



## Article Original

## La Santé Mentale dans les Populations Immigrées / Réfugiées : Une Étude de Cas en Afrique Centrale (Cameroun/Centrafrrique)

### *Mental Health among Migrant and Refugee Populations in Central Africa*

Félicien Ntone-Enyime<sup>1</sup>, Mbam Mbam L<sup>2</sup> Marie Josée Essi<sup>1</sup>, Nissack O F<sup>2</sup>, Faty Diaye<sup>2</sup>, Eben Moussi E<sup>1</sup>

## RÉSUMÉ

<sup>1</sup>Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, université de Yaoundé I

<sup>2</sup>OMS, Représentation de Yaoundé.

**Mots clés :** Santé mentale, immigrés, réfugiés, Afrique centrale.

**Keywords:** mental health, refugees, Central Africa

## REMERCIEMENTS

Ce travail a bénéficié d'un support de l'organisation Mondiale de la Santé à laquelle nous tenons à rendre hommage.

**Introduction – But.** Les conflits armés qui se déroulent dans les régions frontalières du Cameroun ont entraîné un afflux massif de personnes ayant fui les champs de bataille. Il est important de proposer une réponse globale à la demande de ces réfugiés et à leur condition par l'élaboration de stratégies spécifiques de promotion, de protection de leur santé mentale. Le but de notre étude était d'observer et de décrire les éléments de preuve sur la santé mentale des réfugiés de République Centrafricaine et de dresser l'inventaire des capacités existantes en matière de prestation des soins de santé mentale afin de mettre en place un système de dépistage sommaire et rapide des patients qui auraient en urgence des besoins de soins de santé mentale. **Méthodologie.** Nous avons réalisé une étude d'évaluation mixte et transversale basée sur la procédure d'une évaluation rapide de la situation (ERS). L'étude a eu lieu dans les districts sanitaires de l'Est et de l'Adamaoua qui hébergeaient des sites abritant les réfugiés centrafricains et elle a duré 30 jours, du 21 août au 26 septembre 2014. 08 districts sanitaires de deux (02) régions du Cameroun ont été visités (Est et Adamaoua). Dans ces districts, nous avons eu accès à 14 sites, comprenant 08 sites formels et 06 informels. Pour obtenir nos données qualitatives et quantitatives, nous avons réalisé 13 groupes de discussion et 35 entrevues auprès d'informateurs clés. **Résultats.** Il n'y avait aucune infrastructure sanitaire au niveau des sites, des districts sanitaires ou même des régions visitées qui avaient une capacité d'assistance pour les pathologies mentales. L'offre de services de santé mentale était souvent inexistante. Les activités dominantes identifiées sur les sites visités étaient essentiellement la nutrition et les soins des blessures physiques. La coordination des activités de santé mentale au niveau des sites était faible. Les principaux troubles mentaux étaient les troubles codifiés F40 - F48 concernant le stress ou les troubles somatoformes (25,23 %), les troubles de l'humeur codifiés F30 - F39 (20,88 %), les schizophrénies codées F20 - F29 (13,92 %) et les troubles liés à l'abus des substances psycho actives codés F10 - F19 (6,09 %). Aucun site visité ne pratiquait de système de référence pour la santé mentale. Le système d'approvisionnement de médicaments psychotropes sur le terrain ne respectait pas la réglementation en vigueur au Cameroun. Malgré l'existence de troubles psychologiques et psychiatriques, les ressources humaines spécialisées en santé mentale étaient insuffisantes. **Conclusion.** Les pathologies au stress, les troubles de l'humeur, les schizophrénies et les troubles liés à l'abus des substances psychoactives sont fréquents chez les réfugiés et leur prise en charge est inadéquate, d'où l'importance d'un contexte humanitaire multidisciplinaire, qui intégrerait les problèmes de santé mentale.

