

BURKINA FASO

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S.)**

Année Universitaire 1992-1993

Thèse N°

**ETUDE DE VALIDATION D'UN INSTRUMENT
STANDARDISE DE DEPISTAGE DE TROUBLES
MENTAUX NON PSYCHOTIQUES : LE "SELF
REPORTING QUESTIONNAIRE" (SRQ), POUR SON
UTILISATION DANS LA PROVINCE DU KADIOGO
(BURKINA FASO)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Juillet

Pour obtenir le

GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

Rayagué OUEDRAOGO

né en 1961

dans la province du Boulkiemdé

Directeur : Docteur Jean Gabriel OUANGO

Membres du Jury

Professeur BOU-SALAH

Docteur Jean Gabriel OUANGO

Docteur K. Blaise SONDO

Docteur Abdoulaye TRAORE

Président

Directeur

Membre

Membre

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F. S. S.)**

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr.Agr .R.B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr.Agr. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation (VDR)	Pr.Agr. B. KONE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr.Agr.R.K. OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr.Agr. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. S.G. BANHORO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr. S.A. SANKARA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr. M. KARANTAO
Chef de Scolarité	Mme. K. ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme. A. KEITA
Secrétaire du VDA	Mme. F. NIKIEMA
Secrétaire du VDR	Mlle. Hakièta BONI
Audio-Visuel	Mr. P.A. PITROIPA.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

 Faculté des Sciences de la Santé
 (F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologie médicale
Tinga Robert GUIGEMDE	Parasitologie

Professeurs associés

François CANONNE	Santé Publique
Ahmed BOU-SALAH	Neuro-Chirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU	Chirurgie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologique
Julien YILBOUDO	O r t h o p é d i e - Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie- Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie- Toxicologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie

Maîtres de Conférences associés

Jean TESTA

Epidémiologie-
Parasitologie**Maîtres-Assistants associés**

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Assistants Chefs de clinique

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

Sophar HIEN

Chirurgie

Oumar TRAORE

Chirurgie

Daman SANO

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Philippe ZOURE

Gynécologie-
Obstétrique

Jean LANKOANDE

Gynécologie-
Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

K. Ludovic KAM

Pédiatrie

T.Christistian SANOU (in memoriam) Oto Rhino Laryngologie

Madi KABRE

Oto Rhino Laryngologie

Kampadilemba OUABA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Doro SERME (in memoriam)

Cardiologie

Virginie TAPSOBA

Ophtalmologie

Adama LENGANI

Néphrologie

Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé publique
Abdoulaye TRAORE	Santé publique
Salifo SAWADOGO	Hématologie
Jean KABORE	Neurologie
Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie- Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	Gynécologie- Obstétrique
Luc SAWADOGO	Gynécologie- Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie- Obstétrique
Seydou KONE	Neurologie
Adama TRAORE	Dermatologie
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Raphaël SANOU	Pneumophtisologie

Assistants Chefs de clinique associé

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**Faculté des Sciences et Techniques (FAST)****Professeurs Titulaires**

Alfred S. TRAORE

Immunologie

Akry COULIBALY

Mathématiques

Sita GUINKO

Botanique-Biologie
Végétale

Guy V. OUEDRAOGO

Chimie Minérale

Maîtres de Conférences

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie
cellulaire

Boukary LEGMA

Chimie -Physique
Générale

Laou Bernard KAM

Chimie

Maîtres-Assistants

W. GUINDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie cellulaire

Adama SABA

Chimie organique

Marcel BONKIAN

Mathématiques
Statistique

François ZOUGMORE

Physique

Longin SOME

Mathématiques-
statistiques

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO

Physique

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique	
Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie	
Jeanne MILLOGO	T.P. cellulaire	Biologie
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. cellulaire	Biologie

Assistant associé

Aka Raphaël GBARY	Epidémiologie
-------------------	---------------

Chargés de cours

Annette SCHWEICH	Physiologie
Jean LANDOIS	Chirurgie
Daniel TRANCHANT	Endocrinologie
Maurice GALIN	Oto Rhino Laryngologie

Institut du Développement Rural**Maître-Assistant**

Didier ZONGO	Génétique
--------------	-----------

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)**Maître-Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

Assistant

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

Faculté de Droit et Sciences Politiques (EDSP)Assistant

Claude TAHITA	Droit
---------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr THIOMBIANO Adama	L é g i s l a t i o n Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRESA.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (DAKAR)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.N.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis WOUESSIDJEWÉ	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique- Biophysique
Pr MOES	Galénique

DEDICACE

A mon père, in memoriam

A ma mère, dont l'affection à notre égard n'a jamais souffert du moindre défaut, notre hommage ne saurait se traduire en peu de mots.

A ma femme et mes enfants, nous souhaitons paix et bonheur.

Au Docteur OUEDRAOGO A. Psychiatre dont les conseils ont été très utiles dans ce travail.

Au Docteur KABORE N. J.P., Cardiologue, dont le courage et la persévérance dans le travail sont un exemple à suivre.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jean-Gabriel OUANGO, vous nous avez émerveillé par votre disponibilité et votre compréhension à l'égard d'autrui. Malgré vos multiples occupations, votre contribution a fait de ce travail, ce qu'il est aujourd'hui ; traduisant ainsi, au-delà de la considération que vous avez de l'autre, votre réelle volonté de promouvoir objectivement la santé en général pour le bien être des autres ; notre modeste reconnaissance ici ne saurait traduire tous nos sentiments à votre égard.

Au Professeur BOU-SALAH : l'honneur que vous nous avez faites aujourd'hui d'être notre juge est une illustration concrète de votre préoccupation aux problèmes de santé auxquels vous vous attellez sans relâche ; pouvoir vous exprimer ici tous nos sentiments est une tâche des plus difficiles.

Au Docteur K. Blaise SONDO : vous nous avez séduit en maintes occasions ; en tant qu'enseignant ou médecin, vous vous êtes toujours dépensés et dépassés pour faire acquérir par d'autres, les outils nécessaires à la promotion de la santé des collectivités. Au delà de votre qualité de juge aujourd'hui, c'est votre constante préoccupation à la santé des individus et des collectivités qu'il faut apercevoir ici ; nous vous en sommes indéfiniment reconnaissant.

Au Docteur Abdoulaye TRAORE : en acceptant aujourd'hui d'être notre juge comme vous l'avez d'ailleurs déjà fait en d'autres circonstances, vous nous exprimez votre souci que vous avez des problèmes de santé dont vous vous en êtes fait un adversaire déclaré, en témoigne, vos multiples tâches en ce domaine ; nous vous adressons nos modestes remerciements.

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TITRE

**ETUDE DE VALIDATION D'UN INSTRUMENT
STANDARDISE DE DEPISTAGE DE TROUBLES
MENTAUX NON PSYCHOTIQUES : LE "SELF
REPORTING QUESTIONNARY" (SRQ), POUR
SON UTILISATION DANS LA PROVINCE DU
KADIOGO (BURKINA FASO)**

L'Africain a vécu, apparemment heureux, dans un monde aujourd'hui révolu. La famille élargie, les groupes d'âge etc ..., tout cela concourait à constituer un environnement sécurisant de vie. Le travail était rythmé par le cycle des saisons et la révolution du soleil. L'horloge, quand il y en avait une, était davantage un objet d'ornement plus que de mesure de temps.

Aujourd'hui,

Docteur Bruno G. Claver.

SOMMAIRE

I	<u>INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE</u>	1
II	<u>OBJECTIFS</u>	4
	1. Objectif général	4
	2. Objectifs spécifiques	4
III	<u>PRESENTATION DU "SELF REPORTING QUESTIONNAIRE"</u>	5
IV	<u>GENERALITES SUR LES MALADIES PSYCHIATRIQUES</u>	9
	1. Définition d'une maladie psychiatrique	9
	2. Classification des maladies psychiatriques	9
	3. Etiologies des maladies psychiatriques	10
	3.1. Causes traditionnelles	10
	3.2. Les explications scientifiques	11
	3.2.1. Causes génétiques	11
	3.2.2. Causes physiques	11
	3.2.3. Causes sociales	12
	3.2.4. Causes psychologiques	12
	4. Les manifestations cliniques des maladies psychiatriques	16
	4.1. Troubles de la vie affective	13
	4.2. Troubles de l'activité du comportement	13
	4.3. Troubles intellectuels	13
	4.4. Troubles des fonctions physiologiques	14
	5. Evolution générale des maladies psychiatriques	15
	5.1. Evolution des psychoses	15
	5.2. Evolution des névroses	15

6.	Généralités sur le traitement des maladies psychiatriques	17
6.1.	Traitement traditionnel	17
6.2.	Traitement moderne	18
6.2.1.	Traitement curatif	18
6.2.1.1.	Les chimiothérapies psychotropes ..	18
6.2.1.2	Les psychothérapies	20
6.2.2.	La prévention des maladies psychiatriques	21
V	<u>DESCRIPTION DU CADRE DE L'ETUDE</u>	22
1.	Aperçu général sur le Burkina Faso	22
2.	La province du Kadiogo	23
2.1.	Situation et présentation	23
2.2.	Environnement et activités socio-économiques	24
2.3.	Situation sanitaire	25
2.3.1.	Morbidité et mortalité	25
2.3.2.	Ressources sanitaires	25
VI	<u>METHODOLOGIE</u>	31
1.	Méthode et technique de la collecte des données ...	28
2.	Echantillonnage	28
2.1.	Type d'échantillonnage	28
2.2.	Description de l'échantillon	28
2.2.1.	Définition du "témoin"	28
2.2.2.	Définition du sujet "névrotique"	29
2.2.3.	Définition du sujet "psychotique"	29
3.	Collecte des données	30
3.1.	Cadre et technique de la collecte des données	30
3.2.	Support de la collecte des données	30

4.	Elaboration du questionnaire en langue locale moré	30
4.1.	Méthode utilisée et difficultés rencontrées	30
4.2.	Traduction du questionnaire en moré	31
4.3.	Rétrotraduction et élaboration finale du questionnaire en moré	33
VII	<u>ANALYSE DES DONNEES</u>	35
1.	Présentations des résultats	35
2.	Discussion	50
VIII	<u>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</u>	53
IX	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	57
X	<u>ANNEXES</u>	65

I INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

Quarante millions d'individus au moins souffrent de formes graves de troubles mentaux et neurologiques [42] : schizophrénie, lésions cérébrales, démence ; et 200 millions sont handicapés par des affections mentales et neurologiques de moindre importance : névrose, arriération mentale, polynévrite. Quand on y ajoute les sujets confrontés à des problèmes liés à la consommation d'alcool et à la pharmacodépendance et ceux souffrant de troubles mentaux secondaires à une affection organique (sur l'ensemble des malades atteints de troubles gastro-intestinaux chroniques, 20% souffrent de dépression) [42] on reste confondu devant l'ampleur du problème posé par les souffrances individuelles, les fardeaux imposés aux familles et les pertes pour les collectivités [42].

Au niveau des pays industrialisés des récentes en quêtes [40] ont montré que les problèmes de santé mentale non psychotiques représentent un pourcentage élevé des problèmes de santé et que 13,7 à 20% des malades qui se présentent aux consultations externes des centres de santé se plaignent des symptômes physiques qui sont essentiellement provoqués par des problèmes psychologiques sous-jacents ou des problèmes de santé mentale.

Dans les pays en voie de développement (PVD), des études épidémiologiques réalisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont révélé qu'au moins un cinquième des malades traités dans les services de santé généraux ont des problèmes d'ordre essentiellement psychosocial et le pourcentage de patients chez lesquels les problèmes psychosociaux sont associés à des troubles somatiques est encore plus élevé [42]. D'autre part des études [42] ont montré que les troubles mentaux sévères tel que la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive sont aussi communs dans les PVD que dans les pays industrialisés et y sont responsables d'environ 1% de

la fréquence instantanée de la morbidité.

Dans le cas spécifique du Burkina Faso, le faible reflet de la prévalence qu'offrent les statistiques hospitalières ne permet pas d'apprécier objectivement la mortalité et surtout la morbidité des affections mentales et leurs conséquences sociales [32]. On note cependant une importante demande de soins psychiatriques [32].

Contrairement à certains pays industrialisés qui disposent de plus de cent psychiatres par million d'habitants [15] le Burkina Faso dispose de moins d'un psychiatre par million d'habitants et en plus le nombre de candidats à la spécialisation est limité [32]. Au niveau des infrastructures sanitaires, sur les trente provinces que compte le pays, il n'existe que deux services de psychiatrie rattachés aux deux hôpitaux nationaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et douze (12 unités de soins psychiatriques réparties dans douze autres provinces et dirigées par des infirmiers spécialisés.

A ce qui vient d'être dit, il faut ajouter que près de 90% de la population burkinabè vit dans les villages et n'a pas accès directement à des formes modernes de traitement neuropsychiatriques. Bien souvent, des sujets souffrant de désordres mentaux sérieux sont traités par des guérisseurs traditionnels alors que la psychopharmacologie et la psychothérapie modernes offrent des possibilités de traitement qui ne sont pas nécessairement plus coûteuses [15].

