

## Article original

# La Réhabilitation Psychosociale du Malade Mental Errant au Cameroun. Analyse d'une Activité Pilote

*Psychosocial rehabilitation of the wandering mentally ill in Cameroon.  
An analysis of a pilot project*

Félicien Ntone-Enyime <sup>1</sup>, Marie Josée Essi <sup>2</sup>, Moïse Nguen Toto <sup>3</sup>, Josiane Olembe <sup>4</sup>

1 MD, psychiatrist/pedopsychiatrist, Mental Health National Coordinator. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

2 anthropologist, Laboratoire de Recherche sur les Hépatites et la Communication en Santé, FMSB, UYI

3 MD psychiatrist, Jamot hospital Yaounde

4 MD resident in psychiatry. FMSB, UYI

*Auteur correspondant : Dr Ntone Félicien. Email : felenton@yahoo.fr*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** The place and the function occupied by, as well as the level of adaptation of, individuals, families or corporations while facing events in life are guaranteed by measures designed either to prevent the outbreak of disease or to provide appropriate responses to disease when they are detected. Psychosocial rehabilitation of the patient often addressed at the exit of the healing phase, is dominated by the tertiary prevention actions.

**METHODS.** During a rapid assessment of the situation (Rapid Assessment Procedure: RAP), carried out over 12 weeks from April to June 2002 the population of the wandering mentally ill in the city of Yaoundé, we grouped 55 people in the Department of Psychiatry of the Yaoundé Jamot hospital to be followed. The overall objective was to strengthen the prevention of the phenomenon of the wandering mentally ill in the mental health national policy in Cameroun.

**RESULTS.** Our sample included 21.8% of cases of women, against 78.18% male; 26-30 and 31-35 age groups were the most represented 18.18% each. Among encountered mental pathologies, the leading was depressions 36, 36%, followed by reports from social exclusion, organized around the issue of the failure process, 23, 64%; 21, 82% of the cases were presented as schizophrenia or chronic psychosis. 45.45% of families have been found; among these, 24% of families have contributed to the return of the parent. Among persons we did accompany in their family, 01 (25%) remained in family, with an incidence of relapse observed of 75%. Psychosocial considerations mentioned as being the causes of failure to reintegration rehabilitating the subject are: the absence of structures of State for psychosocial support (40%), the burden of the disease against family poverty (32%) rejection with family disinvestment (20%), the family disruption (8%).

**CONCLUSIONS.** Support for the wandering mentally ill remains a challenge for Cameroon. Mental health policy must take into account the social and cultural characteristics; give priority to prevention in mental health programs and the appropriate involvement of families through an approach to psychiatry community-based.

**KEYWORDS.** Prevention; psychosocial rehabilitation; wandering mentally ill; sociocultural specificities.

## RÉSUMÉ

**OBJECTIF.** La place et la fonction occupées, ainsi que le niveau d'adaptation des individus, de familles ou des communautés lorsqu'ils sont confrontés aux événements de vie, sont conditionnées par les mesures destinées à empêcher le déclenchement de la maladie ou à fournir des réponses appropriées à la maladie lorsque celle-ci serait détectée. La réadaptation psychosociale du patient a souvent été une préoccupation adressée à la sortie de la phase de guérison ; elle est dominée par les actions de prévention tertiaire.

**MÉTHODES.** Au cours d'une évaluation rapide de la situation, menée pendant 12 semaines, d'avril à juin 2002 parmi les malades mentaux errants dans la ville de Yaoundé, nous avons regroupé, pour leur prise en charge, 55 personnes dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. L'objectif global était de renforcer la prévention du phénomène de l'errance de malades mentaux dans la politique nationale de santé mentale au Cameroun.

**RÉSULTATS.** Notre échantillon comprenait 21,8 % des cas des femmes, et 78,18 % d'hommes. Les tranches d'âge de 26-30 et 31-35 étaient les plus représentés avec 18,18 % chacune. La pathologie dominante était la dépression 36, 36 %, suivie de l'exclusion sociale, organisée autour de la problématique de l'échec, 23,64 %.

21,82 % des cas ont été présentés comme la schizophrénie ou psychose chronique. 45,45 % des familles ont été trouvés ; Parmi celles-ci, 24 % des familles ont contribué au retour de leur parent. Parmi les malades accompagnés dans leur famille, un est resté dans la famille (25 %), avec une incidence de rechute observé de 75 %. Les considérations psychosociales retenues comme étant causes d'échec à la réintégration ou la réhabilitation étaient : l'absence de structures d'État pour un soutien psychosocial (40 %), le lourd fardeau de la maladie face à la pauvreté des familles (32 %), le rejet avec désinvestissement des familles (20 %), ainsi que l'éclatement de la cellule familiale (8 %).

