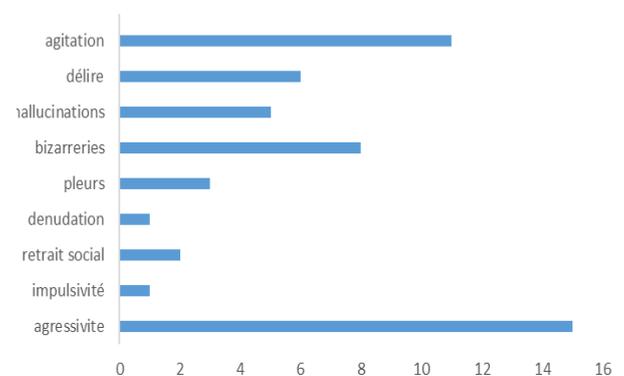


Figure 1 : Distribution des motifs de consultation dans notre population

Les motifs de consultation étaient des symptômes souvent du registre de l'hyperactivité : le tableau bruyant était un point décisif dans l'itinéraire thérapeutique des enfants de notre échantillon.

Itinéraires thérapeutiques des enfants

Le nombre moyen de recours avant l'arrivée en psychiatrie était de 1,72 ± 0,8 ; avec un minimum d'un recours et un maximum de quatre.

Tableau I : types de soins au cours de l'itinéraire

Variabes	N	%
Soins en biomédecine(n=30)		
Psychologue	4	8
Pédiatre	5	10
Généraliste	12	24
Infirmier	6	12
Neurologue	2	4
Psychomotricien	1	2
Soins en ethnomédecine (n= 35)		
Tradipraticien	6	12
Prière	23	46
Massage traditionnel	2	4
Potion traditionnelle	4	8

Les enfants étaient en moyenne de 13 ans quand les parents constataient des différences ou des symptômes dans le comportement de leur enfant [13,0 ± 5,1 ans ; Min - Max = 2 - 18 ans]. Le premier recours était en moyenne 7,2 mois plus tard : l'âge moyen du premier recours était de 13,6 ans [13,6 ± 4,8 ans ; Min - Max = 2 - 18 ans]. Les enfants avaient eu un passage en milieu hospitalier avant d'arrivée en psychiatrie (30 ;60%) ; et (4%) disaient avoir fait de l'automédication. La prière était le soin non hospitalier le plus utilisé (46%). La plupart des parents arrivent en consultation psychiatrique par décision personnelle (66%) et 16% après référence d'un autre médecin dont la plupart étaient des spécialistes (10%) et les généralistes 6 %. Au 1er recours 44% des parents avaient choisi de faire une abstention thérapeutique. La plupart des enfants (98%) avaient rencontré le psychiatre au 4ème recours, et 52% des parents ne choisissaient pas la consultation en psychiatrie au second recours. La moitié des enfants (42%) arrivaient au 3ème recours, et six pour cent au quatrième recours d'après la figure 2.

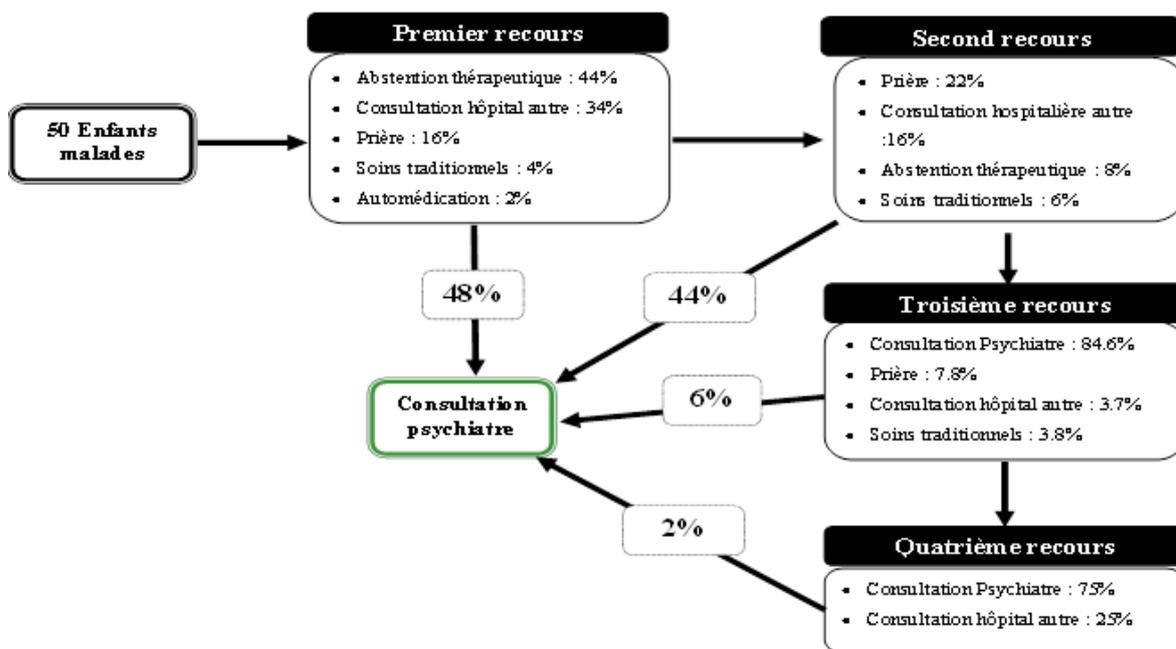


Figure 2 : Itinéraire thérapeutique des parents de notre population

Les parents avaient mis environ 12 mois avant leur arrivée en psychiatrie et 25% des enfants de la série ont mis plus de 30 mois avant faire leur première consultation chez un psychiatre. Le Tableau II en fait le détail.

