

**Prise en soins communautaire en santé mentale dans la ville de  
Yaoundé et amélioration de la qualité de vie des patients  
bénéficiaires : une nécessité pour bâtir une vie**

**Community mental health care in the city of Yaoundé and  
improvement of the quality of life of beneficiary: a necessity to  
build a life**

**ZANGUE Marcel Ilaire**

Doctorant, infirmier spécialiste en santé mentale  
Université Internationale Ibéro-Américaine  
Département des projets en santé, Mexique  
Service de santé mentale de l'Hôpital Jamot de Yaoundé

**ATAHUALPA Sosa-Lopez**

Enseignant-chercheur,  
Université Internationale Ibéro- américaine  
Département des projets, Mexique

**MENGUENE MVIENA Justine Laure**

Enseignant-chercheur,  
Institut Supérieur de Technologie Médicale (ISTM), Yaoundé, Cameroun  
Sous-direction de la santé mentale, Yaoundé, Cameroun

**AMBASSA Dieudonné Davy**

Enseignant-chercheur,  
Université de Garoua, Cameroun

**Date de soumission** : 04/04/2026

**Date d'acceptation** : 20/05/2026

**Pour citer cet article** :

ZANGUE, M. I. & al. (2026). « Prise en soins communautaire en santé mentale dans la ville de Yaoundé et amélioration de la qualité de vie des patients bénéficiaires : une nécessité pour bâtir une vie », Revue Internationale du chercheur « Volume 7 : Numéro 2 » pp : 710- 730

## Résumé :

L'objet de cette étude est de montrer l'impact positif des interventions communautaires en santé mentale, dans la ville de Yaoundé, sur la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale comme une nécessité pour bâtir une vie. Les 160 personnes atteintes d'une maladie mentale chronique, suivies en communauté dans la ville de Yaoundé ayant participé à l'étude, ont été choisies par la technique d'échantillonnage non probabiliste accidentel. Les données collectées du 20 au 30 juillet 2025 par un questionnaire ont été analysées grâce au logiciel SPSS 26 sous Windows 10. Nous avons utilisé la technique statistique de régression linéaire simple par la méthode des moindres carrés pour montrer la relation entre les interventions communautaires et la qualité de vie. Les résultats montrent que la quasi-totalité des patients sont satisfaits de la qualité des soins reçus (95,7 % des enquêtés). La contribution des interventions communautaires à l'explication de la qualité de vie des malades s'élève à près de 45 % ( $R^2_{aj}$ ). Ainsi, une prise en soins communautaire en santé mentale permet de fonder des bases solides pour engager le patient dans un processus de rétablissement dans la durée.

**Mots clés :** Prise en soins communautaire, qualité de vie, santé mentale, maladie mentale, bâtir une vie.

## Abstract :

The purpose of this study is to show the positive impact of community mental health interventions in the city of Yaoundé on the quality of life of people living with mental illness, highlighting their essential role in building a fulfilling life. The 160 participants, who suffer from chronic mental illness and receive community-based care in Yaoundé, were selected using a non-probability accidental sampling technique. Data collected by questionnaire from July 20 to 30, 2025, were analysed using SPSS 26 software on Windows 10. We used a simple linear regression method to show the relationship between community interventions and quality of life. The results show that almost all patients are satisfied with the quality of care received (95.7 % of respondents). Community interventions account for nearly 45% ( $R^2_{adj}$ ) of the variance in the patient's quality of life. Therefore, community mental health care provides a solid foundation for engaging patients in a long-term recovery process.

**Keywords :** community care, quality of life, mental health, mental illness, building a life

## Introduction

Tout soin de santé vise à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires car la maladie est source d'inconfort sur le plan physique, mental, social et spirituel chez l'individu. En ce qui concerne la santé mentale, un trouble du comportement peut entraîner une modification profonde et durable de la personnalité et entraîner, de ce fait, des conséquences sur la vie familiale, professionnelle et social de l'individu. Ces troubles mentaux et du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et celle de leur famille en altérant leur qualité de vie, qui restera médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent (OMS, 2001, p. 29). Cette situation est encore plus grave en ce qui concerne les personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes car celles-ci souffrent généralement du manque de soins adaptés, vivent souvent dans des conditions d'hygiène déplorables, fouillent dans les poubelles, sont marginalisées et stigmatisées par leur famille et la société, et plus grave encore, sont fréquemment victimes de violences. Pourtant, une prise en soins appropriée améliore la qualité de vie des malades, permet une bonne compréhension de leur pathologie, assure une bonne observance thérapeutique, une meilleure compréhension de leur environnement, une amélioration de leur implication dans les activités communautaires et des prises de décision efficace et plus éclairées.

L'OMS signale qu'en 2021, les affections mentales représentaient dans le monde environ 6,8 % des années vécues avec une incapacité et celle-ci pouvant réduire l'espérance de vie de 10 à 20 ans en raison de la mortalité prématurée et des suicides (OMS, 2022). Pour améliorer la situation, des modifications sont constamment apportées aux soins en santé mentale en vue de trouver un modèle de soins qui améliore la qualité de vie des bénéficiaires. Depuis 2001, l'OMS encourage les pays membres à mettre en œuvre les soins de santé mentale communautaires ou à les introduire dans les soins de santé primaires, en remplacement des soins asilaires ou institutionnalisés. Une étude réalisée en 2002 par Bonsac et al., citée par Cunha, Leguillon et Thoni (2013, p. 31-32), montre que, grâce au suivi communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale :

- La présence d'un réseau social disponible et adéquat est passée de 13 % à 70 % en fin d'intervention.
- La collaboration au traitement s'est améliorée, passant de 29 % à 70 %.
- La non-observance médicamenteuse a également diminué, passant de 47 % de patients non observants à 12 %.