Une étude internationale de l'OMS [40] a révélé que les travailleurs de la santé étaient à même de détecter un tiers des cas psychiatriques se présentant dans les services de santé généraux et que le reste des cas était traité avec des médicaments coûteux, et inappropriés.

Ces quelques remarques autorisent à considérer les troubles mentaux et les conséquences qui leurs sont liées

comme étant un problème de santé publique majeur en particulier au Burkina Faso. La santé mentale ne devrait plus se cantonner dans les limites étroites imposées par les asiles et sa pratique limitée aux spécialistes ; la portée de l'action dans le domaine de la santé mentale devrait être élargie par l'introduction d'une composante santé mentale dans les services de santé généraux par la mise au point de méthodes de dépistage et de diagnostic suffisamment simples mais sûres pour qu'elles puissent être appliquées par les travailleurs des services de santé généraux. Actuellement, on dispose d'instruments de dépistage simples faciles à manier par des non-spécialistes. Pour notre étude, nous avons retenu le "Self Reporting Questionary" (SRQ) [Annexe 1] qui est un instrument standardisé de dépistage de troubles mentaux et qui a déjà été décrit et validé par d'autres études transculturelles [3, 16, 19, 21, 24, 29] etc ...

Au Burkina Faso, un programme de développement de la santé mentale est en application depuis 1987, mais à notre connaissance, aucune étude sur les instruments de dépistage n'a encore été effectuée dans notre pays. Le but de notre étude est donc de valider le "SRQ" dans le contexte socio-culturel de la province du Kadiogo en vue de son utilisation dans les services de santé généraux. Cette action permettra de réduire notablement le nombre des incapacités et de dysfonctionnement psychosocial résultant des troubles mentaux par leur dépistage et leur prise en charge précoce.

II OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Mettre à la disposition des services de santé généraux de la province du Kadiogo, un instrument simple de dépistage de troubles mentaux non psychotiques : le "Self Reporting Questionary" (SRQ) adapté au contexte socio-culturel de notre étude.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2.1. Elaborer et tester une version satisfaisante du "SRQ" en langue locale moré.
- 2.2. Déterminer un point critique satisfaisant de discrimination du "SRQ" dans le contexte de notre étude.
- 2.3. Apprécier la reproductibilité diagnostique du "SRQ".
- 2.4. Apprécier la fiabilité du "SRQ" comme instrument de dépistage dans le contexte de notre étude.

III PRESENTATION DU SELF REPORTING QUESTIONNARY (SRQ)

Le "SRQ" est un instrument standardisé de dépistage de troubles mentaux non psychotiques dans les services de santé généraux. Cet instrument a comme support un questionnaire en vingt (20) items auxquels on répond par oui ou non [Annexe IV] et l'entretien avec le patient est conduit sur la base d'une interview clinique structurée. C'est un instrument qui doit être adapté en fonction du contexte socio-culturel dans lequel il est appelé à être utilisé et son utilisation est conditionnée par sa validation préalable. Pour cela, il faut disposer d'un groupe d'individus constitués de quelques patients psychiatriques appelés "cas" (névrotiques et psychotiques) et de "témoins" (représentés par des malades somatiques sans troubles mentaux et des sujets "sains"). Un sujet est dit positif au test ou présente des troubles mentaux selon la conception de cet instrument s'il a répondu positivement à un certain nombre de questions contenues dans le questionnaire. Ce nombre de réponses positives est appelé quota au niveau discriminant entre positifs et négatifs. Parallèlement, le sujet est dit négatif au test si son nombre de réponses positives se situe au dessous de ce niveau discriminant.

La fiabilité du test sera déterminée à partir de sa capacité discriminatoire entre "positifs" et "négatifs". En effet, le test doit être capable de déterminer le plus haut pourcentage de "cas" en les identifiant comme "positifs" et en réussissant en même temps à identifier le plus haut pourcentage de témoins comme "négatifs". Ces deux choses ne sont pas en corrélation directe si l'on considère que ce test est constituée par une série de questions du type oui/non et que le niveau discriminant entre "positifs" et "négatifs" est présenté par une valeur numérique (nombre de réponses positives) dont la détermination est faite de façon arbitraire et qu'on peut faire varier. Ainsi, en élevant le niveau

discriminant, on aura sûrement un bas nombre de gens qui seront "positifs" au test et en même temps on aura peut être beaucoup de gens qui seront "négatifs" au test mais qui peuvent présenter des troubles mentaux (haut taux de faux négatifs). D'autre part, si on abaisse le niveau critique de réponses pathologiques (niveau discriminant), on observe le phénomène inverse avec un haut taux de faux positifs.

La discrimination entre "positifs" et "négatifs" par le "SRQ" permettra la détermination d'indicateurs permettant d'apprécier la fiabilité du test : il s'agit de la sensibilité, de la spécificité, de la valeur prédictive positive, de la valeur prédictive négative et de la valeur globale du test ou efficience. Le procédé est résumé dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des personnes "positives" et "négatives" au test.

SUJETS	CAS	TEMOINS	TOTAL
T+	a	b	a + b
T-	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

T+ : sujets "positifs" au test

T- : sujets "négatifs" au test

a + b : sujets "positifs" au test

c + d : sujets "négatifs" au test

a + c : "cas psychiatriques" identifiés par les agents de santé

b + d : "témoins"

La sensibilité : c'est le rapport entre les vrais positifs identifiés par le test (c'est-à-dire les positifs que sont vraiment des cas cliniques) et tous les cas cliniques. La

sensibilité sera alors donnée par le rapport.

a

a + c

La spécificité : c'est la rapport entre les vrais négatifs et tous les "témoins". Elle sera alors donnée par le rapport

d

b + d

La valeur prédictive positive : c'est le rapport entre les vrais positifs et les "positifs" au test : elle est donnée par le rapport

a

a + b

La valeur prédictive négative : c'est le rapport entre les vrais négatifs et les "négatifs" au test : elle est donnée par le rapport

d

c + d

La valeur globale du test ou efficience : c'est le rapport entre l'ensemble des vrais positifs et des vrais négatifs et l'ensemble des "cas" et des "témoins" : elle est donnée par le rapport

a + d

a + b + c + d

En faisant varier le niveau discriminant, on peut, avec des techniques géométriques avoir une vision globale de la variation des indicateurs de la fiabilité du test en fonction du taux des "positifs" et des "négatifs" pour chaque point critique de discrimination.

Dans cette étude, l'interview clinique est menée en moré compte tenu du cadre de notre étude ; mais au départ, nous avions prévu la traduction et l'adaptation du "SRQ" également en jula et fulfuldé qui constituent avec le moré les trois principales langues nationales. Cette attitude nous a été dictée par le fort taux d'analphabétisme, le taux brut de scolarisation étant estimé à environ 24,4% au niveau national. Ce projet initial a cependant été abandonné par manque de moyens. L'adaptation du "SRQ" dans les autres langues fera l'objet d'études ultérieures.

IV GENERALITES SUR LES MALADIES PSYCHIATRIQUES

1 . DEFINITION D'UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE

Pour Rotsart de Hertaing et J. Courtoie, on entend par maladie psychiatrique, tout ce qui dans une culture donnée, chez une personne ou un groupe de personnes, perturbe la capacité d'aimer, de travailler et d'être en relation avec les autres. Ces perturbations sont les conséquences de diverses difficultés, notamment de conflits psychiques et se manifestent dans des symptômes observables [50].

2. CLASSIFICATION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

Sir Aubrey Lewis [37] a dit que "classification" peut avoir aussi bien un sens péjoratif qu'un sens favorable et que certains psychiatres ont parlé de la classification en termes peu flatteurs : "simple étiquetage", "philatélie nosologique" "champ stérile". Il ajoute que le tableau n'est pas plus aussi noir maintenant. Ainsi, le professeur M'Pania Pene Membele a proposé un "essai de nosographie" des maladies psychiatriques [50] dans lequel il précise qu'en psychiatrie cela reflète inévitablement la façon dont son auteur comprend les maladies psychiatriques à partir d'une théorie psychodynamique par exemple qui n'est pas partagée par tous.

Tableau II : Essai de nosographie psychiatrique [50]

	PSYCHOSES	ETATS LIMITES	NEVROSES
Tableau cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoses aiguës . Bouffées délirantes ou de confusion . Maniaco-dépressive - Psychoses chroniques . Délires chroniques (ou paranoïa) . Schizophrénie 	<ul style="list-style-type: none"> -Etats dépressifs -Psychopathies -Perversions . "sexuelles" . toxicomanies 	<ul style="list-style-type: none"> - Névrose d'angoisse . Hystérique . Phobique . Obsessionnelle
Hors catégories	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychosomatiques - Troubles déficitaires . Arriérations mentales . Démences 		

3. ETIOLOGIES DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

3.1. CAUSES TRADITIONNELLES

H. Collomb [44] rapporte que pour les sociétés traditionnelles, les maladies psychiatriques ne sont pas naturelles ; la maladie est le résultat d'un acte mauvais. Qui est responsable de cet acte ? D'une façon générale les autres individus ou la société par la médiation des forces et des esprits, forces et esprits que tout le monde reconnaît. Les maladies psychiatriques sont ainsi expliquées par [50] :

- un mauvais sort jeté par un sorcier ;
- la vengeance de l'esprit d'un ancêtre offensé ;

- l'action de "revenants" qui dominaient une personne de l'intérieur ;
- la transgression de tabous entraînant angoisse, culpabilité et puis punition ;
- la volonté d'êtres divins etc ...

3.2. LES EXPLICATIONS SCIENTIFIQUES

3.2.1. Causes génétiques [50]

Certaines maladies psychiatriques auraient des causes héréditaires, semblables à des malformations des appareils nerveux et psychiques : malformations sources de certaines déficiences mentales (mongolisme) hypothèse génétique pour l'origine de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie.

3.2.2. Causes physiques

Toute lésion cérébrale peut entraîner des troubles psychiatriques qualifiés alors d'organiques [50] ; ainsi, les lésions des tissus cérébraux résultant de traumatismes de l'alcoolisme, de la malnutrition, de l'encéphalopathie due à l'hypertension des polluants (oxyde de carbone, métaux lourds, engrais et insecticides), constituent une source importante d'altération mentale et neurologique [39]. Les effets débilissants des accidents cardio-vasculaires causés par une hypertension incontrôlée sont un problème qui se pose avec une acuité toujours plus grande en Afrique [39].

Il faut signaler en outre que beaucoup d'autres affections organiques peuvent déclencher des symptômes psychiatriques plus ou moins transitoires par l'action de la fièvre élevée, des perturbations respiratoires circulatoires hépatiques et rénales [50]. Il en est de même en cas d'infections bactériennes (méningite cérébro-spinale) parasitaires (trypanosomiase, malaria) des perturbations

endocriniennes (diabète, troubles thyroïdiens) métaboliques (complications des déhydratations, des anoxies, des troubles ioniques) [50].

3.2.4 Causes sociales

Le milieu familial ou social peut être à l'origine de troubles psychiatriques [50] par les souffrances et les angoisses intenses qui viennent perturber les personnes : pressions familiales, scolaires, professionnelles, financières; pressions traumatiques des maladies, des accidents, des troubles sociaux pressions pénibles des grandes villes, de la solitude, de certains âges de la vie (adolescence, ménopause, troisième âge). Il y a aussi l'infertilité, les pratiques magiques.

Ces facteurs sociaux agissent le plus souvent en combinaison avec d'autres facteurs (voir ci-dessus) et sont liés aux effets psychologiques (ci-dessous) sur une personne donnée [50]. En effet, pour Michael A. Woodbury [33], l'être humain peut être considéré comme un système ou champ d'interaction à plusieurs dimensions (biologique, somatique, intrapersonnelle, interpersonnelle, extrapersonnelle) et une intervention à un niveau quelconque peut avoir des répercussions à tous les autres.

3.2.4. Cause psychologiques

Des expériences négatives durant l'enfance peuvent entraîner des difficultés d'adaptation tout au long de la vie [50] ; une expérience négative unique n'a pas, le plus souvent, la capacité d'exercer cette influence défavorable : c'est la répétition des traumatismes psychologiques dans l'enfance qui "s'inscrit" et est alors à l'origine d'un conflit psychique mis à l'intérieur de la personne, souvent même en dehors de la conscience.

4. LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DES MALADIES PSYCHIATRIQUES [50]

4.1. TROUBLES DE LA VIE AFFECTIVE.

Toutes les tonalités et tous les mélanges sont possibles: anxiété, angoisse, panique, euphorie ou encore agressivité, passion, hypersensibilité ou bien indifférence affective du moins en apparence.

4.2. TROUBLES DE L'ACTIVITE ET DU COMPORTEMENT

L'activité et le comportement peuvent être diminués ou intensifiés :

- l'activité peut être nulle (apragmatique) ou désordonnée ou mal adaptée ;
- au niveau du comportement, l'excitation psychique et motrice peut entraîner des passages à l'acte, des impulsions avec par exemple des tentatives de suicide ou des agressions.

4.3. TROUBLES INTELLECTUELS

Tous les systèmes du fonctionnement psychique peuvent être perturbés et donner des signes pathologiques.