## ABSTRACT

**Introduction – Aim.** Armed conflicts taking place in the borders of Cameroon have resulted in a large influx of people fleeing the battlefields. Therefore, situation analysis with the intent to promote and protect the mental health of those populations is an important issue, in order to define the demand for mental health of refugees and to assess local capacities to respond adequately to mental health problems that call for urgent humanitarian action. The purpose of this study was to observe and describe evidence on the mental health of refugees from Central African Republic, to make an inventory of existing capacities in the provision of mental health care, in order to implement a system of summary and quick screening of patients needing urgent care in mental health. **Methodology.** This evaluative mixed and crosscutting study based on a Rapid Assessment Procedure (RAP) was done in health districts that hosted sites sheltering the refugees from Central Africa. The duration was 30 days starting from August 21 to September 26, 2014. Data collection took place in the East and Adamaoua regions of Cameroon. Eight health districts were visited and in these districts, we had access to 14 sites including 08 formal and 06 informal sites. 13 focus groups and 35 interviews with key informants provided the qualitative and quantitative data that were analyzed. **Results.** There was no health infrastructure at the level of the sites, the health districts or regions with capacity to assist mental pathologies. The supply of mental health service was frequently non-existing. Major activities identified on visited sites consisted of nutrition and care of the physical injuries. Coordination of the activities of mental health at the level of the sites was low. Disorders codified F40 - F48 (stress related pathologies with somatoform clinical onset) represented 25,23% of the pathologies; mood disorders codified F30 - F39 represented 20.88%, schizophrenia coded F20 - F29 represented 13.92%, and disorders linked to psychoactive substances misuse coded F10 - F19 represented 6.09%. None of the sites visited had a reference system for mental health. The psychotropic drug supply system was not respecting the regulations in Cameroon. Despite the existence of psychological and psychiatric disorders, there were not sufficient specialized human resources in mental health. **Conclusion.** Stress related pathologies, mood disorders, schizophrenia and disorders linked to psychoactive substances misuse are common mental disorders in migrant/refugee populations and their management is largely inadequate. A multidisciplinary humanitarian context, which includes mental health issues, is mandatory.

## INTRODUCTION

Les conflits armés qui se déroulent aux frontières du Cameroun ont engendré un afflux massif des populations fuyant les champs de bataille. Le Cameroun est le pays qui a accueilli un nombre important de réfugiés venant de la République Centrafricaine. En effet, les réfugiés venus de Centrafrique ont naturellement eu à expérimenter des séparations familiales à impacts ou profils variables. Dans leur article consacré aux politique de l'immigration et la santé mentale des réfugiés, Sylvie Moreau et collaborateurs ont affirmé que des séparations souvent associées à des événements traumatiques peuvent engendrer une détresse psychologique et entraver le processus d'adaptation au sein du pays hôte [1]. Il est probable que ces populations drainent des troubles psychosomatiques ou mentaux divers dus aux traumatismes liés à la guerre. Cette situation, si elle existait, allait nécessiter une prise en charge adéquate desdits traumatismes. Aucun partenaire humanitaire en place n'adressant spécifiquement cet aspect de la santé des réfugiés, les besoins en santé mentale pourraient constituer un gap important pour lequel un état des lieux serait nécessaire de même qu'il serait souhaitable de rechercher des pistes de réponse appropriées afin de soulager la souffrance des populations vulnérables. L'Organisation Mondiale de la Santé a donc proposé de faire cet état des lieux, préalable de la démarche qui vise la promotion et la protection de la santé mentale de la population cible évoquées plus haut, avec le souci de prévenir les conséquences des conflits armés sur leur santé. Il s'est ainsi avéré pertinent de conduire une étude dont l'intérêt serait de proposer une réponse globale à la demande des réfugiés et à leur condition, par l'élaboration des stratégies spécifiques de promotion, de protection de la santé mentale de la population ainsi définie. Une telle initiative irait alors dans le sens des exigences qui ont été exprimées à travers les directives formulées par l'Inter-Agency Standing Committee au sujet de la santé mentale et du soutien psychosocial en situation d'urgence. Cette initiative rejoindrait aussi la position de la Fédération Mondiale de Santé Mentale qui lance un vibrant appel aux Nations embarquées dans les conflits armés, ainsi que celles qui ravitailleraient ou encourageraient de tels agissements à prendre conscience des conséquences immédiates, à moyen et long terme de ces conflits armés sur la santé mentale des populations [2].

Pour conduire ce travail, nous avons procédé par la méthode d'étude multifactorielle qui utilise l'évaluation rapide de la situation (ERS) de la santé mentale. Le but était de définir la demande en santé mentale parmi les réfugiés venus de République Centrafricaine, de dépister les problèmes de santé mentale qui appelleraient des mesures humanitaires urgentes, d'évaluer les capacités locales à des réponses adéquates et de faire l'inventaire des capacités existantes en matière d'offre des soins en santé mentale, afin de mettre en place un dispositif de screening sommaire et rapide des malades qui nécessitaient des soins urgents en santé mentale.

## OBJECTIFS

L'objectif général de notre travail a été de conduire une évaluation rapide de la situation, pour un état des lieux complet de la santé mentale parmi les populations des réfugiés dans les Régions de l'Est et de l'Adamaoua. Plus spécifiquement, il s'est agi :

1. D'analyser la situation telle qu'elle existe en matière d'offre de soins de santé mentale dans les Régions qui hébergent les réfugiés (Est et Adamaoua).
2. De décrire les problèmes de santé mentale auxquels sont confrontés les réfugiés venus de Centrafrique.
3. De réaliser des activités de dépistage et de « counseling » en faveur de personnes victimes de violence aussi bien physiques que morales.
4. D'analyser quantitativement et qualitativement le niveau de l'implication des différents intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux y compris la société civile sur les sites qui hébergent les réfugiés de Centrafrique au Cameroun.
5. De décrire la qualité de la coordination entre différents partenaires par niveau d'intervention.