**CONCLUSIONS.** La prise en charge et le soutien à apporter aux malades mentaux errants demeurent un défi pour le Cameroun. La politique de santé mentale devrait prendre en compte les spécificités sociales et culturelles et accorder une priorité à la prévention dans les programmes de santé mentale ainsi que la participation des familles à travers une approche à base communautaire.

**MOTS-CLÉS :** prévention, réadaptation psychosociale ; errant malades mentaux ; spécificités socioculturelles

## INTRODUCTION

Les conditions de vie des personnes sans domicile fixe nous donnent à observer des facteurs de pénibilité qui pourraient être le lit de souffrances multiples et variées. On dénombre aussi bien des maladies du spectre physique que celles du spectre mental ou social. Les psychoses et autres troubles mentaux et comportementaux sont dénombrés, fréquents, au sein des communautés vivant dans la rue. (1). La problématique posée par le phénomène des malades mentaux errants dans les villes africaines reste encore de nos jours adressée de manière très insuffisante. L'absence de politique nationale de santé mentale correspond à une mauvaise gestion de la santé mentale des communautés (2, 3, 4,5). Des réactions mitigées ont été rapportées au Sénégal, au Bénin, au Cameroun, au Burkina Faso ou au Gabon. Toutes ces initiatives décrivent des limites autour des interventions qui privilégient la lutte contre la destruction par lesdits malades, des biens publics, la prévention du risque de violence exercée par ceux-ci sur les personnes de leur entourage. (5,6).

La place qu'occupe l'individu au sein de la société pourrait l'affecter ; il en serait de même pour sa fonction ou le niveau de son adaptation sociale. De manière général, chaque fois que le bien-être des communautés a été adressé, l'intérêt s'est, de manière restrictive, le plus souvent porté vers le traitement des maladies, au détriment d'autres facettes non moins importantes de la santé. En effet, la santé se définit comme étant un état de bien-être physique mental et social. La santé mentale est présentée comme un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux ou contribuer à la vie de la communauté (7). Les personnes malades mentales errantes que nous rencontrons sur les artères de nos cités ont des « lacunes » qui modifient l'expression de leur état de santé. Comme dans la plupart des pays de la région AFRO de l'Organisation Mondiale de la Santé, le phénomène des malades mentaux errants est connu au Cameroun (8). Plusieurs articles de journaux ont dénoncé, la surprenante indifférence des sociétés africaines vis-à-vis de cette catégorie sociale (1, 2, 3, 4, 5, 6). En outre, les travaux scientifiques se référant à la problématique des malades mentaux errants sont rares à travers le monde (10), ou inexistant dans notre sous-région.

Le but de cette étude était d'analyser le profil des personnes désignées comme étant des malades mentaux errants afin de proposer des procédures pour une réhabilitation psychosociale adaptée.

## SUJETS ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective descriptive, associant d'une part la collecte de données quantitatives à partir d'un questionnaire et de la technique de boule de neige, et d'autre part la collecte

de données qualitatives par la réalisation d'interviews et de discussion en groupes.

Cette étude menée dans la ville de Yaoundé, de mai à juillet 2002, incluait par échantillonnage consécutif les malades mentaux errants, leur famille élargie et des membres proches de la communauté.

Nous avons exclus de cette étude les malades mentaux suivis dans les structures de santé, les malades mentaux errants inaccessibles, les personnes vagabondes de la ville de Yaoundé, les personnes ou enfants de la rue, les familles inaccessibles des malades mentaux errants de notre échantillon.

Une fois identifiées, les sujets d'étude ont été regroupés avec l'assistance des services de police, des pompiers, pour être suivies au sein du Service de Psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Une évaluation clinique à visée diagnostique a été menée en un deuxième temps en milieu hospitalier selon les critères de la 10ème édition de la classification internationale des maladies (ICD10). Des traitements ont été administrés pour des aspects physiques, psychologiques et sociaux de leur état de santé.

Nous avons étudié la fréquence des pathologies en fonction du sexe et de l'âge, les taux de familles retrouvées et des placements en famille, ainsi que les facteurs déterminant la réinsertion psychosociale.

Cette étude a été commandée par le Ministère de la Santé Publique, et a obtenu les accords préalables du Comité National d'Éthique et de la Direction de l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

## RESULTATS

Notre échantillon était composé de 43 hommes (78,18%) et de 12 femmes (21,8%). Les tranches d'âges les plus représentées étaient celles constituées d'adultes jeunes allant de 21 à 35 ans soit 50,90%. Dix malades sur les 55 (18%) étaient âgés de plus de 50 ans. La dépression était la pathologie mentale la plus retrouvée (36,36%, 20/55) dans notre échantillon. Nous avons retrouvé une récurrence des situations cliniques liées à l'échec ; elles étaient organisées autour du syndrome d'exclusion sociale avec modification de la personnalité (23,64%, 12/55). (Tableau I).