- Troubles de la perception : chacun des cinq sens peut être la source d'illusions, d'hallucinations.

- Troubles de la pensée : la capacité normale d'association des idées peut être accélérée ou ralentie. La pensée peut encore présenter de la persévération ou de la dissociation ou à l'inverse présenter un excès de cohérence logique et rigoureuse.

- Troubles de la parole : ils suivent les troubles de la pensée (accélération, ralentissement, association). Il peut

avoir des perturbations du langage : aphasie, mutisme, néologisme, écholalie. Les troubles de l'écriture peuvent être parallèlement observés.

- Troubles de la conscience à des degrés divers allant de la pleine conscience au coma en passant par la baisse de l'attention, la confusion mentale, la bouffée délirante. De la même façon l'imagination peut prendre le pas sur la capacité d'attention, d'autocritique, de jugement ou d'orientation.

- Troubles de la mémoire : les sentiments intenses (angoisse) favorisent la fixation des souvenirs contrairement aux affections neurologiques qui la défavorisent, l'évocation est aussi fort influencée par les défenses psychologiques de la personne.

- Troubles de l'intelligence : il faut se garder de prendre des défenses momentanément appauvrissantes pour un manque réel d'intelligence alors qu'elle n'est que suspendue (pseudo-débilité).

4.4. TROUBLES DES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES

- Troubles du sommeil : insomnie ou sommeil prolongé.

- Troubles de l'alimentation : boulimie ou anorexie avec un goût accru ou diminué pour les boissons.

- Troubles excrémentiels : rétention ou énurésie pour les urines ; constipations ou encoprésies pour les selles.

- Troubles de la sexualité : les activités sexuelles peuvent être inhibées ou accrues, centrées sur la masturbation ou perturbées dans des relations sexuelles perverses avec pratiques sadomasochistes.

5. EVOLUTION GENERALE DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

5.1. EVOLUTION DES PSYCHOSES [50]

Jusqu'il y a quelques dizaines d'années, l'évolution des psychoses était marquée par la répétition, le désespoir et même la détérioration apparente. On voyait s'installer un repli profondément dépressif (mélancolie) avec risque important de suicide ou désinvestissement complet appelé jadis "démence précoce".

Actuellement, ces évolutions pénibles, sont devenues plus rares grâce à une meilleure compréhension des causes, des mécanismes et des signes des psychoses, grâce également à l'apparition des neuroleptiques. On observe alors plus fréquemment une évolution constructive des conflits psychotiques : apaisement des crises, intégration sociale possible par le biais de milieux protégés. Sur le fond des conflits, même si les progrès restent difficiles, par des psychothérapies encore en recherche, l'équilibre comporte plus souvent, l'apparition d'une "couverture" par des défenses d'allure névrotique, de type obsessionnel ou hystérique.

Ces personnalités psychotiques peuvent donc restées fragiles et demander un accompagnement thérapeutique prolongé ; on est cependant loin des tableaux de détérioration apparente évoquées plus haut.

5.2. EVOLUTION DES NEVROSES [12]

Dans les années 60, les études statistiques donnaient un taux de rémission très élevé, allant chez Hagnel (1966) jusqu'à 70% après six mois d'observation ; chez EYZENck jusqu'à 72% après 2 ans. Il est évident que ces chiffres sont plus caractéristiques d'une population donnée (choisie) que de l'ensemble "des" névroses.

Des études plus spécifiques comme celles réalisées par C. Muller sur les névrose obsessionnelles donnent des chiffres approchant de 50% (de même que Pollit sur un même groupe de malades, GREER sur les névroses d'anxiété). D'autres (probablement avec des cas plus graves mais la manière dont sont définies les populations qui ont fait l'objet de ces études n'est pas claire) ont présenté des chiffres d'amélioration spontanée beaucoup plus modeste : Kedward et Cooper parlent de 18% ; de même Marks (1971) dans un groupe de phobiques dit qu'après 14 ans, 71% ne se sont pas améliorés, 14% ont empiré ; Perley et Guse dans une population d'Hystériques constatent le même tableau après six à huit ans.

Dans ce contexte, on s'est demandé si un individu peut réussir à surmonter spontanément sa névrose grâce à un concours de circonstances extérieures et intérieures ; la thérapie pourrait alors n'être que l'une de ces circonstances ; aménagée par l'individu et son thérapeute.

Bergin et Garfield, totalisant plusieurs études à partir des travaux faits pendant les années 60 avec une méthodologie acceptable, constatent une rémission spontanée d'environ 30% des névroses.

Dans ce contexte également se pose la problématique de la mortalité des patients névrosés ; des études entreprises ces dernières années montrent que de ce point de vue aussi, ils sont plus vulnérables que le reste de la population (Hermann, 1974).

Tout ceci indique que nous possédons un certain nombre de connaissances sur les névroses mais que des recherches avec des méthodologies déjà établies pourraient, ces prochaines années, apporter des données importantes dans le but d'éclairer l'action thérapeutique et prophylactique dans ce domaine.

6. GENERALITES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

6.1. TRAITEMENT TRADITIONNEL

Dans les sociétés traditionnelles, l'attitude de la communauté dans la prise en charge des malades mentaux repose sur l'étiologie originelle [33].

Dans la société traditionnelle africaine, l'individu n'est pas responsable [44], il intéresse la communauté, il n'est donc pas rejeté : le "fou" a ici une place entière, il est reconnu dans sa personne ; le dialogue est toujours possible entre lui et les autres, il reste un semblable qui est écouté. Pour H. Collomb [44], par rapport au système d'organisation thérapeutique moderne, il est possible de retrouver des correspondances dans la médecine traditionnelle africaine. Selon lui, on pourrait ainsi décrire :

- des méthodes biologiques (correspondant aux drogues) : ce sont les diverses façons d'utiliser la riche pharmacopée africaine.

- Des méthodes psychologiques utilisant des techniques très différenciées : de l'écoute simple et très attentive à la crise de possession en passant par la suggestion, la confession publique, le maternage, les phénomènes cathartiques, les mises à mort symboliques, les sacrifices.

- Des méthodes institutionnelles ou sociothérapeutiques qui atteignent à très grande organisation dans les villages thérapeutiques.

Ari Kiev [44], s'appuyant sur des enquêtes épidémiologiques conduites sur des populations de culture de type traditionnel assure que l'efficacité des techniques psychologiques ou sociologiques est à peu près la même que celle des techniques de la psychiatrie moderne. Il arrive

certes que la situation ne soit pas aussi favorable [44] : les modèles occidentaux du "fou" commencent à contaminer les représentations ; des malades, parce qu'ils ont épuisé les Ressources économiques du groupe ou les possibilités thérapeutiques de guérisseurs ou encore parce qu'ils sont trop encombrants sont rejetés ; ils sont alors conduits à l'hôpital, c'est-à-dire dans des circuits étrangers qui consacrent le rejet et le statut de la "folie".

Dans la société traditionnelle européenne, le malade a choisi "le mal" le "mauvais" côté" il est suspecté d'avoir conclu un pacte avec le "Diable" le "Mauvais" et doit être exorcisé. En cas de non guérison, le malade est brûlé ou exclu du territoire social "propre" [33].

Cette attitude s'est perpétuée quand l'administration publique puis la médecine et la psychiatrie ont pris le problème en main : les malades mentaux ont été isolés dans l'asile [33].

6.2. TRAITEMENT MODERNE

6.2.1. Traitement curatif

Le traitement moderne des maladies psychiatriques repose sur les chimiothérapies psychotropes et les psychothérapies (individuelles ou collectives).

6.2.1.1. Les chimiothérapies psychotropes

La définition anglo-saxonne donnée aux médicaments psychotropes est la suivante : "les substances qui modifient les sensations, l'humeur, la conscience, et d'autres fonctions psychologiques et comportementales" [13]. Delay et Deniker regroupent tous les psychotropes en trois groupes [27].

Les psycholeptiques : ce sont toutes les substances pharmacodynamiques, naturelles ou plus souvent synthétiques, qui exercent une action sédatrice sur le système nerveux et sur la vie mentale. Ils comprennent trois sous-groupes :

. Les hypnotiques ou médicaments du sommeil (chloral, barbituriques).

. Les neuroleptiques qui exercent une action sédatrice sur l'ensemble de l'activité mentale. Ce sont : d'une part les dérivés de la phénothiazine (Largatil, Nozinan, Modécate etc ...) d'autre part les dérivés de la butyrophénone (Haldol, Droleptan, etc ...). Les réserpiniques sont pratiquement abandonnés dans le domaine psychiatrique.

. Les tranquillisants : leur activité thérapeutique est leur action sur les manifestations psychologiques et somatiques de l'angoisse et de l'anxiété : il s'agit de certaines phénothiazines (Moditen, Nozinan, Melleril etc...) ; de la série carbamatée (Equanil, Atrium) ; de la série benzodiazépinée (librium, valium, tranxène etc...).

Les psychoanaleptiques : ce sont toutes les substances pharmacodynamiques susceptibles d'entraîner une action stimulante sur le système nerveux et sur la vie psychique. Ce sont :

. Les noo-analeptiques (Lucidril)

. Les thymoanaleptiques qui comprennent les dérivés tricycliques (Tofranil, Elavil, Laroxyl), les IMAO. Certains antidépresseurs récents n'appartiennent pas à ces deux groupes (Floxyfral, Prozac).

Les psychodysléptiques (onirogène) : substances susceptibles de déterminer l'apparition de phénomènes psychiques anormaux en particulier hallucinatoires (opiacés, mescalines, psilocybine, L.S.D. 25).

6.2.1.2. Les psychothérapies

La psychothérapie est une méthode de traitement agissant sans intervention biologique sur le psychisme [57] : "est psychothérapique, toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable, la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le "psychisme" (Sivadon). Les psychothérapies se distinguent en psychothérapies individuelles et en psychothérapies collectives:

Les psychothérapies individuelles [27] : on distingue :

- . Les psychothérapies analytiques : ce sont les psychothérapies où les fondements théoriques sont ceux de la psychanalyse classique mais où, en raison de l'état du patient, on assouplit les modalités pratiques.

- . Il y a aussi l'hypnose et la suggestion, les méthodes de relaxation, les narco-analyses.

Les psychothérapies collectives [27] : on distingue :

- . Les psychothérapies de groupe ; ici c'est le groupe qui est constitué pour devenir l'agent thérapeutique.

- . Les psychothérapies institutionnelles et les sociothérapies : c'est l'organisation des services de psychiatrie en "communautés thérapeutiques" ; toutes les relations interpersonnelles à l'intérieur de l'hôpital sont remises en question sans considération de hiérarchie. Les malades sont consultés, ils délibèrent parfois même ils décident.

6.2.2. La prévention des maladies psychiatriques

[57]

La prévention désigne toutes les actions qui visent à éviter l'éclosion des troubles ou à en réduire l'extension et la gravité. Elle va se situer à trois niveaux :

- la prévention primaire qui concerne les actions à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles ;
- la prévention secondaire concerne le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes ;
- la prévention tertiaire qui concerne les actions ayant pour but de limiter les séquelles, d'éviter la chronicité des troubles et de limiter les effets néfastes sur la famille.

V DESCRIPTION DU CADRE DE L'ETUDE

1. APERCU GENERAL SUR LE BURKINA FASO

Situé au coeur de l'Afrique Occidentale, dans la boucle du Niger, le Burkina Faso couvre une superficie de 274.200 km² et est enserré entre six pays : la Mali au Nord-Ouest, le Niger au Nord-Est et à l'Est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud. Pays enclavé, les seules frontières naturelles sont la Pendiari avec le Bénin, la Léraba-Comoé avec la Côte d'Ivoire, le Mouhoun avec le Ghana. Dépourvu de cours d'eau navigables, le pays communique à la mère par les pays voisins.

Du point de vue administratif, le Burkina Faso est subdivisé en trente (30) provinces dirigées par de Hauts-commissaires et en trois cents (300) départements dirigés par des préfets. A un niveau inférieur, le pays comprend 7.132 localités (villages, communes et villes). Avec l'avènement du Conseil National de la Révolution (CNR), le pays (anciennement Haute-Volta) change de couleurs et d'hymne national.

Au niveau de la population, au dernier recensement de décembre 1985, on a dénombré au Burkina Faso, 7.964.705 personnes résidentes pour une population administrative totale estimée à 8.713.925 individus. Comparée aux données des enquêtes et recensements démographiques des périodes antérieures, notamment celles de l'enquête démographique nationale de 1960-1961 du recensement de 1975, la population résidente de 1985 est en pleine croissance, enregistrant une variation, globale de + 83,1% et + 41,3% respectivement par rapport à 1960-1961 et à 1975. Cette évolution brute de la population, pour apparente qu'elle soit en raison des différences de couverture d'un recensement à l'autre traduit néanmoins un dynamisme certain de la population ; celui-ci devrait correspondre à un taux annuel moyen de croissance de la population de l'ordre de 2,7 pour mille. Les femmes

constituent 51,9% de la population résidente totale qui est en majorité très jeune. En effet, dans l'ensemble, 48,3% de la population a moins de 15 ans tandis que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) est de 4%.