## METHODOLOGIE

### Type d'étude

Nous avons conduit une étude évaluative mixte et transversale qui a exploité les techniques d'évaluation rapide de la situation (ERS), régulièrement désignée « Rapid Assesment Procedure » (RAP).

### Durée et cadre de l'étude

Notre travail a eu lieu du 21 août au 26 septembre 2014 dans les Régions de l'Est et de l'Adamaoua, dans les districts de santé qui ont hébergé les sites abritant les réfugiés venus de Centrafrique, mais aussi dans les sites ayant une grande activité de prise en charge des réfugiés et les points d'entrée des réfugiés notamment à Bertoua, Batouri, Kette, Ndélélé, Yokadouma, Moloundou, Bétaré Oya, Garoua Boulai, Meinganga, Johong.

### Population

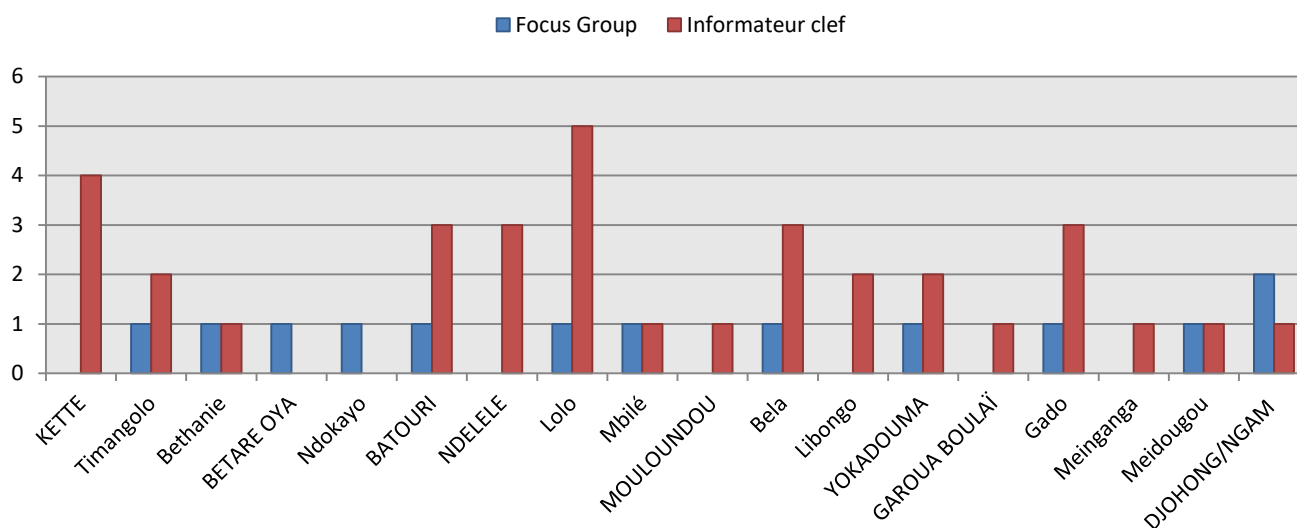
Nous avons inclus les sujets centrafricains volontaires vivant dans les sites des réfugiés avec le statut de réfugié. Dans ce groupe, nous avons cependant exclu les réfugiés arrivés avant janvier 2014. En effet, ceux là n'avaient pas eu l'expérience brutale des événements violents du début de l'année 2014, leur intégration a été plus humanisée et l'adaptation à la nouvelle terre d'accueil leur a conféré une meilleure protection. Nous avons également inclus les parties prenantes gouvernementales ou non gouvernementales dans la prise en charge des réfugiés et les observateurs autochtones dans les villages ou au sein des communautés qui hébergeaient les réfugiés.

### Procédure

Nous avons procédé par la combinaison de différentes techniques : groupes de discussion, interviews menées auprès des informateurs clés, recueil des informations en îlots, et technique de boule de neige qui offre la possibilité d'extrapolations. Un questionnaire standard a complété les instruments de collecte pour une analyse multifactorielle.

## RESULTATS

Nous avons collecté des données qualitatives et quantitatives dans deux régions du Cameroun, spécifiquement la région de l'Est et la région de l'Adamaoua. 13 groupes de discussion et 35 interviews de personnes informateurs-clé ont été réalisés. La figure I rapporte la distribution des groupes de discussions et celle des informateurs clés dans les sites au sein des districts de santé.



**Fig. 1 :** groupes de discussion (FGD) et interviews réalisées avec des informateurs clé par site

Le profil des personnes ayant constitué les groupes de discussion et la qualité des interlocuteurs interviewés décrivent les niveaux des sources des informations pour la collecte des données. Le tableau 1 indique aussi le profil et le nombre des parties prenantes ayant accepté de contribuer à la collecte des données primaires. Elles ont été rencontrées sur le terrain de la recherche au niveau de chaque site.