Tableau II : Récapitulatif des durées des différents recours (en mois)

Variabes	Médiane (IIQ)	Min - Max
Durée premier recours	6,5 (1 - 24)	0 - 48
Durée second recours	6,0 (1,8 - 19,5)	0 - 120
Durée troisième recours	4 (1,5 - 16)	1 - 48
Durée quatrième recours	1 (1 - 1)	1 - 1
Durée totale itinéraire	12 (2 - 30)	0 - 144

Les enfants qui avaient présenté des tableaux avec une grande productivité dans leur symptomatologie arrivaient plus rapidement en consultation psychiatrique : 2 mois après le constat par les parents des symptômes.



Tableau III : Facteurs associés la durée de l'itinéraire thérapeutique

Variables	Durée totale de l'itinéraire Médiane (IQ)	Valeur P
Niveau scolaire des mères		0,396
Aucun	24 (24 - 24)	
Primaire	19 (3 - 36)	
Secondaire	4 (1 - 36)	
Universitaire	12 (10 - 13)	
Niveau scolaire des pères		0,502
Aucun	60 (60 - 60)	
Primaire	12 (1 - 50)	
Secondaire	7 (1 - 28)	
Universitaire	12,5 (4,5 - 24)	
Lieu de résidence		0,298
Yaoundé	15,5 (4,5 - 42)	
Périphérie de Yaoundé	4 (1 - 28)	
Dans une autre région	10 (0 - 24)	
Motif de consultation		0,058
Hallucinations	6 (2 - 24)	
Agressivité	12 (1 - 24)	
Retrait social	23 (10 - 36)	
Délire	2 (1 - 11)	
Rires immotivés	6 (6 - 6)	
Diagnostic des enfants		0,005*
État psychotique aigu	3 (0,1 - 7,0)	
Schizophrénie	8 (1 - 24)	
Trouble développement psychologique	54 (30,5 - 85)	
Épisode dépressif	15,5 (7,5 - 24)	
Accès maniaque	2,5 (0 - 12)	
Trouble comportemental lié à l'usage des drogues	24 (7 - 46)	
Trouble dissociatif	12(6- 24)	

Les enfants qui avaient le diagnostic d'accès maniaque et état psychotique bref étaient plus rapidement emmenés en consultation que les autres respectivement ($P=0,005$). Les parents n'ayant pas été scolarisés étaient ceux qui arrivaient le plus tardivement en consultation psychiatrique et les patients qui résidaient à dans la périphérie de Yaoundé ou dans une autre région avaient un délai presque semblable.

DISCUSSION

Malgré la taille de notre de notre échantillon et la durée courte de cette étude l'analyse des résultats a permis de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques des parents des enfants avec des troubles du comportement ; le profil sociodémographique des enfants enrôlés ainsi que ceux de leur accompagnant et l'itinéraire de soins des enfants de notre étude. Dans la population de parents, 68% étaient des parents étaient en couple, majoritairement entre 40 et 55 ans et avaient généralement atteint le niveau secondaire. Cette tranche d'âge est également représentée majoritairement dans l'étude de Feudjiomene et al. faite en 2015 sur le choix de l'itinéraire thérapeutique dans un groupe culturel au Cameroun.[8] Aussi le niveau secondaire est le niveau scolaire le plus représenté au Cameroun selon le constat EDS Cameroun de 2018 [7]. Le profil des parents correspond au profil de la population générale de notre

milieu, donc leur parcours se pourrait tout à fait se rapprocher de celui de cette dernière.

La moyenne d'âge des enfants emmenés en consultation était de $15,34 \pm 3,73$ ans [2-18]. Cet âge est deux fois supérieur à celui retrouvé dans les études de Charfi et al. qui retrouvaient en Tunisie un âge moyen de 8,8 ans dans une population d'enfants enrôlés dans service de pédopsychiatrie [9]. L'adolescence est la période de survenue des pathologies mentales avec la resurgescence du complexe d'œdipe. Cette période difficile constitue une étape cruciale pour le développement de la personnalité : c'est à cette étape qu'il devrait avoir une recrudescence des signes en pédopsychiatrie [10]. Seulement nous pensons que dans les pays où des structures dédiées aux enfants existent le suivi est débuté plutôt que dans notre milieu où les parents n'ont pas de repère.

