

**#UNIVERSITÉSENGHOR**

université internationale de langue française  
au service du développement africain

# **Prise en charge des troubles mentaux dans le Nord du Burkina Faso : à propos de 35 cas suivis par l'association « Sauvons Le Reste »**

Présenté par

**Saïdou OUEDRAOGO**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

Le 10 Avril 2019

Devant le jury composé de :

**Dr. Patrick THONNEAU** Président

DR / INSERM

Directeur du Département Santé/Université Senghor

**Dr. Thierry CALVEZ** Examineur

MD

**M. Pierre TRAISSAC** Examineur

CE / IRD

Ingénieur de Recherche

## REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Roger SALAMON de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Université de Bordeaux, pour avoir accepté d'encadrer la rédaction de ce mémoire, malgré son calendrier chargé.

Je remercie également tous les étudiants du département santé qui ont contribué à murir la réflexion sur ce sujet depuis son choix en première année de Master.

Je pense aussi à tout le personnel administratif de l'Université Senghor qui de près ou de loin a facilité la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont à l'endroit de Ousséini BADINI, Directeur du Bureau Pays de CBM International à Ouagadougou et à toute son équipe pour leur accueil durant les dix semaines de mon stage.

Je ne pourrai oublier Mme Anne-Marie WEDRAOGO, chargée des programmes santé du Bureau Pays de CBM International pour son encadrement lors de mon stage et d'avoir codiriger la rédaction de ce document.

Je remercie Adama OUEDRAOGO, Président de l'association « Sauvons Le Reste » et tous les membres de son équipe pour m'avoir facilité la collecte des données dans son centre.

Je ne saurai terminer sans remercier Lisa AISSAOUI, étudiante en Master en santé mentale de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, qui travaillait aussi sur la même thématique ; avec qui nous avons beaucoup échangé pendant le stage.

Je remercie toute ma famille pour le soutien et la confiance qu'elle porte en ma personne depuis que je suis allé à l'école ; ce qui m'a permis de faire de grandes études comme le parachèvement de ce master.

A tous ceux qui ont contribué à quelque niveau que ce soit à la rédaction de ce document, je leur dis merci pour tout.

## **DEDICACES**

À ma très chère et bien aimée épouse, Mme OUEDRAOGO/YAMEOGO Wendpuié Béatrice ; je sais que tu n'es pas passée loin de développer une dépression du fait de mon absence. Je me souviens de tes larmes quand je prenais l'avion une semaine après notre mariage pour une destination inconnue. Ce document t'est dédié pour ton courage et tout le soutien dont j'ai bénéficié durant ces deux années d'étude. Puisse ce master apporter le bonheur dans notre couple.

À toutes ces personnes qui souffrent encore de la stigmatisation et de la discrimination liées à la maladie mentale, ce document vous est dédié.

## RESUME

**Introduction :** Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique ignoré en Afrique. Les villes et campagnes du Nord du Burkina Faso connaissent beaucoup de cas de malades mentaux vivant dans les rues. Le but de cette étude était de décrire la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux et suivis par l'association « Sauvons Le Reste » dans le cadre du projet « seconde chance ».

**Patients et Méthodes :** Nous avons réalisé une enquête transversale et rétrospective du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 15 août 2018. Dix-huit entretiens face à face et dix-sept groupes de discussion ont été réalisés avec les patients et leur famille.

**Résultats :** Au total, 35 patients ont été inclus dans notre étude. Parmi eux, vingt-sept ont vécu dans la rue pendant 1 à 35 ans. Sur les 35 patients traités par l'Association et pris en compte dans notre étude, l'âge moyen de survenu de la maladie était de  $26 \pm 9$  ans. On notait 25 célibataires et 29 patients de sexe masculin. Une notion de consommation de substances psychoactives a été retrouvée chez 54% des patients. Les principaux diagnostics étaient les troubles psychotiques (20/35) et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (11/35). Pour le traitement, 14 patients ont associé médecine moderne, traditionnelle et prière religieuse et 12 n'en avaient reçu aucun avant leur intégration au projet « seconde chance » (sachant que 20/35 portaient des comorbidités). Parmi les vingt-sept patients ayant vécu dans la rue, quatre n'ont toujours pas de nouvelle de leur famille. Les troubles mentaux sont perçus par la population comme étant une « malédiction », une « punition divine pour faute grave », une « possession de génies », un « démon qui habite en l'homme ». Ces interprétations entraînaient une mauvaise intégration des patients dans la société et beaucoup se retrouvaient abandonnés dans la rue par leur famille sans diagnostic ni traitement.

**Conclusion :** Le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux restent insuffisants dans cette partie du Burkina Faso. La stratégie de l'association « Sauvons Le Reste » est à encourager en collaboration avec les ministères publics et les Organisations Non Gouvernementales.

**Mots clés :** Troubles mentaux - Stigmatisation – Rues – Nord du Burkina Faso

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Mental disorders are a major public health problem that has been ignored in Africa. Cities and campaigns in northern Burkina Faso are experiencing many cases of mentally ill people living on the streets. The purpose of this study was to describe the management of patients with mental disorders and followed by the "Sauvons Le Reste" Association as part of the "seconde chance" project.

**Patients and Methods** We conducted a cross-sectional and retrospective survey from January 1, 2016 to August 15, 2018. Eighteen face-to-face interviews and seventeen focus groups were conducted with patients and their families.

**Results:** In total, 35 patients were included in our study. Among them, twenty-seven lived in the street for 1 to 35 years. Of the 35 patients treated by the association and taken into account in our study, the average age of disease occurred was  $26 \pm 9$  years. There were 25 singles and 29 male patients. A notion of psychoactive substance use was found in 54% of patients. The main diagnoses were psychotic disorders (20/35) and disorders related to the consumption of psychoactive substances (11/35). For the treatment, 14 patients associated modern, traditional medicine and religious prayer and 12 had not received any prior to their integration into the « seconde chance » project (knowing that 20/35 wore comorbidities). Of the twenty-seven patients who lived in the street, four still do not have news of their family. Mental disorders are perceived by the population as a "curse", a "divine punishment for serious misconduct", a "possession of geniuses", a "demon who dwells in Man". These interpretations were a poor insertion of patients into society and many were left in the street by their families without diagnosis or treatment.

**Conclusion:** The diagnosis and management of mental disorders remains inadequate in this part of Burkina Faso. The strategy of the "Sauvons Le Reste" Association is to be encouraged in collaboration with public ministries and Non-Governmental Organizations.

**Keywords:** Mental disorders – Stigma – Streets – Northern Burkina Faso

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**CBM** : Christoffel Blinden Mission

**CHU-R** : Centre hospitalier universitaire régional

**CMA** : Centre médical avec antenne chirurgicale

**IGB** : Institut géographique du Burkina Faso

**OECD/EU** : Organisation de coopération et développement économique/Union Européenne

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**SAULER** : Association « Sauvons Le Reste »

**TLCA** : Troubles liés à la consommation de l'alcool

**TLCPA** : Troubles liés à la consommation des substances psychoactives

## TABLE DES MATIERES

Remerciements .....	ii
Dédicaces.....	iii
Résumé.....	iv
Abstract .....	v
Liste des abréviations.....	vi
Introduction.....	1
1. Facteurs déterminants et types de troubles mentaux.....	2
2. Violations des droits humains dans le domaine de la santé mentale .....	3
3. Contexte et justification de l'étude.....	4
I. Objectifs .....	6
1. Objectif général .....	6
2. Objectifs spécifiques .....	6
II. méthodologie .....	7
1. Lieu de l'étude.....	7
2. Type et période de l'étude .....	7
3. Population d'étude (Critères d'inclusion et d'exclusion).....	8
4. Variables d'étude .....	8
5. Collecte de données .....	9
6. Analyse des données.....	10
7. Considérations éthiques.....	10
8. Difficultés de l'étude .....	11
III. Résultats.....	12
1. Résultats globaux .....	12
2. Caractéristiques sociodémographiques des patients .....	13
3. Aspects diagnostiques.....	16

4. Aspects prise en charge.....	16
5. Aspects insertion sociale .....	18
IV. Discussion.....	21
V. Limites de notre Étude .....	24
Conclusion .....	25
Références.....	27
Liste des tableaux.....	I
Liste des annexes.....	II
Annexes .....	III



## INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le monde connaît une transition épidémiologique marquée par une réduction des cas maladies infectieuses et une augmentation des affections chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les pathologies mentales, etc. (1). Dans ce groupe de pathologies, les troubles de la santé mentale sont souvent sous-estimés. Les maladies mentales particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés (2). Leur prévalence varie entre 4,3% en Chine et 26,4% aux Etats-Unis (3). Elle est estimée à 11% au Canada et environ 40% des malades consultent pour des raisons de maladies mentales (4). En 2018, la Commission européenne et l'Organisation de coopération et développement économique (OECD/EU) a publié un rapport sur l'état des systèmes de santé dans les pays de l'Union Européenne ; il ressort que la santé mentale est l'un des problèmes de santé publique les plus urgents avec des conséquences économiques et sociales importantes. Les coûts humains, sociaux et économiques de la maladie mentale sont alarmants. Environ une personne sur six (84 millions) a souffert d'un trouble de santé mentale en 2016. Plus de 84 000 personnes sont décédées des suites d'un problème de santé mentale en 2015 (5).

En Afrique, les troubles de la santé mentale sont de plus en plus fréquents. Ils touchent environ 40,1% de la population marocaine (6). Quant au Soudan, les pathologies mentales affectent près de 52,9% de la population déplacée interne (7).

La détection et l'adéquation des traitements des pathologies mentales sont néanmoins jugées non optimales (8). La santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Dans les pays en développement, près de quatre personnes sur cinq souffrant d'une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation des substances psychoactives n'ont pas de prise en charge. Même lorsque les services sont disponibles, les interventions sont souvent de qualité médiocre ou non fondées sur des données probantes (9,10).

Au Burkina Faso, la prévalence des troubles de la santé mentale est estimée à 41,43% en population générale (11). Des études ont montré que les malades ont recours pour la plupart

systématiquement aux soins traditionnels avant, pendant ou après ceux en milieu psychiatrique. Dans la plupart des sociétés traditionnelles burkinabè, plusieurs ordres de causalité sont avancés pour expliquer la maladie mentale. Ces interprétations sont souvent à l'origine de demande de soins auprès de la médecine traditionnelle et un retard de recours au système moderne de soins (12–14).

Les services généraux de santé qui assurent les soins de santé aux populations s'impliquent peu ou pas du tout dans la dispensation des soins de santé mentale. Cette situation a pour conséquences, l'insuffisance d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire (15) ; ce qui fait que beaucoup de malades n'ont pas accès aux traitements et sont laissés à eux même conduisant au **handicap psychosocial**<sup>1</sup>, la plupart se retrouvent dans les rues.

## 1. Types de troubles mentaux et facteurs corrélés à leur survenu

Les troubles de la santé mentale constituent un problème mondial de santé publique ignorés des acteurs du système sanitaire. Ils ont nombreux et regroupent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le syndrome psychotique, les troubles liés à la consommation d'alcool, des drogues et de substances psychoactives ; les troubles du développement (autisme) et de comportement de l'enfant ; le risque suicidaire et les autres troubles neurologiques comme l'épilepsie. La dépression touche environ 300 millions de personnes dans le monde. Elle est responsable de près de 800 000 cas de décès par suicide chaque année. Les couches les plus vulnérables sont les jeunes âgés de 15 – 29 ans puisqu'elle est la deuxième cause de mortalité. La schizophrénie affecte environ 21 millions de personnes dans le monde. Elle est associée à un lourd handicap sur le plan éducatif et professionnel. Elle réduit l'espérance de vie des personnes atteintes avec un risque de mourir prématurément de 2 à 2,5 fois plus élevé que la population générale (9,11,16).

---

<sup>1</sup> Il s'agit des personnes errantes, celles qui vivent dans la rue, qui, généralement, ne se soignent pas et tentent de survivre. Elles sont exposées quotidiennement à la soif et à la faim, ne buvant que les eaux stagnantes et ne mangeant que les restes jetés dans les poubelles, aux viols, aux conditions climatiques difficiles, au rejet et à la stigmatisation constante de la population. Deuxièmement, il y a les personnes recluses dans les foyers, dans les villes et les villages, qui elles, au mieux peuvent circuler, au pire sont enchaînées, enfermées, encordées dehors ou dans des « cases » de quelques mètres carrés, parfois pendant des dizaines d'années dans des conditions extrêmement inhumaines.

Les facteurs corrélés à la survenue des troubles de la santé mentale sont complexes. Ils sont entre autres : les échecs de la vie (scolaire, professionnel, conjugal), le chômage et la pauvreté, le changement de milieu de vie, les mauvaises habitudes de vie (alcoolisme, toxicomanie, le tabagisme, etc.) et les maladies somatiques (17). Le stress associé à la mauvaise urbanisation et les conditions de vies précaires dans les villes africaines seraient sources de développement de pathologies mentales (18,19). Des études ont prouvé qu'il existe un lien entre la malnutrition (sous et surnutrition) et le développement des maladies mentales (20,21). De plus en plus des crises humanitaires comme les guerres, les attaques terroristes et les épidémies (cas de la Maladie à Virus Ebola) sont des périodes favorables au développement des maladies mentales (22–24).

Les patients souffrant de pathologies mentales sont confrontés à d'autres types de maladies qui ne sont pas toujours prises en charge aggravant leur état de santé. Les comorbidités sont nombreuses : les neuropathies, les pneumopathies, les infections urinaires, les septicémies sont quelques comorbidités rencontrées. Plusieurs auteurs ont étudié le lien entre la manifestation de la maladie mentale et les autres maladies somatiques ; il s'agit d'un cercle vicieux dans lequel les uns aggravent les autres et vice-versa (25,26). Les personnes atteintes d'un trouble mental grave sont beaucoup exposées aux infections sexuellement transmissibles. Une maladie mentale grave n'est pas un facteur de risque unique et le risque d'infection virale transmise par le sang est probablement multifactoriel et associé à un statut socioéconomique bas, à l'abus de drogues et d'alcool et au sexe (27).

## **2. Violations des droits humains dans le domaine de la santé mentale**

Le non-respect des droits de l'homme peut avoir des conséquences graves sur la santé. Des personnes sont accusées à tort ou raison de « malades mentaux » ou de « fou » ; elles sont qualifiées de « dangereuses » et très souvent exclues de la société, maltraitées, violées ou violentées. Elles n'ont pas le pouvoir de décision même des choses les concernant directement. Dans la prestation des services de santé, la violation des droits fondamentaux de l'homme est observée à travers les discriminations manifestes ou implicites à l'égard de ces types de patients. De nombreuses personnes sont placées dans des centres psychiatriques contre leur volonté. A l'inverse, lorsque les lits viennent à manquer dans les hospitalisations,

ce sont souvent les membres de cette population qui quittent de façon prématurée l'hôpital (28).

### **3. Contexte et justification de l'étude**

Notre étude a été réalisée dans le centre d'accueil, de transit, de prise en charge et de réinsertion socioéconomique de l'association « Sauvons Le Reste (SAULER) ». Le centre est situé dans la ville de Ouahigouya, chef-lieu de la province du Yatenga et de la Région du Nord. La Région du Nord couvre six districts sanitaires (Gourcy, Ouahigouya, Séguénéga, Thiou, Titao et Yako) répartis dans quatre provinces que sont : Loroum, Passoré, Yatenga et Zondoma. La population totale est estimée à 1 544 677 habitants. La région compte en 2018, cinq spécialistes en santé mentale soient trois infirmiers en santé mentale et un médecin psychiatre au Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya ; un attaché de santé au Centre Médicale avec Antenne chirurgicale (CMA) de Yako. L'incidence hospitalière de la maladie mentale, malgré sa sous-notification, était de 87 pour 100 000 habitants dans la région contre 77 pour 100 000 habitants au niveau national en 2016 (29). Dans la région du Nord, il n'est pas rare de croiser des hommes et des femmes dans les rues à moitié ou totalement nus, sans abris ni nourriture. Ces personnes souffrant d'un problème de santé mentale, sont victimes de violation de leurs droits fondamentaux à la santé et à la vie. L'association « Sauvons Le Reste » (SAULER) est une organisation à but non lucratif d'envergure régionale qui œuvre, depuis 2004 dans la région du Nord, dans la lutte pour la préservation de la dignité de ces personnes (**confère Annexe 5**). En 2016, l'association a reçu un financement de l'ONG Christoffel Blinden Mission (CBM) pour la mise en œuvre du projet « **seconde chance** » dans la région du Nord du Burkina Faso (**confère Annexe 6 et 7**) dont le but était l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap psychosocial y compris celles vivant dans la rue. Le projet comportait deux volets :

- le premier consistait à former les agents de santé sur l'utilisation du GI-mhGAP pour une meilleure intégration des soins de santé mentale dans les formations sanitaires de premier échelon ;

- le deuxième concernait la prise en charge communautaire des personnes vivant avec un handicap psychosocial y compris celles vivant dans la rue ; un centre d'accueil, de transit, de prise en charge et de réinsertion socioéconomique a été construit à cet effet.

Cette étude avait pour but de connaître l'histoire des patients du début de leur maladie jusqu'à leur réinsertion sociale et de formuler des recommandations pour une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale dans les politiques sanitaires.

## **I. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Décrire le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux et suivis par l'association SAULER depuis le début du projet « seconde chance » en 2016.

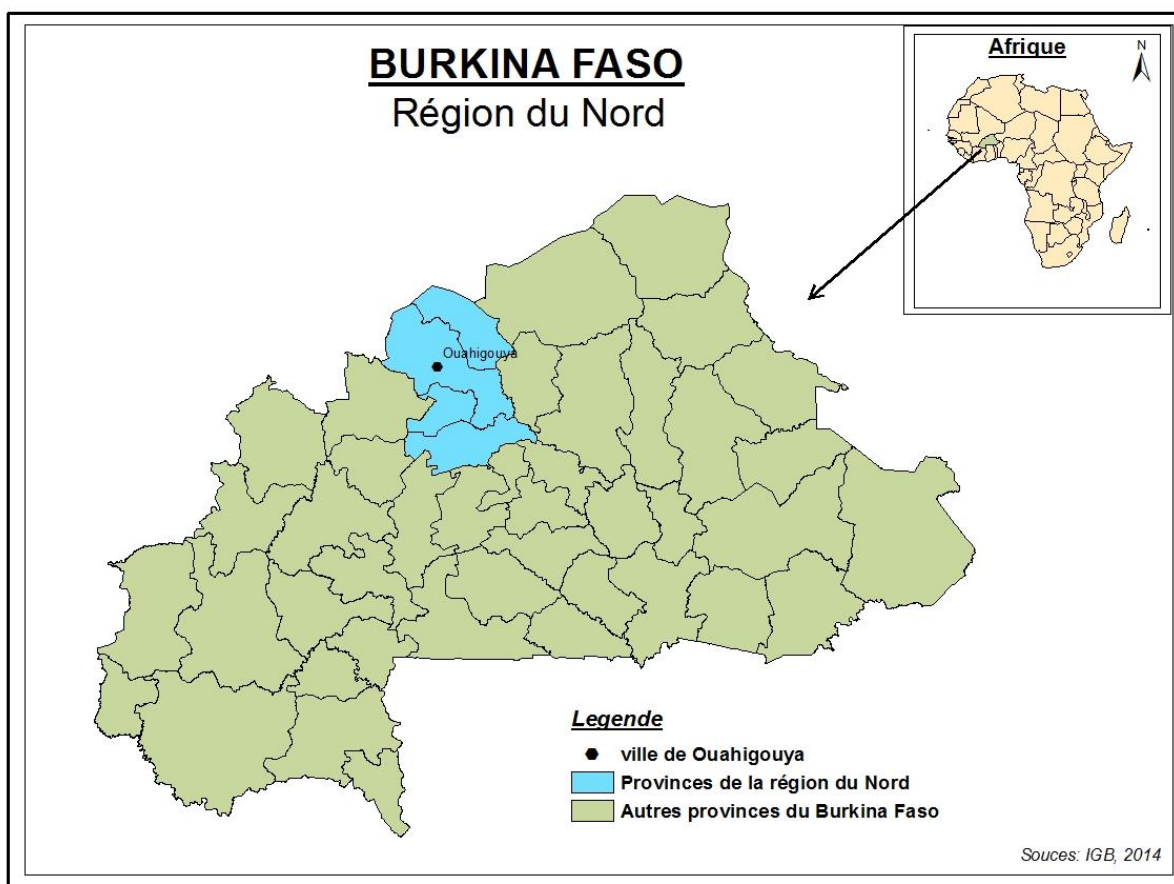
### **2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- Ressortir les différents diagnostics des patients ;
- Décrire l'itinéraire thérapeutique des patients ;
- Analyser les perceptions de la population sur la maladie mentale et les aspects d'insertion sociale des malades.

## II. METHODOLOGIE

### 1. Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée au Centre d'accueil, de transit, de prise en charge et réinsertion socioéconomique de l'association SAULER. Le centre est situé dans la ville de Ouahigouya, chef-lieu de la région du nord. La figure ci-dessous présente la situation géographique du centre.



### 2. Type et période de l'étude

Il s'est agi d'une étude transversale et rétrospective, mixte et descriptive couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 15 août 2018 (incluant la période de collecte du 17 juillet au 15 août 2018).

### **3. Population d'étude (Critères d'inclusion et d'exclusion)**

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble des patients et leur famille suivis par l'association SAULER dans le cadre du projet « **seconde chance** ». Ces patients sont des personnes souffrant de troubles mentaux, abandonnées par leur famille et errant dans la rue ou maintenus dans les familles dans des conditions souvent inhumaines (enchaînées ou enfermées dans des taudis). A priori, tous les patients et leur famille devraient être inclus dans l'étude. Mais pour des raisons diverses, nous ne pouvions les atteindre tous ce qui nous a conduit à exclure certains selon les critères suivants :

- tous les patients dont les domiciles étaient inaccessibles du fait des contraintes saisonnières ou de distance. Nous avons collecté nos données en pleine saison pluvieuse. Plusieurs localités où se trouvaient des patients ayant séjournés au centre étaient inaccessibles du fait des pluies diluviennes ;
- tous les patients vivant dans le centre de SAULER et ne pouvant pas s'exprimer ou ceux dont la langue parlée n'était pas comprise. L'association avait très peu d'informations sur eux ;
- tous les patients perdus de vue lors des suivis. Ce sont des patients qui vivent dans les familles mais qui ne répondent pas aux rendez-vous de suivi. Ils n'étaient plus joignables par téléphone ;
- tous les patients dont les domiciles étaient inaccessibles du fait des contraintes saisonnières ;
- tous les patients décédés au cours de leur suivi.

### **4. Variables d'étude**

#### **4.1. Variables sociodémographiques**

Les variables sociodémographiques sont : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau de scolarisation, la profession, le mode de vie, la provenance.



#### **4.2. Variables diagnostiques**

Les variables diagnostiques sont : l'âge de survenu de la maladie, les pathologies diagnostiquées et les comorbidités.

#### **4.3. Variables de prise en charge**

Les variables de prise en charge sont : les soins de premiers recours, le traitement médicamenteux, la durée de suivis au centre de récupération, l'itinéraire thérapeutique des patients et la réalisation d'une psychoéducation à l'endroit des patients et leurs familles.

#### **4.4. Variables d'insertion sociale**

Les variables liées à l'intégration sociale sont : la durée de vie dans la rue, la situation de la recherche de famille, les perceptions et les facteurs d'exclusion sociale.

### **5. Collecte de données**

Une fiche d'enquête semi-structurée a été élaborée pour la collecte des données. Elle comportait deux parties :

- la première recherchait des informations quantitatives et qualitatives spécifiques aux patients. Nous avons réalisé des entretiens directs avec ces derniers. La base de données Excel de l'association SAULER et les carnets de santé des patients ont été aussi explorés à la recherche d'informations complémentaires ;
- la deuxième partie collectait les données sur les opinions des patients et leurs familles sur les troubles de la santé mentale. Pour ce faire, nous avons réalisé des focus groupes lors de nos visites à domicile pour mieux comprendre certains déterminants de la mauvaise insertion sociale des personnes souffrant de maladies mentales. Dix-sept (17) groupes de discussion ont été réalisés. Chaque groupe comportait au moins six (06) personnes dont un membre de l'association SAULER, les parents biologiques ou des tuteurs, un proche du patient (quelqu'un de sa génération), une personne ressource dans la communauté et le patient lui-même. Cinq principales questions ont été posées aux groupes à savoir leurs connaissances et leurs perceptions de la maladie mentale, l'histoire de la maladie et les raisons qui ont fait que les patients se retrouvent dans la rue et les solutions pour y remédier. Les

informations étaient redondantes à partir des cinq premiers groupes mais pour des besoins d'informations quantitatives sur les patients, nous avons poursuivi les focus groupes. En plus de la fiche de collecte, les informations ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Nous avons bénéficié de l'appui d'une étudiante de la London School of Hygiene and Tropical Medicine pour la conduite des focus groupes ;

- outre les entretiens et les focus groupes, nous avons fait une analyse documentaire de l'ONG CBM International : il s'agit des rapports de l'enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population de la région du Nord sur le handicap psychosocial et le rapport de l'évaluation à mi-parcours du projet ;

- lors de notre stage à CBM, nous avons participé à deux ateliers à savoir la validation du plan de la deuxième phase du projet « santé mentale pour tous » et la formation du comité régional de suivi du projet « **seconde chance** ». Ces occasions furent des moments d'échange avec des acteurs de la santé mentale de la région du nord qui ont partagé leur expérience.

L'enquête a été réalisée par nous même avec l'appui d'un agent de l'association SAULER.

## **6. Analyse des données**

Les données recueillies quantitatives ont été saisies, traitées et analysées avec le logiciel Epi Info et Excel 2013. Nous avons fait une analyse par triangulation des données qualitatives recueillies lors des focus groupes et de l'analyse documentaire.

## **7. Considérations éthiques**

La collecte des données a eu l'approbation du Président de l'association SAULER, des autorités sanitaires locales à savoir le Médecin-chef du district sanitaire de Ouahigouya et le Directeur régional de la santé de la Région du Nord. Les fiches de collecte étaient anonymes et nous avons eu le consentement des participants. Les données recueillies ont été purement utilisées dans le cadre de la rédaction de ce document.

## **8. Difficultés de l'étude**

Les difficultés rencontrées étaient d'ordre logistique et financière. Nous étions limités en termes de ressources financières ce qui ne nous a pas permis de prolonger la période de collecte pour atteindre le maximum de patients. Pour réaliser les visites à domicile, nous avons utilisé une motocyclette pour faire souvent des distances de plus de 45 km. A cela s'ajoute les contraintes saisonnières ; la collecte des données se faisant en pleine saison pluvieuse, certaines zones étaient inaccessibles à motocyclette.

### III. RESULTATS

#### 1. Résultats globaux

Depuis le début du projet « seconde chance » en janvier 2016, l'association SAULER en collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya a pris en charge 79 patients (soient 29% de femmes) ce qui représente environ 53% de taux d'exécution de l'**activité 1.4** du plan de projet (Prise en charge alimentaire, vestimentaire, de produits de premiers soins pour un accueil décent de 150 patients dans le centre pour la durée du projet).

Parmi les 79 patients :

- 26 soit 33% sont toujours internés au centre d'accueil ; nous avons pu collecter auprès de dix-huit (18) patients. Huit (8) parmi les 26 n'avaient pas d'informations suffisantes sur leur maladie soit parce qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer ou leur langue parlée n'est pas comprise.
- 53 soit 67%, vivaient en externe (dans les familles) ; parmi eux 41 patients ont séjourné dans le centre d'accueil ; nous avons pu réaliser 17 visites à domicile.
- 02 (un homme et une femme) soit 02,5% sont décédés au cours de leur suivi.

Nous avons inclus 35 patients soit 18 lors des entretiens et 17 pendant les focus groupes. Au total, 96 personnes ont participé aux groupes de discussion. Dans l'ensemble les discussions se sont bien déroulées. Les patients qui ont participé se sont exprimés librement. Par contre nous avons remarqué que les participants étaient un peu réservés. Les femmes s'exprimaient mieux que les hommes. **Le tableau 1** montre les caractéristiques des participants aux groupes de discussions.

**Tableau 1: Caractéristiques des participants aux groupes de discussion**

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Âge</b>		
20 – 29	12	12
30 – 39	16	17
40 – 49	13	14
50 – 59	34	35
60 ans et plus	21	22
<b>Sexe</b>		
Masculin	73	76
Féminin	23	24
<b>Niveau de scolarisation</b>		
Non scolarisé	81	84
Primaire	15	16

## 2. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Quatre cinquième des patients avaient un âge compris entre 20 et 49 ans. L'âge moyen était de  $37,9 \pm 10,3$  ans. La plupart des patients n'avaient aucun document d'identification tel qu'un acte de naissance ou une carte nationale d'identité. Leur âge ayant été estimé par rapport à l'âge des personnes de sa génération. Plus de quatre cinquième des patients étaient de sexe masculin alors que les deux tiers étaient célibataires. Au cours de leur maladie, tous ceux qui étaient mariés se sont séparés de leurs conjoint (e)s. Aucun célibataire n'avait pu se marier même après la stabilisation de la maladie. Deux cinquième des patients n'avaient pas été scolarisés. Les travailleurs du secteur informel étaient plus concernés suivis des agriculteurs. Il faut noter qu'à ses activités principales s'ajoutaient des activités secondaires qui étaient l'élevage, le maraichage et l'orpaillage. Les sans-emploi pratiquaient de façon irrégulière une ou plusieurs des activités secondaires. Plus de la moitié des patients consommeraient des substances psychoactives. Ces substances consommées étaient les médicaments de la rue comme les amphétamines et les opiacés et parfois des solvants inhalés. La majorité des patients (74%) étaient des ressortissants de la région du nord. On dénombre deux patients de nationalité étrangère (Mali et Ghana). Les **tableaux 2 et 3** résument les caractéristiques des patients.

**Tableau 2 : Répartition des patients selon leur provenance**

<b>Région ou Pays</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Boucle du Mouhoun	2	05
Centre	1	03
Centre-Est	1	03
Centre-Nord	1	03
Ghana	1	03
Mali	1	03
Nord	26	74
Sahel	1	03
Sud-Ouest	1	03
Total	35	100

**Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients**

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Age (année)</b>		
20 – 29	07	20
30 – 39	11	31
40 – 49	12	35
50 – 59	04	11
60 et plus	01	03
<b>Sexe</b>		
Masculin	29	83
Féminin	06	17
<b>Situation matrimoniale</b>		
Célibataire	25	71
Marié(e)	8	23
Veuf(ve)	1	3
Séparé(e)	1	3
<b>Niveau de scolarisation</b>		
Primaire	12	34
Secondaire	03	09
Université	1	03
Non scolarisé	15	43
Ecole coranique	4	11
<b>Profession</b>		
Secteur informel	13	37
Agriculteur	09	26
Ouvrier	02	06
Etudiant	01	03
Sans emploi	10	28
<b>Mode de vie</b>		
Alcool	06	17
Tabac	10	29
Substances psychoactives	19	54

### 3. Aspects diagnostiques

L'âge moyen de survenue de la maladie était de  $26 \pm 9$  ans avec des extrêmes de 07 et 51 ans. Les troubles psychotiques sont les plus représentés avec 57% des cas suivi des troubles liés à la consommation des substances psychoactives. Au total 20 patients avaient des comorbidités. Certaines comorbidités sont liées aux effets secondaires des médicaments comme dans le syndrome Parkinsonien dû aux neuroleptiques. Quatre (04) patients parmi ceux qui avaient des neuropathies présentaient des signes d'allure d'un syndrome Parkinsonien (tremblement des extrémités, akinésie, hypersalivation). Le **tableau 4** montre les différents diagnostics et comorbidités des patients.

**Tableau 4 : Répartition de patients selon leur diagnostic**

Variables	Effectifs	Pourcentages (%)
<b>Diagnostics</b>		
Dépression	01	03
Troubles du développement	01	03
Troubles Psychotiques	20	57
TLCA <sup>2</sup>	02	05
TLCPA <sup>3</sup>	11	32
<b>Comorbidités</b>		
Neuropathies	07	20
Troubles urinaires	01	03
Pneumopathies	04	11
Syndrome ulcéreux	01	03
Asthénie	01	03
Syndrome pseudo-grippal	02	06
Erysipèle	02	02
Troubles oculaires	01	03
Lombalgies	01	03

### 4. Aspects prise en charge

#### 4.1. Soins de premiers recours

Les malades sont récupérés dans la rue ou à domicile par les agents de l'association SAULER. Ils sont débarrassés de certains objets de contention puis lavés, habillés et nourris au centre de récupération. Une infirmière bénévole assure de façon irrégulière les premiers soins

<sup>2</sup> Troubles liés à la consommation de l'Alcool

<sup>3</sup> Troubles liés à la consommation des substances psychoactives



comme le pansement des plaies, l'administration d'antibiotiques, etc. Les patients sont enregistrés sur une base de données. Des carnets de santé leur sont établis. Ils sont internés au centre pour la recherche de famille et la suite des soins spécialisés au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHU-R).

#### **4.2. Traitement médicamenteux et psychoéducation**

Parmi les neuroleptiques utilisés, nous avons retrouvé le Chlorpromazine comprimé, le Sulpiride comprimé et l'Halopéridol injectable dans respectivement 31%, 09% et 54% des cas. Les médicaments ont été utilisés soit en monothérapie ou en associations les uns avec les autres.

D'autres médicaments ont été utilisés en fonctions des comorbidités des patients parmi lesquels :

- ✓ le Trihexyphenidyle chlorhydrate indiqué dans la maladie de Parkinson ou en cas de syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques ;
- ✓ les antibiotiques ;
- ✓ le paracétamol comprimé dans les cas de douleurs ;
- ✓ l'Albendazole comprimé pour le déparasitage ;
- ✓ la vitamine B dans les cas de neuropathies ;
- ✓ les suppléments alimentaires sous forme de complexe vitaminé ont été utilisés.

En dehors des activités génératrices de revenus que les patients menaient, aucune autre forme de psychoéducation n'a été réalisée. Il n'y a pas eu de groupes d'entraide. Les patients stabilisés et leurs familles n'ont pas eu un suivi particulier comme la visité à domicile après leur réinsertion sociale.

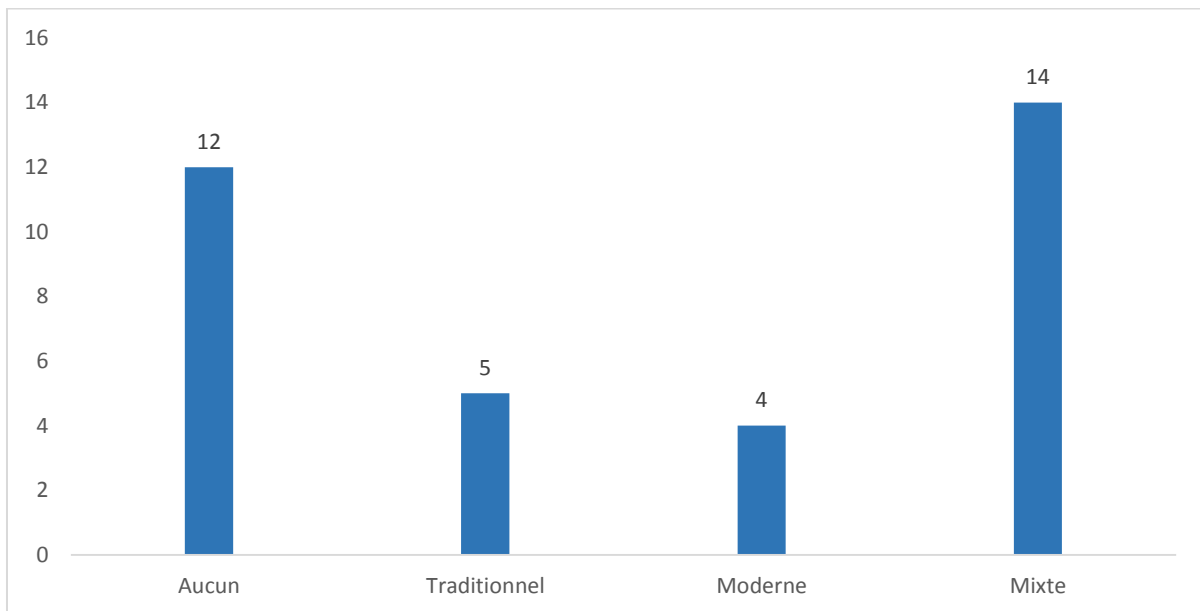
#### **4.3. Durée de suivi au centre de récupération**

La durée moyenne de suivi au centre était de  $5,8 \pm 4,8$  mois avec des extrêmes de 1 et 19 mois.

#### **4.4. Itinéraire thérapeutique des patients avant l'admission au centre**

Quatorze (14) patients soit 40% ont eu recours à un traitement mixte. Le traitement mixte correspond à l'association d'au moins deux des trois types de traitement à savoir la médecine moderne, la médecine traditionnelle et les prières religieuses. Nous avons noté 12 patients (34%) qui n'avaient jamais eu de traitement depuis le début de leur maladie. La décision d'aller

à l'hôpital ne dépendait pas du patient lui-même mais de la famille. Le manque de moyens financiers, la méconnaissance des possibilités de soins et le refus des patients sont avancés comme arguments par les familles pour justifier l'absence de soins de certains patients. D'autres patients ont eu recours aux traitements religieux ou traditionnel parce qu'ils n'étaient pas satisfaits après le traitement médical qu'ils jugeaient long et coûteux. Des patients ont jugé qu'ils n'étaient pas suffisamment impliqués dans leur propre traitement : « souvent c'est le matin qu'on vient te réveiller que tu as un rendez-vous avec l'agent de santé ; si tu hésites, on te ligote pour t'amener de force à l'hôpital », déclarait un patient lors des discussions de groupe. La **figure** ci-dessous représente les patients selon leur itinéraire thérapeutique.



## 5. Aspects insertion sociale

### 5.1. Durée de vie dans la rue

Dans notre étude, près de quatre cinquième des patients ont vécu en moyenne  $4,3 \pm 6,4$  ans dans la rue avec des extrêmes de 1 et 35 ans. La majorité des patients (60%) vivaient en milieu rural avant de migrer en ville à la suite de leur maladie pour diverses raisons. Beaucoup ont fui la maltraitance des proches. « *La ville appartient à tout le monde* » selon les propos d'un patient stabilisé pour expliquer pourquoi il a quitté sa famille. Il continue en disant, « *là-bas, personne ne se préoccupe de la vie de l'autre, en plus il y a des restes de nourriture dans les*

*restaurants* ». Vingt-trois pour cent (23%) des patients n'avaient jamais vécu dans la rue mais ils étaient gardés en familles dans des conditions inhumaines. Ils étaient soit enfermés dans des taudis ou enchaînés à un tronc d'arbre et privés des besoins élémentaires de la vie comme la nourriture, l'hygiène et les soins de santé primaire.

## **5.2. Situation de la recherche de famille**

Après l'admission du malade au centre, des mécanismes sont mis en place pour retrouver la famille. Il s'agit de renseignement de proche en proche ou auprès de personnes ressources qui comprennent la langue du patient. Sur Vingt-sept (27) patients ayant vécu dans la rue, vingt-trois (23) avaient retrouvé leur famille. Quatre (04) patients n'avaient aucune nouvelle de leur famille. Des patients se retrouvaient encore dans la rue après leur réinsertion en famille pour les mêmes raisons du départ. Les raisons étaient la stigmatisation et la discrimination sous toutes les formes : maltraitance, absence de logement, privation de nourriture, dispute avec la famille, etc. Un patient souffrant d'un trouble du développement (retard mental), orphelin de père et de mère s'est vu confisqué tous les biens familiaux (une cours construite dans la ville de Ouahigouya) par ses oncles.

## **5.3. Les perceptions comme facteurs d'exclusion sociale**

Au regard des résultats précédents, une interprétation de l'image faite de la victime de la déficience psychologique présente la personne handicapée psychosociale aujourd'hui encore comme, un état d'être qui rime avec « sorcier », « génie », « démon », « faute grave », « sanction », « malédiction », « agression », « punition divine », « transgression », « pêché » etc. Tous ces termes sont évoqués pour expliquer soit l'origine ou la raison de la maladie mentale vécue dans cette région du Burkina Faso. Ce faisant, l'imaginaire collectif n'avait pas admis que ce genre de maladies étaient comme les autres et pouvaient être prises en charge par la médecine moderne. D'aucuns étaient persuadés que ce sont des maladies incurables donc ils ne servaient à rien de déployer des efforts pour rechercher des remèdes. Les malades étaient systématiquement orientés vers les tradi-praticiens avec l'idée que ce type de maladies ne pourra pas être pris en charge dans les formations sanitaires. Les plus malchanceux étaient laissés à eux-mêmes.

Malheureusement, les avis qualitatifs recueillis lors des ateliers que nous avons participé renforcent par ailleurs cette perception autour de la personne handicapée psychosociale. Lors

d'un atelier de validation du plan la seconde phase du projet « santé mentale pour tous », un spécialiste de la question évoque l'image de la personne souffrant d'un trouble mentale dans la région à travers ces termes : « *le handicap psychosocial est perçu comme un sort, un génie ; ce qui entraîne une mauvaise image de la personne handicapée* ». Un autre ajouta : « *les gens pensent qu'on doit mourir de son handicap psychosocial, donc il ne faut pas perdre son temps à les soigner* ».

#### IV. DISCUSSION

Notre étude sur 35 patients a montré qu'il y a une insuffisance de diagnostic et de prise en charge des troubles mentaux dans la région du nord au Burkina Faso.

Notre population était majoritairement jeune constituée de patients âgés entre 20 et 49 ans. Dans des études réalisées au Burkina Faso (13,30), à Madagascar (31) et en Tanzanie (23), il ressort que les troubles mentaux touchaient particulièrement la population d'âge jeune. Cela pourrait se comprendre par les caractéristiques même des populations africaines constituées en majorité de jeunes. Par contre Brackbill et al aux Etats-Unis montraient une répartition hétérogène des troubles mentaux par tranche d'âge de la population américaine (24) ; la population américaine étant elle-même hétérogène sur le plan socio-culturelle avec une espérance de vie plus élevée qu'en Afrique. Dans tous les cas, les pathologies mentales touchent plus les adulte-jeunes comme indiqué dans notre série avec  $26,4 \pm 9,2$  ans comme âge moyen de survenue de la maladie. Ouédraogo et al au Burkina Faso (30) et Bakoharillva à Madagascar (31) ont trouvé respectivement  $24,97 \pm 9$  ans et 29,5 ans comme âge moyen. Cette tranche d'âge de la population est plus ou moins vulnérable dans un contexte socio-économique défavorable marqué par le chômage. Les travailleurs du secteur informel et les sans-emploi étaient respectivement les plus représentés. Karfo et al au Burkina Faso trouvaient un résultat similaire au nôtre (14). Le chômage et la recherche d'emploi sont des situations de stress majeur qui conduisent très souvent à la consommation d'alcool, de tabac et autres substances psychoactives. Ce mode vie conduit dans la plupart des temps au développement de troubles mentaux. Dans notre série, le pourcentage de patients qui consommeraient des substances psychoactives était élevé à 54%. Pourtant Chang G. et al à Boston aux Etats-Unis montraient que la consommation de tabac était associée à la consommation de l'alcool et de substances psychoactives chez les adolescents et conduiraient à la survenue de troubles mentaux (32).

Dans notre étude, les patients souffrant de troubles psychotiques étaient majoritaires. C'était aussi le cas dans l'étude de Ouédraogo et al au Burkina Faso (13) et celle de Bakoharillva et al à Madagascar (31). Les troubles liés à la consommation des substances psychoactives étaient la deuxième cause de maladie mentale. Ouédraogo et al (13) trouvaient la dépression comme deuxième cause. Cela pourrait s'expliquer par la petite taille de notre population et le fait que

notre enquête soit réalisée en milieu communautaire contrairement à celle de Ouédraogo et *al* qui s'est réalisée en milieu hospitalier et sur un grand échantillon. En milieu hospitalier, les diagnostics sont plus précis avec la présence des spécialistes. Une autre particularité est que les patients suivis au centre de l'association SAULER étaient la plupart des personnes abandonnées et vivant dans la rue depuis plusieurs années, ce qui rendait souvent le diagnostic difficile même en milieu hospitalier. Le diagnostic des troubles mentaux est plus difficile que les autres pathologies somatiques. Même en milieu psychiatrique, il arrive souvent que les patients passent plusieurs jours ou semaines sans un diagnostic précis. D'ailleurs Aurélie Franc soulignait dans un article publié dans le journal en ligne Le Figaro la difficulté du diagnostic de l'autisme chez les femmes qui se manifestait par un retard à la prise en charge (33). Notre étude a par ailleurs montré que les patients souffrant de troubles mentaux et vivants dans la rue développaient au cours de leur vie plusieurs comorbidités. Nous retrouvions entre autres les pneumopathies, les neuropathies, les érysipèles, des troubles urinaires, le syndrome pseudo-grippal (révélateur d'infections aiguës), etc. ; il s'agit souvent d'un cercle vicieux dans lequel les uns influencent l'évolution des autres. Des études spécifiques ont montré l'association entre les troubles de la santé mentale et les maladies chroniques. Whooley et *al* au Etats-Unis trouvaient qu'il existe un lien entre les symptômes de dépression et la survenue d'un évènement cardiaque chez les patients ayant une maladie coronarienne (25). Matcham et *al* ont prouvé à travers une méta-analyse d'une revue systématique en ligne que les symptômes de dépression étaient fréquents dans la polyarthrite rhumatoïde et qu'il faille tenir compte de cette réalité pour une meilleure prise en charge de ces patients (34). Quant à Catherine Laurin et *al*, l'anxiété et la dépression exacerberaient les crises de la bronchopneumopathie chronique obstructive (26). Ces comorbidités augmenteraient le risque de mourir jeune dans ce groupe de personnes par rapport à la population générale du fait des conditions de vie inhumaines et de l'absence de traitement. Laursen au Danemark remarquait que les patients qui souffraient de Schizophrénie ou de troubles bipolaires avaient une espérance de vie plus courte que celle de la population générale (35). Quant à l'OMS, le taux de mortalité chez les personnes qui souffrent d'une schizophrénie est 2 à 2,5 fois plus élevé que dans la population générale (16).

Dans notre étude, les patients ont eu recours à plusieurs types de traitement allant de la médecine traditionnelle à la médecine moderne en passant par les séances de prière. Les

traitements sont souvent associés. Moins de patients ont utilisés les services modernes alors que la majorité faisait un traitement mixte. Le fait marquant est que près de la moitié de nos patients n'avait reçu de traitement depuis le début de leur maladie. Les représentations sociales des maladies mentales étaient des facteurs qui entravaient la demande de soins dans les populations les plus pauvres. En effet, Henry et al à Montpellier a montré, dans une étude de cas clinique sur une fillette qui souffrait d'autisme, l'impact des aspects socio-culturels sur l'accès aux soins des sujets en situation de handicap mental. Cette fillette issue d'une famille gitane aurait parcouru plusieurs formations sanitaires depuis son âge de 04 ans à la recherche de soins pour un trouble du développement. Mais les considérations sociales et la méconnaissance du problème par les agents de santé auraient retardé son diagnostic jusqu'à l'âge de 11 ans (36). A ces représentations sociales s'ajoutaient les problèmes de disponibilité, d'accessibilité et la mauvaise organisation des soins de santé dans les pays en développement comme le Burkina Faso. Macarayan et al l'ont démontré dans leur étude que la qualité des soins de santé primaire était mauvaise dans les pays à revenu moyen et faible, quarante ans après la déclaration de Alma-Ata. Les services de santé n'intégraient pas suffisamment les soins de pathologies chroniques ; ceux de santé mentale n'étaient toujours pas disponibles et même quand ils l'étaient, ils souffraient du manque de ressources humaines en nombre et en qualité (10). En 2016, pour une population d'environ 1 587 866 habitants, toute la région du Nord ne comptait que cinq spécialistes en santé mentale (soit un psychiatre et quatre infirmiers spécialistes) et deux services spécialisés (un service de psychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya et une unité de psychiatrie au centre médical du district sanitaire de Yako) (29). Pourtant le fardeau lié à la maladie mentale est connu à travers l'étude de Ouédraogo et al qui rapportaient une prévalence de 41,43% de personnes qui souffriraient d'une ou plusieurs maladies mentales (11). Ce chiffre montre que la santé mentale constitue un problème majeur de santé publique au Burkina Faso ; par conséquent il faudrait une réponse urgente de la part des politiques publiques. Un plan stratégique santé mentale 2014 – 2018 (37) à l'image du plan d'action santé mentale 2013 – 2020 de l'OMS (38) existe mais la mise en œuvre des différentes activités peine à voir le jour. L'élaboration d'un programme national de lutte contre les maladies mentales s'avère nécessaire pour une meilleure santé de la population.

## V. LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

Notre étude présente des limites de plusieurs ordres liées d'abord à son type rétrospectif. Ce type d'étude présente des biais d'information du fait que les sources de données (carnets de santé) ne sont pas toujours bien renseignées. Le caractère transversal nous a permis de compléter certaines informations mais là aussi il existe un biais de mémoire des patients et/ou la famille. Notre objectif était d'atteindre tous les 79 patients suivis par l'association mais malheureusement pour des contraintes logistique, financière et saisonnières, nous n'avons pu inclure que 35.

Aussi notre étude a porté sur des pathologies qui sont une source de stigmatisation, ce qui fait que des patients se retrouvaient dans la rue même après la stabilisation de la maladie et leur réinsertion dans les familles. Ils étaient alors déclarés comme perdus de vue.

Les études qualitatives (focus groupes) sont très exigeantes en termes d'analyse. Dans notre cas, nous n'avons pas pu exploiter toutes nos informations parce que nous étions limités dans l'utilisation des logiciels d'analyse pour étude mixte tels que MAXQDA, NVIVO ou QDA Miner. Néanmoins les données colisées auprès de 35 patients nous ont permis d'obtenir des résultats que nous avons discutés. Tenant compte de la petite taille de notre échantillon, nous n'avions pas la prétention de comparer nos résultats avec des études populationnelles mais il était intéressant de montrer à travers cette discussion l'ampleur du problème lié aux maladies mentales.

Il serait alors important que d'autres études plus approfondies puissent mieux étayer cette problématique des troubles mentaux surtout en abordant la question de consommations des substances psychoactives chez les jeunes.



## CONCLUSION

Le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux restent insuffisants dans la région du nord du Burkina Faso. Aux représentations sociales s'ajoutent l'insuffisance en quantité et en qualité des services de santé, ce qui rend difficile la demande de plus en plus fréquente de soins par les patients et leurs familles.

Les maladies mentales touchent la tranche d'âge jeune de la population. Les patients souffrant de pathologies mentales et abandonnés dans les rues sont exposés à diverses comorbidités aggravant leur état de santé déjà précaire. Un accent particulier doit être mis sur les troubles liés à la consommation des substances psychoactives parce qu'ils constituent la porte d'entrée dans la maladie mentale. Le système de santé du Burkina Faso n'est pas suffisamment bien préparé pour répondre à cette problématique. Parmi les centaines d'associations et d'ONG présentes, seuls SAULER, CBM International et quelques centres confessionnels interviennent de façon opérationnelle dans la santé mentale.

Il serait alors intéressant que les autorités politique et sanitaire réagissent en élaborant un programme national de lutte contre les maladies mentales afin de réduire la prévalence des maladies mentales au Burkina Faso.

En termes de recommandations nous proposons :

➤ **à l'endroit des partenaires techniques et financiers et à la communauté internationale**

- Faire de la lutte contre les maladies mentales une priorité en allouant des ressources financières conséquentes dans le domaine de la santé mentale.

➤ **à l'endroit du ministre de la santé du Burkina Faso**

Elaborer et veiller à sa mise en œuvre, un programme national de lutte contre les maladies mentales prenant en compte les 04 objectifs spécifiques du plan d'action santé mentale 2013 – 2020 de l'OMS à savoir :

- renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale ;
- fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins en mettant l'accent sur la prise en charge communautaire comme le fait l'association SAULER ;

- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale ;

- renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

A défaut d'un programme, il serait important d'assurer des formations continues aux personnels infirmiers qui sont pour le moment le premier contact des malades dans les centres de santé ;

➤ **aux populations**

Avoir un mode de vie saine en proscrivant la consommation d'alcool, de tabac et les autres substances psychoactives tout en promouvant les activités récréatives et le sport individuel ou de masse, sources d'une bonne santé physique et mentale.

## REFERENCES

1. **Dalal S., Beunza JJ. et al.** Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa : what we know now. *Int J Epidemiol.* 2011;40:885–901.
2. **Mathers CD., Loncar D.** Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):442.
3. **Demyttenaere K., Bruffaerts R. et al.** Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization : World Mental Health Surveys. *J Am Med Assoc.* 2004;291(21):2581–90.
4. **Caron J., Liu A. et al.** A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can.* 2010;30(3):84–94.
5. **OECD/EU.** Health at a Glance : Europe 2018, State of health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. 216 p. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
6. **Kadri N., Agoub M. et al.** Moroccan national study on prevalence of mental disorders : a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121:71–4.
7. **Salah TT., Abdelrahman A. et al.** The mental health of internally displaced persons : An epidemiological study of adults in two settlements in Central Sudan. *Int J Soc Psychiatry.* 2013;59:782–8.
8. **Rijswijk EV., Hout VH. et al.** Barriers in recognising , diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians ; a focus group study. *BMC Fam Pr.* 2009;10:52.
9. **Organisation mondiale de la Santé.** Guide d'intervention mhGAP. Vol. 1.0. Genève; 2011.121p.[https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/)
10. **Macarayan EK., Gage AD. et al.** Assessment of quality of primary care with facility surveys : a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Heal.* 2018;6:e1176–85.
11. **Ouédraogo A., Ouango JG. et al.** Prevalence of mental disorders in the general population of Burkina Faso. *Encephale.* 2018;44(2). <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.03.002>
12. **Yaogo A., Sommer A. et al.** Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *Pan Afr Med J.* 2014;17:207.
13. **Ouédraogo A., Traore A. et al.** Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *Encephale.* 2006;32(4):437–43.
14. **Karfo K., Kiendrébéogo JA. et al.** Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso aspects épidémiologiques et cliniques á propos de 188 cas. *Ann Med Psychol (Paris).* 2011;169(3):160–6.

15. **Funk M., Benradia I. et al.** Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):331–9.
16. **Organisation mondiale de la Santé.** Troubles mentaux. Centre des médias. 2017 [cited 2018 Mar 10]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
17. **Bonful HA., et Anum A.** Sociodemographic correlates of depressive symptoms : a cross-sectional analytic study among healthy urban Ghanaian women. *BMC Public Health.* 2019;19(1):50.
18. **Baxter A., Cheng HG. et al.** Social correlates of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a review. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3:832–41.
19. **Duthé G., Rossier C. et al.** Mental health and urban living in sub-Saharan Africa: Major depressive episodes among the urban poor in Ouagadougou, Burkina Faso. *Popul Health Metr.* 2016;14:18–27.
20. **Sarris J. C Logan A. et al.** Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry.* 2015;2(3):271–4.
21. **Lai JS. Hiles S., et al.** A systematic review and meta - analysis of dietary patterns and depression in community - dwelling adults. *Am J Clin Nutr.* 2014;99:181–97.
22. **Kamara S., Walder A. et al.** Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra. *Bull World Heal Organ.* 2017;95:842–7.
23. **de Jong JP., Scholte WP. et al.** The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(3):171–7.
24. **Brackbill RM., Stellman SD. et al.** Mental health of those directly exposed to the World Trade Center disaster: Unmet mental health care need, Mental health treatment service use, And quality of life. *Soc Sci Med.* 2013;81:110–4.
25. **Whooley MA., de Jonge P. et al.** Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *J Am Med Assoc.* 2008;300(20):2379–88.
26. **Laurin C., Moullec G. et al.** Pulmonary Perspective Impact of Anxiety and Depression on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Risk. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;185:918–23.
27. **Hughes E., Bassi S. et al.** Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3:40–8.
28. **Organisation Mondiale de la santé.** Santé et droits de l'homme. 2015 [cited 2018 Feb 18]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
29. **Direction générale des études et des statistiques sectorielles.** Annuaire statistique 2016.Ouagadougou;2017.[http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com\\_edocman&view=category&id=7&Itemid=1123&limitstart=10](http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_edocman&view=category&id=7&Itemid=1123&limitstart=10)
30. **Karfo K., Ouédraogo A. et al.** Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des troubles dissociatifs et somatoformes au Burkina Faso Burkina Faso. *Encephale.*

2012;38:31–6.

31. **Bakohariliva HA., Rafehivola IH. et al.** Etat des lieux des soins de premier recours des malades mentaux à antananarivo: Étude rétrospective. *Pan Afr Med J.* 2018;29:1.
32. **Chang G., Sherritt L. et al.** Adolescent cigarette smoking and mental health symptoms. *J Adolesc Heal.* 2005;36(6):517–22.
33. **Franc A.** Autisme chez la femme : l'insupportable retard dans le diagnostic. lefigaro.fr 2018 Jun;2. <http://sante.lefigaro.fr/article/autisme-chez-la-femme-l-insupportable-retard-dans-le-diagnostic/>
34. **Matcham F., Rayner L. et al.** The prevalence of depression in rheumatoid arthritis : a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology.* 2013;52:2136–48.
35. **Laursen TM.** Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res.* 2011;131(3):101–4.
36. **Henry V., Baghdadli A.** Impact des aspects socio-culturels sur l'accès aux soins des sujets en situation de handicap mental : le cas particulier d'une enfant gitane autiste. *Arch Pediatr.* 2016;23(6):599–602.
37. **Ministère de la santé du Burkina Faso.** Plan stratégique santé mentale 2014-2018. Ouagadougou;2014.[http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com\\_edocman&view=document&id=71&catid=20&Itemid=1133](http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_edocman&view=document&id=71&catid=20&Itemid=1133)
38. **Organisation mondiale de la santé.** Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Genève; 2013. [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/)

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Caractéristiques des participants aux groupes de discussion .....	13
Tableau 2 : Répartition des patients selon leur provenance .....	14
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients .....	15
Tableau 4 : Répartition de patients selon leur diagnostic .....	16

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1</b> : Images de la Collecte des données.....	III
<b>Annexe 2</b> : Des patients stabilisés exerçant des activités génératrices de revenus.....	IV
<b>Annexe 3</b> : Histoire de quelques patients.....	V
<b>Annexe 4</b> : Fiche de collecte .....	VI
<b>Annexe 5</b> : Présentation de l'association « Sauvons Le Reste ».....	VIII
<b>Annexe 6</b> : Présentation de CBM International .....	IX
<b>Annexe 7</b> : Description du projet « seconde chance » .....	X

## ANNEXES

### Annexe 1 : Images de la Collecte des données





**Annexe 2 : Des patients stabilisés exerçant des activités génératrices de revenus**



### Annexe 3 : Histoire de quelques patients

Boureima dit Masdi a vécu 35 ans dans les rues de Ouahigouya. Il avait élu pour domicile le site du grand marché où il mangeait les restes de nourriture dans les restaurants. Après sa prise en charge, il est aujourd'hui le gardien du grand marché. Malheureusement Bouraime n'a toujours pas de nouvelles de sa famille.



Tidiane a été enchaîné pendant plus de 4 ans dans ce taudis et nourrit comme un « animal domestique ». Sa jambe droite a faillit se rompre par la chaîne. Aujourd'hui, Tidiane vit dans sa famille. Il dit être souvent victime de stigmatisation ; « *il n'est pas rare que lors des causeries les gens me traitent de fou guérit, pour dire que mes arguments n'ont pas de valeur* », disait-il.



**Annexe 4 : Fiche de collecte**

N° de Fiche

**PATIENTS**

- 1. Age /..... /
- 2. Sexe M  F
- 3. Situation matrimoniale
  - Marié (e)
  - Célibataire
  - Divorcé (e)/séparé (e)
  - Veuf (ve)
- 4. Avez-vous des enfants ? Oui  Non  Préciser le nombre si Oui .....
- 5. Profession antérieure .....
- 6. Provenance
  - Burkina (Préciser province, ville, ou région) .....
  - Autre pays (Préciser) .....
- 7. Age de survenu de la maladie /...../
- 8. Date d'admission au centre (Ou Durée d'admission) ..... /..... /..... /
- 9. Pendant combien de temps avez-vous vécu dans la rue ? .....
- 10. Quelles sont les principales raisons pour que vous vous retrouviez dans la rue ?  
.....  
.....  
.....
- 11. Diagnostics actuels.....
- 12. Médicaments en cours  
.....  
.....
- 13. Circuit antérieur du malade
  - Médecine moderne Oui  Non
  - Médecine traditionnelle Oui  Non
  - Précisez les autres types .....
- 14. Stade actuel de la maladie : Stabilisé  Non stabilisé
- 15. Famille retrouvée : Oui  Non
- 16. La famille accepte-t-elle de vous accueillir à nouveau ? Oui  Non

**Sinon, pour quelles raisons ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**17. Comment vous sentez-vous aujourd’hui dans votre famille ?**

- Très bien intégré
- Assez bien intégré
- Bien intégré
- Insuffisamment intégré
- Pas du tout bien intégré

## **FAMILLES, PROCHES ET AGENTS DE SAULER**

Les questions suivantes ont été posées lors des focus groupes. Nous les avons mieux précisées en fonction des réponses des participants.

**18. Que savez-vous de la maladie mentale ? (Causes, Manifestations)**

.....  
.....  
.....

**19. Que pensez-vous des personnes qui souffrent d’une maladie mentale (Perceptions)**

.....  
.....  
.....

**20. Parlez-nous de la maladie de votre proche de son début jusqu’à ce jour (Mode de début, recours aux soins)**

.....  
.....  
.....

**21. Que s’est-il passé pour que votre proche se retrouve dans la rue ? (Maltraitance, agression, privation de liberté, refus de nourriture)**

.....  
.....  
.....  
.....

**22. Que pouvez-vous faire pour que les personnes atteintes de troubles mentaux n’abandonnent pas leur famille ? (Droits du patient, Intégration sociale, groupe d’entraide)**

.....  
.....  
.....  
.....

## **Annexe 5: Présentation de l'association « Sauvons Le Reste »**

L'association Sauvons Le Reste (SAULER) est le partenaire principal du projet « **seconde chance** ». SAULER est une structure associative d'envergure régionale (Région du nord du Burkina Faso), d'intérêts publics à but non lucratif et à vocation sociale et humanitaire qui œuvre depuis 2004 pour la prise en charge intégrée des personnes ayant un handicap psychosocial vivant dans la rue. L'association est basée à Ouahigouya et couvre les 04 provinces de la région : Loroum, Passoré, Yatenga et Zonoma. Elle a une reconnaissance officielle et a signé des conventions de collaboration avec le Ministère de la Santé et le Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille. Les organes de l'association sont fonctionnels avec une tenue régulière des rencontres du bureau exécutif et celles des assemblées générales. Les grandes décisions sont prises au cours des assemblées générales. Le personnel volontaire est composé de 06 personnes :

- un président exécutif, coordonnateur des projets et programmes ;
- une secrétaire comptable ;
- quatre animateurs conseillers.

La stratégie de SAULER consiste à identifier dans la rue les personnes ayant un handicap psychosocial, engager une négociation avec elles et leur proposer ses services, allant aussi bien de l'aide alimentaire, vestimentaire qu'aux soins d'hygiène corporelle. Il leur apporte également une protection dans ses locaux avant d'entamer un processus de recherche de familles. L'association fonctionne grâce aux cotisations des membres, des dotations de vivres et vêtements de structures nationale et internationale. Elle bénéficie aussi de soutiens financiers ponctuels qui lui permettent de réaliser des activités de formation, des activités génératrices de revenus (élevage, petits commerces) et des causeries débats.

## **Annexe 6 : Présentation de CBM International**

Pour mener notre étude, nous avons fait un stage de dix semaines dans le Bureau Pays de CBM International du Burkina Faso. C'est un bureau qui, depuis 2013, met en œuvre des projets de lutte contre les maladies mentales dans plusieurs régions du Burkina Faso. Notre étude a porté sur l'un des projets à savoir le projet « **seconde chance** ».

CBM est une Organisation non gouvernementale qui travaille à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans les parties les plus pauvres du monde. Le travail de CBM est fondé sur les valeurs du christianisme, de l'internationalisme, de l'intendance, de la communication honnête et de l'inclusion héritées de son fondateur, le pasteur Ernst Jakob Christoffel.

Il existe 11 associations membres basées en Europe, Amérique du nord, Australie et Afrique qui fournissent un lien vital entre les personnes handicapées et celles qui ont l'intérêt, la capacité et les ressources pour les aider. Les associations membres soutiennent les programmes dans le monde entier, mobilisent des ressources auprès des individus et des institutions et mènent des campagnes nationales de sensibilisation pour s'assurer que les droits et besoins des personnes handicapées dans les pays en développement ne soient pas oubliés.

CBM est organisé en Bureau international dont le siège est en Allemagne, en cinq Bureaux Régionaux qui travaillent directement avec les Bureaux Pays. Dans toutes les régions pauvres du monde, l'accent est mis sur le développement des capacités locales. Les Bureaux Pays travaillent en partenariat avec les associations locales pour la mise en œuvre des projets et programmes. Cela augmente la prestation de services dans le domaine de la santé, l'éducation, de la réhabilitation et du développement des moyens de subsistance, ainsi le développement organisationnel des organisations partenaires.

## **Annexe 7 : Description du projet « seconde chance »**

Le projet « seconde chance » comme son nom l'indique vise à redonner vie aux personnes handicapées psychosociales de la région du Nord en leur offrant des opportunités en matière de soins, écoute attentive et bienveillante, respect de leur droit et réinsertion au sein de la communauté s'ils le désirent. Il est né d'une initiative de l'association SAULER qui œuvre depuis 2004 à recueillir les personnes vivant avec un handicap psychosocial et rejetées par la communauté dans la région du Nord. En 2012, SAULER a sollicité un partenariat avec CBM pour renforcer son intervention au vu de son domaine d'intervention au Burkina Faso. Pour ce faire, une étude de faisabilité a été réalisée par SAULER sur financement de CBM. Il ressort de cette étude un besoin pressant d'intervention sur le plan sociale, communautaire, familiale, culturelle, juridique et médicale.

Le projet propose :

- d'une part la formation des agents de santé pour une meilleure intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire par l'utilisation du guide d'intervention mhGAP de l'OMS : « Comblent les lacunes en santé mentale ». Environ 200 agents de santé et 20 agents de SAULER ont été formés à cet effet.
- d'autre part des prestations de service spécialisées pour les personnes de la rue souffrant d'un handicap psychosocial, autour d'un centre d'accueil, de transit, de prise en charge et de réinsertion socioéconomique tenu par SAULER en collaboration avec les structures déconcentrées de l'Etat comme l'action sociale, la santé et la commune de Ouahigouya. Le centre offre un ensemble de services tels que : l'approche des bénéficiaires potentiels dans la rue, l'accueil et l'écoute, l'offre de service de base en santé et hygiène, la médiation/reconstruction des liens de famille pour une éventuelle réinsertion, le support juridique, le référencement et suivi vers des soins psychologiques et médicamenteux si nécessaire, le travail occupationnel et autres.