**Tableau 1 :** profil des répondants pour la collecte des données primaires et parties prenantes par site.

Districts / Sites Visités	Critère quantitatif		Critère qualitatif	
	Focus Group	Informateur Clef	Focus Group	Informateur Clef
Kette		4		Médecin, chef BS
Timangolo	1	2	Réfugiés	Réfugiés
Bethanie	1	1	Leader du groupe homme	Camp manager
Betare Oya	1		Personnel District	
Ndokayo	1	1	Groupe de réfugiés hommes	Le chef du CSI
Batouri	1	3	Partenaires (CARE, MSF, ACF)	MSF, Chef BS District, Médecin HD
Ndelele		3		2 Médecins et 1 Infirmier
Lolo	1	5	Partenaire psychologue	Psychologue, laborantin, chef CSI, Réfugié
Mbilé	1	1	Partenaire psycho/infirmier	Psychologue
Mouloundou		1		Médecin chef
Bela	1	3	Réfugié	Infirmier CSI
Libongo		2		Médecin Directeur SEFAC
Yokadouma	1	2	Réfugié	Médecin chef, Réfugié
Garoua Boulai		1		Médecin
Gado	1	3	Responsable des camps	2 Réfugiés jeunes, 1 Réfugié toxicomane
Meinganga		1		Chef district de santé
Meidougou	1	1	Groupe de femmes réfugiées	Aide soignante
Djohong/Ngam	2	1	Parties prenantes/Femmes réfugiées	Chef du CSI/ IDE
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>35</b>		

Huit districts de santé ont été visités en dehors de Bertoua. Dans ces districts, nous avons eu accès à 14 sites, dont 08 sites formels et 06 sites informels. Le tableau II montre que sur les huit districts de santé que nous avons visités, deux étaient dans la Région de l'Adamaoua et six dans la régions de l'Est. Nous avons pu accéder à des structures de soins telles que des centres de santé intégrés ou des hôpitaux de district et avons eu des échanges avec des personnels rencontrés sur les sites.

**Tableau 2 : sites abritant les réfugiés par districts de santé et par région**

N°	Districts de santé	Région	Sites formels	Sites informels
1	Kette	Est	Timangolo	Béthanie
2	Ndelele	Est	Lolo et Mbilé	
3	Yokadouma	Est	Gari Singho	
4	Moloundou	Est	Bela	Libongo
5	Betare oya	Est	Ndokayo	Betare Oya
6	Garoua boulai	Est	Gado Badzere	Garoua Boulai
7	Meinganga	Adamaoua	Meidougou	Meinganga
8	Djohong	Adamaoua	Ngam	Ngam village

En marge des sites formels constitués par les officiels, la plupart des districts de santé avaient des sites informels, lieu d'installation des réfugiés qui n'avaient pas attendu les instructions des autorités (tableau II).

Nous avons rencontré plusieurs partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux sur le terrain. Les données existantes ou données

secondaires ont été recueillies auprès de certains de ces partenaires (tableau III). Ce même tableau montre les organismes dont les représentations et les employés présents sur le terrain ont contribué à collecter des données secondaires avant la descente sur les sites abritant les réfugiés. Ainsi, en plus des responsables de l'OMS rencontrés au niveau de Bertoua, nous avons bénéficié de l'accompagnement d'autres parties prenantes déployées sur le terrain pour des interventions multiformes telles que : CARE, la Fédération Internationale de la Croix Rouge (FICR), le Programme Alimentaire Mondial (PAM), ACF International, Médecins Sans Frontière (MSF). Certaines parties retrouvées au niveau de Batouri nous ont permis d'approfondir nos enquêtes, à savoir : CARE, PAM, ACF international, MSF

**Tableau 3 : partenaires rencontrés pour les données existantes (secondaires)**

	Bertoua	Batouri	Profil
OMS équipe régionale	X		Médecin
CARE	X	x	psychologue clinicien
FICR/CRC (Croix et Croissant Rouges)	X		Coordonnateur
Programme Alimentaire Mondial		x	Logisticien
ACF international		x	Psychologue
Médecins Sans Frontières		x	Psychologue

Les activités dominantes identifiées sur les sites ont été la nutrition des réfugiés et les soins de leurs blessures physiques. L'offre de service en santé mentale était fréquemment inexistante.

Care opérait sur les sites de Lolo et Mbilé dans le district de santé de Ndélélé, International Medical Care (I.M.C.) a été rencontré à Ngam dans le district de santé de Djohong. Les problèmes de la santé mentale des réfugiés étaient indirectement adressés par le truchement des activités de promotion du genre, conduites par des organismes tels que ONUFEMME que nous avons retrouvé sur le site de Gado Badzere dans le district de santé de Garoua Boulai.