Près de la moitié des parents bien qu'ayant remarqué des troubles de comportement chez leurs enfants, auront une abstention thérapeutique comme dans étude sur l'itinéraire thérapeutique des malades au Cameroun de Pouhe et al.[11]. Les parents sont dans l'expectative soit à cause des manifestations peu connues et souvent banalisées, soit par peur des discriminations sociétales envers elles et l'attribution de l'étiologie à des forces mystiques dans notre milieu de la pathologie [12]. Environ 47,7% avait un recours hospitalier en première intention de soins et le reste était dispersé entre prière et tradipraticiens. Seulement le faible taux des références malgré l'entrée en parcours hospitalier nous reconforte dans l'hypothèse du manque de connaissances des soignants et des familles plutôt que de la mauvaise perception. En effet seuls 16% disent avoir été référé par un autre praticien hospitalier dans notre étude. Vingt-cinq pour cent (25%) des patients de la série ont mis plus de 30 mois avant de faire une consultation chez un psychiatre pour une moyenne de 12 mois de l'itinéraire ; la consultation psychiatrique apparaissant comme le 3ème recours thérapeutique. Konaré et al. dit que le service de psychiatrie en Afrique, n'est finalement qu'un cadre de soins parmi d'autres à tâtons, entre les tradithérapeutes, les médecins généralistes[13]. Les croyances religieuses auraient un apport dans la durée de l'itinéraire des parents avant de mener les enfants en consultation spécialisée. Le diagnostic est significativement associé au délai de prise en charge psychiatrique. L'itinéraire est plus rapide chez les patients avec des tableaux bruyants. La sévérité de la pathologie pourrait être associée à la bruyance par les parents qui couplée à l'évitement de la stigmatisation [14] aboutiraient à des délais d'attente plus court lors des différentes étapes de leur itinéraire. Une durée d'étude plus longue avec une meilleure puissance et donc une plus grande population aiderait dans la connaissance des facteurs associés.

CONCLUSION

Les parents d'enfants ayant un trouble du comportement à l'HJY sont dans la tranche d'âge 40-55 ans, étaient généralement en couple. Les patients étaient des adolescents à l'arrivée en psychiatrie. Ils eu avaient en moyenne de 2 recours thérapeutiques : 13 mois en

moyenne avant d'arrivée en psychiatrie. Le diagnostic des enfants est significativement associé au délai de cet itinéraire. Les premiers recours malheureusement retardent la prise en charge efficace et inscrivent l'enfant dans la chronicité de la pathologie et donc des morbidités. Une meilleure éducation des parents et du personnel soignant sur la maladie pourrait améliorer l'itinéraire thérapeutique.

DÉCLARATIONS

Sources de financement

Fonds personnels

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contributions des auteurs

Tchouankeu Kounga Fabiola _ obtention des données, analyse des résultats, rédaction de l'article

Kamga Olen Jean Pierre _ interprétations des résultats, révisions de l'article,

Ntone Enyime Samuel Vianney _ collectes des données

Eyoum Christian _ révision

Ntone Enyime Felicien annalyse _des résultats

Essi Marie-José interprétation des résultats, rédaction de l'article, révision, supervision de recherche

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : santé mentale ; nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001.
2. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale des adolescents [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Brits, Elsabe. Le lourd fardeau de la santé mentale des jeunes en Afrique. *Nature africa* ;0098[Internet]. 2021 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.nature.com/articles/d44148-021-00098-x>
4. Pouhe Nkoma P. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun. In: 7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis" [Internet]. Johannesburg, South Africa: le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA); 2015 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01339418>
5. OMS. Santé mentale des adolescents [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
6. Dru A, Gautier A. Améliorer le parcours de soin en psychiatrie. Paris : Conseil économique social et environnemental ; 2021.
7. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF; 2020.
8. Feudjiomene NM. Les déterminants du choix de l'itinéraire thérapeutique des maladies mentales [Internet]. 2014 [cité 9 sept 2022]. Institut supérieur Larosière ; diplôme d'état infirmier. Disponible sur : <https://www.memoireonline.com/04/15/9118/Les-determinants-du-choix-de-l-itineraire-therapeutique-des-maladies-mentales.html>
9. Charfi F, Fakhfakh R, Hadhri I, Harrathi A, Belhadj A, Halayem MB, et al. Profil sociodémographique et clinique d'une population de consultants dans un service universitaire de pédopsychiatrie de la Tunisie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015 ;63(2):116-23.
10. Bâ I, Moro MR, Thiam MH. Psychopathologie des troubles psychiques chez les adolescents au Sénégal. *Inf Psychiatr*. 2015 ;91(10):839-46.
11. Paul Pouhe Nkoma. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun. 7ème Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis". Johannesburg, Afrique du Sud : Le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA); Nov 2015. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01339418>
12. Tibi-Lévy Y. Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens. *Santé Publique*. 2020 ;32(1):43-55.
13. Konaré DAO, Koumaré B, Moro MR. Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale. *L'Autre*. 15 juill 2014 ;15(1):38-45.
14. Ntone F, Essi MJ, Toto MN, Olembe J. La réhabilitation psychosociale du malade mental errant au Cameroun. Analyse d'une activité pilote. *Health Sci Dis* [Internet]. 29 févr 2016 [cité 29 août 2022];17(1).