TABLEAU I : PATHOLOGIES MENTALES RETROUVÉES

Pathologies	Effectifs	Pourcentage (%)
Dépressions	20	36,36
Exclusions sociales	13	23,64
Schizophrénies	12	21,82
Toxicomanies	10	18,18
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Nous avons pu retrouver la famille de 25 patients (45,45%, 25/55) parmi les quelles 6 familles (24%, 6/25) étaient réceptives au projet de réinsertion de leur

parent malade. Nous avons raccompagné en placement 4 malades sur 6 et nous avons relevé 3 cas d'échec sur 4 (75%).

Les causes évoquées d'échec du placement des malades mentaux dans leur famille étaient les suivantes : l'absence de structure d'accueil (40%), la pauvreté de la famille (32%), le rejet familial (20%) et la dislocation de la cellule familiale (8%).

## DISCUSSION

Notre travail était une étude pilote. Il a ciblé une catégorie visible des personnes vivant avec des troubles mentaux, qui donnent la perception généralement péjorative que les communautés se font de la maladie mentale au Cameroun. Notre étude comporte des limites par rapport à la taille de l'échantillon relativement réduit. Des difficultés de langue pour accéder rigoureusement à la séméiologie psychiatrique dans des délais d'observation courts et dans un contexte pluriethnique, ont aussi participé aux limites. Ceci nous a contraints à ne pas élargir l'étude au volet intéressant des pathologies somatiques associées au contexte d'errance chez le malade mental (1).

Malgré ces limites, notre étude a affirmé la dominante masculine dans la population des malades mentaux errants de notre milieu. Les femmes malades mentales sont plus tolérées dans la communauté ; elles bénéficient d'une protection et conservent malgré la déchéance sociale engendrée par la maladie, un regard sacralisé par le matriarcat. Certaines d'entre elles continuent malgré leur état de maladie, à porter des grossesses et à accoucher et jouer le rôle de parent. Toutefois la présence des femmes parmi les malades mentaux errants est apparue comme une préoccupation qualitative. Ce résultat est confirmé par les travaux du Madras School of Social Work, Chennai, India qui a conduit une étude sur 413 femmes malades mentales errantes avec une réinsertion réussie pour 252 d'entre elles (11). L'homme subit plus durement l'impact de la déchéance liée à la maladie lorsqu'il ne parvient plus à assumer les rôles ou fonctions dévolues à ses attributions au sein de la communauté. Les éléments sociodémographiques qui pourraient retenir notre attention sont construits à partir de constats sociologiques et des faits anthropologiques. Les enfants de sexe masculin sont souvent restés au sein de la communauté alors que les filles vont s'éloigner par le mariage afin de pouvoir procréer hors du cercle familial. Tout se passe par rapport au modèle œdipien, comme si les fils restés continueraient plus à protéger leur mère que leur père. L'homme étant, suite au développement patriarcal, amené à assumer des responsabilités au sein de la communauté, il subit avec plus de sévérité le rejet du groupe lorsqu'il se trouve du fait de la maladie en situation de déchéance.

La tranche d'âge la plus représentée dans cette étude a été celle des adultes jeunes. Dans un environnement où l'offre de services de santé mentale est faible, les pathologies rencontrées à ce moment de la vie ont pu

débuter à l'enfance ou à l'adolescence. Des populations jeunes sans domicile fixe et constituées de malades mentaux errants constituent un défi de santé publique ; cette catégorie porte avec elle un cortège hétérogène de pathologies mentales, ce qui exige des interventions plus caractéristiques (10). L'adulte jeune aspire à occuper des responsabilités au sein de la société ; sa condition de handicap, de déficience, la défaillance ou la déchéance due à la maladie est moins bien tolérée que celle de l'enfant ou du senior. Il s'agit de la tranche d'âge pourvoyeuse de ressource humaine indispensable pour la réduction de la pauvreté et la contribution au développement de la Nation (7). Le Cameroun, comme plusieurs autres pays de la sous-région Afro de l'O.M.S. accorde, jusqu'à présent, une priorité faible pour une santé mentale de la population en général et de sa jeunesse active en particulier. L'exclusion des seniors dans notre environnement culturel (18,18%) pourrait être le résultat d'un sentiment individuel d'inutilité, dans un vécu d'inhibition qui associerait des symptômes moteurs, cognitifs, émotionnels, constituant selon H. Blain et coll. un des modes d'expression d'un syndrome dysexécutif (12). Mais cette exclusion du sujet âgé camerounais pourrait aussi découler de l'interprétation par la collectivité de la fonction de sorcellerie ou de l'impuissance du groupe à assister le parent malade.

Malgré des grandes difficultés à communiquer avec cette population, nous avons fait des regroupements aux fins de dégager les profils cliniques dominants. Comme observé au sein de la population générale au Cameroun, la dépression mentale est la pathologie la plus fréquente dans la communauté des malades mentaux errants de notre échantillon. Des situations extrêmes de stress, les catastrophes, pourraient induire la fragilisation de la personnalité antérieurement stable et occasionner des situations cliniques de souffrance chronique avec des séquelles irréversibles. La personne malade s'installe dans un contexte d'inadaptation avec trouble de la relation interpersonnelle, de la relation sociale et professionnelle. Les personnes qui se trouvent dans ces tableaux présentent la clinique de retrait social, de détresse et de vide social ou d'insécurité (13,14). Les patients souffrant de schizophrénies et autres psychoses étaient hors du circuit des soins. Cette observation nous a rapproché des travaux de Fekadu A, Hanlon C et coll, en Ethiopie, qui constataient que, dans cette catégorie, seuls 10% des cas de psychose avaient reçu des soins pour leur problème de santé (1). L'abus des drogues, avec une prévalence de 18,18%, représente un problème de santé non négligeable dans la communauté des malades mentaux errants. Il a été difficile de confirmer la position déterminante de la consommation des drogues dans la genèse des troubles observés parmi ces malades. De même, les maladies mentales auraient pu faciliter la consommation abusive des substances psycho actives.

La réhabilitation psychosociale des malades mentaux errants suppose la recherche et l'identification des

familles d'accueil. Dans notre étude, les taux de réinsertion étaient inférieurs à ceux rapportés par Madras School of Social Work, soit 60% de retour en famille. Les malades mentaux errants entretiennent des rapports ambigus avec leur passé ; l'idée d'un retour en famille a souvent été la source d'hésitation. Pour certains, tout se passe comme si une souffrance accompagnait l'évocation de la famille d'où ils sont partis. Malgré l'enthousiasme observé parmi les familles retrouvées seulement 24% ont accepté de participer au projet de réinsertion par le retour en famille. Il existe une modification du lien familial qui est défavorable pour la personne du membre de la famille qui porte l'étiquette de malade mental errant. Ce faible niveau de réceptivité de la part de la famille au projet de réhabilitation du parent malade pourrait révéler un travail de deuil achevé dans le processus de séparation d'avec le « non encore mort », malade mental errant. Ceci est fortement perceptible lorsque l'analyse s'intéresse aux placements effectués. Nous n'avons pu raccompagner que quatre (04) malades sur six auprès de leur famille ; l'acceptation des familles à la participation au projet de réinsertion de leur proche parent, ne garantit pas que, le placement soit effectif. Plus de 1/3 des placements ont connu le changement de l'avis, de la collaboration de la famille ou du malade lui-même. Le placement pour la réhabilitation et la réinsertion sociale du malade mental errant est un parcours difficile, jonché d'étapes douloureuses qui serait responsable de son échec. De nos résultats il ressort que le malade mental errant est dans un processus de rupture avec la famille. Le faible taux de placement réussi (1/4 malade) révèle la grande difficulté de la démarche humaniste qui consisterait à ramener un proche parent en famille.

Dans notre étude, les facteurs qui ont favorisé un taux d'échec élevé sont de natures variées. Les résolutions du Séminaire Interafricain d'Etudes et de Formation Supérieure qui avait été couplé des Journées Africaines de Réhabilitation Psychosociale, tenu à Yaoundé les 14-19 janvier 1991, encourageaient les Etats à élever le niveau de promotion, de protection de la santé mentale de la population en général et des malades mentaux ou personnes vivant avec des handicaps mentaux. Les travaux de Vijayalakshmi Poreddi, Ramachandra et al conduits en Inde vont dans le même sens pour confirmer une faible prise en compte des droits des personnes vivant avec des maladies mentales (15). Malgré la participation des familles sous la vision d'une approche à base communautaire, la réhabilitation psychosociale du malade mental errant passerait par une implication plus large de la société qui devrait mettre, à la disposition des usagers, des structures lieu de transit vers une réinsertion qui pourrait déboucher soit dans les familles d'origine, des familles d'accueil ou des structures lieu de vie (16). La pauvreté a été évoquée comme limite à la réinsertion. Le malade mental errant constituant un poids économique, son retour a souvent été vécu comme un surplus de charge pour la famille. Malgré la mémoire d'un lien affectif

avec le parent malade, les familles se résigneraient à éviter de regarder son membre en déchéance du fait de la maladie mentale. Certaines situations ont certifié le rejet familial. La société camerounaise, jadis connue pour sa tolérance, sa solidarité et l'esprit communautaire, accordant le soutien à ses membres vulnérables est résolument en transition. Le rejet social est aussi sous-tendu par des interprétations erronées du sens donné à la maladie, des croyances que la culture accorde aux maladies mentales ainsi qu'aux malades mentaux errants. Ce rejet a aussi été la conséquence des conflits familiaux partant de la transgression consciente ou inconsciente de tabous ou autres règles socio-familiales et culturelles (16).

## CONCLUSION

Les personnes malades mentales errantes représentent un phénomène visible, pourtant, le plus souvent inaccessible. La réhabilitation psychosociale des malades mentaux errants, leur réinsertion, sont restées à un niveau de priorité faible au Cameroun. Malgré les multiples essais d'inclusion des activités y relatives au sein des politiques de santé publique les résultats de notre étude montrent que les résolutions du séminaire de 1991 ne sont toujours pas mises en application. Il s'agit d'un phénomène multidisciplinaire qui appelle une approche globale. Une prévention tertiaire serait d'autant plus efficace dans ce cas si des mesures appropriées étaient mises en œuvre pour asseoir une politique de santé mentale, des programmes ou plans de santé mentale qui considèrent les volets de prévention primaire et secondaire. L'approche à base communautaire offrirait des soins humanisés qui prennent en compte les droits humains des personnes vivant avec des troubles mentaux. Nos résultats réactualisent la demande pour voir appliquer des stratégies de promotion, de protection de la santé mentale ainsi que le traitement des maladies mentales en communauté.

## REFERENCES

- [1] Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. 2014 Aug 20; 12:138. doi: 10.1186/s12916-014-0138-x. 15774384 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- [2] Association sénégalaise pour le Suivi et l'Assistance aux malades mentaux "2192 malades mentaux errent au Sénégal, Le rapport d'enquête sur les malades mentaux, août 2013
- [3] Abdoul Karim Commune de Ouahigouya : Ces fous qui errent dans la cité, 28 juin 2011
- [4] Ousmane Niapa Prolifération de malades mentaux à Port-Gentil, Publié dans SOCIÉTÉ sur mardi 17 avril 2012
- [5] Malades mentaux errants au Bénin : les grands abandonnés de la République, la Nouvelle Tribune, La rédaction, 24/12/14
- [6] Projet - KASWA KASIAMA J. Récupération des malades mentaux errants dans la ville de KINSHASA - Neuropsychiatre, 15/11/2010
- [7] O.M.S. Rapport sur la santé dans le monde 2001
- [8] Mohamed Benzerga Malades mentaux et SDF Mauvaise prise en charge, Publié le 23/12/2008 à 12:00

- [9] "La santé mentale des Camerounais fait partie de notre programme d'action« Yaounde, le 27 Decembre 2002, © Cameroon-Info.Net
- [10] Hodgson KJ1, Shelton KH1, van den Bree MB2. Psychopathology among young homeless people: longitudinal mental health outcomes for different subgroups. 2015 Sep; 54(3):307-25. doi: 10.1111/bjc.12075. Epub 2015 Feb 5. PMC4147171 [PubMed - indexed for MEDLINE] © 2015 The British Psychological Society.
- [11] Madras School of Social Work, Chennai, India Rehabilitation of the wandering seriously mentally ill (WSMI) women-The Banyan experience. 2004; 39(1-2):49-65. PMID: PMC3696232
- [12] H. Blain, E. Guerdoux, M. Fernandez, A. Blain. L'inhibition psychomotrice du sujet âgé : proposition d'un nouveau cadre syndromique NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 9, Issue 50, Pages 85-94
- [13] CIM-10 Chapitre 05 : Troubles mentaux et du comportement
- [14] DSM-IV-TR Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux texte révisé
- [15] Vijayalakshmi Poreddi, Ramachandra,1 Konduru Reddemma,1 and Suresh Bada Math2 People with mental illness and human rights: A developing countries perspective Indian J Psychiatry. 2013 Apr-Jun; 55(2): 117-124. 25652340 doi: 10.4103/0019-5545.111447 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- [16] Séminaire interafricain d'Etudes et de Formation Supérieure. Réhabilitation psychosociale des malades mentaux. Yaoundé Cameroun janvier 1991