**Tableau 4 : activités d'assistance en santé mentale**

Sites Visités	Activités d'assistance en santé mentale retrouvées
Kette	Aucune : pas de demande objectivement exprimée
Timangolo	Care : traitement avec usage des psychotropes par des infirmiers
Béthanie	Aucune : pas de demande objectivement exprimée
Betare Oya	Soutien psychologique par les plus âgés ; Religion
Ndokayo	Soutien psychologique par les plus âgés ; Religion
Batouri	Aucune activité de santé mentale
Ndelele	Appui psycho-social (care, projet en cours) ; Centre d'écoute (projet en cours) ; Prise en charge psychothérapeutique (care) ; Prise en charge par un infirmier psychiatrique ; Prescription des médicaments psychotropes
Lolo	Appui psycho-social (care, projet en cours) ; Centre d'écoute (projet en cours) ; Prise en charge psychothérapeutique (care) ; Prise en charge par un infirmier psychiatrique ; Prescription des médicaments psychotropes
Mbile	Appui psycho-social (care, projet en cours) ; Centre d'écoute (projet en cours) ; Prise en charge psychothérapeutique (care) ; Prise en charge par un infirmier psychiatrique ; Prescription des médicaments psychotropes
Moloundou	Inexistantes
Bela	Inexistantes
Libongo	Inexistantes
Yokadouma Gari Singho	Aucune
Garoua Boulai	Aucune
Gado	Aucune
Meinganga	Aucune
Meidougou	Aucune
Djohong/Ngam	Soutien psychologique par des auxiliaires de site ; Causerie avec des réfugiés ; Adresse du problème genre par IMC ; Prise en charge des enfants non accompagnés

Notre mission nous a permis d'observer au passage, des situations d'urgence qui ont exigé des interventions sur le site. Le tableau V rapporte des situations d'urgences qui ont nécessité notre intervention.

Tableau V : situations d'urgences rencontrées

Sites Visités	Situations d'urgences rencontrées
Kette	Troubles du sommeil, souvenirs douloureux avec émotions, abréactions, travail de deuil (veuves, époux tués), perte de biens, imprévisibilité, prise substances (drogue), troubles psychosomatiques, convulsions, crises hystériques, dépression, TSPT (Troubles liés au stress post-traumatique) chez les hommes rescapés
Timangolo	//
Béthanie	//
Betare Oya	Agressivité, violences, abus de drogues (solvants, tramol)
Ndokayo	//
Batouri	//
Ndelele	//
Lolo	//
Mbile	Etat oniroïde, épisodes de désorientation dans l'espace, crise de violence paroxystique, convulsions, intoxication volontaire aux drogues (solvant, colle forte, chanvre indien, tramol)
Mouloundou	//
Bela	//
Libongo	//
Yokadouma Gari Singho	Dépression sévère, crise d'angoisse
Garoua Boulai	//
Gado	Syndrome d'Influence sur crise paroxystique, angoisse chez femmes seules (veuves, mères)
Meinganga	//
Meidougou	Consommation de tramol* et solvant, autres toxicomanies et abus de substance
Djohong/Ngam	- Intoxication aiguë au tramol* (tramadol) avec agressivité, bagarre, convulsion - crise de panique pendant l'entretien à l'évocation des souvenirs douloureux

Les pathologies mentales répertoriées sur les sites ont été regroupées selon les critères de la classification Internationale des Maladies dans sa 10ème édition (CIM10).

