

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française  
au service du développement africain

SN

# **Profil épidémiologique des malades mentaux errants de la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : A propos des patients pris en charge par le Centre Notre Dame de l'Espérance**

Présenté par

**NITIEMA Wendkouni Kadidia Épouse COMPAORE**

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

Département Santé

Spécialité Santé Publique Internationale

le 27 Septembre 2021

Devant le jury composé de :

Pr. Roger SALAMON Président

Directeur Honoraire de l'ISPED

Pr. Patrick THONNEAU Examineur

Directeur du Département Santé

Pr. Pierre Traissac Examineur

Ingénieur de recherche, IRD, Montpellier

## **Remerciements**

Merci à l'équipe du Centre Notre Dame de l'Espérance et du Centre Laudato Si pour l'Education, la Réhabilitation et la Réinsertion pour l'accueil et l'accompagnement.

Merci spécial à Dr Siranyan Sélouké d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci à Dr Saïdou Ouédraogo, alumni de la 16<sup>ème</sup> promotion de Santé Internationale de l'Université Senghor à Alexandrie pour l'accompagnement.

Merci à l'ONG CVCS pour le financement de cette étude au travers du projet RENAISSANCE.

Merci à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce document.

## **Dédicace**

A mon fils, Wendyam Jad Nahil dont la naissance a été la meilleure chose qui me soit arrivée au cours de ces deux années d'études.

A mon époux Abdoul Kader pour sa présence, sa patience et ses encouragements en toutes circonstances. Ce travail est aussi l'aboutissement de tes efforts.

A ma famille qui n'a jamais cessé de croire en moi et de m'accompagner dans mes projets.

A vous mes amis avec qui j'ai vécu cette aventure égyptienne. Vous m'avez été d'un grand soutien. Merci spécial à toi cher collègue, ami et frère Daniel Koala.

## Résumé

**Introduction :** Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique dans le monde de par leur charge de morbidité, le lourd tribut qu'ils prélèvent en termes d'incapacité et de décès mais aussi la charge socio-économique qu'ils représentent. L'errance qui peut s'en accompagner est le reflet d'un échec à plusieurs niveaux des mécanismes de prise en charge. Notre étude avait pour but de décrire le profil épidémiologique des malades mentaux errants de la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

**Patients et méthode :** Nous avons mené une étude transversale du 1<sup>er</sup> Juin au 30 Août 2021 auprès des patients pris en charge par les centres de l'Association Saint-Camille de LELLIS.

**Résultats :** Au total, 65 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients était de  $41,64 \pm 10,98$  ans. Le sex ratio était de 1,8 en faveur des hommes. Les agriculteurs et commerçants constituaient l'essentiel de notre échantillon et 1 patient sur deux n'était pas scolarisé. Un antécédent familial de maladie mentale avait été retrouvé chez 14 patients. Un environnement familial conflictuel pendant l'enfance avait été retrouvé dans 23% des cas et 1 patient sur 5 disait avoir subi des violences pendant l'enfance. La famille s'était impliquée dans 62% des cas dans la recherche de soins lorsque la maladie s'était déclarée mais 45% des patients jugeaient néanmoins leurs proches responsables de leur errance. 1 patient sur deux n'était plus en contact avec sa famille. Les premiers symptômes de la maladie étaient apparus avant l'âge de 30ans chez trois quarts des patients. Un patient sur deux avait consommé des substances psychoactives dont 13% des drogues. Plus de 80% des patients avaient eu à recourir à des soins avant leur admission au centre, la tradithérapie avec 39% était le recours le plus fréquent. 25% d'entre eux avaient été enfermés ou enchaînés de force à cause de leur maladie. Les patients ayant vécu moins de trois mois dans la rue et ceux ayant vécu un à deux ans étaient les plus nombreux à 20% chacun. Cinq cas d'abus sexuels pendant l'errance avaient été notifiés dont quatre ayant conduit à des grossesses et deux accouchements non assistés dans la rue. La schizophrénie était le diagnostic le plus évoqué (80%). Trois quarts des patients étaient stables cliniquement. Un essai de réinsertion sociale avait été mené pour cinq patients et 37% avaient bénéficié d'un essai de réinsertion professionnelle.

**Conclusion :** Il existe peu de données sur les malades mentaux errants au Burkina Faso et ceux-ci ne sont pas réellement pris en compte dans les stratégies nationales. La maladie mentale se guérit et le malade errant peut être réhabilité pour peu qu'il y ait de l'intérêt et un engagement auprès des associations qui travaillent en leur faveur.

**Mots clés :** Malades mentaux errants, troubles mentaux, profil, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

## Abstract

**Introduction:** Mental disorders are a major public health problem in the world because of their burden of disease, the heavy toll they take in terms of disability and death, and the socio-economic burden they represent. The wandering that can accompany it reflects a failure at several levels of the management mechanisms. The aim of our study was to describe the epidemiological profile of wandering mental patients in the city of Bobo-Dioulasso in Burkina Faso.

**Patients and method:** We conducted a cross-sectional study from June 1 to August 30, 2021 among patients treated by the centers of the Association Saint-Camille de LELLIS.

**Results:** A total of 65 patients were included in the study. The mean age of the patients was  $41.64 \pm 10.98$  years. The sex ratio was 1.8 in favor of men. Farmers and shopkeepers constituted the bulk of our sample and 1 out of 2 patients had no schooling. A family history of mental illness was found in 14 patients. A conflictual family environment during childhood was found in 23% of the cases and 1 patient out of 5 said that they had been abused during childhood. The family had been involved in seeking care in 62% of cases when the disease had appeared, but 45% of patients nevertheless considered their relatives to be responsible for their wandering. 1 patient out of 2 was no longer in contact with his family. The first symptoms of the disease appeared before the age of 30 in three quarters of the patients. One patient out of two had used psychoactive substances, including 13% who had taken drugs. More than 80% of the patients had had recourse to care before their admission to the center, traditherapy with 39% was the most frequent recourse. 25% of them had been locked up or forcibly chained because of their illness. Patients who had lived on the street for less than three months and those who had lived for one to two years were the most numerous at 20% each. Five cases of sexual abuse during wandering were reported, four of which led to pregnancies and two to unassisted deliveries on the street. Schizophrenia was the most frequently mentioned diagnosis (80%). Three quarters of the patients were clinically stable. A social reintegration trial had been conducted for five patients and 37% had benefited from a vocational reintegration trial.

**Conclusion:** There is little data on wandering mental patients in Burkina Faso and they are not really taken into account in national strategies. Mental illness can be cured and the wandering patient can be rehabilitated if there is interest and commitment to the associations that work on their behalf.