La population urbaine représente 12,7% de la population totale et comporte une majorité de plus de 51% d'hommes alors que la population féminine rurale est majoritaire avec plus de 51% de la population rurale. Le taux d'alphabétisation est de 19,4% chez les hommes et de 6,7% chez les femmes au sein de la population générale. En milieu urbain, il est de 43,5% contre 8,3% en milieu rural.

Les données du dernier recensement donne un taux brut de natalité de 49,6 pour mille, un taux de mortalité de 17,5 pour mille et cet indice est légèrement plus élevé chez les hommes (17,9 pour mille) que chez les femmes (17,1 pour mille). L'espérance de vie est estimée à 48,5 ans au niveau des deux sexes.

2. LA PROVINCE DU KADIOGO

2.1. SITUATION ET PRESENTATION

Situé au coeur du territoire mossi, la province du Kadiogo offre la densité de population urbaine la plus élevée du Burkina Faso (393,3 habitants/km²) et se confond presque avec la capitale OUAGADOUGOU. Elle se compose de villages et de la ville de Ouagadougou qui est découpée en cinq (5) communes, trente (30) secteurs. La répartition de la population par sexe montre une prédominance des hommes par rapport aux femmes avec 239.016 habitants de sexe masculin contre 220.810 habitants de sexe féminin. La population urbaine est de 441.154 habitants contre 18.312 en milieu rural. La répartition de la population par tranche d'âge est donnée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition de la population par tranche d'âge

AGE	POPULATION	POURCENTAGE %
0 - 4	78497	18
5 - 6	28947	6
7 - 14	91801	20
15 - 19	53766	12
20 - 29	93401	20
30 - 44	70569	15
45 - 49	13015	3
> 50	29101	6
Total	459826	100

Cette répartition n'a pas tenu compte du sexe.

2.2. ENVIRONNEMENT ET ACTIVITES SOCIO-ECONOMIQUES

Comme indiqué plus haut, la province du Kadiogo est constituée de villages et de la ville de Ouagadougou aux structures familiales et socio-économiques différentes.

Les villages sont formés par un nombre variable de quartiers constituant autant de petites collectivités. Chaque famille conserve une forte individualité et s'abrite à l'intérieur d'un "Zaaka" regroupant tous les éléments de la cellule familiale avec à leur tête le chef de famille. Ce dernier exerce son autorité sur les membres de la famille dans le sens du maintien et de la cohésion de la famille.

Les principales activités économiques de ces villages reposent sur l'agriculture pratiquée selon les méthodes traditionnelles et associant à un moindre degré l'élevage. Les

autres secteurs de l'économie (commerce, artisanat) sont faiblement représentés.

La ville de Ouagadougou quant à elle présente une autre figure : l'urbanisation galopante, plus ou moins anarchique ne parvient pas à suivre une démographie elle-même galopante. Plus souvent, des familles nombreuses sont entassées dans des appartements exigus, source de séparation et de dislocation de la cellule familiale traditionnelle.

Dans son ensemble, la population de la ville de Ouagadougou se compose de salariés, de commerçants à côté desquels prolifère le secteur informel avec une extension du "commerce de survie" qui transforme les trottoirs et tout espace libre en marché spontané.

2.3. SITUATION SANITAIRE

2.3.1. Morbidité et mortalité

La morbidité est caractérisée par une prédominance des maladies transmissibles et qui sont responsables de plus de 60% de la mortalité. Les principales maladies rencontrées sont : le paludisme, les affections aiguës des voies respiratoires et de l'appareil digestif, la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la tuberculose, les parasites intestinales, la lèpre, le tétanos. Toutes ces maladies surviennent le plus souvent sur un terrain affaibli par les carences nutritionnelles. A ces maladies, il faut ajouter les maladies mentales et les traumatismes dont les accidents de la circulation.

2.3.2. Les Ressources sanitaires

Les infrastructures sanitaires de la province sont essentiellement concentrées dans la ville de Ouagadougou (Tableau II) où le service de psychiatrie est rattaché au CHN-YO. La répartition du personnel (Tableau III) suit celle des

infrastructures et il faut noter que de façon quantitative ces Ressources sanitaires ne répondent pas aux besoins de la population ; pour pallier cette insuffisance, des équipes mobiles de vaccinations, de dépistage et de traitement des lépreux ont été instituées. Chaque village dispose théoriquement d'un agent de santé villageois et d'une accoucheuse villageoise pour les soins de santé primaire.

Tableau II : Situation des infrastructures socio-sanitaires publiques en 1990 dans la province du Kadiogo

	CHN	CHR	CM	CSPS	Dispensaires (seuls)	Maternités (seules)	PSP
Ouaga (ville)	1	0	7	11	0	3	0
Kadiogo (rural)	0	0	1	5	0	0	0

N.B. CHN : Centre Hospitalier National
 CHR : Centre Hospitalier Régional
 CM : Centre Médical
 CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
 PSP : Poste de Santé Primaire

Tableau III : Situation du personnel de la santé de la province du Kadiogo en 1990

	Natio- naux	Etran- gers	Natio- naux	Etran- gers	Natio- naux	Etran- gers
Ouaga (ville)	9	1	1	0	5	13
CHN	52	15	3	0	10	4
Kadiogo (rural)	0	0	0	0	10	0

Tableau III (suite)

	Assis- tants de santé	IDE	SF	IBS	IB	AIS	ACC. Aux	Matrones
Ouaga (ville)	20	89	121	16	104	8	29	0
CHN	69	71	39	29	72	2	0	0
Kadiogo (rural)	0	5	2	0	3	1	13	0

N. B. : IDE : Infirmier d'Etat
 SF : Sage-femme
 IBS : Infirmier Breveté Spécialisé
 IB : Infirmier Breveté
 AIS : Agent Itinérant de Santé
 Acc. Aux. : Accoucheuse Auxiliaire..

VI - METHODOLOGIE

1. Méthode et technique de la collecte des données

Notre étude est une étude prospective cas/témoins ayant porté sur deux cent dix (210) sujets (avec 90 cas et 120 témoins). La technique utilisée pour la collecte des données est l'enquête (interview directe avec consignation des réponses oui/non sur un questionnaire).

2. Echantillonnage

2.1. Type d'échantillonnage

Nous avons utilisé pour notre étude un échantillonnage accidentel mais nous avons tenu compte d'un certain quota en ce qui concerne les échantillons par sexe et par tranche d'âge. Au niveau du sexe, les hommes représentent 51 p. cent des échantillons aussi bien chez les cas que chez les témoins et les femmes 49 p. cent conformément à leur proportion au sein de la population concernée par notre étude (Chapitre V, paragraphe 2.1.). Au niveau des tranches d'âge, nous avons considéré les sujets âgés de 20 ans et plus alors que nous aurions voulu étendre notre étude aux sujets âgés d'au moins 18 ans ; le dernier recensement général de la population incluant les sujets de 18 ans dans la tranche d'âge de 15 - 19 ans (Chapitre V, paragraphe 2.1). Nous avons aussi cumulé les effectifs des deux tranches d'âge : 30 - 44 et 45 - 49, la tranche d'âge de 45 - 49 étant faiblement représentée (3 p. cent). La répartition par tranche d'âge des échantillons au niveau des cas et des témoins s'est faite en fonction de leur proportion dans la population concernée par notre étude :

- 20 - 29 : 45 p. cent chez les cas et chez les témoins
- 30 - 49 : 41 p. cent chez les cas et chez les témoins
- 50 et plus : 14 p. cent chez les cas et chez les témoins.

2.2. Description de l'échantillon

Notre échantillon se compose de sujets "témoins" (malades somatiques et sujets "sains) et de cas psychiatriques névrotiques et psychotiques).

2.2.1 Définition du Témoins

Le témoin est un sujet qui n'a développé de

maladie psychiatrique connue.

2.2.2 Définition du sujet "névrotique"

Pour cet échantillon, nous avons eu recours à l'avis des spécialistes pour la sélection de nos sujets. Nous allons ici donner une définition du terme névrose. Pour C. Kouparnik [14], le terme névrose a toujours été difficile à définir et cela dans la mesure où il ne peut être saisi que si on le compare au sein d'un couple sémantique à celui de psychose ; pour rester dans le concret de la clinique, on désigne habituellement par névrose un état dominé essentiellement par l'anxiété, ne s'accompagnant pas de la perte du sens réel, comportant très vraisemblablement un intense conflit intrapsychique (c'est-à-dire un affrontement entre les désirs du sujet et les interdits dont il a été l'objet dans son enfance ou dont il est toujours l'objet dans la société dans laquelle il vit) et qui relève essentiellement d'une prise en charge psychothérapeutique et de façon plus secondaire de l'utilisation d'anxiolytiques.

2.2.3. Définition du sujet "psychotique"

Comme pour les névroses, nous avons eu ici également recours au diagnostic des spécialistes pour la sélection de nos sujets. Pour C. Koupernik [14], une définition du terme "psychose" rencontre les mêmes difficultés que celles signalées à propos du terme "névrose" : en principe, les psychoses sont définies par une perturbation du sens ^{du} réel en ce qui concerne l'appréhension affective (mélancolie ou manie) ou une appréhension plus complexe à la fois affective et intellectuelle (schizophrénie). Nous avons cependant exclu de ce cadre, les bouffées délirantes aiguës qui peuvent s'observer sur une structure névrotique.

Notre échantillon ainsi décrit se présente comme suit :
60 sujets "sains" ; 60 malades "somatiques" ; 60 "névrotiques"

et 30 psychotiques soit un psychotique pour 2 sujets "sains" et 2 malades "somatiques". Un "névrotique" pour un "sain" et un malade "somatique".

3. COLLECTE DES DONNEES

3.1. CADRE ET TECHNIQUE DE LA COLLECTE DES DONNEES

Notre étude s'est déroulée sur une période de trois mois (Avril-Juin 1992) et a eu pour cadre le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO) et le dispensaire Saint Camille au secteur 28. La méthode utilisée pour la collecte des données est la suivante : l'entretien se déroulait seul avec le patient ; tous les groupes d'âge concernés par notre étude et parlant couramment moré s'étant présentés au poste de consultation au moment de l'enquête ont été inclus, qu'il se soit agi ou non d'une première consultation. Chaque sujet n'a cependant été interrogé qu'une seule fois au cours de l'enquête.

3.2. SUPPORT DE LA COLLECTE DES DONNEES

Le support de la collecte des données est un questionnaire en 20 items (Annexe I) et est le même pour les "cas" et les "témoins". Pour notre étude, nous avons traduit les items en langue moré (Annexe IV).

4. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE EN LANGUE MORE

4.1. METHODE UTILISEE ET DIFFICULTES RENCONTREES

Notre but est d'arriver à disposer d'une version satisfaisante de notre instrument en langue locale moré en vue de son utilisation au cours de notre étude. Dans un premier temps, nous avons proposé la version française de notre instrument à une dizaine de personnes pour une traduction en moré. Il leur était demandé de donner selon elles et par écrit

le sens des phrases en moré et de signaler le cas échéant tout problème : incompréhension, multiples traductions possibles. Ces personnes étaient d'un niveau de scolarisation en français tel qu'il leur permettait de mieux saisir le sens de tous les termes et ainsi de pouvoir les exprimer en moré. Nous comptons ainsi élaborer le questionnaire final en moré à partir de la synthèse de ces différentes traductions et suggestions. Cette méthode nous a posé un problème qui est la difficulté de traduire en moré par des personnes qui ne maîtrisent pas l'écriture en langues nationales. Nous avons donc opté pour le cheminement inverse qui consiste à : traduction du questionnaire en moré (Annexe III) et rétro-traduction du moré en français afin de vérifier la fidélité de la traduction [Chap. IV, paragraphe 4.3].

4.2. TRADUCTION DU QUESTIONNAIRE EN MORE

Pour cette étape, nous avons eu recours à l'Institut National de l'Alphabétisation (INA) et là encore des problèmes se sont posés : il est difficile de traduire dans un langage culturel donné, des documents élaborés par d'autres ; le langage fait intervenir la notion de culture et il faut savoir tirer de toutes les sources disponibles les éléments qui nous permettront de nous exprimer d'une manière simple et surtout dotée de la logique propre aux sociétés dans lesquelles nous travaillons ; chaque société a en effet, son propre vocabulaire du "normal" et du "pathologique" et son propre système cohérent d'explication des phénomènes. Cette traduction proposait donc pour certaines expressions plusieurs versions et nous avons retenu les formulations qui étaient à la fois compréhensibles de tous et respectueuses des principes de politesse et de courtoisie (Annexe III) ; nous avons donc eu à changer les formulations originelles de certains items : [2, 12, 14] (Annexe II).

- Pour l'item 2, nous avons changé la formulation originelle parce qu'il nous était difficile de trouver un

équivalent satisfaisant de cette expression en moré. La nouvelle formulation est la suivante : "la nourriture est-elle toujours bonne dans votre bouche comme avant" ? (Annexe II). Dans cette nouvelle formulation, une réponse négative peut être assimilée à une réponse positive de la formulation originelle (Annexe I).

- Au niveau de l'item 12, nous avons changé la formulation originelle en lui ôtant sa forme négative et la nouvelle formulation devient : "êtes-vous capable d'avoir une décision unique" ? Ici également, une réponse négative peut être assimilée à une réponse positive de la formulation originelle (Annexe I).

- L'item 14, (Annexe I) fait appel à la notion de valeur de l'individu et présenté tel quel, nous lui avons trouvé avoir un caractère péjoratif dans notre contexte socio-culturel. Nous avons donc procédé comme précédemment en ôtant de la question sa forme négative. La formulation de l'item devient alors : "êtes-vous capable de jouer un rôle utile dans la vie" ? La réponse est interprétée de la même façon que pour les items 2 et 12.

Il faut dire que le changement de formulation des items 12 et 14 nous a aussi été dictée par les habitudes culturelles de conversation qui consistent à demander si cela va normalement en laissant le soin à l'interlocuteur de répondre par la négative si cela n'est pas le cas.

Une autre difficulté a été de traduire les termes "malheureux" et "occupations quotidiennes" des items 9 et 11 (Annexe I). Pour le premier terme, il nous fallait éloigner la notion d'indigence tout en expliquant que cet état n'avait pas obligatoirement dans le cas précis de raisons explicables. Pour "occupations quotidiennes", il nous fallait expliquer que nous nous intéressons pas seulement au travail rémunérateur.

Pour les autres items, il n'y a pas eu de problèmes majeurs de traduction si ce n'est le choix de la formulation la plus usitée ; la traduction intégrale du questionnaire se présente ainsi qu'il suit : (Annexe III).

4.3. RETROTRADUCTION ET ELABORATION FINALE DU QUESTIONNAIRE

Dans cette phase, nous nous proposons de traduire en français le questionnaire que nous avons élaboré en moré. Cette phase a un double but : d'une part, nous assurer que la traduction a été fidèle, d'autre part apprécier le niveau de compréhension des gens vis-à-vis de nos questions. Du point de vue pratique, nous avons proposé le document pour la rétrotraduction à une dizaine de personnes parlant couramment français et moré ; il leur était demandé de donner selon elles et par écrit le sens des phrases et de signaler le cas échéant tout problème (incompréhension, multiples traductions possibles).

Le premier problème d'ordre pratique que nous avons rencontré dans cette étape concernait le document proposé pour la rétrotraduction : nous avions écrit le questionnaire avec la graphie utilisée par l'INA, ce qui gênait la lecture par des utilisateurs non habitués à ce type d'écriture. Ce problème a été résolu par la lecture préalable des questions aux personnes concernées en leur demandant de donner uniquement leur propre version des questions en français.

Dans l'ensemble des rétrotraductions, il n'y a pas eu d'altération du sens originel des items sauf pour certaines expressions au niveau des items 5, 6 et 12.

Pour l'item 5, la notion de palpitations n'est pas ressortie au niveau de la traduction de : "yāmb pɛl enɡu mi n yɛk dɔmɛ bl" Les traductions retrouvées étaient les suivantes : "vous effrayez-vous souvent" ?

"Prenez-vous souvent peur ? La question telle que ainsi traduite ne peut être retenue. Par contre : "yāmb sūura mi kiudame bu" (Annexe III) a été fidèlement traduite et c'est cette dernière expression que nous avons retenue pour l'item 5 (Annexe IV).

Au niveau de l'item 6, la traduction des expressions "yāmb mi yaesdame bu" et de "yāmb yāmayaa bii bu" n'a pas fait ressortir la notion d'inquiétude ; la traduction retrouvée est la suivante : "prenez-vous souvent peur ?" "yāmb yāmayaa bii bu" n'a été traduite par aucune personne? Nous ne disposons pas donc de traduction satisfaisante pour cette question ; nous l'avons donc abandonnée. Par contre : "yāmb sūura yukda t0011 bu" a donné des traductions satisfaisantes et c'est cette expression qui a été retenue pour l'item 6 (Annexe IV).

- Pour l'item 12, "n yāas no-yend zug" a été traduite tantôt par "s'arrêter sur un seul pied" tantôt par "avoir une parole unique". Cela pourrait se comprendre mais pour éloigner la notion de handicap physique qui pourrait être perçus dans cette traduction, nous l'avons abandonné au profit de la seconde version "n yāas gom-yend zug" qui a été traduite par "avoir une décision unique" ou une parole unique".

Au niveau des autres items, il n'a pas été noté d'altération du sens originel des questions ; nous avons élaboré le questionnaire final en ôtant de la traduction originale les questions qui n'ont pas donné de traductions satisfaisantes. Notre version définitive adaptée du "SRQ" se présente ainsi qu'il suit (Annexe IV).

VII - ANALYSE DES DONNEES

1. Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques. Le niveau discriminant entre "positifs" et "négatifs" au test a été déterminé à partir de la moyenne des réponses positives chez les "cas" et la moyenne des réponses positives chez les "témoins". Les lettrés (es) dont il sera question ici concernent uniquement les lettrés (es) en français ; notre étude n'ayant pas retrouvé de lettrés (es) en d'autres langues.

L'analyse statistique de la discrimination des items chez les cas par rapport aux témoins s'est faite à l'aide du test du CHI-Carré. La probabilité d'erreur consentie (P) est à 5 p. cent (intervalle de confiance à 95 p. cent). Nous parlerons de différence significative (DS) si $p < 5$ p. cent et de différence non significative (DNS) si $p > 5$ p. cent. Il faut signaler aussi que nous avons tenu compte dans l'analyse des données, des remarques faites pour les items 2,12 et 14 ; à savoir qu'une réponse positive de ces items peut être assimilée à une réponse négative et inversement (Chapitre IV, paragraphe 4.2).

Tableau I : Distribution générale de l'échantillon selon les différentes variables chez les cas et les témoins

		CAS		TEMOINS	
		N	%	N	%
	20 - 29	40	45	54	45
AGE	30 - 49	37	41	49	41
	> 50	13	14	17	14
	Masculin	46	51	61	51
SEXE	Féminin	44	49	59	49
Statut	Mariés (es)	45	50	55	45,8
matrimonial	Célibataires	32	35,5	44	36,66
	Autres	13	14,5	21	17,5
Statut	Lettrés(es)	40	44,44	57	47,5
d'alphabétisations	Illettrés(es)	50	55,55	63	62,5
	Elèves et étudiants	6	6,6	14	11,2
Profession	Fonctionnaires	7	7,8	7	5,8
	Commerçants (es)	8	8,9	8	6,7
	Autres	69	76,6	91	75,8

N = effectif

% = pourcentage.

La distribution de l'échantillon au niveau du statut matrimonial de la profession et du statut d'alphabétisation est un reflet de la distribution de ces mêmes variables au sein de la province du Kadiogo (confère recensement général de la population 1986, INSD).

Tableau II : Réponses affirmatives aux 20 items du questionnaire "SRO" chez les "cas" par ordre de fréquence

ITEMS	Réponses affirmatives	%
1 Se fatigue facilement	66	73,3
2 Digestion difficile	54	60,0
3 Se sent malheureux	54	60,0
4 Les autres peuvent compter sur lui	52	57,8
5 Palpitations	51	56,7
6 Tout le temps fatigué	51	56,7
7 Perte d'intérêt	48	53,3
8 Dort bien	45	50,0
9 Maux de tête	44	48,9
10 Malaise corporel	44	48,9
11 A l'esprit tranquille	42	46,7
12 A facilement peur	40	44,4
13 Occupations ennuyeuses	37	41,1
14 Est indécis	34	37,8
15 Problèmes dans les activités	34	37,8
16 Troubles de l'appétit	32	35,6
17 Problèmes avec les autres	31	34,4
18 Incapable de jouer un rôle utile incapable	31	34,4
19 Se sent irritable	28	31,1
20 Idées de suicide	25	27,8
TOTAL	833	

Tableau III : Réponses affirmatives aux 20 items du questionnaire "SRO" chez les "témoins" par ordre de fréquence

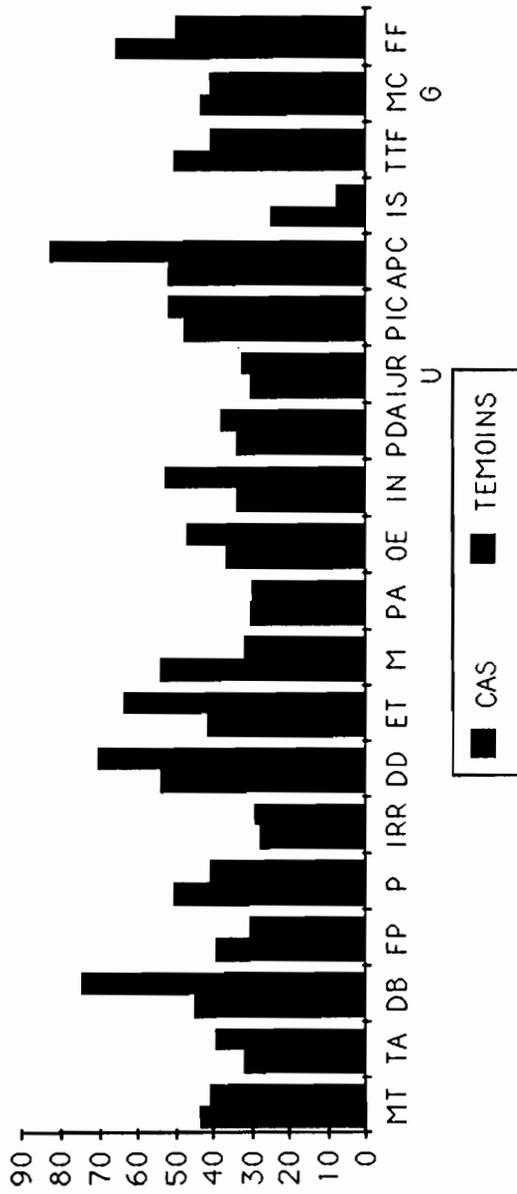
ITEMS	Réponses affirmatives	%
1 Les autres peuvent compter sur lui	83	69,2
2 Dort bien	75	62,5
3 Digestion difficile	71	59,2
4 A l'esprit tranquille	64	53,3
5 Est indécis	53	44,2
6 Perte d'intérêt	52	43,3
7 Se fatigue facilement	50	41,7
8 Occupations ennuyeuses	47	39,2
9 Maux de tête	41	34,2
10 Palpitations	41	34,2
11 Tout le temps fatigué	41	34,2
12 Malaise corporel	41	34,2
13 Troubles de l'appétit	40	33,3
14 Problèmes dans les activités	38	31,7
15 Incapable de jouer un rôle utile	33	27,5
16 Se sent malheureux	32	26,7
17 A facilement peur	31	25,8
18 Problèmes avec les autres	30	25,0
19 Se sent irritable	29	24,2
20 Idées de suicide	8	6,7
TOTAL	900	

Tableau IV : Comparaison des réponses positives aux 20 items
du "SRQ" chez les cas et les témoins

ITEMS	Réponses positives		X ²	P	Interprétation
	Cas	Témoins			
1. Maux de tête (MT)	44	41	4,817	0,02 < P < 0,05	DS
2 Troubles de l'appétit(TA)	32	40	0,111	0,50 < P < 0,90	DNS
3 Dort bien (DB)	45	75	3,299	0,50 < P < 0,10	DNS
4 Facilement peur (FP)	40	31	8,105	0,001 < P < 0,01	DS
5 Palpitations (P)	51	41	44,022	P < 0,001	DS
6 Irritable (IRR)	28	29	0,527	0,30 < P < 0,50	DNS
7 Digestion difficile (DD)	54	71	0,012	P < 0,90	DNS
8 Esprit tranquille (ET)	42	64	0,914	0,30 < P < 0,50	DNS
9 Mlheureux (M)	54	32	26,128	P < 0,001	DS
10 Problèmes avec les autres (PA)	31	30	2,205	0,10 < P < 0,20	DNS
11 Occupations ennuyeuses (OE)	37	47	0,079	0,50 < P < 0,90	DNS
12 Indécis (IN)	34	53	1,066	0,30 < P < 0,50	DNS
13 Problèmes dans les activités (PDA)	34	38	0,847	0,30 < P < 0,50	DNS
14 Incapable de jouer un rôle utile (I RU)	31	33	1,167	0,20 < P < 0,30	DNS
15 Perte d'intérêt dans les choses (PIC)	48	52	2,079	0,10 < P < 0,20	DNS
16 Les autres peuvent compter sur lui (APC)	52	83	2,898	0,05 < P < 0,10	DNS
17 Idées de suicide (IS)	25	8	22,3	P < 0,001	DS
18 Tout le temps fatigué (TTF)	51	41	11,022	P < 0,001	DS
19 Malaise corporel général (MCG)	44	41	4,674	0,02 < P < 30,05	DS
20 Se fatigue facilement (FF)	66	50	24,153	P < 0,001	DS

Graphique 1

Réponses positives aux 20 items du SQR chez les cas et chez les témoins



Sur le tableau IV relatif à la comparaison des réponses positives aux 20 items du "SRQ" chez les cas par rapport aux témoins (Graphique n° 1), nous observons que seulement huit items présentent une différence significative dans leur discrimination entre cas et témoins. Ce sont les items suivants :

1. maux de tête
4. a facilement peur
5. palpitations
9. se sent malheureux
17. idées de suicide
18. tout le temps fatigué
19. malaise corporel général
20. se fatigue facilement.

Ces symptômes s'observent donc plus fréquemment chez les sujets ayant des troubles mentaux.

Sur le tableau IV également, on observe que des symptômes psychologiques tels que : "problèmes avec les autres", "occupations ennuyeuses", "est indécis", "problèmes dans les activités", "incapables de jouer un rôle utile", "perte d'intérêt dans les choses", "les autres peuvent compter sur lui", "esprit tranquille", "irritable", ne présentent pas de différence significative dans leur discrimination entre "cas" et "témoins".

Il en est de même des symptômes psychologiques et/ou psychosomatiques : "troubles de l'appétit", "dort bien" , "digestion difficile", en d'autres termes, ces symptômes ne sont pas plus fréquents chez les sujets présentant des troubles mentaux que chez les sujets "normaux". On note en outre que "est indécis" discrimine en sens inverse chez les cas par rapport aux témoins : 44,2 p. cent des témoins ont répondu positivement à cet item contre 39,2 p. cent chez les cas.

Pour notre étude, le point critique de discrimination a été déterminée à partir des données des tableaux II et III : la moyenne

des réponses positives chez les cas est de $833/90 : 9,3$; celle des témoins est de $900/120 = 7,5$; nous avons choisi comme point critique de discrimination (niveau discriminant) un nombre entier situé entre ces deux valeurs : c'est le nombre huit (8). Les sujets qui vont donc présenter un nombre de réponses positives supérieur ou égal à huit seront dits positifs au test ; à l'inverse, ceux qui auront un nombre de réponses positives strictement inférieur à huit seront dits négatifs au test.

Tableau V : Répartition des personnes positives et négatives au test chez les cas et les témoins

Etat de santé	Cas		Témoins		Total
	N	%	N	%	N
T ⁺	77	85,55	72	60	149
T ⁻	13	14,44	48	40	61
TOTAL	90	99,99	120	100	210

N = Effectif % = pourcentage

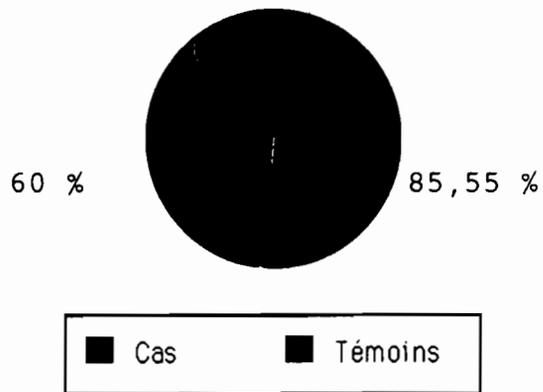
T⁺ = personnes "positives" au test

T⁻ = personnes "négatives" au test

$X^2 = 21,566$; $P < 0,001$; la différence est singificative : au niveau discriminatoire huit le test permet de faire la discrimination entre les cas et les témoins.

Graphique N°2

Pourcentage des personnes positives au test chez les cas et chez les témoins



Au point critique de discrimination huit les niveaux des indicateurs de la fiabilité du test sont les suivants :

- la sensibilité : $77/90 \times 100 = 85,55$ p. cent
- la spécificité : $48/120 \times 100 = 40$ p. cent
- la VPP : $77/149 \times 100 = 51,67$ p. cent
- la VPN : $48/61 \times 100 = 78,68$ p. cent
- l'efficience : $125/120 \times 100 = 59,52$ p. cent.

Le test présente une bonne sensibilité au niveau discriminatoire huit contrairement aux autres indicateurs ; nous allons donc faire varier le point critique de discrimination pour déterminer le niveau ou les indicateurs de la fiabilité du test sont excellents (tableau VII).

Graphique N° 3

Indicateurs de la fiabilité du test au niveau discriminatoire huit

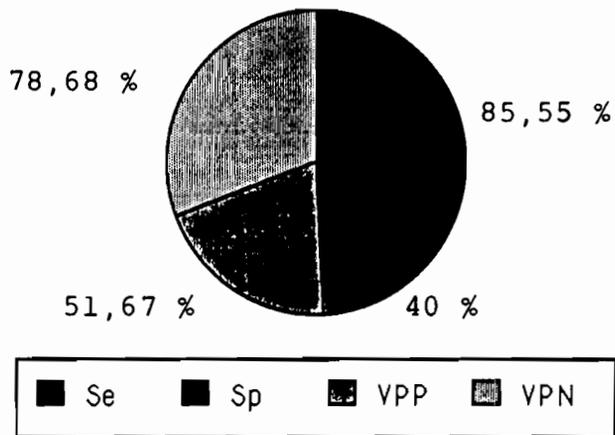


Tableau VI : Personnes "positives" et "négatives" au test chez les cas et les témoins à différents niveaux de discrimination

Niveau de discrimination		6	7	8	9	10	11	12
	T ⁺	86	80	77	74	49	34	25
CAS	T ⁻	4	10	13	41	41	56	65
	T ⁺	118	104	72	32	32	17	10
Té- moins	T ⁻	2	16	48	88	88	103	110

L'élévation du niveau discriminant entraîne une diminution du nombre des personnes positives au test chez les cas comme chez les témoins et son abaissement une augmentation ; le phénomène inverse s'observe au niveau des personnes négatives au test.

Nous allons déterminer les indicateurs de la fiabilité du test pour chaque niveau discriminant.

Tableau VII : Variation des indicateurs de fiabilité du test à différents niveaux de discrimination

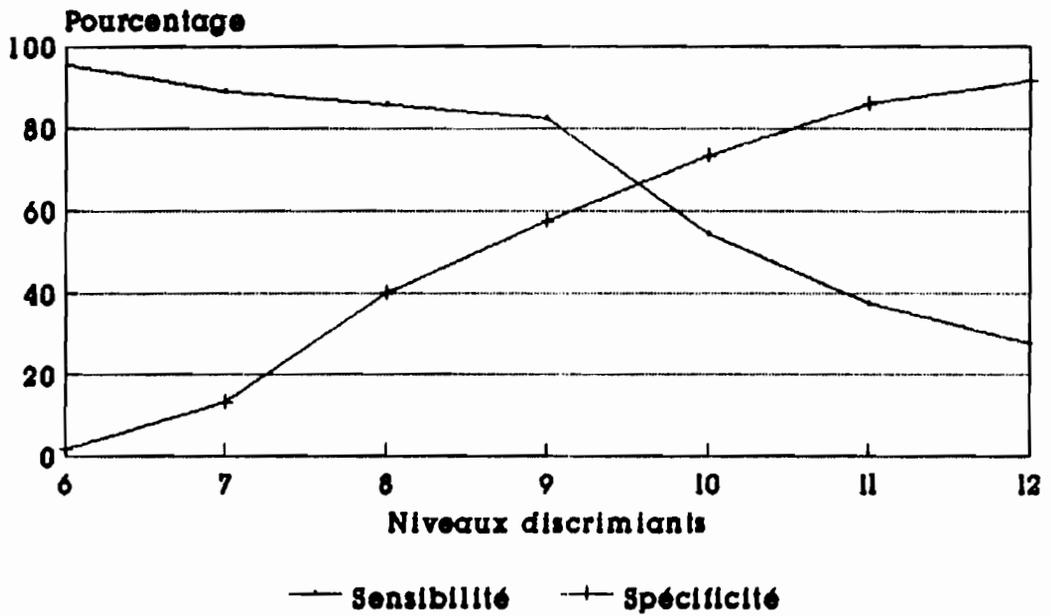
Niveau de discrimination	6	7	8	9	10	11	12
Sensibilité	95,55	88,88	85,55	82,22	54,44	37,77	27,77
Spécificité	1,56	13,33	40	57,50	73,33	85,32	91,66
VPP	42,15	43,47	51,67	59,20	60,49	66,66	71,42
VPN	33,33	44,44	78,68	81,17	68,21	64,77	62,85
Efficiencie	41,90	54,71	59,52	68,09	65,28	65,23	64,28

N.B. : Les résultats de ce tableau sont donnés en pourcentage.

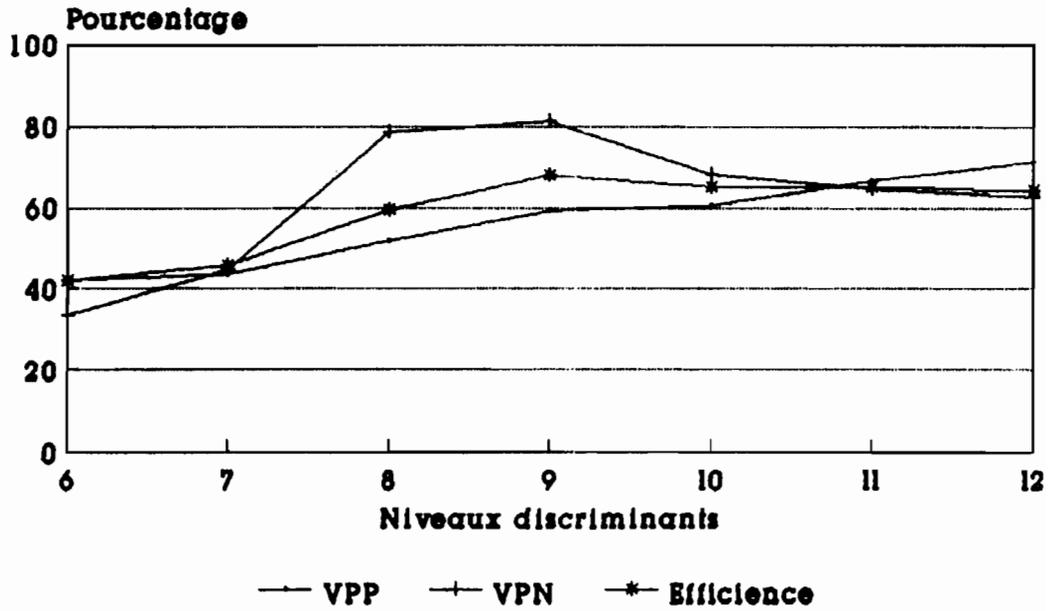
L'élevation du niveau discriminant entraîne une baisse de la sensibilité mais une augmentation de la spécificité ; sa baisse entraîne une augmentation de la sensibilité mais une diminution de la spécificité ; mais on remarque qu'aucun niveau de discrimination ne présente en même temps une bonne sensibilité et une bonne spécificité du test.

La VPP augmente à l'élevation du niveau discriminant et diminue à sa baisse ; la VPN augmente de façon transitoire au niveau discriminatoire 9 pour ensuite s'abaisser ; elle diminue de façon continue à la baisse du niveau discriminant.

L'efficiencie du test augmente d'une façon notable au niveau discriminatoire 9 pour ensuite s'abaisser.



Graphique No 6: Variation de la sensibilité et de la spécificité selon les niveaux discriminants



Graphique No 7: Variation de la VPP, de la VPN et de l'efficience selon les niveaux discriminants

2. Discussion

La discrimination des items chez les cas par rapport aux témoins

Dans le tableau IV relatif à la comparaison des réponses positives aux 20 items du "SRQ" chez les cas par rapport aux témoins, nous remarquons que seulement huit items : 1, 4, 5, 9, 17, 18, 20 (Annexe II) présentent une différence significative dans leur discrimination entre les cas et les témoins ; en d'autres termes, ces symptômes s'observent plus fréquemment chez les personnes présentant des troubles mentaux que chez les personnes ne présentant apparemment aucune affection psychiatrique (Tableau II, III).

Nous observons par contre que des symptômes psychologiques : "problèmes avec les autres", "occupations ennuyeuses" "est indécis", "problèmes dans les activités" "incapables de jouer un rôle utile", "perte d'intérêt dans les choses" (Annexe II) etc. ne présentent pas de différence significative dans leur discrimination entre les cas et les témoins et ne permettent donc pas de faire la discrimination entre les malades présentant des troubles mentaux et les personnes ne présentant apparemment aucune affection psychiatrique. Il en est de même des symptômes psychosomatiques et/ou psychophysiologiques tels que : "troubles de l'appétit", "dort bien", "digestion difficile" ; il faut noter qu'en plus "est indécis" discrimine en sens inverse chez les témoins par rapport aux cas puisque 44,2 p. cent des témoins ont répondu positivement à cette question contre 37,8 p. cent chez les cas (tableau II et III). Rien à première vue n'explique cette situation ; pour Kortmann F. (23), cette situation pourrait traduire l'expression d'une demande d'"aide" chez les sujets "sains" ; ainsi Penayo-u (47) affirme que le "SRQ" doit être adapté au milieu socio-culturel dans lequel il est appelé à être utilisé. Une autre explication pourrait être donnée par une éventuelle maladresse ou difficulté de traduction du SRQ en moré (qui semble malgré tout peu probable).

Au niveau du tableau V et du Graphique n° 2, nous observons que 77 cas (85,55 p. cent) sont positifs au test contre 72 (60 p. cent)

de témoins. Des études antérieures réalisées avec le même instrument chez des personnes ne présentant pas apparemment de troubles mentaux ont donné des résultats différents que ceux de notre étude. En effet, au Sénégal, une étude réalisée en milieu rural donne un taux de 16,2 p. cent (3), Penayo au Nicaragua (47) donne un taux de 23 p. cent au sein de la population générale et 47 p. cent chez les sujets fréquentant les soins de santé primaire ; en Inde Deshpande-SM donne un taux de 34 p. cent en milieu hospitalier (9). En Colombie (25), après l'irruption du volcan qui a détruit la petite ville d'Arméro, l'étude a montré que 55 p. cent des victimes présentaient des troubles émotionnels. Il faut signaler cependant que notre étude ne nous permet pas d'établir une comparaison entre nos résultats et ceux que nous venons d'évoquer, les milieux d'étude n'étant pas les mêmes. En effet, pour l'OMS (36), la santé mentale est un processus qui évolue en fonction de l'environnement et de l'histoire.

Les indicateurs de la fiabilité du test

Les données du graphique n° 3 montrent une bonne sensibilité du test à 85,55 p. cent, c'est-à-dire que 85,55 p. cent des sujets présumés avoir des troubles mentaux présentaient effectivement des troubles mentaux. La spécificité par contre est mauvaise : 40 p. cent des sujets présumés "sains" l'étaient effectivement (avec probablement un haut taux de faux positifs).

Des études antérieures avec le même instrument ont cependant donné une sensibilité et une spécificité satisfaisante. Ainsi, Mari - JJ et Williams - P à Sao-Panlo au Brésil (29) ont trouvé une sensibilité et une spécificité respectivement à 83 p. cent et 80 p. cent. D'autres études effectuées par Harding et al en Colombie, Inde, Soudan, et aux Philippines et rapportées par Mari-JJ et Williams-P ont montré des niveaux excellents de sensibilité et de spécificité allant respectivement de 73 p. cent à 83 p. cent pour la sensibilité et de 72 à 85 p. cent pour la spécificité (29).

En faisant varier le niveau discriminant, on observe parallèlement une variation de la sensibilité et de la spécificité soit dans le sens d'une augmentation soit dans le sens d'une diminution

(tableau VI, graphique n° 4) mais ces deux indicateurs n'atteignent jamais en même temps un niveau excellent au niveau d'aucun point de discrimination (un niveau excellent de sensibilité s'accompagne d'une mauvaise spécificité et inversement).

La VPP du test n'est pas excellente au niveau discriminatoire huit (8) (Graphique n° 3). Elle augmente de façon continue à l'élévation du niveau discriminant (graphique n° 5) traduisant ainsi la diminution du risque de poser un diagnostic faux mais son niveau n'est pas excellent même au niveau discriminatoire le plus élevé où elle est de 71,42 p. cent. Il faut signaler cependant qu'un niveau discriminatoire très élevé expose au risque de "faux négatifs" ; c'est-à-dire des personnes qui seront négatives au test mais qui pourront présenter des troubles mentaux (haut taux de faux négatifs).

La VPN augmente de façon transitoire au niveau discriminatoire 9 pour ensuite s'abaisser (graphique n° 5) ; en d'autres termes, le risque de poser un diagnostic faux augmente : des sujets pourront être négatifs au test mais présenter des troubles mentaux (confère ci-dessus).

Il est intéressant de noter que la sensibilité et la VPN ont un niveau excellent au niveau discriminatoire 9 mais que la spécificité et surtout la VPP ne sont pas satisfaisantes.

VIII - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Cette étude confirme les résultats d'études antérieures réalisées avec le même instrument sur les problèmes de santé mentale rencontrés au niveau des services de santé généraux (Harding et al 1980, B. Diop et R. Collignou 1980, Mari-JJ et Williams-P en 1986) ; des personnes présentant des troubles mentaux peuvent être en apparence "normales".

Les réponses aux 20 items du "SRQ" se font aisément mais certains symptômes psychologiques (problèmes avec les autres, occupations ennuyeuses, est indécis, problèmes dans les activités, incapable de jouer un rôle utile, perte d'intérêt dans les choses, etc.) n'opèrent pas de discrimination entre les personnes "normales" et les personnes présentant des troubles mentaux. Il en est de même des symptômes psycho-physiologiques et/ou psychosomatiques (troubles de l'appétit, dort bien, digestion difficile). Rien à première vue n'explique cette situation ; l'explication donnée par Kortmann-F est qu'une telle situation pourrait traduire l'expression d'une demande d'"aide", même en l'absence de maladie, ce qui pourrait constituer un désavantage du "SRQ" s'il doit être utilisé dans les services de santé généraux.

Nos résultats indiquent que 72 témoins sont "positifs" au test soit un taux de morbidité psychiatrique de 60 p. cent au niveau discriminatoire huit ; mais la conception de l'étude ne permet pas de savoir quel type de pathologie, contitue cette morbidité.

L'étape actuelle de notre étude ne permet pas d'affirmer que ces 60 p. cent de témoins présentent réellement des troubles mentaux ; mais par l'expérience acquise dans d'autres situations (Harding et al 1980) une forte proportion de sujets se situant à un niveau de discrimination supérieur à sept (7) souffrent d'un degré significatif de troubles mentaux. Il semble donc probable que la fréquence des troubles mentaux chez les sujets de notre échantillon présumés ne pas

présenter de troubles mentaux se situe dans le même intervalle que les autres pays en voie de développement (3, 9, 25, 30, 47).

Cependant, en ce qui concerne notre étude les indicateurs de la fiabilité du test (tableau VII, graphique n° 3, 4, 5) ne nous permettent pas d'affirmer que le "SRQ" est un bon instrument de dépistage de troubles mentaux ; nos résultats sont donc plus préliminaires et par conséquent plus provisoires. Nous espérons donc que des études ultérieures seront entreprises pour une meilleure adaptation du "SRQ" afin que la promotion de la santé ne soit pas seulement de préserver l'élément biologique de l'organisme mais aussi de mettre en valeur la vie mentale de l'être humain.

2 - RECOMMANDATIONS

ADMINISTRATION ET POLITIQUE

Nous recommandons à la coordination des actions de santé mentale :

- de susciter des recherches sur les instruments de dépistage des troubles mentaux, notamment un approfondissement de l'étude sur la validité du SRQ de même que sa traduction dans d'autres langues nationales ;

- de promouvoir l'intégration des soins de santé mentale dans les services de santé généraux afin d'assurer une couverture plus large dans ce domaine.

ENSEIGNEMENT ET FORMATION PROFESSIONNELLE

- Les programmes destinés à préparer les médecins, les infirmiers et autres travailleurs sanitaires devraient comprendre une formation théorique et pratique adéquate en santé mentale qui soit en même temps adaptée aux besoins locaux.

- Il conviendrait de mettre en place des programmes soigneusement étudiés afin d'initier le public aux questions de santé mentale et de lui faire savoir qu'il est tout à fait possible de traiter les troubles mentaux.

ORGANISATION DES SERVICES

Les progrès réalisés en santé publique et en psychiatrie offrent aujourd'hui des moyens efficaces pour la prévention des troubles mentaux d'origine organique et pour le traitement ou la stabilisation d'affections mentales aiguës et chroniques. Ces moyens permettent de freiner l'accroissement du pourcentage des malades mentaux dans la collectivité, sans nécessairement hospitaliser les gens. Il faudrait appliquer plus largement ces connaissances aux services de santé

(postes sanitaires périphériques, hôpitaux généraux, établissements psychiatriques spécialisés).

COLLECTE DES DONNEES

- Dans le domaine de la recherche sur la santé mentale, il conviendrait d'accorder la priorité à la mise au point et à l'utilisation des méthodes de recherche épidémiologique et opérationnelle. Ces méthodes devraient être appliquées à :

- . l'étude des facteurs psychosociaux qui affectent la santé et la maladie ;
- . la prévention des troubles mentaux ;
- . la nature et l'étendue des troubles mentaux au sein de la collectivité et leur traitement y compris la comparaison de différents modèles de prestations des soins ainsi que le rôle des praticiens traditionnels.

- Rassembler et analyser les renseignements recueillis sur les maladies mentales et sur les Ressources en personnels dont on dispose pour prévenir et traiter les troubles mentaux, ces activités étant à la base même du développement des services.

IX BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ARPIN, K ; FITCH, M ; BROWN, GB.
Prevalence and correlate of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics.
Auts N. Z. J. psychiatry ; 1990 Mar ; 24 (1) 45-56
- 2 - ADELEKAN Ml.
Self reporter drug use among secondary school students in the Nigeria state of Ogun.
Bull Marc ; 1989 ; 41 (1-2), 109-116.
- 3 - B. DIOP ; R. COLLIGNON ; M. GUEYE.
Symptomatologie et diagnostic psychiatrique dans une région rurale du Sénégal.
Psychopathologie africaine ; 1980. XVI 15-20.
- 4 - BEIRCHMAN -JH ; CORRADINI A.
Selfreport measures for use with children : a review and comment.
J. Clin. - psychol ; 1980 ; 44 (4) 477-90.
- 5 - BEITCHMAN - JH ; KRUIDEMER - B ; INGLIS - A
The children's self - report questionnaire : factor score age.
J. Am - Acad - child - adolesc - psychiatry 1989 Sep. ; 28 (5) ; 714-22.
- 6 - BROWN K ; FITZERALD M ; KINSELLE A.
Prevalence of psychological distress in Iris female adolescents.
J. Adolesc ; 1990 Dec. ; 13 (4) ; 841-50.

- 7 - CABORE (W)
Assistance psychiatrique au Burkina Faso : étude rétrospective de l'activité des structures spécialisées 1981-1985.
Thèse de Médecine, Université de Ouagadougou, ESSSA 1986 n°5.
- 8 - COLLOMB H.
Santé publique et psychiatrie en Afrique
Cahier technique Afro n° 4, 63-73 Brazza (1972).
- 9 - DESHPANDE - SN ; SUNDARAM - KR ; WIG - NN
Psychiatric disorders among medical patients in an Indian hospital.
Br. J. psychiatry ; 1989 Apr ; 154 : 504-9.
- 10 - DIALLO Ousmane Sall.
Situations de crise en pratique psychiatrique
Thèse de Doctorat en Médecine Faculté de médecine d'Abidjan 1984-85 n° 645.
- 11 - ENSLIE - GJ ; WEINBERG WA ; RUHS - AJ
Depressive symptoms by self-report in adolescence : phase I of the development of a questionnaire for depression by self-report.
J. child neurol ; 1990 Apr ; 5 (2) 114-21.
- 12 - EMC
- 13 - GINESTET, D ; PERON - MAGNAN, P.
Chimiothérapie psychiatrique
Masson ed 2ème (1984).
- 14 - G. MATHE ; G - RICHET ; C. KONPERNIK
Sémiologie médicale.
Flammarion médecine - sciences Paris (1981) 4è édition.

- 15 - HARDING, TW ; CLIMENT CE ; R. COLLIGNON
Santé mentale et soins de santé primaires : premiers résultats d'une étude concertée de l'OMS.
Psychologie africaine (1979) XV 1. 5-28.
- 16 - HARDING, TW ; ARANGO, M.V ; BALTAZR, J.
Mental disorders in primary health care : a study of their frequency and diagnosis in four developing countries.
Psychological Medicine (1980) 10. 213-241.
- 17 - HARDING T.W. ; CE CLIMENT ; B. DIOP
Place de la santé mentale dans les soins de santé primaires.
Chronique OMS (1980) Vol 34 (6) 245-259.
- 18 - HYLER SE ; LYONS M. ; RIEDER RO.
The factor structure of self-report DSM III axis II symptoms and their relation - ship to clinicians ratings.
Am - J - psychiatry ; 1990 Jun ; 147 (6) 751-7.
- 19 - HYLER SE ; RIEDER RO ; WILLIAMS JB.
A comparaison of clinical and self-report diagnoses of DSL - III personality disorders.
Compr psychiatry ; 1989 Mar - Apr ; 30 (2) 170-8.
- 20 - H. ZERAM ; ESVAN J.
Aspect culturel des troubles mentaux en Côte d'Ivoire à propos d'un pratique ethnopsychiatrique.
Médecine tr (1981) 41 (3) 297-306.
- 21 - IACOPONI - E ; MARI JJ.
Reliability and factor structur of portuguese version of self-repoting questionnaire.
Int-J-Soc-Psychiatry. 1989 Antumn ; 35 (3) 213-22.

22 - KOKSOL F ; POWER KG.

Four systems anxiety questionnaire (FSAQ) : a self-report measure of somatic, cognitive behavioral, and feeling components.

J - Pers - Assess : 1990 Summer : 54 (3-4) 534-45.

23 - KORTMANN - F ; TEN - HOEN - S

Comprehension and motivation réponse to a psychiatric screening instrument. Validity of the SRQ in Ethiopia.

Br - J - psychiatry - 1988 Jul : 153 : 95-101.

24 - KRISHNASWAMY - S ; KYAW - OH

A pilot study on the use of the world health organisation self reporting questionnaire (SRQ) on a Malaysian population.

Singapore - Med-J, 1985 oct : 26 (6) 431-4.

25 - LIMA-BR ; PAI - S ; SANTACRUZ - H.

Screening for the psychological consequence of a major disaster in a developing country : Armero, Colombia.

Acta-psychiatr-Scanot (1987) Nov : 76 (5) 561-7.

26 - L. CASSIERS ; P. FONTAINE ; P.H. CULMET

Psychiatrie I et II.

Centre d'impression bénévole, cercle médical Saint Luc (1975-1980.

27 - L. PERLEMUTER ; P. OBASKA ; J. OUEVANVILLIERS

Dictionnaire pratique de thérapeutique médicale

Masson Paris (1990) 6ème édition.

28 - MARI, JJ WILLIAMS, P.

A comparison of validity of two psychiatric screening questionnaires using relative operating characteristic analysis.

Psychological medicine (1985) 15 (3) 651-659.

- 29 - MARI, JJ WILLIAMS, P.
A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ - 20) in the city of Sao-Paulo.
British Journal of psychiatry (1986) Jan. 148 : 23-6.
- 30 - MARI, JJ WILLIAMS, P.
Minor psychiatric disorders in primary care in Brazil : a pilot study.
Psychol med (1984) 14. 223-227.
- 31 - MITELBERG (G)
Contribution à l'étude d'une population marginalisée : "les fous de la rue" au Burkina Faso.
Mémoire de DEA en santé publique et pays en voie de développement . Institut santé et développement. Université Pierre et Marie Curie (Paris XI) 1990.
- 32 - MITELBERG (G), SANOU (E), OUEDRAOGO (A).
Projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso.
Psychopathologie africaine 1986-1987 XXI 1. 19-65.
- 33 - MICHAEL A. WOODBURY
Ethnologie et psychiatrie : traitement somatopsychosocial des psychoses.
Deuxième colloque africain de psychiatrie Dakar. Mars 1968 : 31-43.
- 34 - MUMFORD - DB.
Somatic sensations and psychological distress among students in Britain and Pakistan.
Soc psychiatry epidemiol ; 1989 Nov ; 24 (6) ; 312-6.
- 35 - MUNTANER C. ; NAGGASHI C. ; JAFFE JH.
Correlates of self reported early childhood aggression in subjects volunteering for drug studies.
Am-J-Drug Alcohol Abuse ; 1989 ; 15 (4) ; 383-402.

36 - OMS

Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique.

Cahiers techniques n° 8, Brazza (1974).

37 - OMS.

Glossaire et guide de classification des troubles mentaux Genève (1976).

38 - OMS

Santé mentale

Série de rapports techniques n° 7 BRA (1979).

39 - OMS

Problème de santé mentale dans la région africaine

Rapport d'une table ronde, Brazza, Juillet (1986).

40 - OMS.

Formation en santé mentale pour les agents de santé primaire.

Rapport Maseru, Brazza, Avril (1986).

41 - OMS

Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaire.

Genève (1990).

42 - OMS

Dimensions sociales de la santé mentale Genève (1991).

43 - OMS

Les soins de santé mentale dans les pays en voie de développement : bilan critique des résultats de la recherche.

Série de rapports techniques n° 698.

- 44 - OMS
Conférences biomédicales
Cahiers techniques Afro n° 4 Brazza (1972).
- 45 - OUBA Henri
Contribution à l'étude du suicide et de la tentative de suicide à Ouagadougou.
Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Ouagadougou (1991) n° 151.
- 46 - PH. MZET ; D-HONZEL.
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Vol 2, Maloine S.A. éditeur (1987).
- 47 - PENAYO U. ; KULLGREN-G ; GALDERA-T.
Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua
Acta - psychiatr - Scand 1990 Jul ; 82 (1) 82-5.
- 48 - PEVELER RC ; FAIRBURN CG.
Measurement of neurotic symptoms by self - report questionnaire : validity of the SCL - 90R.
- 49 - ROCHBLAVE A.M.
L'adolescent et son monde
Editions universitaires, Jean-Pierre Delarge (1978) 3ème édition.
- 50 - ROTSART DE HERTAING, J. COURTEJOIE
Comment aider par contact authentique
Manuel de psychiatrie clinique.
- 51 - SEN-B.
An analysis of the nature of depressive phenomena in primary health care utilising multivariate statistical technics.
Acta-psychiatr-Scand-1987 Jul ; 76 (1) 28-32.

- 52 - **SENB-B ; WILKINSON G . MARI-JJ.**
 Psychiatric morbidity in primary health care. A two-stage
 screening procedure in developing countries : choice of
 instrument and cost-effectiveness.
Br-J-psychiatry - 1987 Jul ; 151 ; 33-8.
- 53 - **SHARHAR E. ; LEDERER J. ; HERZ MJ.**
 The use of a self-report questionnaire to assess the
 frequency of sexual dysfunction in family practice
FamPract ; 1991 sep ; 8 (3) 206-12.
- 54 - **SKUDE D. ; Paul WILLIAMS**
 Screening of psychiatric disorder in general practice
Psychological med, 1984 (14) 365-377.
- 55 - **SYRANYAN S.**
 Etude des itinéraires thérapeutiques empruntés par les
 malades mentaux.
Thèse de Doctorat en médecine, Université de Ouagadougou
ESSSA, (1988) n° 5.
- 56 - **THIOMBIANO Adama**
 Troubles mentaux et migrations : contribution à l'études
 des problèmes de santé mentale des migrants burkinabè en
 Côte d'Ivoire.
Thèse de Doctorat en médecine, Université de Ouagadougou
ESSSA, (1991) n° 126.
- 57 - **TH. LEMPERIERE ; A. FELINE.**
Psychiatrie de l'adulte, MASSON (1983).
- 58 - **UPADHYAYA A. ; CREED - F.**
 Psychiatric morbidity among mothers attending well baby
 clinic : a cross cultural comparaison
Acta-psychiatr-Scand (1990 Feb) ; 81 (2) ; 148-51.

X - ANNEXES

ANNEXE I

SELF REPORTING QUESTIONARY (Version Française Originale)

- 1) Souffrez-vous souvent de maux de tête ?
- 2) Avez-vous des troubles de l'appétit ?
- 3) Dormez-vous de manière satisfaisante ?
- 4) avez-vous facilement peur ?
- 5) Avez-vous des palpitations ?
- 6) Vous sentez-vous irritable ?
Vous sentez-vous inquiet ?
- 7) Votre digestion est-elle difficile ?
- 8) Effectuez-vous actuellement vos occupations en ayant l'esprit tranquille ?
- 9) Vous sentez-vous malheureux ?
- 10) Avez-vous actuellement des problèmes dans vos relations avec les autres ?
- 11) Vos occupations quotidiennes vous semblent-elles ennuyeuses actuellement ?
- 12) Etes-vous souvent indécis actuellement ?
- 13) Cela vous pose-t-il des problèmes dans vos activités ?
- 14) Etes-vous incapable de jouer un rôle utile dans la vie ?
- 15) Avez-vous perdu l'intérêt dans les choses ?
- 16) Pensez-vous être une personne sur laquelle les autres peuvent compter ?
- 17) Avez-vous déjà pensé à mettre fin à vos jours ?
- 18) Vous sentez-vous tout le temps fatigué ?
- 19) Ressentez-vous un malaise corporel général ?
- 20) Vous fatiguez-vous facilement ?

ANNEXE I I

SELF REPORTING QUESTIONARY (Version Française Adaptée)

- 1) Souffrez-vous souvent de maux de tête ?
- 2) La nourriture est-elle toujours bonne dans votre bouche ?
- 3) Dormez-vous de manière satisfaisante ?
- 4) Avez-vous facilement peur ?
- 5) Avez-vous des palpitations ?
- 6) Vous sentez-vous irritable ?
Vous sentez-vous inquiet ?
- 7) Votre digestion est-elle difficile ?
- 8) Effectuez-vous actuellement vos occupations en ayant l'esprit tranquille ?
- 9) Vous sentez-vous malheureux ?
- 10) Avez-vous actuellement des problèmes dans vos relations avec les autres ?
- 11) Vos occupations quotidiennes vous semblent-elles ennuyeuses actuellement ?
- 12) Etes-vous capable d'avoir une décision unique ?
- 13) Cela vous pose-t-il des problèmes dans vos activités ?
- 14) Etes-vous capable de jouer un rôle utile dans la vie ?
- 15) Avez-vous perdu l'intérêt dans les choses ?
- 16) Pensez-vous être une personne sur laquelle les autres peuvent compter ?
- 17) Avez-vous déjà pensé à mettre fin à vos jours ?
- 18) Vous sentez-vous tout le temps fatigué ?
- 19) Ressentez-vous un malaise corporel général ?
- 20) Vous fatiguez-vous facilement ?

ANNEXE III

Moore (version de l'Annexe II)

1. Yāmb zugā mi n zabda naoor wʊsg bi ?
2. Rūbā ket n nooma yāmb noorē wā wa pīnd bi ?
3. Yāmb gōee sōma bi ?
4. Rabeem kēeda yāmb tooll bi
5. Yāmb pelengā mi n yɪkdame bi ? yāmb sūura mi kiuudame ?
6. Yāmb sūrā yikda tooll bi ? yāmb yaa sū-tool soab bi ?
Yāmb yamā yaa bii bi ? yāmb mi yaeesdame bi ?
7. Yāmb sā n di n sa, yāmb rūba bukr yaa toog bi ?
8. Marsā, yāmb sā n tumdē, yāmb yamā gāeeme bi ?
9. Sū-sāang tara yāmb bi ?
10. Vuuma pugē, yāmb ne neb a taabā sʊka, yāmb tara zuloees bi ?
11. Yāmb daar buud fāa tum-tumdi wā, b yamleog wōnda a yii yāmb marsā bi ?
12. Rūnda zugā, yāmb tōeeme n yāas no-yend zug bi ?
13. Rē mi n namesda yāmb y tumē wā bi ? n yāas gom-yend zong bi ?
14. Yāmb tagsdame ti yāmb tōeeme n tum tum-turg dūni wā pugē n naf y meng wall y taab bi ?
15. Marsā wā, baa fi ka le tar yōod yāmb nengē ?
16. Yāmb tagsdame ti yāmb yaa ned y taabā sēn tōe teeg bi ?
17. Yāmb zoe n tagsame ti y na n kʊʊ y meng bi ?
18. Yaames tara yāmb wakat fāa bi ?
19. Yāmb yīngā fāa mikdame bi ?
20. Marsā, yāmb yaada tao bi ?

ANNEXE IV

FICHE D'ENQUETE N°

1°) âge :

2°) sexe

féminin

masculin

3°) Statut matrimonial actuel

célibataire marié (e) autre

4°) STATUT d'alphabétisation

4.1.) illétre (e)

4.2) lettre (e)

langues nationales

en français

5°) Profession

8°) Etat de santé du sujet : sujet sain :

malade somatique :

malade psychotique :

nevrotique :

1°) Yamb zugā mi n zabda naoor wusg bi ? Oui Non

2°) Rubā ket n nooma yāmb noorē wā wa pīnd bi ?

Oui Non

3°) Yāmb gōee sōma bi ? Oui Non

ANNEXE IV

4°) Rabeem kēeda yāmb tooll bi ? Oui Non

5°) Yāmb sūura mi n kigdame (kiuudame) bi ?

Oui Non

6. Yāmb sūurā yikda tooll bi ? yāmb yaa sū-tool soab bi ?

Oui Non

7. Yāmb sā n di n sa, yāmb ruḅa bukr yaa toog bi ?

Oui Non

8. Marsā, yāmb sā n tumdē, yāmb yamā gāeeme bi ?

Oui Non

9. Sū-sāang tara yāmb bi ? Oui Non

10. Vuuma pugē, yāmb ne neb a taabā suka, yāmb tara zuloes bi ?

Oui Non

11. Yārbn daar buud fāa tum-tumdi wā, b yamleog wōnda a yii yāmb marsā bi ?

Oui Non

12. Rūnda zugā, yāmb tōeeme n yāas no-yend zug bi ?

Oui Non

13. Rē mi n namesda yāmb y tumē wā bi ? n yāas gom-yend zug bi ?

Oui Non

14. Yāmb tagsdame ti yāmb tōeeme n tum tum-turg dūni wā pugē n naf y meng wall y taab bi ?

Oui Non

15. Marsā wā, baa fi ka le tar yōod yāmb nengē ?

Oui Non

ANNEXE IV

16. Yāmb tagsdame ti yāmb yaa ned y taabā sēn tōe teeg bi ?

Oui Non

17. Yāmb zoe n tagsame ti y na n kuu y meng bi ?

Oui Non

18. Yaames tara yāmb wakat fāa bi ?

Oui Non

19. Yāmb yīngā fāa mikdame bi ?

Oui Non

20. Marsā, yāmb yaada tao bi ?

Oui Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.