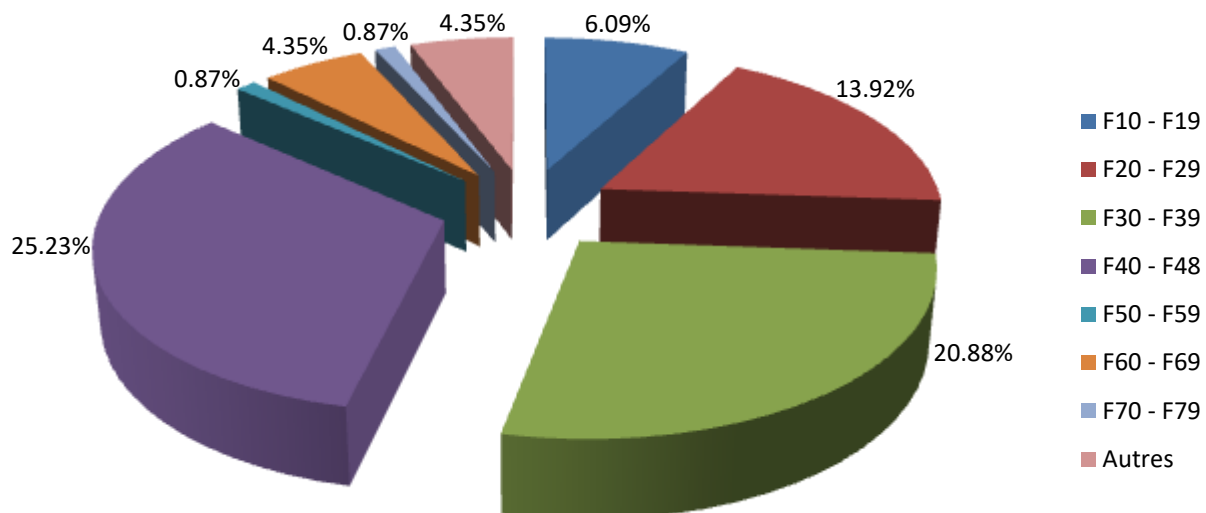


Fig 2 : Problèmes de santé mentale identifiés

La figure 2 et le tableau VI montrent les troubles mentaux présents. Les troubles codifiés F40-F48, rapportant les pathologies liées au stress avec manifestations somatoformes existent (25,23%), tout autant que les troubles de l'humeur (20,88%) codifiés F30-F39, suivis de troubles schizophréniformes

(13,92%) du code F20-F29, et des troubles lié à la consommation des drogues (6,09%) du code F10-F19. Ces résultats sont illustrés par le tableau VI qui rapporte que 87 cas de troubles mentaux ont été répertoriés sur les différents sites.

Tableau 5 : Problèmes de santé mentale identifiés

Pathologies rencontrées	Frequence exprimée		
	Code cim 10	En nombre	En pourcentage (%)
Troubles liés à l'abus de substances	F10-f19	7	6,09
Schizophrénie et troubles schizophréniformes	F20-f29	16	13,92
Troubles de l'affectivité, troubles de l'humeur	F30-f39	24	20,88
Troubles anxieux liés au stress et troubles somatoformes	F40-f48	29	25,23
Troubles du comportement associés à des facteurs organiques	F50-f59	1	0,87
Troubles de la personnalité	(f60 – f69)	5	4,35
Retard mental	(f70 – f79)	1	0,87
Autres troubles	... convulsions	5	4,35
Total		87	100

A chacune de nos escales, nous avons réalisé des séances de screening et d'identification des patients ayant plus ou moins des besoins urgents en soins psychiatriques. Ainsi, 14 séances de screening ont été effectivement faites, rapportant autant de faits de leur vécu, des évocations douloureuses telles que, les souvenirs des crimes et des violences dont ils ont été victimes, les déplacements pénibles et périlleux, les pertes d'objets, dont les conséquences sont codifiées dans le tableau VI. Parmi les situations d'urgence observées, certaines ont été consultées et rapportées : nous avons été interpellés sur le site de Gado Badzere par les cries et pleurs d'une femme effarée. Elle a ressenti de ce fait une vulnérabilité accrue, le risque des agressions, des viols, l'imprévisibilité si fréquente dans la condition de vie sur les sites. Dans le même site les réactions provocatrices des consommateurs de substances psycho actives ont été contrôlées par des entretiens d'arbitrages souvent associés à la prescription de sédatifs pour prévenir des éclats de violence. Sur le site de NGam dans le district de santé de l'Adamaoua des crises convulsives subites survenues chez un groupe de jeunes en agitation résultaient de la consommation abusive du TRAMADOL avec des troubles de la vigilance qui ont conduits à des transferts en urgence vers l'hôpital régional de N'Gaoundéré et à l'hôpital de district de Meinganga. D'autres situations d'urgences ont été prises en charge au niveau du centre de santé intégré à Kette ou à Timangolo après avoir évalué le contexte d'angoisse suite à des conflits dans les tentes d'habitation ou à la suite des bagarres entre réfugiés et autochtones dans les champs de nourritures.

La ressource humaine adressant les activités de santé mentale avait été rencontrée au niveau des sites de Mbilé et de Lolo (CARE) où deux (02) infirmiers en fin de

cycle de spécialisation en psychiatrie, et quatre (04) psychologues à la limite de la formation clinique, conduisaient des activités, sous le contrôle du partenaire et partie prenante Care.

Le système d'approvisionnement en médicaments psychotropes, tel qu'il a été retrouvé sur le terrain, ne respectait pas la réglementation en vigueur au Cameroun. Des médicaments sans visa officiels étaient présents et administrés sur les sites. Aucun district visité ne disposait de ressource capable de prescrire les médicaments psychotropes. La vente illicite des médicaments psychotropes a été objectivée dans la plupart des sites. Le médicament psychotrope vendu au vu et su de tous à l'entrée des sites, était soumis à un trafic, avec des passerelles de l'usage licite à l'usage illicite.