**Key words:** Wandering mental patients, mental disorders, profile, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

<b>ASCL</b>	Association Saint-Camille de Lellis
<b>Cler</b>	Centre Laudato si pour
<b>CNDE</b>	Centre Notre Dame de l'Espérance
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>Pnud</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement

## Tables des matières

Remerciements .....	i
Dédicace .....	ii
Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Tables des matières.....	vi
Liste des tableaux et figures.....	viii
1 Contexte et justification .....	1
1.1 La maladie mentale dans le monde .....	1
1.2 Les défis liés à la maladie mentale au Burkina Faso .....	2
1.3 La problématique de l'errance .....	3
2 Objectifs de l'étude .....	3
2.1 Objectif général .....	3
2.2 Objectifs spécifiques .....	3
3 Méthodologie .....	4
3.1 Cadre de l'étude .....	4
3.2 Type et période d'étude.....	5
3.3 Population d'étude et type d'échantillonnage .....	5
3.4 Critères d'inclusion.....	5
3.5 Variables d'études.....	5
3.6 Outils et méthode de collecte des données .....	6
3.7 Collecte et traitement des données.....	7
3.8 Considérations éthiques.....	7
4 Résultats.....	7
4.1 Diagramme de flux .....	7
4.2 Résultats globaux .....	7
4.3 Rôle et place de la famille .....	9
4.4 Histoire de la maladie.....	11
4.5 Prise en charge, évolution et acquisitions au sein des centres de l'Association .....	13
4.6 Réinsertion socio-professionnelle, autonomisation et perspectives d'avenir .....	14
5 Discussion et commentaires .....	15

6	Conclusion et recommandations .....	18
	RÉFÉRENCES .....	20
	ANNEXE .....	viii



## Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : répartition des patients selon caractéristiques sociodémographiques.....	8
Tableau 2 : Répartition des patients selon le rôle et la place de la famille dans leur parcours.....	10
Tableau 3: Répartition des patients selon le temps passé dans la rue .....	12
Tableau 4: Répartition des patients selon le diagnostic évoqué.....	14
Figure 1 : Répartition des patients selon la consommation de substances psychoactives.....	11
Figure 2 : Répartition des patients selon le parcours thérapeutique avant l'admission.....	12
Figure 3 : Répartition des patients selon les incidents subis pendant la période d'errance.....	13

# 1 Contexte et justification

## 1.1 La maladie mentale dans le monde

Selon l'Association des médecins psychiatres du Québec, la maladie mentale se définit comme « un ensemble de dérèglement au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales » (1). Ces dérèglements ou troubles mentaux comprennent la schizophrénie, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, les troubles anxieux, les déficiences intellectuelles, la dépression, la démence, les troubles bipolaires et les troubles du développement et du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence y compris l'autisme (2). Cinq d'entre eux comptent parmi les dix pathologies majeures du 21<sup>e</sup> siècle selon l'OMS. Ce sont la schizophrénie, les troubles bipolaires, les dépressions, les troubles liés à l'abus des substances psychoactives et les troubles obsessionnels compulsifs.

Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique de par leur charge de morbidité et le lourd tribut qu'ils prélèvent en vies humaines. En 2004, l'OMS estimait à 13% la charge de morbidité des troubles mentaux à l'échelle mondiale. C'était donc plus de 450 millions de personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement dont près d'un millions qui se suicident chaque année. Ces personnes sont exposées à des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne. Les dépressifs majeurs et les schizophrènes par exemple ont de 40 à 60% plus de risques que la population générale de mourir prématurément (2).

La maladie mentale a un fort impact économique sur les individus, les ménages, les communautés et les pays. Cet impact est double. D'une part, la perte de revenu liée à l'incapacité de la personne souffrant de troubles mentaux de travailler et d'autre part les coûts engendrés par la prise en charge de la maladie. Les dépenses pour le traitement des maladies mentales et les toxicomanies étaient estimées à 85,3 milliards de dollars US en 1997 pour les Etats Unis et 14,4 milliards de dollars canadiens pour le Canada en 1998 (3). Des dépenses qui sont difficilement imaginables pour les pays en voie de développement ce qui explique le grand écart qui existe entre l'offre et les besoins dans le traitement. L'OMS en 2004 estimait que 76 à 85% des personnes atteintes de troubles mentaux sévères ne recevaient aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (2).

La maladie mentale rend l'individu vulnérable et marginal. Les personnes souffrant de maladie mentale ont plus de risque de se retrouver dans la rue sans logis, d'être incarcérés à tort et de subir des violations de leurs droits fondamentaux. Elles sont facilement exposées à des conditions de vie peu hygiéniques et inhumaines, à des sévices ou des abus sexuels autant dans des institutions de prise en charge que dans les familles ou la rue (2).

Les défis sont grands, urgents et ce partout dans le monde.

## **1.2 Les défis liés à la maladie mentale au Burkina Faso**

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays enclavé de 274 200 km<sup>2</sup>. La population en 2018 était estimée à 20 244 000 habitants dont plus de la moitié est âgée de moins de 16 ans. Le pays fait partie des moins avancés au monde. Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) dans son rapport de 2017 le classait 183<sup>ème</sup> sur 189 pays avec un indice de développement humain (IDH) de 0,42. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 40,1%. Le système de santé est de type pyramidal avec à la base les Centres de Santé et de Promotion Sociale qui constituent le premier échelon de soins (4).

Dans le domaine de la santé mentale, le Burkina Faso a adhéré à la résolution de l'Assemblée mondiale en 2013 pour la mise en œuvre du projet « la santé mentale pour tous ». Une volonté politique certes affichée mais confrontée à de nombreuses difficultés desquelles (4) :

- une faible coordination dans les interventions de santé mentale avec un faible engagement des acteurs locaux, une insuffisance de collaboration entre les structures du ministère de la santé et les ONG et associations travaillant dans le domaine de la santé mentale ;
- des prestations de soins de santé mentale quasi inexistantes au niveau du premier échelon de soins ;
- une insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines avec une mauvaise répartition géographique. Dans le domaine public, on recensait en 2019, onze (11) médecins psychiatres, 86 infirmiers spécialisés en santé mentale, 05 psychologues, 10 neurologues répartis essentiellement sur trois villes du pays ;
- une faible disponibilité des médicaments de prise en charge des troubles mentaux avec insuffisance de stock ;
- une insuffisance de la prise en compte des données de santé mentale dans le système national d'information sanitaire ;
- le manque de financement pour la recherche dans le domaine de la santé mentale et une faible diffusion des résultats de la recherche ;
- l'absence de prise en compte des pathologies mentales dans les systèmes de subventions de l'Etat.

La problématique de la maladie mentale est pourtant un fait. Une enquête en population réalisée en 2015 rapportait une prévalence de 41,13% des troubles mentaux chez les plus de 18 ans (5). Des chiffres qui démontrent de l'importance du problème dans notre pays et qui vont certainement aller en augmentant au vu de la situation actuelle du pays :

- la recrudescence des attaques terroristes au nord du pays avec plus d'un million de déplacés internes.
- la propagation de la consommation des substances psychoactives en population générale et surtout parmi les jeunes.

### **1.3 La problématique de l'errance**

Comme le dit Tiquet dans son ouvrage « une histoire de la folie en Afrique de l'Ouest : définir, gouverner et vivre le désordre mental » : « Le fou-errant constitue une figure idéal-typique de la folie en Afrique. Reconnaissable entre tous, c'est celui qui déambule dans les capitales africaines. La nudité, les propos incohérents, la saleté parfois, constituent des marqueurs de la déviance mentale pour la société » (6). Au Burkina Faso, un artiste-chanteur dans les années 2000 disait : « dans mon village on est pas développé mais seuls les fous mangent et dorment dehors ». Des propos qui renforcent l'image typique de folie que représente le malade errant. Ces patients qui déambulent dans les rues et cohabitent avec les populations sont devenus « une normalité », « un élément de décor ». L'errance pourtant représente le point de rencontre entre la maladie mentale et l'échec de la société et de la politique. Si les politiques dans la plupart des pays africains n'intègrent pas assez la problématique de la santé mentale dans leurs programmes, les malades mentaux errants sont les plus oubliés encore. Ils ne sont réellement pris en compte que lorsqu'ils constituent une gêne à l'hygiène publique lors de visites de personnalités étrangères dans le pays ou de grandes manifestations à visée politique ou touristique. Ils sont alors tout simplement déguerpis, raflés des rues des grands centres urbains vers des villages plus éloignés. Tiquet en fait justement cas en évoquant les villes de Koutal et Djimkoré au Sénégal et de Ouahigouya et Yako au Burkina Faso où les fous des capitales étaient déversés (6). Lorsque l'on parcourt le Plan stratégique santé mentale 2020-2024 du Ministère de la Santé et qu'il n'est fait cas des malades mentaux errants que dans le point 1 de la partie « planning opérationnel des activités » l'on voit aisément la place qu'ils occupent dans nos politiques de santé. Mais qui sont donc ces personnes aujourd'hui appelés « fous-errants » ? Quelle est leur histoire et leur parcours avec la maladie mentale ? Quels sont eux aussi leur projet de vie ? Ce sont justement les questions que nous nous sommes posées dans cette étude.

## **2 Objectifs de l'étude**

### **2.1 Objectif général**

Décrire les caractéristiques épidémiologiques des malades mentaux errants pris en charge par les centres de l'Association Saint Camille de Lellis de Bobo-Dioulasso.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques générales des patients
- Décrire la place de la famille dans l'histoire du malade
- Ressortir les éléments de l'itinéraire thérapeutique et de prise en charge
- Déterminer la situation des malades sur le plan de la réinsertion socio-professionnelle

### **3 Méthodologie**

#### **3.1 Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée au sein du Centre Notre Dame de l'Espérance (CNDE) de Bobo-Dioulasso. Ce centre médico-social est né de l'initiative de l'Association Saint-Camille de Lellis qui est une association de droit burkinabé engagée dans l'action caritative au bénéfice des personnes vivant avec un handicap mental.

Ouvert le 29 Décembre 2014, le CNDE a pour objectif l'accueil, la prise en charge et la réhabilitation des malades mentaux abandonnés dans les familles, les rues, les villages et dont plus personne n'en prend soin.

Le CNDE se subdivise en deux sites : le site principal qui est en pleine ville de Bobo-Dioulasso à l'entrée de la Grande Mission et le site secondaire appelé Centre Laudato Si pour la Réinsertion sociale (CLER) situé dans le village de Doufiguisso qui est à 25 km de Bobo-Dioulasso à sa sortie.

Le site principal abrite les bureaux de consultation, les salles de soins et de garde pour le personnel soignant mais également un pensionnat pour les malades récupérés dans les rues ou référés par d'autres services. On y trouve un personnel non résident constitué des administrateurs, d'un psychiatre, des médecins généralistes, des psychologues, des infirmiers et agents itinérants de santé et du personnel de soutien. Le personnel résident essentiellement composé de malades mentaux stables, s'occupe des activités de la vie quotidienne des pensionnaires (cuisine, soins d'urgence, surveillance, écoute, ...). C'est là que s'organisent les activités :

- de récupération des patients dans les rues
- l'accueil des patients et de « leurs familles »
- la prise en charge médicale (mise en route du traitement et suivi)
- la surveillance des malades dans leurs contacts avec les autres pensionnaires
- les activités de réinsertion primaire (jardinage, élevage à petite échelle, tissage, sport, mosaïque, ...)

Le site de Doufiguisso (CLER) accueille les patients stabilisés venant du site primaire. Il abrite à deux endroits distincts du village le pensionnat des hommes et celui des femmes.

Le pensionnat des hommes comprend les logements, une cuisine, un enclos d'élevage de poules et de dindons, l'espace de jardinage où poussent divers légumes, les champs où sont cultivés du mil, du maïs, des arachides, du sorgho, du riz. Les pensionnaires hommes et femmes y travaillent sous la supervision d'un technicien agronome. Ce site assure l'approvisionnement des autres en céréales, légumes, viande.

Le pensionnat des femmes est peu distant de celui des hommes et comporte une cuisine, les logements des patients, le logement du personnel soignant résident de Doufiguisso (une

infirmière et un agent itinérant de santé), un dispensaire équipé et un enclos pour l'élevage de canards.

### **3.2 Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude transversale couvrant la période du 1<sup>er</sup> Juin au 30 Août 2021.

### **3.3 Population d'étude et type d'échantillonnage**

Notre population d'étude était constituée par les patients souffrant de troubles mentaux, ayant connu l'errance et pris en charge par le CNDE.

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif. Tout patient répondant aux critères d'inclusion et n'ayant aucun facteur d'exclusion était pris en compte dans notre étude.

### **3.4 Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans l'étude :

- Les patients souffrant de maladie mentale, ayant fait l'expérience de l'errance et toujours pris en charge par le CNDE pendant notre période de collecte des données.
- Tout patient ayant souffert de maladie mentale et fait l'expérience de l'errance, déclaré stable mais toujours pris en charge ou même employé par le CNDE pendant notre période de collecte des données.

Les patients ne répondant pas à ces critères étaient d'office non inclus dans l'étude.

Certains patients répondant à nos critères d'inclusion ont néanmoins été exclus de l'étude devant l'impossibilité d'administrer le questionnaire du fait de leur état d'agitation, de la forte imprégnation aux neuroleptiques, des difficultés de communication ou du refus de participer.

### **3.5 Variables d'études**

Pour cette étude, nous nous sommes intéressés aux variables suivantes :

- *Les variables socio-démographiques :*
  - l'âge : nous avons considéré l'âge en années révolues du patient au 31 Décembre 2020
  - le sexe : masculin ou féminin
  - la profession : celle que faisait le patient avant son épisode de maladie
  - le niveau d'étude :
  
- *les variables liées au rôle de la famille dans le parcours du malade*
  - la situation maritale : c'est le statut matrimonial du patient avant le début de l'épisode de maladie ayant conduit à sa prise en charge au centre
  - l'antécédent de maladie mentale dans la famille

- les antécédents de violence pendant l'enfance : elle recherche des notions de maltraitance physique, psychologique, sexuel ou de la négligence.
  - la notion de conflits familiaux pendant l'enfance : elle concerne les disputes familiales/parentales qui auraient pu influencer le développement de l'enfant et leur potentiel influence sur l'apparition de la maladie mentale selon la conception du patient lui-même.
  - l'implication de la famille (des proches) dans la recherche des soins lorsque la maladie s'est déclarée.
  - la responsabilité de la famille dans l'errance
- *les variables liées à l'histoire de la maladie*
- l'âge de survenue de la maladie : c'est l'âge qu'avait le patient lorsque selon lui sont apparus les premiers signes de maladie mentale.
  - la consommation de substances psychoactives
  - les différents recours thérapeutiques vers lesquels le patient s'est tourné avant d'arriver au centre
  - les antécédents de contention du fait de la maladie
  - le temps passé dans la rue recensant également les différents incidents subis au cours de ce temps d'errance
- *les variables liées à la prise en charge, l'évolution et les acquisitions du patient dans le centre*
- le mode d'admission : c'est la voie par laquelle le patient a été amené au centre de prise en charge.
  - le diagnostic retenu par le médecin
  - l'utilisation de neuroleptiques dans le parcours thérapeutique du patient et leur utilisation dans le traitement qui était en cours au moment de notre passage.
  - le délai de prise en charge du patient par les centres de l'ASCL
  - la stabilité du patient : elle est évaluée par le médecin traitant sur la base de la régression partielle ou totale des symptômes, un respect et une continuité de la prise en charge.
  - les acquisitions du patient concernent les activités qu'il a appris à faire au cours de son séjour au centre.
- *La réinsertion socio-professionnelle, l'autonomisation et les perspectives d'avenir*
- les essais de réinsertion sociale c'est-à-dire une courte ou moyenne période où le malade stabilisé est mis en essai de réinsertion en famille.
  - les essais de réinsertion professionnelle c'est-à-dire un court ou moyen séjour dans un cadre professionnel avec des objectifs prédéfinis en accord avec le malade, les équipes du centre, la famille et le tuteur professionnel.
  - l'issue positive ou négative de ces différents essais.

### **3.6 Outils et méthode de collecte des données**

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire semi-structuré conçu à cet effet et qui avait pour but de recueillir le maximum d'informations justes et pertinentes pour dresser le profil épidémiologique de notre population d'étude.

Le remplissage du questionnaire a été fait par :

- la consultation des registres du CNDE et des dossiers des patients
- des entretiens avec le personnel soignant par rapport aux données de réinsertion professionnelle
- des entretiens semi-directifs avec les patients seuls ou accompagnés (selon que l'entretien coïncidait avec la présence d'un proche venu rendre visite).
- la langue du terroir étant le dioula, la présence d'un traducteur issu du CNDE a été requise.

### **3.7 Collecte et traitement des données**

Les données recueillies sur papier ont ensuite été introduites dans l'application Kobo collect connectée à un compte Kobo Toolbox puis exportées en fichier Excel sur Epi info pour l'analyse.

### **3.8 Considérations éthiques**

L'accord préalable du Secrétaire Général de l'Association Saint Camille de LELLIS a été recueilli avant la mise en route de l'étude. Les participants ont été informés de l'objectif et de l'intérêt de l'étude et leur consentement verbal a été demandé avant l'administration du questionnaire.

## **4 Résultats**

### **4.1 Diagramme de flux**

Nous avons au total rencontré 121 patients au cours de notre période de collecte dont :

- 95 que nous avons interviewés
- 26 que nous n'avons pas pu interviewés pour des raisons diverses : refus de communiquer, difficultés à parler, violence verbale, forte imprégnation aux neuroleptiques, refus de participer à l'étude. Parmi ces 26 patients, la notion d'errance était retrouvée pour 18 d'entre eux.

Parmi les 95 patients interviewés, la notion d'errance a été clairement mise en évidence pour 65 d'entre eux soit au travers du dossier soit au cours de l'interrogatoire et c'est ce nombre que nous avons retenu et qui a constitué notre échantillon.

Notre échantillon étant de faible taille, nos pourcentages ont été arrondis dans les différents calculs statistiques.

### **4.2 Résultats globaux**

Selon la répartition par centre, les pensionnaires du site primaire CNDE représentaient 62% de l'échantillon contre 38% pour le site secondaire CLER.



L'âge moyen dans notre échantillon était de  $41,64 \pm 10,98$  ans avec des extrêmes de 20 et 67 ans. Trois quarts des patients avaient moins de 50 ans.

Les hommes étaient majoritaires avec un sex-ratio de 1,8.

Les professions cultivateur et commerçant étaient les plus représentées avec respectivement 31% et 23%.

Un patient sur deux n'était pas scolarisé.

**Tableau 1** : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Fréquence	Pourcentage%
<b>Age (n=64)</b>		
[20 – 29 ans]	10	16
[30 – 39 ans]	15	23
[40 – 49 ans]	25	39
[50 – 59 ans]	11	17
[60 – 69 ans]	3	5
<b>Sexe (n=65)</b>		
Homme	42	65
Femme	23	35
<b>Profession (n=65)</b>		
Cultivateur	20	31
Commerçant	15	23
Salarié	3	4
Etudiant / Elève	5	8
Ouvrier	5	8
Femme au foyer	5	8
Autre	7	10
Sans emploi	5	8
<b>Niveau d'étude (n=65)</b>		
Aucun	33	51
Primaire	19	29
Secondaire	10	15

---

Supérieur	3	5
-----------	---	---

---

### 4.3 Rôle et place de la famille

Célibataires et mariés constituaient l'essentiel de notre échantillon avec des fréquences respectives de 48% et 41%.

Un patient sur deux (52%) avait un ou plusieurs enfants.

Un antécédent familial de maladie mentale était retrouvé chez 14 patients parmi les 65.

Un patient sur cinq disait avoir subi des maltraitances pendant l'enfance. Les violences physiques étaient les plus fréquentes (10%) et un cas de violence sexuelle a été rapporté.

Un environnement conflictuel pendant l'enfance était retrouvé chez 15 de nos patients (23%) et 3 d'entre eux soit 21% jugeaient que cet environnement délétère avait un lien causal direct avec leur maladie.

Plus de la moitié (62%) des patients a reconnu que la famille s'est impliquée pour la recherche de soins lorsque les troubles ont commencé et presque autant (51%) ont jugé que leurs proches n'étaient pas responsables de leur errance mais que cela relevait des manifestations de la maladie. On note néanmoins que 75% de ceux qui jugent que leurs proches ne se sont pas impliqués dans la recherche des soins et qui ont répondu à la question sur la responsabilité de la famille par rapport à leur errance, jugent la famille responsable de cette errance.

Cinquante-cinq pour cent (55%) de nos patients n'étaient pas en contact avec leur famille au moment où nous les interrogeons, pas de visite ni d'appels téléphoniques.

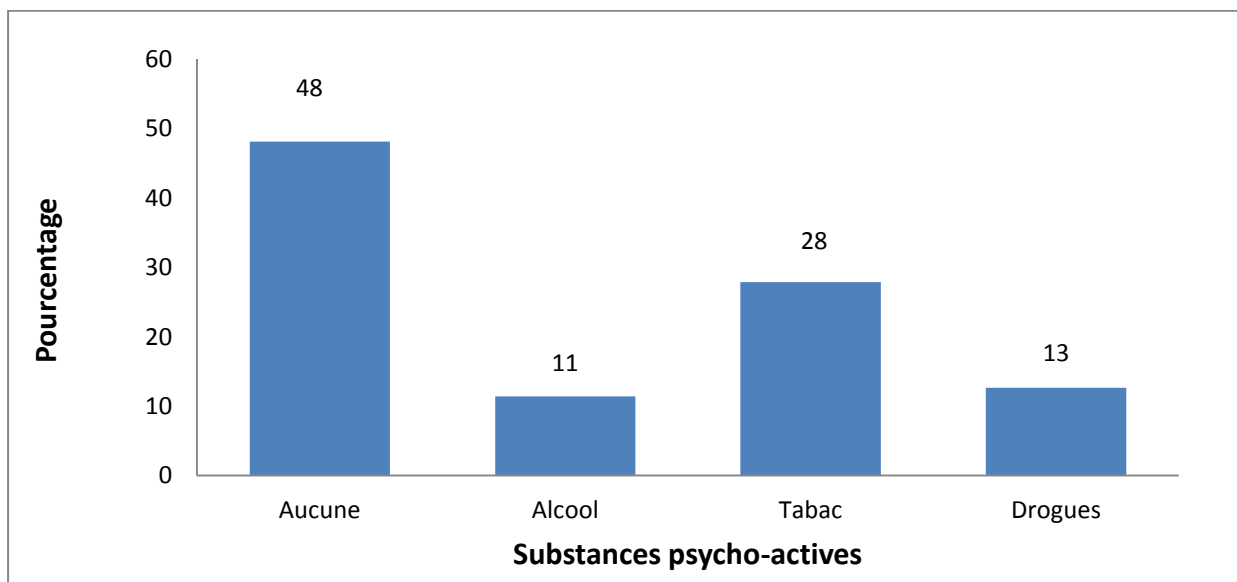
**Tableau 2 :** Répartition des patients selon le rôle et la place de la famille dans leur parcours

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Situation maritale (n=64)</b>		
Célibataire	31	48
Marié (e)	26	41
Divorcé (e)	4	6
Veuf/ Veuve	3	5
<b>Antécédent familial de maladie mentale (n=65)</b>		
Oui	14	22
Non	36	55
Ne sait pas	15	23
<b>Antécédent de violences subies à l'enfance</b>		
Aucune	54	79
Physique	7	10
Psychologique	5	7
Négligence	1	2
Sexuelle	1	2
<b>Environnement familial conflictuel à l'enfance</b>		
Oui	15	23
Non	49	77
<b>Implication de la famille dans la recherche de soins</b>		
Oui	40	62
Non	11	17
Ne sait pas	14	21
<b>Responsabilité de la famille dans l'errance</b>		
Oui	20	45
Non	23	51
Partagée	2	4
<b>Contact avec la famille</b>		
Oui	29	45
Non	36	55

#### 4.4 Histoire de la maladie

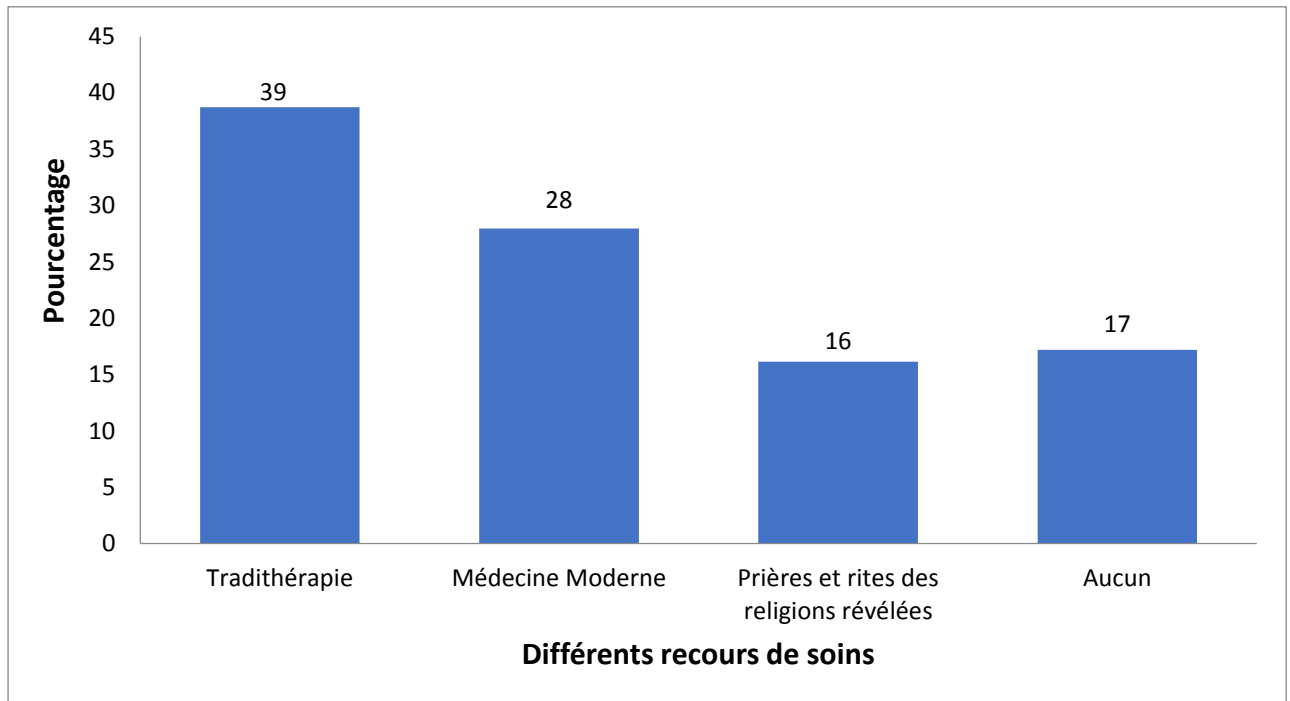
L'âge de survenue de la maladie a pu être estimé chez 39 de nos patients. Il en ressort que l'âge moyen d'apparition des premiers symptômes de la maladie est de 25,33 ans avec des extrêmes de 18 et 57 ans. Chez trois quarts des patients, la maladie s'était déclarée avant 30 ans.

La consommation de substances psychoactives était retrouvée chez un peu plus d'un patient sur deux. Les consommateurs de tabac (consommé seul ou associé à d'autres SPA) étaient les plus nombreux avec un pourcentage de 28 %. On notait chez 10 des patients une consommation de drogues, essentiellement le cannabis et des médicaments tels que le Tramadol vendus dans la rue.



**Figure 1 :** Répartition des patients selon la consommation de substances psychoactives

Quatre patients sur cinq (83%) avaient eu recours à des soins d'autres types avant l'admission au CNDE. La tradithérapie était le premier recours associée ou non à la médecine moderne ou aux prières et rites des religions révélées.



**Figure 2 :** Répartition des patients selon le parcours thérapeutique avant l'admission

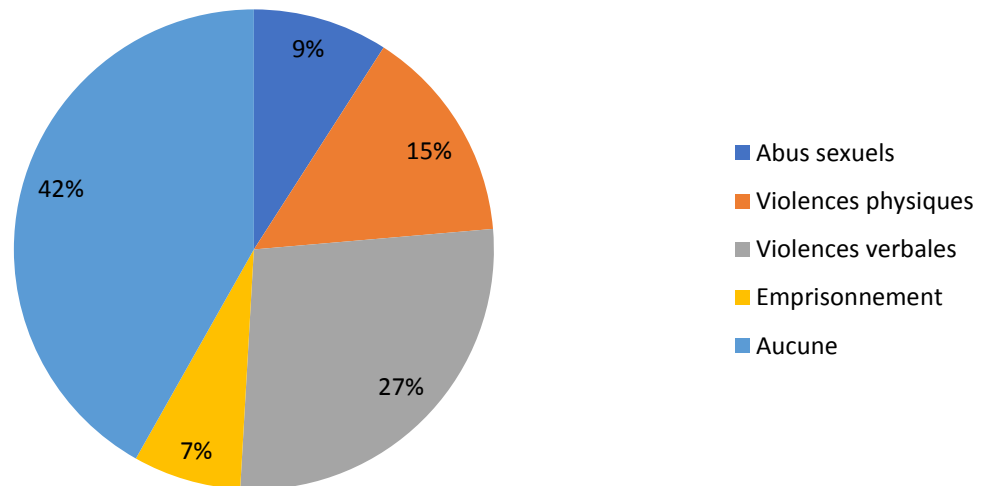
Du fait de leur maladie, 25% des patients disaient avoir été enchaînés ou enfermés.

Concernant le temps passé dans la rue, parmi les 45 patients pour lesquels la durée a pu être estimée, il ressortait que ceux ayant passé moins de trois mois et ceux ayant fait 1 à 2 ans dans l'errance étaient les plus nombreux.

**Tableau 3 :** Répartition des patients selon le temps passé dans la rue

Durée de vie dans la rue	Fréquence	Pourcentage %
Moins de 3 mois	9	20
3 – 6 mois	7	15
6 – 12 mois	7	15
1_2a	9	20
2_5a	8	18
Plus de cinq ans	5	11

Un peu plus de la moitié (58%) des 49 répondants à la question disaient avoir subi des violences au cours de leur période d'errance. Les violences verbales étaient les plus fréquentes suivies des violences physiques, des abus sexuels et de l'emprisonnement.



**Figure 3 :** Répartition des patients selon les incidents subis pendant la période d'errance

Les cas d'abus sexuels rapportés concernaient des patients du sexe féminin soit à peu près une femme sur cinq. Toutes les femmes interrogées ont admis avoir reçues des propositions indécentes de rapports sexuels contre de l'argent, de la nourriture, des vêtements ou un logis.

Sur les 5 cas d'abus sexuels pendant l'errance, 4 ont conduit à des grossesses et 3 de ces femmes abusées ont accouché dont deux naissances vivantes non assistées et une naissance d'un mort-né en milieu hospitalier.

#### **4.5 Prise en charge, évolution et acquisitions au sein des centres de l'Association**

Plus de trois quarts des patients (78%) avaient été amenés au centre par les équipes mobiles.

La schizophrénie toute forme confondue était le diagnostic le plus évoqué avec 80% des cas.

**Tableau 4:** Répartition des patients selon le diagnostic évoqué

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage%
Troubles mentaux de l'épilepsie	2	4
Psychose liée aux SPA	3	6
Psychose Hallucinatoire Chronique	4	8
Retard mental	1	2
Schizophrénie	41	80

Tous les patients de notre échantillon ont été mis sous neuroleptiques au cours de leur prise en charge dans le centre. Quatre-vingt-huit pour cent (88%) d'entre eux en prenaient toujours au moment de notre passage.

Concernant le délai de prise en charge des patients par l'ASCL, on note que 31% des patients soit près d'un tiers de notre échantillon étaient à la charge de l'association depuis plus de deux ans (2 à 5 ans).

Sur le plan stabilité, 3 patients sur quatre (77%) étaient déclarés stables par le médecin traitant c'est-à-dire présentant depuis au moins un mois une régression partielle ou totale des symptômes, un respect et une continuité de la prise du traitement. Parmi ces patients stables, 20 étaient considérés comme des agents de soutien sur l'un ou l'autre des sites c'est-à-dire aidant aux différentes tâches telles que la cuisine, l'organisation du nettoyage des locaux, la surveillance et le nursing des patients les moins autonomes, les courses à l'extérieur du centre, etc.

Plus de 75% des patients affirmaient avoir appris au moins une activité durant leur séjour, une activité qu'il n'avait pas apprise avant d'arriver au centre. Le jardinage était l'activité à laquelle plus de patients s'étaient intéressés suivi de la couture, la teinture et la mosaïque.

#### **4.6 Réinsertion socio-professionnelle, autonomisation et perspectives d'avenir**

Cinq patients sur les 65 de notre échantillon avaient bénéficié d'un essai de réinsertion sociale. Un essai réussi pour l'ensemble des 5.

L'essai de réinsertion professionnel avait concerné 37% des patients et était également pour eux tous jusque-là une réussite.

Plus de la moitié des patients (58%) jugeaient être capables de prendre soin d'eux-mêmes et pouvoir subvenir à leurs propres besoins sans l'aide du centre au moment de notre passage.

Concernant les perspectives d'avenir, le besoin de retourner sur leurs terres natales et d'exercer une activité génératrice de revenus étaient les réponses les plus fréquentes.

## 5 Discussion et commentaires

Notre étude sur les malades mentaux errants pris en charge par l'ASCL à Bobo-Dioulasso a porté sur un échantillon de 65 patients.

78% de nos patients avaient moins de 50 ans ; une observation en accord avec celles de Douamba au Burkina Faso en 1999 (7) et de Singh et al. en Inde en 2016 (8) dont respectivement 78% et 90% des patients étaient âgés de moins de 50ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la mortalité dans la population des personnes souffrant de troubles mentaux soit beaucoup plus élevée que dans la population générale. Cette mortalité liée à la maladie mentale couplée aux conditions pénibles et délétères de l'errance (absence de soins, manque de nourriture, exposition aux accidents de la circulation, etc) expliquerait la sous-représentativité des plus de 50 ans.

Les hommes étaient les plus nombreux dans notre échantillon. Au vu des résultats d'autres études sur les malades mentaux errants (Douamba en 1999 à Ouagadougou (7), Singh et al. en Inde (8), Thibaudeau au Canada (9)), l'errance revêt un visage masculin. Dans le contexte de notre pays cela pourrait s'expliquer par le fait que la femme bénéficie de plus de recours devant la maladie : au-delà du foyer, elle peut trouver de l'aide dans sa famille biologique. Justement il n'est pas rare que dans les situations de maladie, la femme soit ramenée à ses parents ou ses frères pour être prise en charge. Cette présence familiale l'expose moins à l'errance que l'homme qui étant considéré comme chef de famille et recours de prise en charge soit parfois dos au mur lorsqu'il se retrouve lui-même dans une situation de maladie.

Les commerçants et cultivateurs représentaient l'essentiel de notre échantillon. Cela est en accord avec les données du pays, le secteur informel regroupant le plus de personnes. Seuls cinq patients sur les 65 disaient être sans-emploi avant le début de la maladie. Cela nous rappelle que ces personnes errantes que nous appelons communément « les fous de la rue » étaient avant leur maladie des travailleurs comme nous, des personnes qui participaient au développement du pays mais que la maladie et les circonstances attenantes (sociales, politiques et sanitaires) ont aujourd'hui transformées en marginaux.

Les notions de maltraitance et d'environnement familial conflictuel pendant l'enfance étaient retrouvées chez respectivement 17% et 23% de nos patients. La mise en évidence de l'association entre maladie mentale et violences pendant l'enfance reste difficile dans la société africaine. La vie en concession, la polygamie font que l'enfant ne vit pas toujours dans la bulle faite de la petite famille biologique. Cela n'en fait pas non plus un potentiel malade mental. Aussi, les sévices corporels étant monnaie courante dans la société africaine, elles sont facilement considérées comme correctives lorsque portées par la main des géniteurs et maltraitantes lorsque infligées par un tiers.

Plus de la moitié de nos patients n'était pas en contact avec leur famille au moment de notre passage. Pour les patients récupérés dans la rue ou amenés au centre par des



personnes de bonne volonté, la recherche de la famille commence à partir du moment où le patient arrive à donner des informations sur ses origines. L'absence de contact est liée soit au fait que les recherches n'ont pas débuté, qu'elles sont restées infructueuses ou soit que les proches contactés n'ont pas souhaité donner une suite au processus de recherche. Les malades mentaux errants parcourent parfois de très longues distances et se retrouvent bien trop loin de leur ville ou village d'origine rendant difficile les recherches. Les données sur la famille sont parfois aussi trop peu précises pour donner une piste de recherche. Au-delà de cela, la stigmatisation persistante à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale, les faits graves dont le malade dans sa crise a pu se rendre coupable, la longue disparition du malade avec parfois même célébration des funérailles par la famille sont des facteurs qui rendent difficile le retour en famille des patients même lorsque le contact est établi. Ce n'est pourtant pas l'envie de retrouver leurs proches qui manquent. L'administration du questionnaire en rapport avec le contact avec la famille suscitait chez plusieurs des patients un lourd silence accompagné de soupirs. Le souhait le plus exprimé sur les relations familiales était de retrouver les proches et retrouver de la cohésion et de l'entente. Il y'en a néanmoins un qui fortement peiné à déclarer qu'il ne pensait pas qu'il reverrait encore les membres de sa famille.

L'âge de survenue de la maladie n'a pu être estimé que chez 39 de nos patients et une moyenne de 25,33 ans a été retrouvée. Cela est en adéquation avec la littérature. Les troubles mentaux surviennent généralement entre 15 et 25 ans selon l'OMS. L'adolescence et le passage à l'âge adulte constituent une période charnière où les troubles mentaux peuvent se développer ou se révéler. Les conditions et expériences défavorables à une bonne santé mentale à cet âge sont essentiellement l'initiation à la consommation des substances psychoactives, les ruptures familiales, l'échec scolaire et le chômage.

Concernant les recours de soins avant admission dans le centre, on note que trois patients sur quatre avaient eu recours à d'autres types de soins. La tradithérapie seule ou associée à la médecine moderne ou aux prières et rites des religions révélées a été le recours le plus fréquent. Cela s'explique par la perception même de la population des causes de la maladie mentale. La maladie mentale demeure perçue en Afrique surtout comme une possession par des génies, une malédiction, un sort lancé par des personnes mal intentionnées ou comme un châtement des ancêtres (10, 11, 12). En cela, son traitement relève plus de la tradithérapie dont les acteurs sont représentés par les guérisseurs, les tradipraticiens, les marabouts, que de la médecine moderne. Une pensée partagée par 77,14% des enquêtés de Goumbri et al (11) dans leur étude sur les déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso. Cette conception de la maladie mentale allonge malheureusement le parcours du patient conduisant à la chronicité de la maladie ou même à l'errance lorsque la famille a fini par s'épuiser financièrement ou se résigne à laisser le malade à son sort. La proportion des patients ayant eu recours à la médecine moderne mais qui quand même se sont retrouvées dans la rue pose le problème

de la disponibilité même des soins de santé mentale au niveau primaire, de la capacité des acteurs de la santé à diagnostiquer précocement les troubles mentaux et de la rétention thérapeutique des patients.

Au cours de leur errance, plus de 50% des patients disaient avoir subi des violences. Les violences verbales étaient les plus fréquentes (27%) suivi par les violences physiques (15%). Douamba (7) dans son étude réalisée également au Burkina Faso mais dans la ville de Ouagadougou faisait le même constat. Cela dénote toujours de la stigmatisation dont sont victimes les malades mentaux errants.

Dans notre étude, la schizophrénie était le diagnostic le plus fréquent avec une proportion 80% soit quatre patients sur cinq. Douamba au Burkina Faso en 1999 (7), Singh et al en Inde en 2016 (8) et Thibaudeau et al au Canada (9) rapportaient également une prédominance de la schizophrénie dans leurs échantillons mais dans des proportions différentes. Ils trouvaient respectivement 61,4%, 49,45% et 38,1%. L'évolution de la schizophrénie vers la chronicité et le fréquent échec de la réhabilitation sociale du schizophrène pourraient expliquer cette prévalence au sein des malades mentaux errants. Par ailleurs, la différence dans les proportions pourrait résider dans le fait que la pose d'un diagnostic précis chez les personnes souffrant de maladie mentale n'est pas toujours aisée. Elle nécessite non seulement un personnel qualifié (ce qui n'est pas le cas sur l'un des deux sites d'étude de Singh) mais aussi de connaître l'histoire du patient (ce qui n'est pas toujours possible en pleine crise comme dans l'échantillon de Douamba ou dans un contexte de prise en charge aux urgences comme dans l'étude de Thibaudeau).

Sur le plan de la réhabilitation psychosociale, notre étude notait que plus de 75% des patients disaient avoir appris au moins une activité qu'ils ne savaient pas faire avant leur admission au centre, 37% avaient bénéficié d'un essai de réinsertion professionnelle et seulement 8% d'un essai de réinsertion sociale. Le faible nombre de patients ayant bénéficié d'un essai de réinsertion sociale est lié soit à l'échec du processus de recherche de la famille, la réticence de la famille à accueillir une personne ayant souffert de maladie mentale ou à l'instabilité du patient. La réinsertion sociale est pourtant la base du processus de réhabilitation du malade mental car sans base sociale solide il est difficile de travailler à s'auto-suffire et à s'épanouir. L'apprentissage d'activité au cours de la prise en charge et l'essai de réinsertion professionnelle réussie ne peuvent aboutir à une quelconque réhabilitation du patient tant qu'il n'y a pas de réinsertion sociale, d'acceptation et de réaffiliation. Dans ce cas de figure, quels sont les chances pour un malade mental errant stable dont la famille n'a pas été retrouvée de rétablir des liens avec la société et pouvoir se construire lui-même ? La majorité des patients à la question de savoir comment est-ce qu'ils envisagent l'avenir ont émis le souhait de retourner sur leurs terres natales et de mener une activité génératrice de revenus. Comment envisager ce retour ? Comment garantir que le patient ne retombe pas dans une spirale qui le conduira de nouveau dans la rue ?

### **Limites de l'étude**

Notre étude sur le profil épidémiologique du malade mental errant de la ville de Bobo-Dioulasso pris en charge par les centres de l'ASCL a produits des résultats que nous avons discutés mais présente néanmoins des limites.

Le caractère rétrospectif de l'étude présente un biais d'information du fait de l'utilisation de registres et dossiers pas toujours complets ou carrément absents. Le caractère transversal nous a permis de rattraper un petit peu cet aspect mais ne met pas non plus l'étude à l'abri d'un autre biais qui est celui de la mémoire vu que le questionnaire renvoie le patient à plusieurs années en arrière.

Le caractère sensible de la question mais aussi la douleur lisible sur le visage des patients à l'évocation de la vie dans la rue ou de la famille ont impacté les taux de réponses.

Le déni de la période d'errance et/ou de la maladie même a aussi impacté les taux de réponses.

Malgré ces limites, notre étude a atteint les objectifs visés et mais ne saurait s'en contenter. Des études de plus grande envergure sont nécessaires pour apprécier l'étendue du phénomène de l'errance liée à la maladie mentale au Burkina Faso afin de pouvoir y apporter des solutions rapides et durables.

## **6 Conclusion et recommandations**

La maladie mentale est un fardeau pour les pays mais encore plus pour le patient lui-même et ses proches. La maladie mentale met en souffrance non seulement le patient concerné mais également les familles et la société. Le malade mental errant est en réalité un homme ou une femme comme tout le monde, porteur d'une maladie curable mais qui malheureusement est victime d'un échec de la société et des politiques. Des associations comme celle de Saint-Camille de Lellis existent et ont besoin d'être soutenues. Les actions dans la santé mentale ne sauraient être isolées. Une coordination de tous les acteurs, une implication des politiques est plus que nécessaire. Au vu des chiffres alarmants annoncés, investir et travailler en amont dans la prévention va réduire le fardeau de ses troubles. Des actions concertées, bien pensées et surtout bien mises en œuvre s'avèrent indispensables.

Notre étude n'est qu'une infime partie du travail de terrain nécessaire pour apprécier l'ampleur du phénomène, le désespoir des familles mais surtout au milieu de tout cela, les perspectives d'avenir empreintes d'espoir que fondent ces malades sur la société. C'est pourquoi nous formulons les recommandations suivantes :

✚ à l'endroit du ministère de la santé :

- créer un cadre de concertation entre les différents acteurs du domaine de la santé mentale afin de repenser les stratégies et surtout les étendre au maximum de personnes
- créer des centres de prise en charge et de réhabilitation des malades mentaux errants en collaboration avec le ministère de l'action sociale et de la famille
- renforcer les ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et assurer une couverture géographique maximale

✚ à l'endroit des responsables de l'association Saint-Camille de Lellis

- prospecter auprès des ménages ou des administrations pour placer les pensionnaires stables comme jardiniers, femmes de ménage, vigiles ou autres emplois selon leurs capacités
- utiliser les membres ayant un bon niveau scolaire pour créer au sein des deux centres des cours d'alphabétisation
- récompenser par des cadeaux ceux qui sont assidus aux activités génératrices de revenus telles que le tissage et la teinture
- créer au sein du centre une salle d'exposition-vente des réalisations des pensionnaires

✚ à l'endroit du personnel soignant

- faire preuve d'empathie envers la personne souffrant de maladie mentale et sa famille afin de faciliter la prise en charge mais également la rétention thérapeutique du patient
- faire preuve de professionnalisme et ne prendre à la légère aucun symptôme ou comportement suspect surtout dans la tranche d'âge sensible de l'adolescence
- utiliser chaque contact avec les proches des malades pour sensibiliser autour de la maladie mentale, des possibilités de prise en charge afin de réduire les stigmatisations et le mythe qui entourent ces pathologies

✚ à l'endroit de la population

- ne retarder sous aucun prétexte le recours aux services de santé devant des symptômes ou comportements inhabituels
- faire preuve de tolérance et de compassion envers les malades mentaux errants et mieux les conduire vers les services compétents dans la mesure du possible
- aller à l'information juste afin de réduire la stigmatisation et les croyances mystiques qui entourent les troubles mentaux

## RÉFÉRENCES

- 1- **Association des médecins psychiatres du Québec.** « Qu'est-ce qu'une maladie mentale? ». Consulté le 15 juin 2021. <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/>.
- 2- **Organisation mondiale de la santé.** « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 ». Soixante-sixième Assemblée Mondiale de la Santé. Mai 2013. 30 pages
- 3- **Organisation mondiale de la santé.** « *Investir dans la santé mentale* ». ISBN 92 4 256257 2. 2004. 27 pages
- 4- **Ministère de la Santé- Burkina Faso.** « *Plan stratégique santé mentale 2020-2024* ». Décembre 2019. 78pages.
- 5- **Ouédraogo, A., J.G. Ouango, K. Karfo, P. Goumbri, D. Nanéma, et B. Sawadogo.** 2019. « *Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso* ». *L'Encéphale* 45 (4): 367-70. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.03.002>.
- 6- **Tiquet, Romain.** 2019. « *Une histoire de la folie en Afrique de l'Ouest Définir, gouverner et vivre le désordre mental* », 29.
- 7- **DOUAMBA Francine.** 1999. « *Les malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou: aspects épidémiologique, clinique et possibilités de prise en charge* », janvier; 86.
- 8- **Singh, Gaurav, Nilima Shah, et Ritambhara Mehta.** 2016. « **The Clinical Presentation and Outcome of the Institutionalized Wandering Mentally Ill in India** ». *Journal of Clinical and Diagnostic Research* : JCDR 10 (10): VC13 16. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/19497.8681>.
- 9- **Thibaudeau, Marie-France, Jean Fortier, et Paule Campeau.** s. d. « *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatrique et nouvelles interventions* », 193.
- 10- **Ouedraogo, Saïdou.** 2019. « *Prise en charge des troubles mentaux dans le Nord du Burkina Faso : à propos de 35 cas suivis par l'association « Sauvons Le Reste »* », avril ;47.
- 11- **Goumbri, Patrice, Désiré Nanema, Jean-Gabriel Ouango, et Arnaud Ouédraogo.** 2015. « *Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso* ». *Perspectives Psy* Vol. 54 (4): 367 73.
- 12- **Kabir, Mohammed, Zubair Iliyasu, Isa S. Abubakar, et Muktar H. Aliyu.** 2004. « *Perception and Beliefs about Mental Illness among Adults in Karfi Village, Northern Nigeria* ». *BMC International Health and Human Rights* 4: 3. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-4-3>

## ANNEXE

### Fiche de collecte des données

Date de collecte .....

Identification du patient .....

#### 1- Type de patient

Interne\_CNDE  Interne\_CLER

#### 2- Âge .....

#### 3- Sexe

Homme  Femme

#### 4- Profession

Salarié  Commerçant  Etudiant / Elève  Cultivateur

Ouvrier  Femme au foyer  Autre  Sans\_emploi

#### 5- Niveau d'étude

Aucun  Primaire  Secondaire  Supérieur

#### 6- Situation maritale

Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf\_Veuve

#### 7- Descendance

Combien d'enfants avez-vous ? .....

**8- Y'a-t' il des membres de votre famille qui ont souffert ou souffrent de troubles mentaux ?** Oui  Non  Ne sait pas

#### 9- De quel type de violence avez-vous été victime pendant votre enfance ?

Physique  Psychologique  Sexuel  Négligence  Aucune

#### 10- Avez-vous vécu dans un contexte de conflits familiaux?

Oui  Non

#### 10- Votre famille s'est-elle impliquée pour vous aider à avoir des soins ?

Oui  Non  Ne sait pas

**11- Avez-vous à un moment ou un autre abandonné votre domicile et erré dans les rues sans attache?** Oui  Non  Ne sait pas

#### 12- Jugez-vous votre famille responsable de votre errance ?

Oui  Non  Avis partagé

**13- Êtes-vous actuellement en contact avec votre famille ?**

Oui  Non

**14- Qui de votre famille souhaitez-vous revoir? .....**

**15- Parlant de la famille, comment aimeriez-vous que les choses soient actuellement ? .....**

**15- Quel âge aviez-vous lorsque sont apparus les premiers signes de la maladie ? .....**

**16- Lesquelles de ces substances avez-vous déjà consommées ?**

Alcool quotidiennement  Tabac quotidiennement  Drogue

Aucune

**17- A quel type de soins avez-vous eu recours pendant votre maladie que ce soit de vous-même ou par contrainte?**

Tradithérapie  Prières et rites des religions révélées

Médecine moderne  Aucun

**18- Avez-vous été attaché, enchaîné, enfermé de force à cause de votre maladie ?**

Oui  Non  Ne sait pas

**19- Pendant combien de temps êtes-vous restés dans la rue ?**

Moins de trois mois  3–6 mois  6-12 mois  1-2ans

2–5 ans  Plus de 5ans  Ne sait pas

**20- De quoi avez-vous été victime lors de votre période d'errance?**

violences physiques  violences verbales  abus sexuels

Emprisonnement  Aucun

**21- Êtes-vous tombés enceinte lors de votre période d'errance du fait d'abus?**

Oui  Non

**22- Aboutissement de la grossesse**

Avortement  Accouchement dans la rue  Accouchement à l'hôpital

**23- Quel est l'évènement qui vous a le plus marqué pendant période d'errance ? .....**

**24- Comment êtes-vous arrivés au CNDE ?**

Equipe mobile CNDE  Famille  Référé

Police/Gendarmerie  Soi-même  Bonne volonté  Ne sait pas

**25- Diagnostic retenu par le médecin traitant**

Schizophrénie  Psychose liée aux SPA  Troubles bipolaires

Epilepsie  Retard mental  PHC

**26- Le patient a-t-il été mis sous neuroleptiques au cours de sa prise en charge ?**

Oui  Non

**27- Depuis combien de temps êtes-vous pris en charge par le CNDE ?**

Moins\_3\_mois  3-6mois  6-12mois  1-2ans

2-5ans  Plus\_5ans

**28- Comment vous sentez-vous depuis votre arrivée au centre ? .....**

**29- Le patient est-il stable ?**

Oui  Non

**29- Sous quel traitement le patient est-il actuellement ?**

Neuroleptiques  Traitement d'une comorbidité  Aucun

**30- Qu'avez-vous appris à faire au CNDE que vous ne saviez pas faire avant ?**

Jardinage  Elevage  Mosaïque  Tissage  Nursing

Cuisine  Teinture  Couture  Aucun

**31- Quel rôle jouez-vous dans le centre?**

Agent de soutien  Salarié  Pensionnaire

**32- Le patient a-t-il bénéficié d'un essai de réinsertion sociale ?**

Oui  Non

**33- Quel en a été l'issue ?**

Réussie  Non réussie

**34- Le patient a-t-il bénéficié d'un essai de réinsertion professionnelle ?**

Oui  Non

**35- Quel en a été l'issue ?**

Réussie  Non réussie

**36- Vous jugez-vous capable d'entreprendre par vous-même et de devenir indépendant du CNDE ?**

Oui  Non  Ne sait pas

**37- Comment envisagez- vous l'avenir ?**

.....