- La symptomatologie des personnes souffrant de psychose (délires et hallucinations) a diminué au cours de l'intervention, passant de 55 % à 10 % environ.
- Les problèmes relationnels rencontrés par les patients ont également diminué, passant de 78 % à 32 % environ.

Ces résultats mettent en évidence l'efficacité du suivi communautaire et son action sur certaines problématiques rencontrées par les patients et leurs proches aidants. C'est ainsi que le plan de l'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, dans son domaine d'intervention 2, entend fournir des services de santé mentale et de soins sociaux complets, intégrés et réactifs dans des contextes communautaires. L'objectif est 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). Pour l'OMS (2022, p. 9), dispenser des soins de santé mentale dans un cadre communautaire les rend plus accessibles et plus acceptables que dans un cadre institutionnel, et génère de meilleurs résultats pour les patients. Il s'appuie ainsi sur les données factuelles d'une approche intégrée des soins de santé mentale. Les arguments d'une telle approche sont fondés sur l'accessibilité, l'acceptabilité, le respect des droits humains, la promotion de l'autonomie, la participation communautaire, la lutte contre la stigmatisation, la promotion d'une santé mentale positive et l'amélioration considérable des résultats en termes de soins lorsque ceux-ci sont dispensés en communauté. Le suivi communautaire devient ainsi une piste qui permettra aux patients souffrant de psychose chronique de se rétablir chez eux avec la possibilité de se bâtir une vie (Bonsack & Garcia, 2015). Bâtir une vie signifie un rétablissement personnel pour une personne souffrant de maladie mentale. Cela suppose une construction active de son existence à travers des choix, des actions, et des fondations solides (personnelles et familiales) pour atteindre un sentiment de fierté, d'épanouissement et de réussite. Il s'agit de trouver un équilibre entre croissance personnelle et bien-être, et en assumant la responsabilité de ce qui se passe en soi et autour de soi. Le rétablissement peut être rendu plus facile par le système de soutien naturel de la personne. Les groupes d'entraide, les familles et les amis en sont les meilleurs exemples (Hutchinson & Farkas, 2004, p. 79). Ces auteurs pensent que le rétablissement est l'affaire de tous et que les intervenants en suivi communautaire ont pour mission d'aider les personnes à atteindre leur niveau optimal de

fonctionnement en ayant recours aux services. Ce faisant, ils soutiennent le rétablissement d'une personne (Hutchinson & Farkas, 2004, p.80-81). Cette vision du rétablissement, d'après ces auteurs, devrait guider tous les services de santé mentale. C'est l'occasion pour les intervenants en suivi communautaire de réfléchir à la façon dont ils pratiquent leur profession, de prendre du recul et d'encourager les usagers à prendre en charge de leur propre vie. Ces approches en suivi communautaire recommandent que les activités se fassent avec la participation active du patient, en fonction de ses besoins ou des objectifs à atteindre. Elles préconisent d'intervenir de manière précoce, de dispenser des soins adaptés et d'apporter un soutien social approprié. Ce rétablissement a pour principes le respect de la dignité des malades, la croyance en leurs capacités à être indépendants, tout en respectant leurs droits. Plusieurs approches du suivi communautaire sont expérimentées dans différents pays en fonction de la cible et des objectifs à atteindre : *l'Assertive Community Treatment* (ACT), le Suivi Intensif dans le Milieu (SIM), le Soutien d'Intensité Variable (SIV), la sectorisation des soins psychiatriques et l'introduction des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.

Dans le contexte camerounais, marqué par l'absence d'un suivi communautaire en santé mentale, les personnes atteintes de maladies mentales chroniques ne bénéficient pas de ces avantages. On assiste fréquemment à des rechutes, à la stigmatisation des malades, à l'enchaînement ou l'enfermement de ces derniers à domicile, certains étant séquestrés tandis que d'autres sont laissés libres et errants. Cette situation altère profondément la qualité de vie des malades. Comment rester indifférent face à l'augmentation croissante du nombre de personnes atteintes de maladies mentales et errantes dans nos rues, entraînant une dégradation de leur qualité de vie ? Pourquoi la recommandation du suivi communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique, impulsée par l'OMS depuis 2001, reste-t-elle d'actualité au Cameroun ? Grâce à une initiative du maire de la ville de Yaoundé, en collaboration avec le ministère de la Santé publique, une activité pilote de prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et Errantes dans la ville de Yaoundé a débuté en novembre 2021. La question centrale qui guide cette étude est donc la suivante : Quel est l'impact de cette prise en soins communautaire sur la qualité de vie des malades, afin de les engager dans un processus de rétablissement personnel (construction d'une vie satisfaisante et porteuse de sens) ? Plus spécifiquement, le suivi communautaire améliore-t-il la qualité de vie des malades présentant une psychose chronique ? Une amélioration de la qualité de vie des malades participe-t-elle à leur rétablissement personnel ?

Cette recherche vise ainsi à montrer comment le suivi communautaire améliore de façon significative la qualité de vie des personnes souffrant de maladies mentales chroniques afin de les engager dans un processus de rétablissement personnel.

Pour répondre à ces questions, une étude quantitative a été menée auprès des Personnes Atteintes d'une Maladie Mentale chronique et Errantes (PAMME) dans la ville de Yaoundé. Les données ont été recueillies auprès de 160 malades choisis selon la technique d'échantillonnage non probabiliste de convenance. Cette étude se structure selon le plan suivant :

- Cadre conceptuel de l'étude.
- Méthodologie.
- Résultats de l'étude.
- Synthèse et discussion des résultats.
- Conclusion et limites de l'étude.

### **1. Cadre conceptuel de l'étude**

Nous avons mobilisé, pour cette étude, le modèle de McGill et le modèle Biopsychosocial. Ces modèles contribuent à justifier le suivi communautaire comme modèle de soins à adopter auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique. Ces modèles de référence justifient davantage la mise en place d'activités communautaires qui participent à l'amélioration de la qualité de vie des malades, contribuant ainsi à leur rétablissement.

#### **1.1. Le modèle de McGill**

Nous avons utilisé, dans le cadre de cette étude, la théorie de McGill élaborée par Moyra Allen dans les années 1970. Celle-ci propose un système de prise en charge à trois dimensions impliquant, de manière indissociable, le client, sa famille et le personnel de santé, et ayant pour but la promotion de la santé. Le personnel de santé y joue un rôle indépendant et interdépendant auprès de la famille qui est considérée à la fois comme l'environnement-clé pour la promotion de la santé et comme un enjeu sanitaire pour la société. Selon cette école de pensée, le soignant, par son rôle d'enseignant, dispense des savoirs en s'appuyant sur les forces et les ressources du « patient-famille », afin de lui permettre d'être autonome et disposer d'un pouvoir décisionnel (Murciano & Pinto, 2016, p. 8). Les infirmiers travaillant dans le domaine de la santé mentale, devraient minimiser la prise en soin institutionnelle et sortir du cadre hospitalier, afin de répondre au mieux aux besoins des personnes ayant une

maladie psychique lorsque ces dernières se trouvent dans la communauté pour assurer son rétablissement. Pour jouer un rôle actif et mieux aider les patients et leurs familles dans le cadre des soins à domicile, le modèle de McGill offre un véritable cadre de référence à la démarche de soins. (Biro, et al., 2005, p. 37).

## **1.2. Le modèle Biopsychosocial**

Depuis 1946, l'OMS considère que la santé et la maladie résultent de l'interaction entre les facteurs biologiques (organiques), psychologiques (émotions, pensées), et sociaux (environnement, contexte social). Elle préconise ainsi les interventions biopsychosociales en santé, au détriment du modèle purement biomédical. Engel, en 1977, a recommandé ce modèle Biopsychosocial pour la prise en soins en santé mentale. Pour Boyer (2004, p. 94), la mission du suivi communautaire est de dispenser des services intensifs et spécialisés en santé mentale, selon un modèle Biopsychosocial, afin de favoriser la satisfaction, le succès et la qualité de vie des utilisateurs des services, ainsi que d'augmenter ou de maintenir leur niveau de fonctionnement. La nouvelle orientation de la prise en soins en santé mentale hors de l'hôpital suppose une bonne organisation du système de santé, qui doit tenir compte de la dimension biopsychosociale de l'individu. Il s'agit d'un modèle adapté pour la prise en soins holistique des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique. Ce modèle implique activement le patient dans le processus de soins, qui intègre une approche humaniste et multidisciplinaire dans le traitement (psychiatre, infirmier spécialiste en santé mentale, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute et c). La psychoéducation dispensée pendant les visites à domicile aide les patients et leurs proches aidants à comprendre le processus de la maladie, tandis qu'une prise en charge personnalisée est privilégiée pendant les interventions.

## **2. Méthodologie**

### **2.1. Lieu de l'étude**

Nous avons mené notre étude dans la ville de Yaoundé, une ville pilote dans la prise en charge communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes au Cameroun. Cette activité découle d'une initiative de la Communauté urbaine de Yaoundé, en collaboration avec le ministère de la Santé publique. Sur le plan administratif, Yaoundé est le chef-lieu du département du Mfoundi, qui compte sept arrondissements : Yaoundé I, Yaoundé II, Yaoundé III, Yaoundé IV, Yaoundé V, Yaoundé VI et Yaoundé VII. Sept équipes se sont mobilisées pour cette prise en charge communautaire conformément aux sept arrondissements

du département du Mfoundi, dont le chef-lieu est Yaoundé. Cette organisation pour ce suivi communautaire en arrondissement imite l'organisation en secteur tel que pratiquée en France.

## 2.2 Population cible et échantillon

La compréhension de notre étude demande un recueil des données à partir des unités statistiques qui sont des éléments de la population. Dans un premier temps, l'activité de prise en charge communautaire a commencé par une sensibilisation à travers les médias et descentes dans les rues de Yaoundé. Cela a permis de recruter un nombre assez important de personnes atteintes d'une maladie mentale qui étaient enfermées dans des maisons ou qui étaient abandonnées dans les rues par leurs proches, faute de moyens de prise en charge ou par ignorance d'une prise en charge médicale efficace. Ces dernières ont constitué la première cohorte des malades suivis en communauté. La difficulté s'est posée avec le nombre grandissant des personnes atteintes d'une maladie mentale et errantes dont les familles n'étaient pas connues. Ce fait a nécessité l'aménagement d'un site de prise en charge dans l'enceinte de l'hôpital Jamot de Yaoundé dénommé « Village de l'Amour ». Les descentes étaient organisées conjointement par la mairie et le ministère de la Santé publique pour arrêter et conduire les malades vers le site de prise en charge. Une fois stabilisés, ceux-ci étaient réinsérés dans la communauté si leurs proches (familles) étaient identifiés. Par la suite, les équipes de suivi communautaire étaient engagées pour assurer la continuité de la prise en charge. Depuis le début de la prise en charge, nous estimons à plus de 300 le nombre de Personnes Atteintes d'une Maladie Mentale et Errantes (PAMME) suivies en communauté dans la ville de Yaoundé (173 hommes et 127 femmes). Les diagnostics de ces patients étaient dominés par la schizophrénie, et quelques cas de troubles liés à la consommation des drogues. Pendant la prise en charge, on a constaté des refus de soins, des déménagements inopinés, ainsi que le déplacement de certaines PAMME dans des villages. Notre cible était constituée de ceux résidant à Yaoundé et ayant poursuivi la prise en charge jusqu'au moment de l'enquête. Il a été difficile d'établir une base de sondage et de fixer les variables de contrôle selon notre procédure.

Nous avons mené une étude quantitative et avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste accidentelle, de convenance ou de commodité, pour choisir notre échantillon. Le recours à cette technique d'échantillonnage nous a semblée pertinent car nous avons considéré la stabilité psychique et la disponibilité des répondants comme éléments de faisabilité de l'enquête. Comme critères d'inclusion, toute personne atteinte de maladie mentale chronique

et stable, inscrite dans l'activité de prise en charge communautaire depuis au moins 5 mois, disponible pendant la période d'enquête, et qui accepte de répondre aux questions après avoir signé le consentement éclairé ou, pour certaines, après avoir obtenu une autorisation de leurs proches aidants. Au total, 160 personnes suivies en communauté pour maladie mentale chronique (sans distinction de critères d'âge, de genre, ou de diagnostic) ont participé à l'étude, dont 65 femmes et 95 hommes.

### **2.3. Matériel et outils de collecte des données**

Pour collecter les données, nous avons utilisé un questionnaire élaboré pour les besoins de l'étude, ayant fait l'objet d'une validation empirique et de prétests réalisés auprès de personnes présentant une maladie mentale chronique du pavillon VDA (Village de l'Amour). L'absence d'une validation psychométrique formelle constitue une limite à cette étude, tout comme l'utilisation de l'outil de mesure de la qualité de vie de l'OMS (WHOQOL-BREF) qui n'a pas été possible compte tenu du contexte de notre cible (patient souffrant de maladie mentale chronique et ayant vécu dans la rue). Nous nous sommes inspirés de la pratique communautaire en santé mentale d'autres pays et de la description des problèmes rencontrés par les personnes présentant une maladie mentale chronique pour élaborer ledit questionnaire. LA première partie du questionnaire décrivait les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés recueillait quelques informations sur leurs suivis. La deuxième partie visait à recueillir leurs expériences relatives au suivi communautaire en décrivant les services communautaires proposés lors des descentes (visites à domicile, distribution des médicaments, soutien psychologique, administration des injections, psychoéducation etc.) et à évaluer la qualité des soins communautaires reçus par les Personnes Atteintes de Maladie Mentale Chronique (PAMMEC). Il s'agissait de recueillir l'avis des PAMMEC sur la qualité des soins reçus. Ainsi, nous avons situé les réponses des répondants sur une échelle de Likert à quatre niveaux : très insatisfaisant (1), insatisfaisant (2), satisfaisant (3) et très satisfaisant (4). En fin, la troisième partie du questionnaire évaluait la qualité de vie des patients dans cette étude. L'auto-évaluation de la qualité de vie des PAMMEC a été effectuée à travers une échelle d'appréciation à 5 niveaux. Les répondants devaient cocher pour chaque modalité de la variable « qualité de vie », les items proposés en fonction des échelles suivantes : fortement en désaccord (1), désaccord (2), neutre (3), en accord (4), et fortement d'accord (5).

L'enquête s'est déroulée au mois de juillet 2025, plus précisément entre le 20 et le 30 Juillet 2025 pendant les descentes communautaires. Sur les 168 enquêtés, nous avons rejeté 8

questionnaires invalides (absence de complétude des données) et validé 160 questionnaires qui feront l'objet de notre analyse.

#### **2.4. Analyse des données**

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 26 sous Windows 10 pour effectuer les analyses après la collecte des données. L'analyse portait sur les statistiques descriptives et inférentielles. Nous avons appliqué la méthode de régression linéaires simple par les moindres carrés pour montrer la relation entre les interventions communautaires et la qualité de vie. Notre variable dépendante (qualité de vie), construite à partir d'une échelle ordinale, a constitué un handicap pour les analyses. En plus, notre objectif dans cette étude n'était pas de faire des analyses. En outre, notre objectif dans cette étude n'était pas de faire des analyses multivariées. Il s'agit pour nous de faire une description de la qualité de vie des malades après un suivi communautaire en santé mentale.

#### **2.5. Considérations éthiques**

Avant la collecte des données, nous avons obtenu l'autorisation d'enquête du responsable de la prise en charge communautaire des PAMME dans la ville de Yaoundé. Par la suite, tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et ils ont signé un consentement éclairé. Les questionnaires ne portaient aucune marque pouvant aider à identifier les répondants, afin de préserver la confidentialité des informations.

### **3. Résultats**

#### **3.1 Analyse descriptive**

##### **3.1.1 Informations générales sur les participants**

Nous avons enregistré au total 160 participants, dont 65 femmes et 95 hommes. Leur âge moyen était de 40 ans, le plus jeune étant âgé de 18 ans et le plus âgé de 79 ans. En moyenne, les personnes interrogées souffraient de la maladie depuis 13 ans ; la durée d'évolution de la maladie la plus courte était de 1 an, tandis que le plus ancien malade en souffrait depuis 52 ans. Parmi eux, 55,6 % vivaient dans la rue, tandis que 44,4% ont été recrutés parmi les malades enchaînés ou enfermés à domicile sans prise en charge médicale. L'étude indique également que 55 patients (soit 34,4 %) étaient suivis à domicile par une équipe de bénévoles du ministère de la Santé publique depuis plus de 2 ans.

Concernant la durée du suivi : 27,5 % bénéficiaient d'un suivi compris entre 6 mois et un an ; 31 % d'un suivi de 1 à 2 ans et, enfin, 18,8 % d'un suivi d'au moins 6 mois.

Quant à la répartition géographique des enquêtés, elle se présente comme suit : 18,8 % résident dans l'arrondissement de Yaoundé V ; 16,3 % à Yaoundé III ; 15,6 % à Yaoundé VI ; 15,0 % dans Yaoundé IV et Yaoundé II ; 13,8 % dans Yaoundé I et, en fin, 4,4 % dans Yaoundé VII.

### 3.1.2 Expérience des malades dans la prise en charge communautaire

Tableau 1. Présentation des services communautaires utilisés dans la prise en charge

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	14	8,8	8,8	8,8
	2	31	19,4	19,4	28,1
	3	52	32,5	32,5	60,6
	4	47	29,4	29,4	90,0
	5	12	7,5	7,5	97,5
	6	4	2,5	2,5	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

**Légende :** 1= Visite à domicile ; 2= Distribution des médicaments ; 3= Soutien psychologique ; 4= Administration des injections ; 5= Psychoéducation ; 6= Autres

Nous observons dans ce tableau que l'ensemble des services communautaires est utilisé par le personnel de prise en charge. Par ordre décroissant d'utilisation, ces services se répartissent comme suit :

Le soutien psychologique (32,5% des répondants) ;

L'administration des injections (29,4% des répondants) ;

La distribution des médicaments (19,4% des répondants) ;

Les visites à domicile (8,8% des répondants) ;

La psychoéducation (7,5% des répondants) ;

Les autres services (2,5% des répondants).

**Tableau 2. Appréciation par les malades de la qualité des soins communautaire**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	2	1,3	1,3	1,3
	2	5	3,1	3,1	4,4
	3	79	49,4	49,4	53,8
	4	74	46,3	46,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Légende : 1= très insatisfaisant ; 2= insatisfaisant ; 3= satisfaisant ; 4= très satisfaisant

Globalement, nous pouvons distinguer deux niveaux d'appréciation : la satisfaction et l'insatisfaction vis-à-vis des soins reçus. 153 répondants (95,7%) se déclarent satisfaits des soins communautaires reçus. En revanche, une minorité de nos répondants exprime une insatisfaction concernant cette prise en charge communautaire (1, 3% très insatisfaits et 3,1% insatisfaits).

### **3.1.3 Appréciation de la qualité de vie des patients depuis le début du traitement en communauté**

Concernant l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires, la majorité des répondants note une diminution des signes et symptômes de la maladie avec 48,8 % qui sont d'accord avec cette affirmation et 40,6 % qui sont tout à fait d'accord. A l'inverse, 5,6 % des enquêtés ne partagent pas cet avis.

La majorité de nos informateurs reconnaît également une amélioration de la qualité de leur sommeil. En effet, 83 de nos informateurs (51,9 %) sont tout à fait d'accord sur ce point et 29,4 % sont d'accord. A l'opposé, 11,3 % de nos informateurs ne sont pas d'accord tandis que 7,5 % sont restés neutres.

Pour ce qui est des sentiments de désespoir, d'anxiété et de dépression, 21,3 % des répondants sont tout à fait en désaccord avec leur présence (indiquant une amélioration) et 17,5 % des enquêtés ne sont pas d'accord non plus.

Concernant leur état de santé physique, 47,5 % des malades se disent satisfaits et 33,8 % sont tout à fait d'accord avec cette affirmation.

Pour ce qui est de leur vie actuelle, 37,5 % des répondants affirment l'apprécier, tandis que 25,6 % y sont fortement attachés. A l'inverse, une partie des enquêtés exprime un désaccord (10,6 % sont en désaccord et 10,6 % sont fortement en désaccord).

S'agissant du logement ou du milieu de vie, 51,9 % des personnes interrogées se disent satisfaites de leur domicile (lieu de vie). Ce sentiment est partagé par 53 autres personnes, soit 33,1 % de l'échantillon, qui soutiennent fortement cette idée. Par contre 8,1 % ne sont pas d'accord.

Quant à l'hygiène corporelle, 45,0 % des personnes interrogées se déclarent satisfaites. Cette opinion est fortement soutenue par 60 autres participants (37,5 % de l'échantillon). Par contre 7,51 % ne sont pas d'accord et 1,9 % expriment un désaccord total.

Pour leur nutrition, 43,8 % des répondants se disent satisfaits de l'alimentation fournie et 40,0 % sont tout à fait d'accord avec cette idée. En revanche, une minorité exprime un avis négatif (6,3 % en désaccord et 1,9 % fortement en désaccord).

Concernant les loisirs, 31,5 % des répondants sont favorables à la pratique d'activités récréatives. Cependant, une part importante exprime un avis contraire : 24,4 % sont fortement en désaccord et 19,4 % sont en désaccord, tandis que 16,9 % d'enquêtés restent neutres.

En matière de collaboration avec les proches aidants et les autres membres de la communauté, 48,8% des répondants estiment que leur entourage les traite avec dignité, un sentiment renforcé par 28,7 % des enquêtés avec un avis très favorable. A l'inverse, 18 enquêtés (11,3 %) exprime un désaccord. Par ailleurs, 48,1 % des informateurs se disent satisfaits du soutien de leurs voisins et amis, et 23,1 % y sont tout à fait favorables. Toutefois, 14,4 % restent neutres et 14,4 % ne partagent pas cet avis.

Pour ce qui est de la participation aux tâches ménagères et activités communautaires, 43,1% des personnes interrogées s'en déclarent satisfaites. Cette opinion est vivement soutenue par 25 autres personnes (15,6 % de l'échantillon). Par contre 27,5 % ne sont pas d'accord avec cette idée. Pour les tâches ménagères, 46,9 % des enquêtés sont satisfaits des tâches qui leur sont confiées à domicile et 25,6 % des enquêtés se disent tout à fait d'accord avec cette organisation.

Quant à leur autonomie dans les activités quotidiennes, 40,6 % des patients se disent satisfaits de leur capacité à les accomplir, et 31,9 % sont tout à fait d'accord avec cette affirmation. A l'inverse, 18,8 % des sujets expriment un désaccord sur ce point.

En revanche, concernant la disponibilité des ressources financières pour couvrir les besoins courants, la majorité des enquêtés manifeste une insatisfaction. En effet, 28,1 % des répondants sont en total désaccord avec l'idée qu'ils disposent de moyens suffisants, tandis que 27,5 % expriment également un désaccord.

### 3.2 Analyse de Régression

Tableau 3. Régression des interventions communautaires sur la qualité de vie des patients

	R <sup>2</sup> ajusté	Béta	T	P
Interventions communautaires	.45	.225	2,90	.004

Nous avons opté pour la technique statistique de la régression linéaire simple (par la méthode des moindres carrés) afin de réaliser ce test. Les résultats révèlent que les interventions communautaires exercent une influence statistiquement significative sur la qualité de vie des malades ( $\beta = 0,225$  ;  $p = 0,004$ ). La contribution des interventions communautaires dans l'explication de la qualité de vie des malades s'élève à près de 45 % ( $R^2_{aj}$ ). Cette observation corrobore avec notre hypothèse de recherche.

## 4. Discussion

### 4-1- Informations générales sur les enquêtés

Cette étude nous montre que plusieurs malades ont séjourné dans la rue (55,6 % de l'échantillon) et ont peut-être tous subi les traumatismes décrits par L'anthropologue camerounais Akana qui relevait en 2022 dans le journal le Monde Afrique que : « *Depuis mon enfance, je vois des gens nus dans la rue, je les vois manger dans des bacs à ordures, déféquer au milieu de la chaussée, se rouler dans la fange, s'accoupler en public, agresser des passants. J'entends aussi des histoires de viol de folles, de meurtres de fous à des fins rituelles. Ces malades ne constituent réellement un sujet d'attention que lors des grands événements où il est question de "déguepissement" et "d'assainissement" de la ville.* » (Barthet, 2022). La durée moyenne de la persistance de la maladie chez ces personnes est de 13 ans, ce qui soulève la question du fardeau imposé par cette pathologie à la personne et à ses proches. Zouitni (2020, p.94) va même qualifier cette souffrance, de souffrance qui

perdre jusqu'à s'éterniser, à tel point que seule la mort du malade est appréhendée comme une délivrance. C'est une souffrance pire que la mort, car la maladie mentale tue socialement la personne sans pour autant permettre à ses proches de faire le deuil (Zouitni, 2020, p. 94). Le plus jeune malade était adolescent de 18 ans. Guelfi et Rouillon (2017, p.658) remarquaient qu'en raison de l'âge précoce auquel la maladie survient, elle peut entraver l'acquisition et le développement de l'autonomie personnelle, conduisant souvent les sujets à dépendre de leur famille et des institutions soignantes.

#### **4.2 Expérience des malades dans la prise en charge communautaire**

Les personnes atteintes de maladie mentale ont été à mesure d'identifier les services communautaires qui étaient utilisés : visite à domicile, distribution des médicaments, soutien psychologique, administration des injections, psychoéducation. Tous ces services visent l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires. De ce point de vue, lors des visites communautaires, le personnel de santé va continuer à informer le patient du rôle de la médication, adapter celle-ci à l'évolution de la maladie. Il est donc primordial de prendre le temps nécessaire afin de fournir des explications à la personne, de reformuler si nécessaire et d'évaluer sa compréhension (Cunha et al., 2013, p. 69). 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, 2020, p. 192). Pendant le suivi communautaire, un accent particulier est mis sur l'éducation thérapeutique. Celle-ci vise à rendre la personne actrice de sa prise en soin afin, à long terme, de diminuer les complications liées à la pathologie et d'éviter les rechutes ainsi que les réhospitalisations. (Cunha Proença et al., 2013, p. 69). L'éducation thérapeutique peut ainsi engager un changement comportemental et psychologique ; l'un de ses buts est de mettre en place un projet de vie pour que la personne souffrant de troubles psychiques bénéficie d'une meilleure qualité de vie (Cunha et al., 2013, p. 69).

S'agissant de l'appréciation de la qualité des soins communautaires reçus, les bénéficiaires sont largement satisfaits. En effet, 95,7 % des enquêtés ont exprimé leur satisfaction à l'égard des services reçus. Cela serait, dans un premier temps, dû à la gratuité des soins obtenus, à la disponibilité des soins à domicile, aux changements positifs remarqués dans leur état de santé et au respect de leurs droits pendant la prise en soins, par rapport aux soins en milieux

hospitalier. Dans tous les cas, la qualité de vie serait meilleure au domicile qu'en institution, comme le remarquent Missonten et al., (2010), cités par Steven (2021, p. 10).

### **4.3 Appréciation de la qualité de vie des patients**

Les personnes atteintes d'une maladie mentale bénéficiant d'un suivi communautaire ont été à mesure d'apprécier leur qualité de vie. Plusieurs items ont été évalués et, globalement, les résultats sont satisfaisants. Les bénéficiaires de soins communautaires ont constaté un amendement des signes et symptômes de la maladie (89,4 %), ce qui constitue un indice majeur pour l'adhésion aux soins (observance thérapeutique). En effet, les soignants ne cherchent pas forcément la guérison, mais visent plutôt une stabilité au sein de la communauté (Cunha et al., 2013, p. 64).

De plus, la majorité des patients (61,2 %) ne présentait pas de signes d'anxiété, de dépression ni de sentiments de désespoir, tandis que 81,3 % étaient satisfaits de leur santé physique. Ces indices montrent une amélioration de la santé mentale et physique chez les personnes concernées. Cette amélioration conditionne les autres aspects de la vie communautaire et professionnelle des malades. C'est ainsi qu'ils améliorent leur hygiène corporelle (82,5 % des répondants), qu'ils participent aux tâches ménagères et activités communautaires (58,7 %), qu'ils accomplissent les tâches de la vie quotidienne (72,5 %) et qu'ils participent aux activités de loisirs (31,5 %). Ce résultat est contraire à l'étude de Prouteau (2011), citée par Guelfi & Rouillon (2017, p. 658), qui souligne que les individus souffrant de schizophrénie ont moins d'accès à l'emploi, sont plus souvent célibataires (85-90 %) et rapportent significativement moins d'événements en rapport avec les loisirs, les relations sociales et, bien sûr, la famille et le travail. De plus, ces changements positifs constatés vont améliorer leur bien-être social : 77,5 % des enquêtés sont satisfaits de la collaboration avec leurs proches et les membres de la communauté qui les traitent dignement. Cela renforce les liens entre eux, favorise leur rétablissement et facilite leur réinsertion. C'est dans ce sens que Schuler et Burla (2012) pensent que l'entourage, la famille, et les amis sont des ressources non négligeables pour le bien-être d'une personne souffrant de troubles psychiques. D'après Sariah (2014), Cité par Alexia et al. (2021, p. 45), un emploi stable, une activité religieuse, une bonne adhésion au traitement, la présence d'un soutien familial et l'accès aux services de santé sont également des critères environnementaux et personnels d'une bonne qualité de vie permettant aux personnes atteintes de schizophrénie d'éviter les rechutes. Même malgré la présence et la persistance de symptômes, la personne souffrant de troubles psychiques peut vivre le plus

adéquatement possible dans la société, permettant ainsi le retour à une certaine qualité de vie (Cunha et al., 2013, p. 24). Cela peut prévenir l'isolement social, diminuer le sentiment de solitude et favoriser une stabilité psychique. Au contraire, l'absence d'une prise en charge adéquate peut aggraver le pronostic fonctionnel, qui est déjà défavorable dans le cas de certaines maladies mentales comme la schizophrénie. Cela expose de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux à être victimes d'ostracisme de la part de la société, ce qui les empêche de s'intégrer socialement et de s'engager dans une vie sociale, économique et citoyenne (Funk et al., 2014, p.332).

Les calculs statistiques montrent que les interventions communautaires exercent une influence statistiquement significative sur la qualité de vie des malades ( $\beta= 0,225$  ;  $p= 0,004$ ). La contribution de ces interventions dans l'explication de la qualité de vie des malades s'élève à près de 45 % ( $R^2_{aj}$ ). Ainsi, une prise en soins communautaire dans ce cas est très importante pour engager le patient dans un processus de rétablissement.

Le manque de moyens financiers reste problématique. Malgré la gratuité du suivi communautaire, les malades déclarent ne pas avoir assez de moyens financiers pour la satisfaction de leurs besoins quotidiens (55,6 % des enquêtés). Il serait indispensable d'allouer des moyens financiers supplémentaires à cette activité pour suppléer aux besoins des malades et pour pérenniser l'activité. Mais de nombreux États membres de l'OMS n'affectent pas encore de ligne budgétaire à la santé mentale, et la dotation budgétaire allouée à la santé mentale reste très modique (OMS, 2022, p. 3).

## Conclusion

Le suivi communautaire en santé mentale est une pratique de soins qui a montré son efficacité dans la résolution des problèmes des personnes atteintes d'une maladie mentale chronique. C'est la raison pour laquelle l'OMS en a fait une recommandation pour les Pays membres, au détriment des soins dans les institutions hospitalières. Dans cette étude, il a été question de mettre en évidence les bienfaits du suivi communautaire des personnes présentant une maladie mentale chronique dans la ville de Yaoundé, notamment dans l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires, perçue comme une nécessité du rétablissement. Les résultats indiquent que les malades sont satisfaits de la qualité des soins reçus (95,7 % des enquêtés). Leur qualité de vie s'est améliorée sur plusieurs aspects : amendement des signes et symptômes de la maladie (89,4 %), amélioration de leur hygiène corporelle (82,5 % des répondants), la majorité des patients (61,2 %) ne présentaient pas de signes d'anxiété, de

dépression et des sentiments de désespoir. De plus, 81,3 % d'entre eux étaient satisfaits de leur santé physique, etc. La contribution de ces interventions communautaires dans l'explication de la qualité de vie des malades s'élevait à près de 45 % ( $R^2_{aj}$ ). Ces changements positifs constatés ont amélioré leur bien-être social : ils participent aux tâches ménagères et aux activités communautaires (58,7 % des répondants), aux tâches de la vie quotidiennes (72,5% des répondants), aux activités de loisirs (31,5 % des répondants). En fin, 77,5 % des enquêtés sont satisfaits de la collaboration avec leurs proches ainsi qu'avec les membres de la communauté. A partir de ces résultats, l'étude contribue à la valorisation des soins de santé communautaires et renforce ainsi le plaidoyer pour les soins dans le milieu de vie des patients. Comme implication politique, l'on pourrait envisager la transformation de cette activité de suivi communautaire des personnes atteintes de maladies mentales chroniques en projet, voire en un programme doté d'une organisation territoriale (à l'échelle nationale). Ce modèle pourrait s'inspirer des programmes déjà existants au Cameroun tels que les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, ou la tuberculose. Des ressources supplémentaires devraient être allouées cette activité pour le bien des intervenants et des bénéficiaires.

### Limites

L'étude n'a pas explorée les besoins et les difficultés des bénéficiaires en matière de réinsertion. Nous pensons qu'une étude complémentaire permettra de mieux cerner les besoins des personnes présentant une maladie mentale chronique, afin d'élaborer un réel projet de vie individualisé pour celles-ci. De plus, bâtir une vie pour les personnes présentant un trouble mental nécessite une réflexion multisectorielle, pour laquelle une enquête élargie dans ce sens serait nécessaire afin de compléter les données. L'étude ayant eu lieu exclusivement dans la ville de Yaoundé, capitale politique du Cameroun, il serait important d'étendre l'enquête à d'autres villes et villages du pays afin de généraliser les résultats.

Etant donné que la population cible présente des altérations sur le plan cognitif du fait de la maladie, le fait de remplir le questionnaire auprès de certains informateurs pouvait influencer les résultats de l'étude (biais de désirabilité et d'autocomplaisance). Des biais de sélection pourraient également exister, car nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage de convenance, mais celle-ci s'est justifiée par rapport à notre population cible. De plus, le caractère bénévole de l'activité et la gratuité des prestations pouvaient influencer les réponses des enquêtés (biais de désirabilité),



Le temps et les moyens alloués à cette étude ne nous ont pas permis de mener une réelle étude d'impact, ni de faire une comparaison de la qualité de vie entre les patients bénéficiant d'un suivi communautaire et ceux ne bénéficiant pas d'un suivi communautaire ou institutionnel.

## Références Bibliographiques

- Alexia, C., Diana, C. T., & Alexane, D. (2021).** *L'autonomisation dans la prise en soins de personnes atteintes de schizophrénie.* [Travail de bachelor, HES-SO] Genève.
- Barthet, E. (2022, 10 octobre).** La santé mentale, un tabou persistant en Afrique. *Le Monde Afrique* [Santé].
- Biro, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005).** Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1) 28-38. Doi.org
- Bonsack, C., & Garcia, C. (2015).** Se rétablir d'une psychose chez soi : dans et hors du monde. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* ; 166 (6) :203-207.
- 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. 542, King Edward, Ottawa (Ont), Canada K1N6N5
- 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]. Genève.
- Funk, M., Benradia, I., & Roelandt, J. L. (2014).** Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90 (5), 331-337
- Guelfi J. D., & Rouillon, F. (2017).** *Manuel de psychiatrie*, (3<sup>ème</sup> éd). Elsevier Masson.
- 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.
- INS. (2023).** *Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de sante.* <https://ins-cameroun.cm>,
- Le Monde Afrique. (2022).** Santé en Afrique. *Le Monde*. <https://www.lemonde.fr>
- Marx, P. (2020).** 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

**Murciano, V., & Pinto, L. (2016).** *Une approche éducative centrée sur la famille permet-elle une meilleure expérience de santé des adolescents atteints de diabète de type 1 ?*  
[Travail de Bachelor, Haute Ecole de Santé de Genève].

**Organisation Mondiale de la Santé. (2001).** *Rapport sur la santé dans le monde, nouvelle conception, nouvelle espoir. Genève*

**Organisation Mondiale de la Santé (2021).** *Atlas OMS de la santé mentale, 2020*

**Organisation Mondiale de la Santé. (2022a).** *Rapport mondial sur la santé mentale. Transformer la santé mentale pour tous, vue d'ensemble.*  
<https://www.who.int/health-topics/mental-health>

**Organisation Mondiale de la Santé (2022b).** *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/*

**Prouteau, A. (2011).** *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie.* Dunod

**Schuler, D., & Burla, L. (2012),** *La santé psychique en suisse.* (Rapport Obsan n°52).  
Observatoire suisse de la santé.

**Stevens, N. (2021).** *Maladie d'Alzheimer et qualité de vie. Le rôle de l'ergothérapeute.*  
[Mémoire, université Clermont Auvergne]

**Zouitni, K., (2020).** *L'aidant familial au Maroc à l'épreuve de la maladie mentale : fardeau, stigmatisation et stratégies de coping.* *Sciences Sociales et Santé*, 38(4), 67-93.  
Cairn.info