Nous n'avons pas visité de site ou de district pratiquant ou utilisant un système de référence pour la santé mentale dans les communautés en général ou sur les sites abritant les réfugiés en particulier. L'organisation des services de santé ne permettait pas la mise en application d'un système de référence adéquate.

Aucune information ne nous a été donnée sur la collaboration ou l'implication des prestataires socio-sanitaires (tradipraticiens) en matière de santé mentale. L'appartenance ethnique, l'affinité culturelle, l'identité religieuse ont, avec une certaine forme de tolérance des communautés autochtones, renforcé les possibilités d'assistance à des groupes sociaux ainsi fragilisés. En exemple, à Timangolo, le maire et les leaders traditionnels participaient régulièrement à la gestion des conflits entre réfugiés dans les sites ou encore, la gestion des conflits entre les réfugiés et les autochtones au sein de la communauté.

## DISCUSSION

L'évaluation de la situation de la santé mentale dans les territoires abritant les réfugiés venus de Centrafrique a révélé des faiblesses quantitatives et qualitatives en ce qui concerne le niveau de priorité réservée à ce volet de la santé. L'identification récente d'enjeux autour de la santé mentale des demandeurs d'asile procède d'une histoire longue, celle de la constitution d'un domaine d'expertise autour de la santé mentale des réfugiés et du traumatisme psychique, une reconnaissance des effets psychiques de la violence à travers la catégorie du traumatisme. C'est ainsi que les effets psychologiques de la violence sur les réfugiés fait l'objet, depuis les années 70, d'une reconnaissance élargie [5].

La combinaison de plusieurs techniques de collecte de données, notamment les interviews des informateurs clés, des groupes de discussion ainsi que les questionnaires élaborés à cet effet, nous a permis d'obtenir une photographie exploitable de la situation au moment de la recherche. La population des réfugiés étudiés était hébergée sur des sites ; plusieurs de ces sites étaient informels, habités par des communautés qui avaient manifesté l'envie de s'installer définitivement sur le territoire camerounais. Il fallait alors distinguer un mouvement des populations du fait des guerres et des violences sociales, des phénomènes sociaux issus de la migration, avec leurs impacts sur les équilibres des communautaires des régions de l'Est et de l'Adamaoua au Cameroun. Les groupes étaient constitués d'enfants, de femmes et d'hommes adultes chez qui nous avons étudié les conséquences de l'exposition à la violence, au déplacement ou à la perte d'objet. Dans les pays dits « du Sud » ces populations de demandeurs d'asile deviennent l'objet d'une assistance politique internationale, essentiellement menée par des associations humanitaires pilotées par le Haut Commissariat aux réfugiés des Nations unies [5]. C'est donc une préoccupation à la fois humanitaire et sanitaire qu'on retrouve parmi les directives standards de l'Inter-Agency Standing Committee [2], malheureusement souvent peu appliquées.

Les activités d'assistance en santé mentale ont été absentes dans la plus-part des districts de santé visités. Les projets relatifs à l'écoute et à l'assistance psycho sociale étaient soit en cours d'élaboration, soit à l'état embryonnaire comme il a été noté à Ndélé sur les sites de Lolo et Mbilé ou à Djohong sur le site de Ngam. Le tableau IV a montré qu'en dehors ces sites où quelques infirmiers en fin de formation en psychiatrie, des psychologues à la limite de la formation clinique, conduisaient, tant bien que mal, des activités, la ressource humaine en santé mentale était rare. Le personnel rencontré sur le terrain ne pouvait pas efficacement procéder aux devoirs de screening et d'identification troubles mentaux. Cet état de chose a pu minimiser la demande en santé mentale, conduisant La plupart des partenaires à ne s'investir que sur des activités de distribution des nutriments thérapeutiques.

Des études à travers le monde ont évoqué la souffrance psychique de la population de demandeurs d'asile, les spécificités de sa prise en charge et l'insuffisance des moyens alloués pour les soins [5]. Cette insuffisance a aussi été quantitativement et qualitativement perceptible lors de notre passage sur les différents sites où les troubles mentaux s'observaient à des degrés de sévérité variés. Les syndromes dominants ont été documentés et regroupés selon les fréquences évoquées au cours des discussions de groupe, lors des interviews, selon la classification internationale des maladies dans la 10ème édition [6]. Parmi les souffrances mentales répertoriées, les troubles liés au stress et à des manifestations somatoformes sont arrivés en tête (25,23%), suivies des troubles de l'affectivité et des manifestations schizophréniformes. L'abus des substances psycho actives, soutenue par la vente illicite des médicaments psychotropes ont été présentés comme les principaux boosters de violence sur les sites. La consommation abusive du TRAMADOL (Tramol\*) était le plus souvent associé à la prise d'autres substances non identifiées que les consommateurs utilisaient comme talismans pour les protéger contre les armes à feu. Par ailleurs, le système d'approvisionnement en médicaments psychotropes était inefficace et ne respectait pas la réglementation en vigueur au Cameroun. La vente illicite et le trafic des médicaments psychotropes ont été observés dans la plupart des sites.

Le screening à la faveur de quelques consultations au passage, nous a permis de mettre en évidence des situations d'urgence rapportées par le tableau V, avec violence, vols, agressions et raquettes perpétrés autour et à l'intérieur des sites, par des réfugiés qui consommaient des drogues mélangées à de l'alcool. Lors des 14 séances de screening, les réfugiés ont rapporté des faits de leur vécu comportant l'évocation douloureuse des souvenirs de crimes et des violences dont ils ont été victimes, les déplacements pénibles et périlleux, les pertes d'objets tel qu'indiqués dans le tableau VI. Les rencontres de travail avec le chef de centre de santé, les parties prenantes et les leaders dans la communauté ont été réalisées dans le but de renforcer la capacité locale à la résolution des problèmes à base communautaire. La coordination des activités de santé mentale était faible aux niveaux des sites, des départements ou des régions ; le sujet n'était souvent pas cité dans l'agenda des activités hebdomadaires.

Nous avons eu peu d'informations sur la collaboration ou l'implication des prestataires socio-sanitaires (tradipraticiens). Dans certains sites, le contexte humanitaire et social avait été renforcé par une forme d'assistance communautaire respectant les spécificités sociales, culturelles ou religieuses. L'appartenance ethnique, l'affinité par la culture, l'identité religieuse ont, avec une certaine forme de tolérance des communautés autochtones, renforcé le soutien des maires et des leaders traditionnels vis-à-vis de groupes sociaux fragilisés par la guerre.

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes ont été faites afin d'ouvrir des axes pour de possibles interventions des partenaires enrôlés dans les opérations au sein des sites abritant les réfugiés :

1. Du fait des tensions, des ruptures, de l'insécurité induites par les conflits armés, le Gouvernement du Cameroun, compte tenu de sa position spécifique, devrait adopter une politique de santé mentale matérialisée par des programmes ou plans d'actions de santé mentale adaptés à la demande de la population des réfugiés venus de Centrafrique.
2. Les capacités des ressources humaines devraient être renforcées et servir de levier pour la promotion et la protection de la santé mentale des réfugiés. Il faudrait organiser des formations par niveau et par catégorie sur la prise en charge des situations clé qui affectent la santé mentale des réfugiés, notamment, la gestion du stress en situation de catastrophe, la participation communautaire et l'assistance aux personnes ayant des troubles psychosomatiques, ainsi que la gestion des médicaments essentiels pour la santé mentale.
3. Des activités de coordination au niveau des sites, des districts et des régions, devraient être mises en place de même qu'un système de référence et de contre référence approprié.
4. Les activités de sensibilisation et d'éducation devaient être menées pour la promotion d'un contexte

humanitaire et social, l'assistance des personnes vivant avec des troubles mentaux, par une approche multisectorielle impliquant les services de soins, la formation, les travailleurs sociaux, les responsables de politiques de santé, les prestataires socio-sanitaires et tous les secteurs apparentés. Les réfugiés bénéficieraient ainsi de soins mentaux de proximité qui tiennent compte de leurs spécificités socioculturelles.

#### CONCLUSION

L'évaluation de la situation de la santé mentale des réfugiés venus de RCA et abrités dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua au Cameroun nous a permis d'analyser l'implication qualitative et quantitative des intervenants par rapport à la demande en santé mentale. Nous avons constaté la carence en ressource humaine spécialisée et en soins de santé mentale, malgré l'existence des pathologies mentales dépistées au sein de ces communautés. Les sites que nous avons visités étaient rattachés pour la plupart à des centres de santé intégrés où gravitaient des parties prenantes plurielles menant des activités avec une coordination faible à tous les niveaux. Le système de référence n'était pas adéquat ; ces sites auraient pu bénéficier d'un contexte humanitaire multidisciplinaire

#### REFERENCES

1. Sylvie Moreau, Cécile Rousseau et Abdelwahed Mekki Barrada « Politique d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impacts des séparations familiales. »
2. Inter-Agency standing committee: New guidelines to improve psychological and social assistance in emergencies released, Geneva 1<sup>st</sup> September 2007
3. World Federation of Mental Health (WFMH): Statement on mental health consequences of war and civil conflict February 2009
4. Peter Ventevogel, Mental health & psychosocial support for refugees from the Central African Republic to Cameroon Mission report Mission April 11-28 2014 UNHCR Geneva
5. Estelle Halluin, "santé mentale des demandeurs d'asile", *Hommes et migrations* 1282, 2009, 66-75.
6. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders
7. DSM-IV-TR Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux