

**BURKINA FASO**  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

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

**SECTION MEDECINE**

Année universitaire 1998 / 1999

Thèse n° 03

**LES MALADES MENTAUX ERRANTS  
DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE  
ET POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE**

**THESE:**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Janvier 1999  
Pour l'obtention du Grade de **DOCTEUR en MEDECINE**  
**(DIPLOME D'ETAT)**

**Par**

**Francine DOUAMBA épouse OUEDRAOGO**  
*Née le 29 Avril 1971 à Ouagadougou (Burkina Faso)*

**JURY**

Directeur de thèse  
**Pr. Ag Jean KABORE**

Co - Directeur  
**Dr. Jean Gabriel OUANGO**

Président : **Pr. Julien YILBOUDO**  
Membres : **Dr. Arouna OUEDRAOGO**  
**Dr. Abdoulaye TRAORE**  
**Dr. Jean Gabriel OUANGO**

## LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation	Pr. Ag. B. Jean KABORE
Directeur des Stages de la section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la section Pharmacie	Dr Rasmata OUEDRAOGO / TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Fakou TRAORE
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr. Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.AU TITRE DE L'ANNEE ACADEMIQUE 1998-99

### *I. ENSEIGNANTS PERMANENTS*

#### **Professeurs titulaires de Chaire**

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie, Organogenèse & Chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIQUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie - Puériculture

#### **Professeur associé**

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

### **Maîtres de Conférences, Agrégés des Universités**

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie

B. Jean KABORE  
Joseph Y. DRABO  
Blaise SONDO  
Jean LANKOANDE  
Issa SANOU  
Ludovic KAM  
Adama LENGANI  
Omar TRAORE N°1  
Kampadilemba OUOBA  
Piga Daniel ILBOUDO  
Albert WANDAOGO

Neurologie  
Endocrinologie  
Santé Publique  
Gynécologie-Obstétrique  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Néphrologie  
Orthopédie-Traumatologie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Hépto-gastro-entérologie  
Chirurgie pédiatrique

### **Maîtres-Assistants**

Lady Kadidiatou TRAORE  
Mamadou SAWADOGO  
Si Simon TRAORE  
Adama TRAORE  
Abdoulaye TRAORE  
Daman SANO  
Arouna OUEDRAOGO  
Joachim SANOU  
Patrice ZABSONRE  
Jean Gabriel OUANGO  
Georges KI-ZERBO  
Théophile TAPSOBA  
Rasmata OUED./TRAORE  
Michel AKOTIONGA  
Alain BOUGOUMA  
Rabiou CISSE  
Blami DAO  
Boubacar TOURE

Parasitologie  
Biochimie  
Chirurgie  
Dermatologie Vénérologie  
Santé Publique  
Chirurgie Générale  
Psychiatrie  
Anesthésie-Réanimation  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Maladies Infectieuses  
Biophysique  
Bactério-Virologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Gastro-Entérologie  
Imagerie Médicale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie-Obstétrique

### **Assistants, Chefs de clinique des Services Universitaires des Hôpitaux**

Y. Abel BAMOUNI  
Pingwendé BONKOUNGOU  
M. Théophile COMPAORE  
Arsène M. D. DABOUE  
Raphaël DAKOURE  
Maïmouna DAO/OUATTARA  
Timothée KAMBOU  
Nicole Marie KYELEM/ZABRE  
Nonfounikoun D. MEDA  
Athanas MILLOGO  
Boubacar NACRO  
Hamadé OUEDRAOGO

Vincent OUEDRAOGO  
Alexis ROUAMBA

Imagerie médicale  
Pédiatrie  
Chirurgie  
Ophtalmologie  
Anatomie-Chirurgie  
ORL  
Chirurgie  
Maladies Infectieuses  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Anesthésie-Réanimation,  
Physiologie  
Médecine du Travail  
Anesthésie-Réanimation,

Makido B. OUEDRAOGO  
Jean KOULIDIATY

Génétique  
Physique

### **Assistants**

Apolinaire BAYALA (in memoriam)  
Jeanne MILLOGO  
Raymond BELEMTUGOURI  
Gustave KABRE  
Drissa SANOU

Physiologie  
T.P. Biologie-Cellulaire  
T.P. Biologie Cellulaire  
Biologie  
Biologie Cellulaire

## **Institut du Développement Rural ( IDR )**

### **Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO  
Georges Anicet OUEDRAOGO

Génétique  
Biochimie

## **Faculté des Sciences Economiques et de Gestion**

Tibo Hervé KABORE  
Mamadou BOLY

*Maître-Assistant*  
Economie-Gestion  
*Assistant*  
Gestion

## **Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

Jean Claude TAITA

Droit

## **III. ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Henriette BARY  
Boukari Joseph OUANDAOGO  
Aimé OUEDRAOGO  
R. Joseph KABORE  
Saïdou Bernard OUEDRAOGO  
Bruno ELOLA  
Michel SOMBIE  
Nicole PARQUET  
M. GUILLERET  
M. DAHOU ( in memoriam)  
Bréhima DIAWARA  
Annette OUEDRAOGO  
Adama THIOMBIANO  
Sidiki TRAORE  
Mamadou DIALLO  
M. KPODA

Psychologie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Imagerie médicale  
Anesthésie-Réanimation  
Planification  
Dermatologie  
Hydrologie  
Hydrologie  
Bromatologie  
Stomatologie  
Législation Pharmaceutique  
Galénique  
Anglais  
Anglais

Bobliwendé SAKANDE  
André K. SAMADOULOGOU  
T.Christian SANOU (in memoriam)  
Raphaël SANOU (in memoriam)  
Doro SERME (in memoriam)  
Rigobert THIOMBIANO  
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)  
Alain ZOUBGA  
Robert O. ZOUNGRANA

Physiologie  
Histologie-Embryologie  
Cardiologie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Maladies Infectieuses  
Radiologie  
Pneumologie  
Physiologie

### **Assistants, Biologistes des Services Universitaires des Hôpitaux**

Lassina SANGARE  
Idrissa SANOU  
Harouna SANON

Bactério-Virologie  
Bactério-Virologie  
Hématologie/Immunologie

### **Assistantes associées**

Caroline BRIQUET  
Pharmacologie  
Valérie MURAILLE

Chimie -Analytique,  
et Toxicologie  
Galénique, Chimie-Analytique

## **II. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

### **Faculté des Sciences et Techniques (FAST)**

#### ***Professeurs Titulaires***

Alfred S. TRAORE  
Akry COULIBALY  
Sita GUINKO  
Guy V. OUEDRAOGO  
Laya SAWADOGO  
Laou Bernard KAM ( in mémoira )

Immunologie  
Mathématiques  
Botanique-Biologie Végétale  
Chimie Minérale  
Physiologie-Biologie Cellulaire  
Chimie

#### ***Maîtres de Conférences***

Boukary LEGMA  
François ZOUGMORE  
Patoïn Albert OUEDRAOGO  
Adama SABA  
Philippe SANKARA  
Wendengoudi GUENDA

Chimie-Physique Générale  
Physique  
Zoologie  
Chimie Organique  
Cryptogamie  
Zoologie

#### ***Maîtres-Assistants***

Léonide TRAORE  
Marcel BONKIAN  
Longin SOME  
Aboubakary SEYNOU

Biologie Cellulaire  
Mathématiques et Statistiques  
Mathématiques et Statistiques  
Statistiques

Badioré OUATTARA  
Tométo KALOULE  
Alassane SICKO  
Aline TIENDREBEOGO

Séni KOUANDA  
Noël ZAGRE  
Maminata TRAORE / COULIBALY

Galénique  
Médecine du Travail  
Anatomie  
Chimie Analytique et contrôle  
Médicale.  
Santé Publique  
Nutrition  
Biochimie

#### **IV. ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES** **A.U.P.E.L.F.**

Pr. Lamine DIAKHATE  
Pr. Abibou SAMB  
Pr. José Marie AFOUTOU  
Pr. Makhtar WADE  
Pr. M. K. A. EDEE  
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG  
Pr. Ag. R DARBOUX  
Pr. Ag. Emmanuel BASSENE

Hématologie (Dakar)  
Bactério-Virologie (Dakar)  
Histologie-Embryologie (Dakar)  
Bibliographie (Dakar)  
Biophysique (Lomé)  
Physiologie (Dakar)  
Histologie-Embryologie (Bénin)  
Pharmacognosie (Dakar)

#### **O.M.S.**

Dr Jean-Jacques BERJON  
Pr. Auguste KADIO  
  
Pr. Arthur N'GOLET  
(Brazzaville)

Histologie-Embryologie (Créteil)  
Pathologies infectieuses et  
parasitaires (Abidjan)  
Anatomie Pathologique

#### ***Mission Française de Coopération***

Pr. Etienne FROGE  
Pr AYRAUD  
Pr. Henri MOURAY  
Pr. Denis WOUESSI DJEWE  
Pr. M. BOIRON

Médecine Légale  
Histologie-Embryologie (Nice)  
Biochimie (Tours)  
Pharmacie Galénique ( Paris XI )  
Physiologie

#### ***Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)***

Pr. Marc VAN DAMME  
Pr. Viviane MOES

Chimie Analytique-Biophysique  
Galénique

*À mes frères et sœur*

*Chacun de vous par sa façon a contribué à la réalisation de cette thèse .Que ce travail soit un modèle et qu'il fasse grandir en vous le désir de faire mieux .*

*À mon cher époux*

*Ta compréhension et ta disponibilité au long de ce travail m'ont encouragé et fait grandir tout le respect que j'ai pour toi .Cette thèse que nous avons réalisée ensemble est une action de grâce envers le Seigneur Jésus .Sois assuré de mon indéfectible amour.*

*À ma chère fille Tabitha*

*Ce travail bien que le tien , t'est aussi un défi .Retiens ceci comme me le disait un jour mon père : il ne suffit pas de réussir sur le plan intellectuel mais il faut aussi réussir socialement .*

*À tous ces malades mentaux errants*

*Ce travail n'est pas l'œuvre d'un hasard , mais est le reflet d'une histoire particulière entre certains d'entre vous (Salfo, Séni ,etc .) et moi .Que le Seigneur vous viennent en aide et qu'il vous délivre , amen .*

# ***REMERCIEMENTS***

- Au Naaba Sigré et famille .
- A Monsieur Sawadogo, Koné et collègues de l'INSD .
- A mes amis : Gaston et Antoinette, Albert et Evelyne, Olivier, Paul, Gilbert, Aïcha, Hakiéta, Valérie et Nathalie, Karim et Fati, Mathias et Josiane, Sawadogo Etienne , Inoussa ,Kindo Issa et Jacqueline.
- A mes collègues : Clarisse, Marcelline, Gnoumou, Nare, Achille-Max, Léonce .
- A l'OMS, la CNSS, la commune de Ouagadougou.
- Au Dr Kéré moussa.
- A Monsieur Guigma Bernard et collègues de la DEP du ministère de la santé .
- A tous ceux qui m'ont aidé et qui souhaitent garder l'anonymat .



## *A Nos Maîtres et Juges*

*A notre Maître et Président du jury;*

*Monsieur le Professeur Agrégé Julien Yilboudo*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples obligations. Nous avons été marqué par votre enseignement à la Faculté et votre rigueur dans l'encadrement des étudiants sur le terrain de stage. Vos qualités scientifiques et votre sens de l'humour font de vous un médecin remarquable.*

*Ce modeste travail que nous présentons gagnera en qualité. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre respect.*

*A notre Maître et Juge*

*Monsieur le Docteur Arouna Ouédraogo*

*Maître assistant à la faculté de médecine*

*Nous admirons votre ardeur au travail et l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants. Votre amour du travail bien fait et votre simplicité font de vous un modèle. Veuillez bien, au delà de nos insuffisances et de nos lacunes, considérer ce modeste travail comme un hommage.*

*Nous vous sommes reconnaissante d'avoir accepté siéger à notre jury.*

*A notre Maître et Directeur de thèse*

*Monsieur le Professeur Agrégé Jean Kaboré*

*Vice Doyen à la recherche et à la vulgarisation.*

*Sans outrepasser les règles requises dans de telles circonstances, vous avez été un véritable guide dans ce travail. Nous sommes sensible à l'honneur et au privilège que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Votre disponibilité et votre compréhension nous ont encouragé et rassuré à nos moments de doute .*

*Cher Maître, soyez assuré de grande considération et de toute notre reconnaissance.*

*A notre Maître et Co-directeur de thèse;*

*Monsieur le Docteur Jean Gabriel Ouango*

*Maître assistant à la faculté de médecine*

*D'une simplicité particulière, vous avez été tout dans ce travail.*

*Votre persévérance dans la réalisation de cette thèse et votre disponibilité à tous les instants nous sont allées droit au cœur.*

*Merci pour tous les multiples sacrifices que vous avez consentis afin que ce travail voie le jour. Puisse ce travail être à la hauteur de votre attente.*

*Veillez acceptez cher Maître, nos hommages et notre profonde admiration.*

*A notre Maître et Juge;*

*Monsieur le Docteur Abdoulaye Traoré*

*Maître Assistant à la Faculté de Médecine*

*Votre sens du devoir et votre disponibilité font de vous un enseignant exemplaire et un homme très sociable. Merci*

*d'accepter siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Honorable Maître, nous avons beaucoup appris auprès de vous.*

*Merci pour tout .*

**" 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"**

## **ABREVIATIONS**

- **MME = Malades Mentaux Errants**
- **AVP = Accident de la Voie Publique**
- **PHC = Psychoses Hallucinatoires Chroniques**
- **SDF = Sans Domicile Fixe**
- **USP = Unité de Soins Psychiatriques**
- **Tabl = Tableau**
- **OTS = Orientation Temporo-Spaciale**

# SOMMAIRE

I) INTRODUCTION	1
II) CADRE DE LA RECHERCHE	3
III) ENONCE DU PROBLEME	6
IV) RAPPELS	7
V) OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	8
VI) METHODOLOGIE	9
6-1 Type de l'étude.....	9
6-2 Population cible.....	9
6-3 Echantillonnage.....	9
6-4 Choix des enquêteurs.....	9
6-5 Choix des variables.....	10
6-6 Méthodes et techniques de recherche.....	10
VII) RESULTATS	15
VIII) COMMENTAIRES ET DISCUSSION	45
IX) CONCLUSION	54
X) RECOMMANDATIONS	56
XI) BIBLIOGRAPHIE	59
XII) ANNEXES	

## INTRODUCTION

La définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé étant "un état de complet bien-être physique, mental et social" pose la question du mieux-être et même celle du bonheur de l'homme. Sur le plan idéal, toute action de l'homme pour l'homme doit tendre vers ce but. Dans la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui regroupe des pays à faibles ressources, la politique sanitaire des différents pays a ignoré pendant longtemps le problème de santé mentale ou lui a accordé une place fort réduite [26].

Au moment où dans d'autres continents, les problèmes de santé mentale sont repensés en fonction des réalités nouvelles pour répondre de façon appropriée aux besoins des populations, il s'agit pour la région africaine de définir les problèmes de santé mentale et d'essayer de les résoudre, en innovant, compte tenu des ressources disponibles, des besoins de la communauté et des spécificités locales[3].

En Afrique noire francophone la recherche d'une solution aux problèmes posés par les malades mentaux a abouti à la construction d'asiles ou de quartiers psychiatriques pendant les deux dernières décennies de la période coloniale [26].

Mais, au cours de cette même période , plusieurs auteurs [7] ont souligné l'insuffisance quantitative et qualitative de l'infrastructure psychiatrique, de même que la nécessité du dépistage précoce et de l'action préventive au niveau des maladies mentales.

Au Burkina Faso, les premières structures psychiatriques ont été créées en 1958 à Bobo - Dioulasso et 1962 à Ouagadougou . Ces deux structures étaient de type asilaire et faisaient partie des deux grands hôpitaux nationaux .Depuis 1983 ,ces structures ont évolué de façon qualitative et sont devenues des structures modernes de soins psychiatriques intégrés dans les centres hospitalo- universitaires. Un processus de décentralisation des soins aux malades mentaux a abouti en 1985 à la création de cinq Unités de Soins Psychiatriques (USP ) dans cinq provinces autres que le Kadiogo et le Houet .Actuellement le système de prise en charge des malades mentaux compte deux services de référence et quinze USP .La fréquentation de ces structures de soins devient de plus en plus importante .Des malades y sont amenés pour des soins par les parents ou l'ordre public ou alors certains patients consultent eux-mêmes. Par ailleurs les interprétations traditionnelles des maladies mentales amènent parents et malades à

consulter des guérisseurs. Cette assistance traditionnelle et moderne en matière de santé mentale concerne un grand nombre de malades mentaux et leurs familles et contribue à la résolution des problèmes médico-psychologiques et sociaux afférents à ce type de pathologie. Cependant une catégorie de malades mentaux n'est pas prise en charge par l'un ou l'autre système : il s'agit des malades mentaux errants que la représentation communautaire définit comme «fou de la rue» c'est-à-dire «des êtres condensés des signes distinctifs du désordre et du danger renvoyant en miroir aux hommes, l'image négative et cachée d'eux-mêmes. C'est par leur habillement bizarrement agencé ou leur nudité, par leurs cheveux non peignés et dressés sur leur tête, par leur mobilité sans but apparent et leur affairement à des activités stéréotypées non productives, par leur façon de circonscrire leur espace privatif dans un coin de la rue, par leur propos spontanés inintelligibles ou inadaptés qu'ils se différencient des autres marginaux de la rue (simples mendiants, colporteurs, oisifs, etc.) »[5]

Quel citadin ne les a pas dévisagés dans la rue avec étonnement et fascination, effroi ou compassion ? C'est à partir de ces caractéristiques ou d'autres laissées à leur appréciation que les enquêteurs ont identifié et recensé "les fous de la rue". [5]-

Notre travail dont le titre est "malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou : aspects épidémiologique, clinique et possibilités de prise en charge" est une contribution à la recherche de solutions aux problèmes que posent ces malades. Il se veut également être une contribution à l'amélioration du vécu individuel et social des malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou.

## **CADRE DE LA RECHERCHE**

Le Burkina Faso est un pays situé dans la boucle du Niger, au cœur de l'Afrique Occidentale. Sur une superficie totale de 274 000 km<sup>2</sup> répartie en 45 provinces, 300 départements et 7285 villages administratifs, vit une population résidente estimée à 10 316 600 selon le dernier recensement de décembre 1996. Pays enclavé, le Burkina Faso n'a aucun débouché sur la mer. Son climat est de type soudanien menacé par la "sahélisation".

Ouagadougou et Bobo-Dioulasso sont les deux grandes villes du Burkina Faso. Ouagadougou en est la capitale politique et organisée en une seule commune. Elle est répartie en cinq (05) arrondissements qui sont:

L'Arrondissement de Baskuy regroupant les secteurs 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

L'Arrondissement de Nongr'Maasom, comprenant les secteurs 13, 23, 24, 25, 26, et 27.

L'Arrondissement de Sig-Noghin qui comprend les secteurs 20, 21, 22.

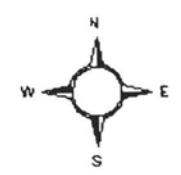
L'Arrondissement de Bogodogo qui comprend les secteurs 14, 15, 28, 29, 30.

L'Arrondissement de Boulmiougou avec les secteurs 16, 17, 18, 19.

Le taux d'urbanisation de la ville de Ouagadougou est estimé à plus de 4,5% l'an. Cette croissance rapide de la population crée de nombreux problèmes (couverture sanitaire insuffisante, problèmes de formation, problèmes d'infrastructures d'équipements et de superstructures et le manque d'emplois, etc.).



# COMMUNE DE OUAGADOUGOU



Source: Cartographie/INSD/1999



## ENONCE DU PROBLEME

L'urbanisation rapide des capitales africaines génère de multiples problèmes parmi lesquels celui posé par l'errance des malades mentaux. Ainsi à Ouagadougou, dans plusieurs rues on rencontre un malade mental établi sous un arbre ou sur un gîte précaire construit par lui même. Dans les marchés et autres lieux de rassemblement de population où la possibilité de mendier existe, les malades mentaux côtoient la population qui leur renvoie méfiance, peur et pitié. Ces sentiments résultent d'expériences diverses liées à la relation avec le "fou".

Malgré leur importance et le rejet qu'ils suscitent, ceux-ci ne bénéficient pas encore de projet de prise en charge. Au contraire ils sont parqués périodiquement dans les camions lors des grandes manifestations dans la capitale et alors débarqués dans les provinces d'où ils reviennent toujours.

## RAPPELS

L'histoire de la médecine [37], au cours des cent dernières années, a été marquée par des transformations profondes qui ont reflété le développement générale des sciences et des techniques. Sur la toile de fond de cette évolution générale, se détache avec des contours originaux la psychiatrie que Henry Ey [33] définit comme une branche de la médecine qui a pour objet la pathologie de la « vie de relation » au niveau de l'intégration qui assure l'autonomie et l'adaptation de l'homme dans les conditions de son existence. La maladie mentale [34] est l'aboutissement d'un déséquilibre qui s'établit progressivement au cours du développement de l'être dans ses différentes structures, fonctions et tendances. Elle se traduit par les mauvais comportements mental, psychologique et biologique. En psychiatrie on distingue deux grands concepts :

- Les névroses
- Les psychoses

Le terme de « névroses » a été introduit par l'Ecosais CULLEN en 1785 et a désigné pendant longtemps « une maladie qu'on suppose avoir son siège dans le système nerveux, et qui constitue un trouble fonctionnel sans lésion sensible dans la structure des parties ». [36] . Ce concept de névroses a subi des vicissitudes historiques et désigne aujourd'hui [1] des maladies de la personnalité à l'origine desquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur et qui ont en commun certains caractères : elles n'altèrent pas le système de réalité ce qui les différencie des psychoses. Les névroses se manifestent par une symptomatologie compréhensible psychologiquement. Elles se classent en deux groupes : les névroses traumatiques et les psychonévroses phobique, hystérique, obsessionnelle et d'angoisse. La prise en charge thérapeutique se fait au niveau critique par un apport chimiothérapeutique et au niveau causal selon les schémas analytiques.

Le mot « psychose » dérivé par analogie à névrose est une création de Freuchtersleben et est synonyme de trouble mental. Cependant tout trouble mental implique l'existence d'une maladie du système nerveux, mais toute atteinte du système nerveux ne s'accompagne pas obligatoirement d'un trouble mental. Les syndromes

schizophréniques sont un groupe de psychose ayant comme caractère essentiel la dissociation et la discordance des fonctions psychiques (affectives, intellectuelles et de la psychomotricité) avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité, délire, et tendance de s'enfermer dans un monde intérieur. L'évolution plus ou moins rapide, souvent poussées aboutit à la démence. La schizophrénie revêt plusieurs formes cliniques qui sont :

- La schizophrénie simple
- La schizophrénie paranoïde
- L'hébéphrenie
- L'hébéphrénocatatonie
- Les formes dystymiques
- L'héboïdophrénie

Le traitement des schizophrènes intègre actuellement l'apport considérable de chimiothérapies aux techniques psychothérapeutiques et sociothérapeutiques.

Les psychoses délirantes chroniques désignent un groupe d'affections mentales différencié du groupe des syndromes schizophréniques par l'absence de dislocation profonde de la personnalité. Ces psychoses sont caractérisées par une altération structurale de la personnalité et qui permet l'installation, le développement et l'extension d'idées délirantes permanentes. Les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaire comprennent :

- Les délires paranoïaques systématisés
- Les psychoses hallucinatoires chroniques
- Les délires chroniques d'imagination (paraphrénie).

Les modalités thérapeutiques nouvelles ont modifié l'évolution et le pronostic des délires chroniques. Les chimiothérapies neuroleptiques constituent l'axe fondamental du traitement, permettant l'aménagement de la relation psychothérapeutique.

# OBJECTIFS

## **I - Objectif Général :**

- Etudier les aspects épidémiologique, clinique et les possibilités de prise en charge des malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou.

## **II - Objectifs spécifiques :**

- Décrire la population des malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou.
- Déterminer le profil clinique des malades mentaux errants.
- Identifier les problèmes que rencontrent les malades mentaux errants.
- Discuter les possibilités de prise en charge des malades mentaux errants de Ouagadougou.

# METHODOLOGIE

## 1 - Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale à passage unique sur la base d'un questionnaire standardisé à variables socio-démographiques, cliniques et d'opinions.

## 2 - Population cible (population de la ville de Ouagadougou)

### 2.1 - Les malades mentaux errants

Ce sont tous les malades mentaux rencontrés pendant la période de l'enquête dans les différentes rues des trente secteurs de la ville de Ouagadougou .

2.2 - La population dite riveraine est celle vivant dans l'entourage immédiat des sites d'habitation ou de résidence des malades mentaux errants.

2.3 - La population dite "distante" est celle qui vit éloignée des sites d'habitation ou de résidence de malades mentaux errants.

Qu'elle soit riveraine ou distante , ces populations établissent des types relationnels variés avec les MME et leurs attitudes et opinions ont une grande incidence sur l'existence de ces derniers .

## 3 - Echantillonnage

Un recensement exhaustif a été fait de tous les malades mentaux errants rencontrés dans les rues des 30 secteurs de la ville durant la période de l'enquête. Cent Cinquante (150) MME ont été recensés.

Un numéro a été attribué sur la fiche d'identification de chaque MME de chaque secteur de la ville de Ouagadougou. Ensuite un tirage au sort du tiers des MME dans chaque secteur fut réalisé, et c'est l'ensemble de ces malades tirés (c'est à dire 1/3 des MME recensés) qui fut retenu pour l'examen clinique.

Le numéro d'identification de chaque malade est reporté sur sa fiche d'enquête ce qui permet à l'enquêteur de le retrouver à son site habituel et de procéder ainsi à son examen.

Nous avons choisi arbitrairement d'examiner le tiers (1/3) des malades mentaux errants recensés simplement pour avoir un effectif suffisamment représentatif de ces malades de la ville de Ouaga.

L'enquête d'opinion auprès de la population riveraine : trois personnes vivant dans l'entourage immédiat de chaque site de résidence des malades mentaux errants examinés ont été interrogées. Les premières personnes rencontrées auprès du site (et attestant vivre à côté de ce site) ont été soumises aux questionnaires sans autre critère d'exclusion sauf celui de refuser d'être interrogé.

L'enquête d'opinion de la population dite "distante" : cinq (05) personnes par secteur et répondant à la définition de population "distante" furent interrogées sans autres critères d'exclusion (sauf celui qui choisit de ne pas participer). C'est dans le souci d'avoir à peu près une taille égale pour les deux types de population enquêtée (riveraine et distante) que nous avons choisi cinq personnes par secteur.

#### **4 - Choix des enquêteurs**

Un choix raisonné de trois infirmiers spécialistes en psychiatrie fut fait car ils sont habitués aux démarches diagnostiques du service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHNYO). Ils ont également une expérience pratique et une bonne compréhension des mots utilisés.

#### **5 - Choix des variables**

##### **5.1 - Malades mentaux errants**

##### **5.1.1 - Variables socio-démographiques.**

- Nom / Prénoms

Cette variable permet l'identification de l'individu dans la société où il évolue. Pour des raisons de commodité d'analyse et d'éthique, nous avons préféré les modalités "connu" ou "inconnu" à l'identité réelle du nom/prénom.

- Age : variable quantitative
- Sexe : variable qualitative

Ces deux variables (âge, sexe) sont nécessaires et intéressantes pour toute recherche/action car ces variables sont des indicateurs socio-démographiques de base.

La répartition inégale en classe d'âge des malades a été adoptée afin de minimiser les risques d'erreur par les enquêteurs (l'appréciation de l'âge réel de ces malades étant subjective.)

- Provenance

L'étude se déroulant dans la province du KADIOGO précisément dans la ville de Ouagadougou nous avons simplement voulu savoir si les malades rencontrés étaient tous originaires de cette même ville (autres provinces, autres pays).

- Profession antérieure.

Il est nécessaire de savoir si le malade exerçait une profession ou non avant l'état morbide. Car il s'agit d'un élément important dont il faut tenir compte dans la prise en charge du patient (réhabilitation socioprofessionnelle).

- Situation matrimoniale.

Elle revêt une connotation (ou dimension) sociale importante car l'implication de la famille dans la prise en charge nous paraît très intéressante. Elle comprend trois modalités : marié, célibataire, divorcé, autres.

- Lieu de résidence

Il est capital à connaître car cela nous permettra de retrouver les malades (repéré pour examen clinique). La prise en charge peut être influencée par le type de résidence : ceux qui ont un mode de résidence fixe implique le besoin d'un point d'attache, d'un repère ; pour ceux qui dorment à domicile, l'implication de la famille sera plus aisée.

- Problèmes rencontrés par les malades

Ils sont de plusieurs ordres : alimentaire, sanitaire, sécuritaire. Nous avons jugé fondamental d'explorer la vie du malade afin d'identifier les différents problèmes auxquels ils sont confrontés et qui pourraient expliquer le phénomène morbide que vit le patient et aider pour la prise en charge.

- Souhaits des MME

Cette variable est importante à explorer en prévision d'une réinsertion socioprofessionnelle.



### *5.1.2 - Variables cliniques.*

L'examen clinique pratiqué est basé sur les critères d'évaluation de A. DROUET (cf. annexe). Il donne des orientations sur les possibilités thérapeutiques que l'on pourrait offrir aux MME.

### *5.2 - Populations enquêtées.*

#### *5.2.1 - Variables socio-démographiques*

- Age/Sexe
- Profession.

La variance des opinions peut être liée à la profession du répondant. Il est indéniable que la tolérance du malade mental varie selon que l'on est agent de la santé, commerçant, agent de l'action sociale ou agent de sécurité.

- Durée dans le secteur

Elle apprécie le degré d'ancienneté du répondant dans le secteur. Cette variable permettra d'apprécier comment chacun vit sa cohabitation avec le malade mental.

#### *5.2.2 - Opinions sur le MME*

- Durée dans le secteur

Elle permet de mesurer l'acceptabilité de la population vis à vis du malade.

- Attitude de l'entourage immédiat par rapport au malade ;

Permet d'apprécier le degré de tolérance de la population vis à vis des MME.

#### *5.2.3 - Propositions de solutions*

- Possibilités de soins
- Solutions pratiques

permet de faciliter l'élaboration des stratégies d'interventions

## **6 - Méthodes et techniques de recherche.**

### **6.1 - L'observation non participante ouverte :**

#### **6.1.1 - Définition**

Il s'agit d'une technique de recherche dans laquelle l'observateur (enquêteur) observe la situation en ne cachant pas sa présence à ceux qui sont observés ; Elle a été surtout utilisée pour effectuer l'approche clinique des malades.

#### **6.1.2 - Limites de la méthode**

La subjectivité de l'enquêteur, ses préjugés, ses désirs, sa culture peuvent influencer et déformer ce qu'il voit.

La présence de l'observateur peut modifier les comportements de la population enquêtée.

**N.B** : La subjectivité de l'enquêteur est l'instrument de mesure par excellence d'une réalité que nous avons voulu saisir, dans ce travail, au travers de l'image que l'on s'en fait.

### **6.2 - L'observation directe**

Elle a été utilisée pour déterminer les variables âge, sexe en complément de l'information donnée par le malade. Elle donne des informations approximatives.

### **6.3 - L'interview**

Cette technique de recherche comporte l'interrogatoire oral d'un ou de plusieurs sujets. Le face à face dans notre étude, fut la manière utilisée pour poser les questions et les réponses furent enregistrées par écrit sur une fiche contenant le questionnaire semi-directif préparé à l'avance.

## **7 - Le déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est passée en trois phases :

1. - Identification des MME
2. - Approche clinique des MME et enquête d'opinion de la population riveraine.
3. - Enquête auprès de la population distante.

Les deux premières parties de l'enquête se sont déroulées respectivement du 30 mars

1998 au 13 avril 1998 et du 16 avril 1998 au 31 avril 1998.

La dernière partie de l'enquête s'est déroulée cinq (05) mois plus tard.

### **8 - Recueil des données**

Il a été effectué sur des fiches d'enquête sans codage et comportant plusieurs items. Les enquêteurs remplissent la fiche au cours ou à la fin de l'observation ou de l'interrogatoire de chaque cas. Toutes les fiches ainsi remplies ont fait l'objet de traitement informatique des données (sans modifications préalables) par le logiciel Epi-Info 5.0.1

# RESULTATS

Au cours de l'étude ,nous avons recensé au total cent cinquante (150) malades mentaux errants dans les trente (30) secteurs de la ville de Ouagadougou. Ces malades sont plus importants dans les secteurs 3 et 23 où nous avons dénombré respectivement 20 et 18 MME.

La majorité de ces MME ont un âge compris entre 25 et 49 ans

Sur les 150 MME recensés, les malades mentaux de sexe masculin sont au nombre de 111 ; et parmi ces hommes il y a 46 qui proviennent des provinces autre que le Kadiogo. Il ressort toutefois que sur les 39 MME de sexe féminin, celles originaires du Kadiogo sont au nombre de 16.

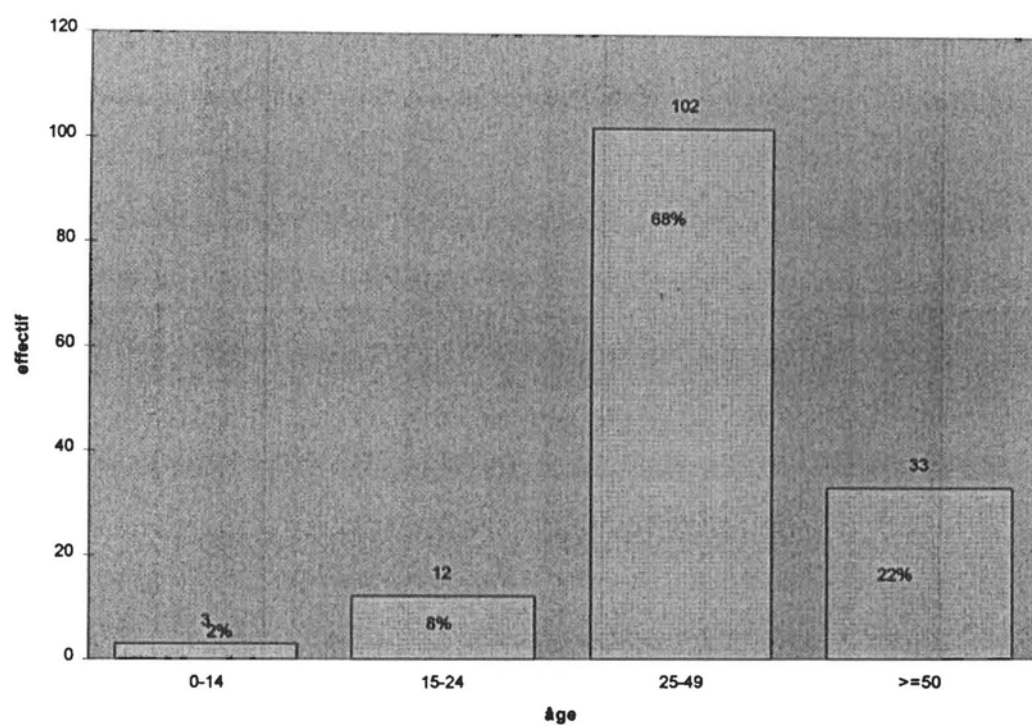
Sur les 52 MME qui ont subi l'examen clinique seulement 44 cas ont été retenues pour l'étude ; les 8 autres fiches étaient inexploitables.

Les résultats montrent que 61.4% des 44 malades sont atteints de schizophrénie toutes formes confondues. Nous avons constaté également que les 17 autres patients dont toutes les femmes de plus de 50 ans présentaient un tableau de psychose hallucinatoire chronique (PHC).La paranoïa délirante chronique ou autre PHC telle que la psychose maniaco-dépressive n'a pas été trouvée.

L'enquête d'opinion a concerné 306 personnes rencontrées dans les différents secteurs de la ville de Ouagadougou. Nous avons interrogé 156 personnes vivant dans l'entourage immédiat des sites d'habitation des MME (population riveraine) et 150 personnes vivant éloigné des sites d'habitation des MME (population distante).Nous avons interrogé autant d'hommes que de femmes. La majorité de ces populations avaient un âge compris entre 25-49 ans et résident dans le secteur pendant au moins 5 ans. La majorité des populations interrogées était commerçante.

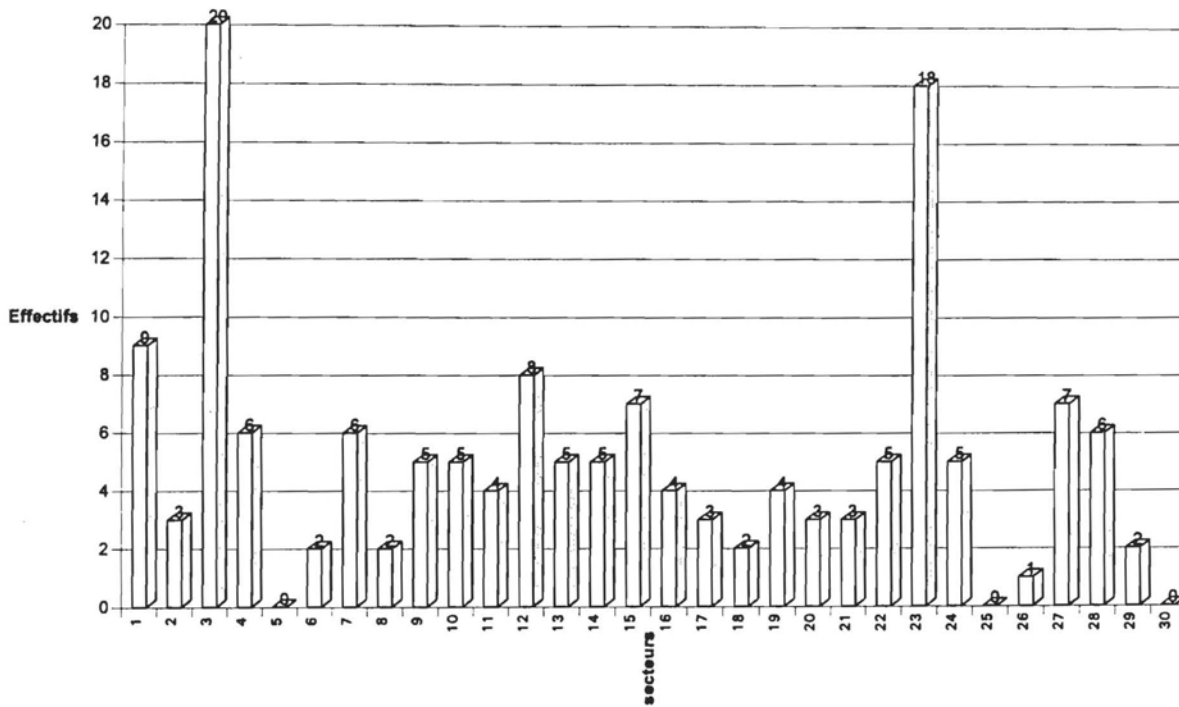
**LES MALADES MENTAUX  
ERRANTS : ASPECTS SOCIO-  
DEMOGRAPHIQUES**

Graphique 1 ; Répartition des malades mentaux errants selon l'âge



Les MME de la ville de Ouagadougou appartiennent à toutes les tranches d'âge mais le plus grand nombre a entre 25 – 49 ans.

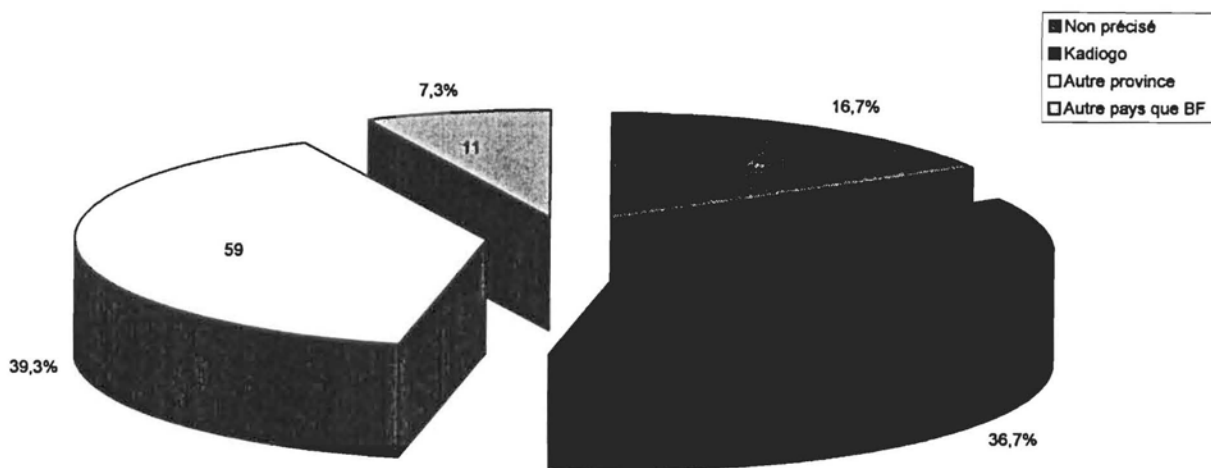
Graphique 2 : Répartition des malades mentaux errants selon le secteur



Les secteurs 3 et 23 abritent le plus grand nombre de MME. Cependant, nous n'avons pas rencontré de MME dans les secteurs 5, 25, 30.

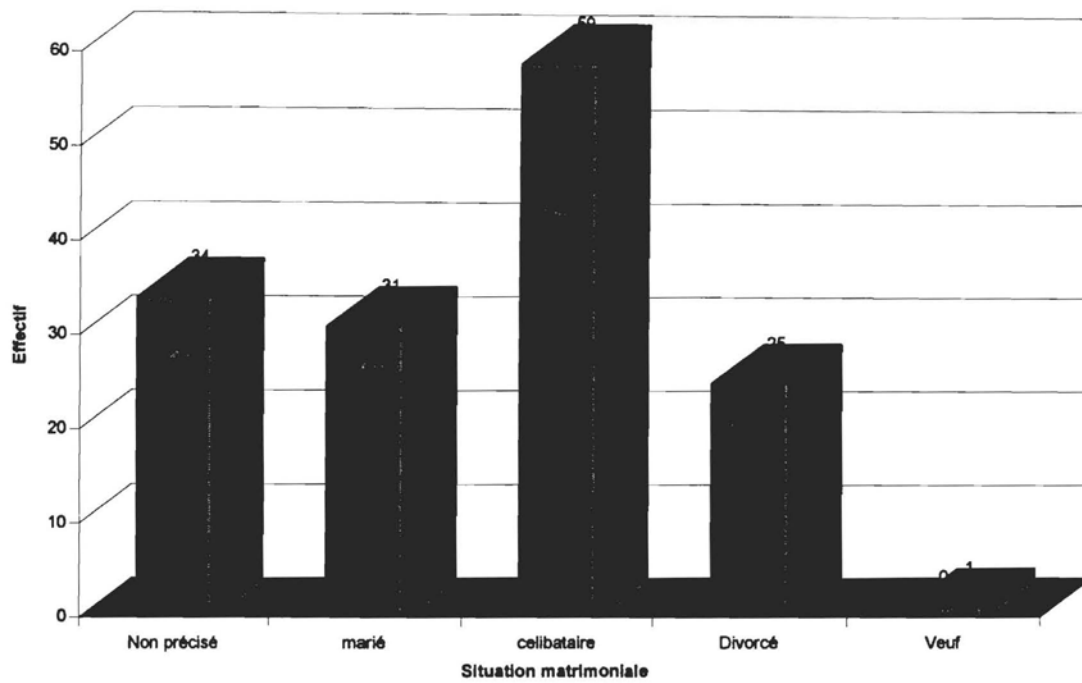


Graphique 3 : Répartition des malades mentaux errants selon leur provenance



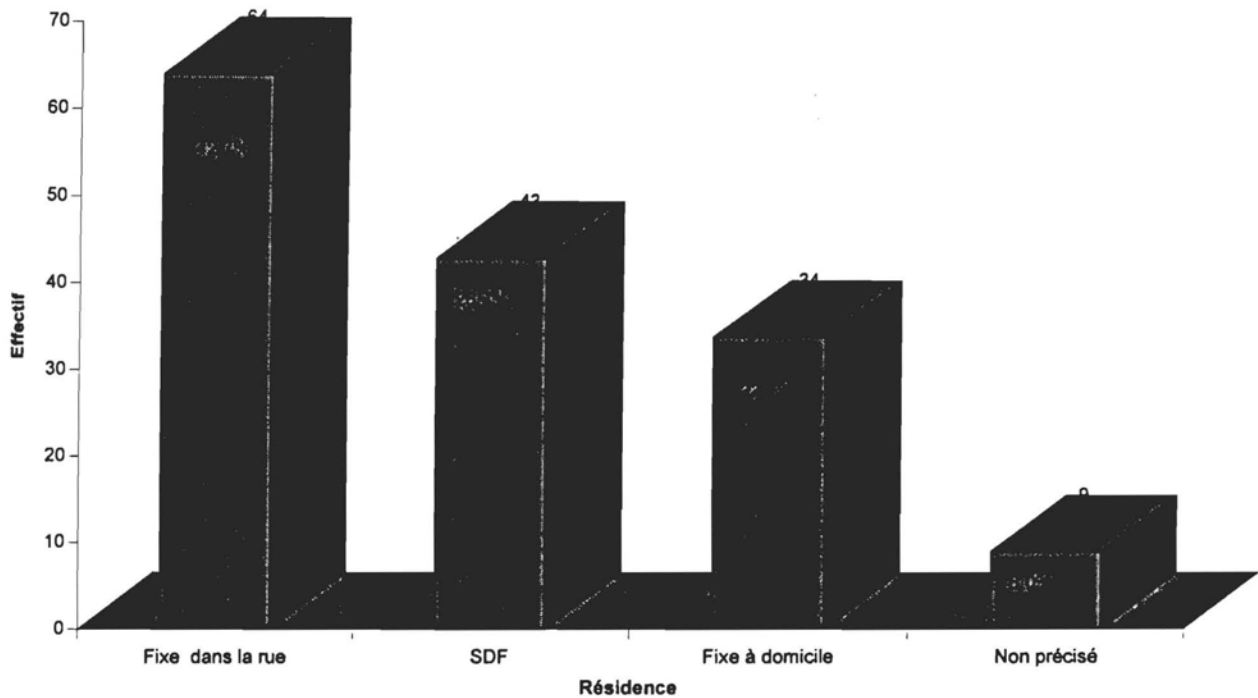
36,7% des malades recensés dans la ville de Ouagadougou sont originaires du Kadiogo, 39,3% sont d'une autre province tandis que 7,3% ne sont pas de nationalité burkinabè (Ghana, Nigériens etc.).

Graphique 4 : Répartition des malades mentaux errants selon la situation matrimoniale



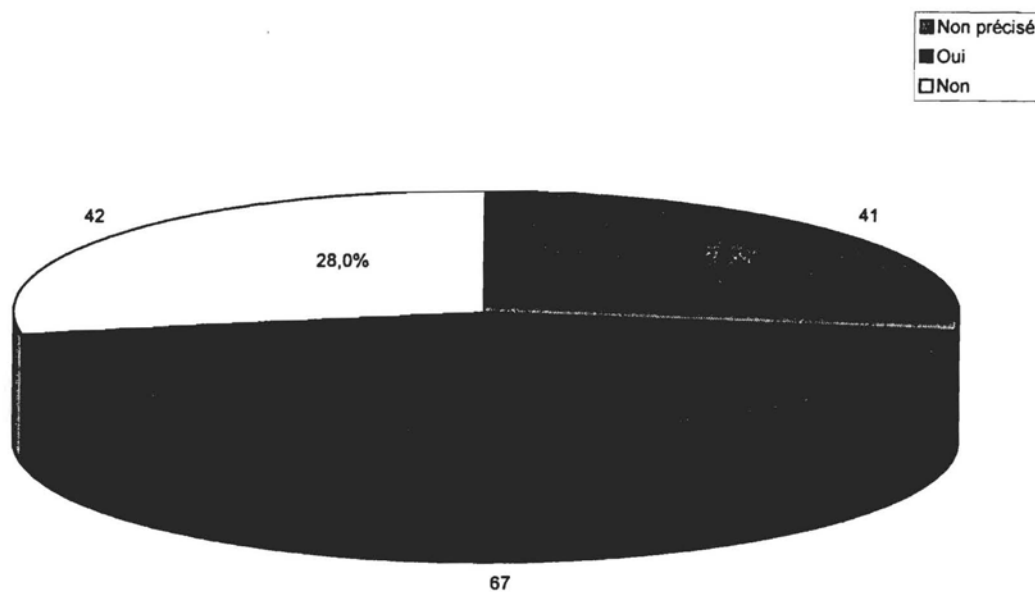
Le plus grand nombre des MME est célibataire soit 39,3%, les mariés représentent 20,7% et les divorcés 16,7%. Seulement 0,7% des MME ont perdu leur partenaires et sont alors veufs.

Graphique 5 : Répartition des malades mentaux errants selon le lieu de résidence



Où dorment les MME? 42,7% élisent domicile à un endroit fixe dans la rue; 22% passent la nuit en famille, tandis que 28,7% sont sans domicile fixe déménageant d'une rue à une autre.

**Graphique 6 : Répartition des malades mentaux errants selon l'existence d'antécédents professionnels**



Sur le plan professionnel, 44,7% des MME avaient un métier avant l'état morbide.

TABLEAU : Répartition des malades mentaux errants selon la connaissance du nom - prénoms

Nom / Prénoms	Fréquences observées	Pourcentage
Connu	112	74,7 %
Inconnu	38	25,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

74,7% de nos malades ont pu s'identifier nominalement.

TABLEAU : Répartition des malades mentaux errants selon qu'ils ont déjà été victimes ou non d'accidents de la voie publique (AVP).

AVP	Fréquences observées	Pourcentage
Oui	24	16 %
Non	86	57,3 %
Non précisé	40	26,7 %
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

Quels problèmes rencontrent les MME?

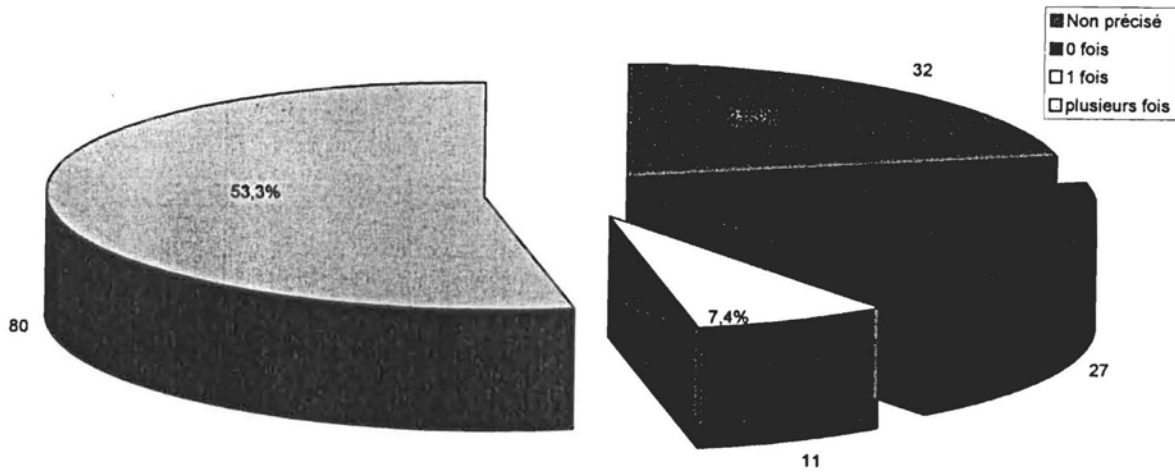
16% ont déjà été victimes d'une AVP

TABLEAU : Types d'agressions subies par les malades mentaux errants

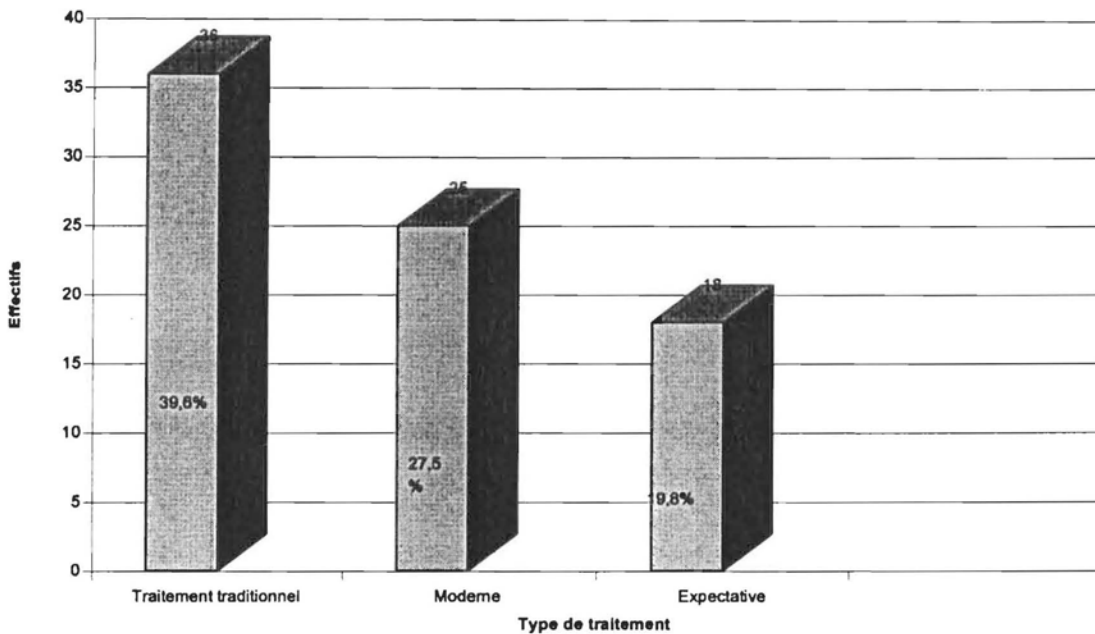
Agression	Fréquences observées	Pourcentage
Verbale	51	34 %
physique	20	13,3 %
Aucune	63	42 %

34% affirment avoir été agressé verbalement par la population tandis que 13,3% l'ont été physiquement.

**Graphique 7 : Répartition des malades mentaux errants selon la fréquence des maladies organiques contractées pendant l'errance**

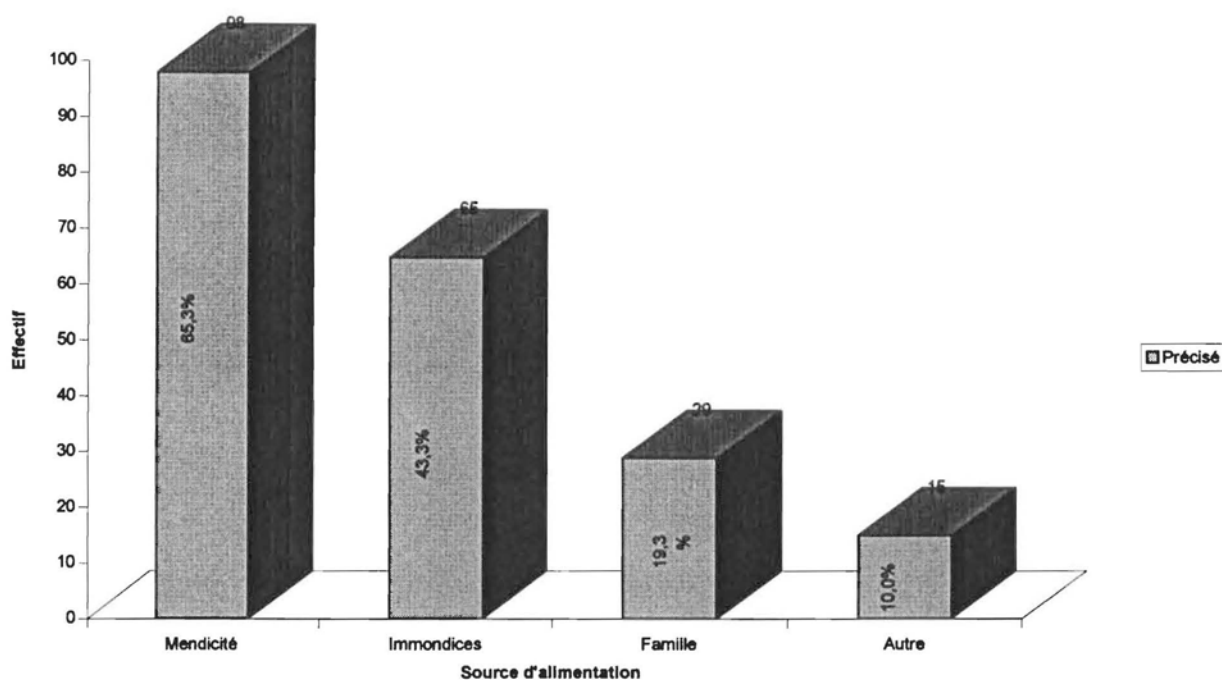


**Graphique 8 : Répartition du type de traitement pratiqué par les malades mentaux errants en cas de pathologies organiques**



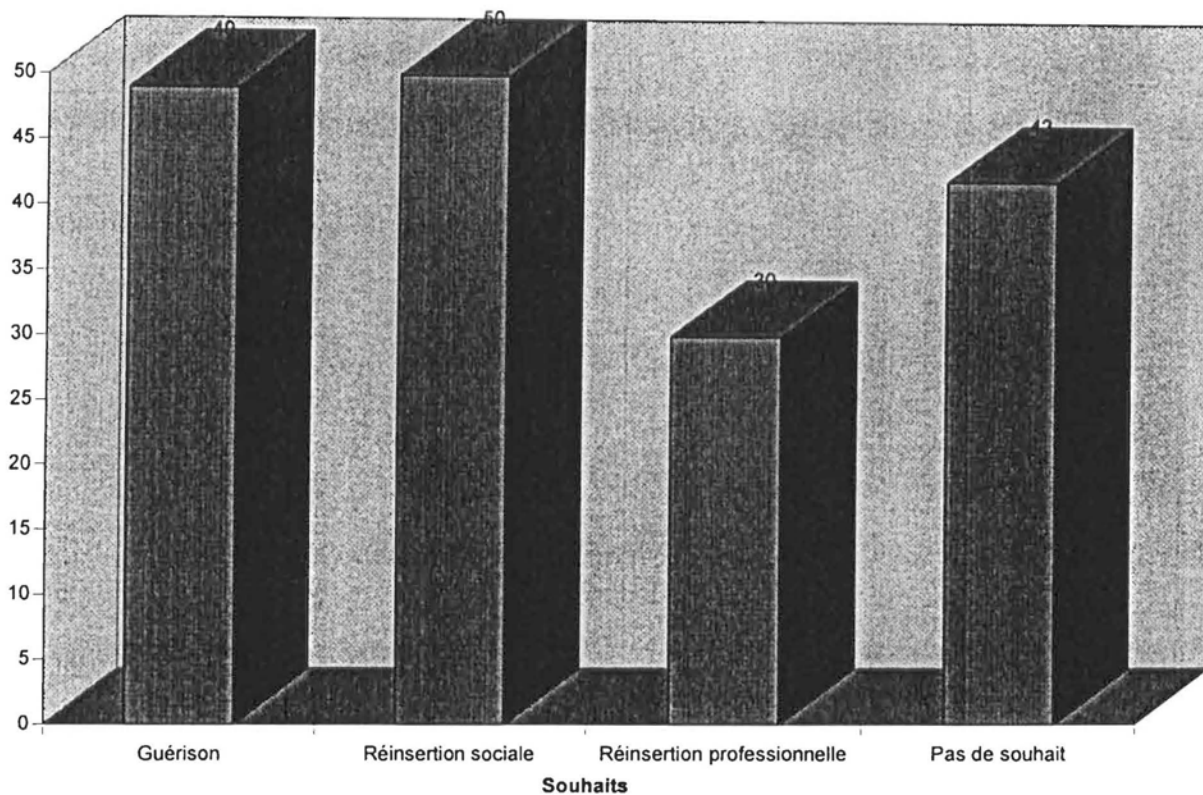
Sur le plan sanitaire, plus de 53% des MME ont déjà souffert d'une pathologie non psychiatrique, et le traitement traditionnel est plus pratiqué que le traitement moderne; 19,8% ont attendu une guérison spontanée.

Graphique 9 : Répartition des malades mentaux errants selon leur source d'alimentation



Sur le plan alimentaire, la mendicité et la recherche de nourritures dans les immondices sont les principales sources d'alimentation des MME. 19,3% sont assistés par leurs familles tandis que il existe d'autres MME (10%) qui pratiquent des activités rémunératrices ou pillent les populations pour subvenir à leur besoins.

Graphique n° 10 : Souhaits des malades mentaux errants



Les MME ont des souhaits qui sont : la guérison, la réinsertion sociale, la réinsertion professionnelle. Cependant certains MME affirment qu'ils n'ont pas de souhait.



**TABLEAU N°1 : LA REPARTITION DES MALADES MENTAUX ERRANTS SELON LE NOMBRE DE JOURS PASSES SANS AVOIR A MANGER**

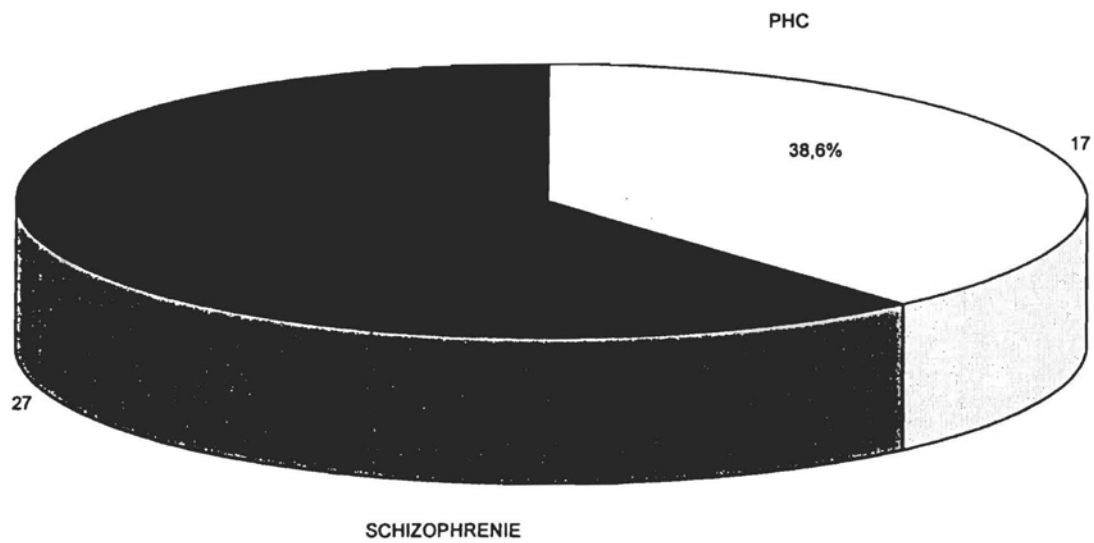
<b>Nombre de jours</b>	<b>Fréquence observée</b>	<b>Pourcentage</b>
Non précisé	27	18,0%
Aucun jour	88	58,7%
Un seul jour	19	12,6%
Deux jours et plus	16	10,7%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**TABLEAU N° 2 : PROVENANCE DES MALADES MENTAUX ERRANTS SELON LE SEXE**

<b>Origine</b>	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>
Non précisée	9 (20,52%)	17 (15,31%)
Kadiogo	16 (41,03%)	39 (35,14%)
Autres provinces	13 (33,33%)	46 (41,45%)
Autres pays que le Burkina	2 (5,12%)	9 (8,10%)
<b>Total</b>	<b>39 (100%)</b>	<b>111 (100%)</b>

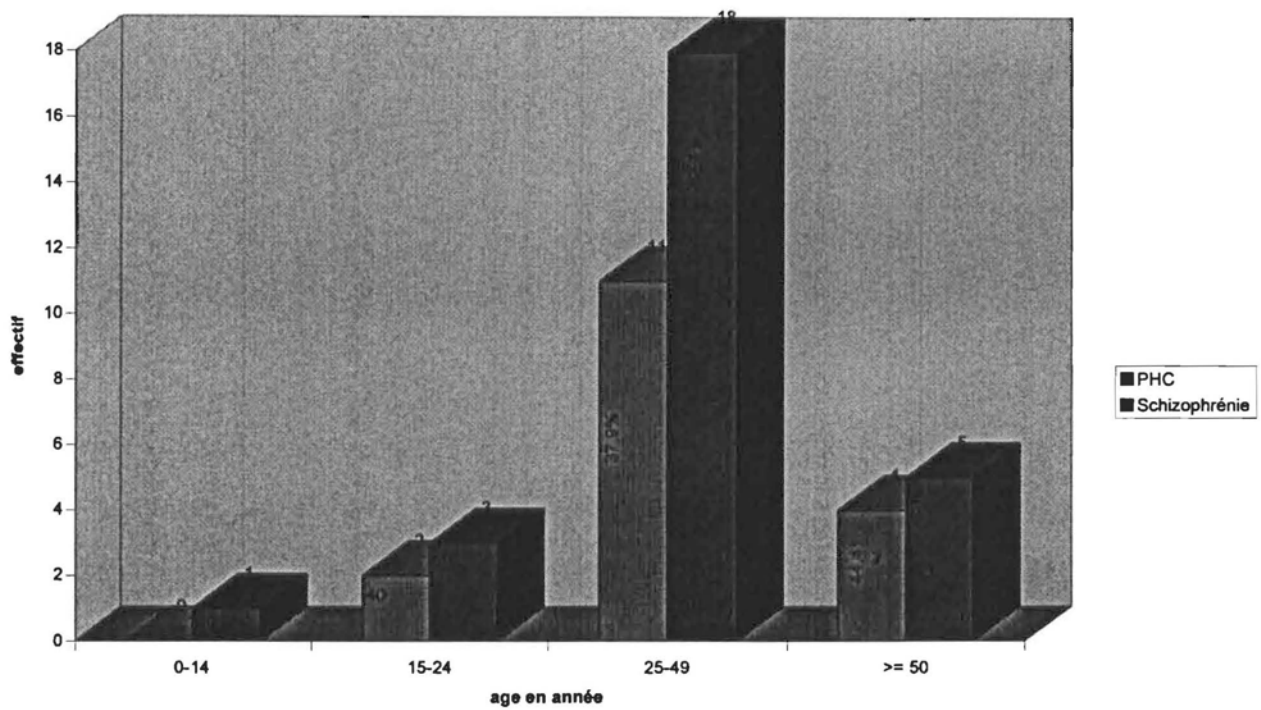
# **PROFIL CLINIQUE DES MALADES MENTAUX ERRANTS**

Graphique 11 : Répartition des malades mentaux errants selon la pathologie



61,4% des MME de la ville de Ouagadougou sont des schizophrènes tandis que 38,6% sont atteints de psychoses hallucinatoires chroniques.

Graphique 12 : Répartition de la pathologie selon l'âge



La schizophrénie demeure la pathologie prédominante de la population des MME de Ouagadougou (les deux sexes confondus quelque soit la tranche d'âge).

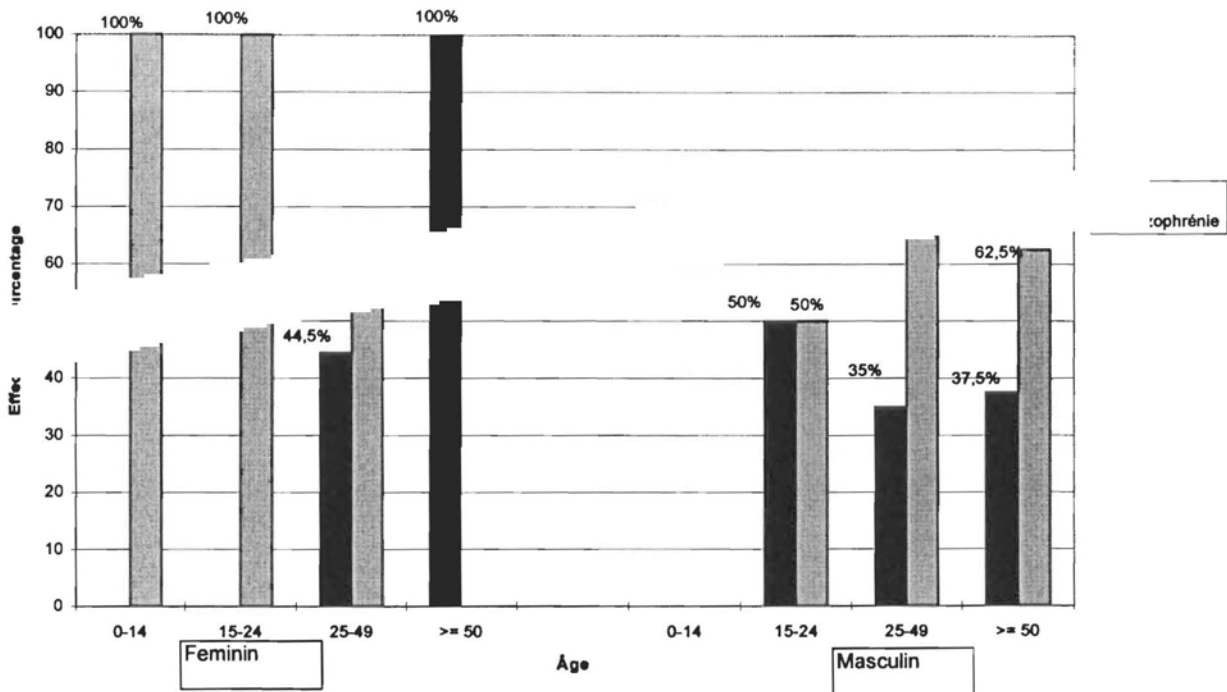
**TABLEAU n°3 : PATHOLOGIE ET SITUATION MATRIMONIALE**

<b>Pathologie</b>	<b>statut non précisé</b>	<b>Marié</b>	<b>célibataire</b>	<b>Divorcé</b>	<b>Total</b>
PHC	0	6	7	4	17
Schizophrénie	5	6	7	9 (33,33%)	27

**TABLEAU n° 4 : PATHOLOGIE ET SEXE**

<b>Pathologie</b>	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>TOTAL</b>
PHC	5	12	17
Schizophrénie	7	20	27
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>44</b>

Graphique 13 : Répartition des malades mentaux errants selon la pathologie, l'âge et le sexe



La pathologie varie selon l'âge et le sexe. Ainsi dans le sexe féminin, les patientes de moins de 25 ans sont toutes schizophrènes, celles de 50 ans et plus souffrent de PHC tandis que dans le sexe masculin, toutes les tranches d'âge sont touchées par la schizophrénie à partir de 15 ans.

**POPULATIONS RIVERAINE ET  
DISTANTE :**

- CARACTERISTIQUES SOCIO-  
ECONOMIQUES**
- OPINIONS SUR LES MALADES  
MENTAUX ERRANTS**

**TABLEAU N°5 : LA REPARTITION DES POPULATIONS INTERROGÉES SELON L'AGE**

<b>Groupe d'âge</b>	<b>Population riveraine</b>	<b>Population distante</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
0-14 ans	0	3	3	0,98 %
15-24 ans	51	37	88	28,76 %
25-49 ans	88	78	166	54,25 %
50 et plus	17	32	49	16,01 %
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>150</b>	<b>306</b>	<b>100 %</b>

**TABLEAU N°6 : LA REPARTITION DES POPULATIONS INTERROGÉES SELON LE SEXE**

<b>Sexe</b>	<b>Population riveraine</b>	<b>Population distante</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Féminin	54	99	153	50,00 %
Masculin	102	51	153	50,00 %
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>150</b>	<b>306</b>	<b>100 %</b>



**TABLEAU N°7 : LA REPARTITION DES POPULATIONS SELON LA PROFESSION**

<b>Profession</b>	<b>Population riveraine</b>	<b>Population distante</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Fonctionnaire	12	11	23	50,00 %
Commerçant	53	72	125	50,00 %
Ménagère	30	26	56	
Cultivateur	27	8	35	
Autres	26	33	59	
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>150</b>	<b>306</b>	<b>100 %</b>

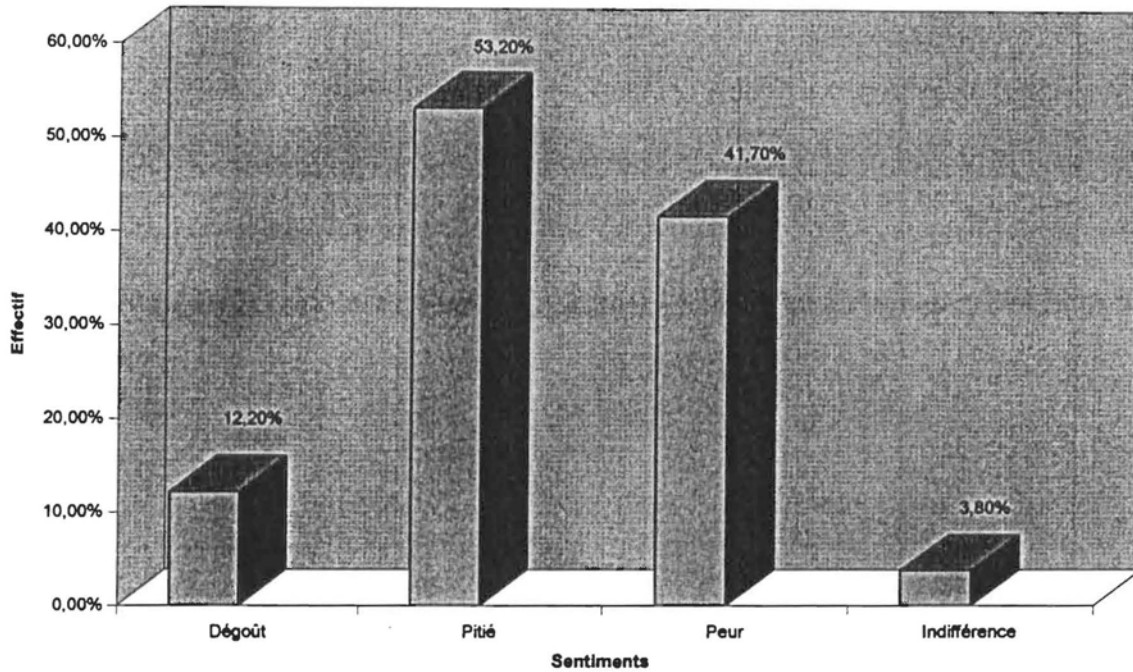
**TABLEAU N°8 : LA REPARTITION DES POPULATIONS INTERROGÉES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE**

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Population riveraine</b>	<b>Population distante</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	70	68	138	45,10 %
Marié	80	75	155	50,66 %
Divorcé	3	2	5	1,63 %
Veuf	3	5	8	2,61 %
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>150</b>	<b>306</b>	<b>100 %</b>

**TABLEAU N°9 : LA REPARTITION DES POPULATIONS INTERROGÉES  
SELON LA DUREE DANS LE SECTEUR**

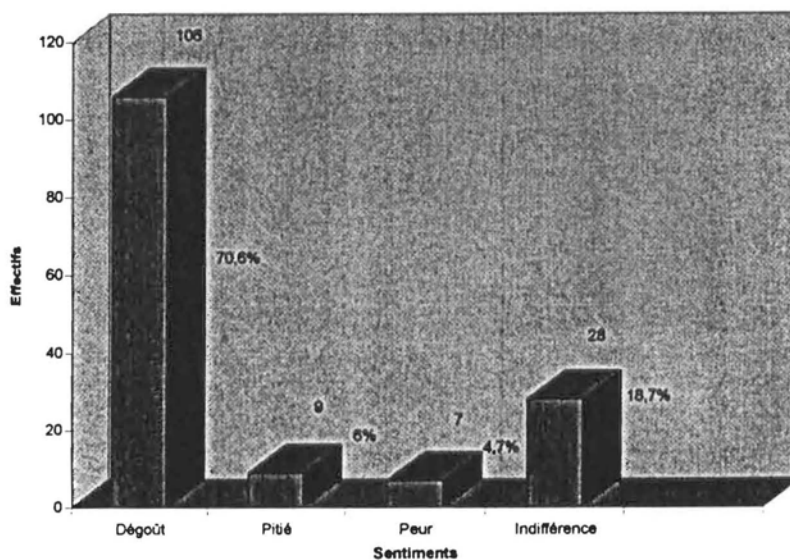
<b>Durée</b>	<b>Population riveraine</b>	<b>Population distante</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Non précisé	1	1	2	0,65 %
< 1 an	24	4	28	9,15 %
1-5 ans	51	26	77	25,16 %
> 5 ans	80	119	199	65,03 %
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>150</b>	<b>306</b>	<b>100 %</b>

**Graphique 14: Répartition des sentiments de la population riveraine vis à vis des malades mentaux errants**

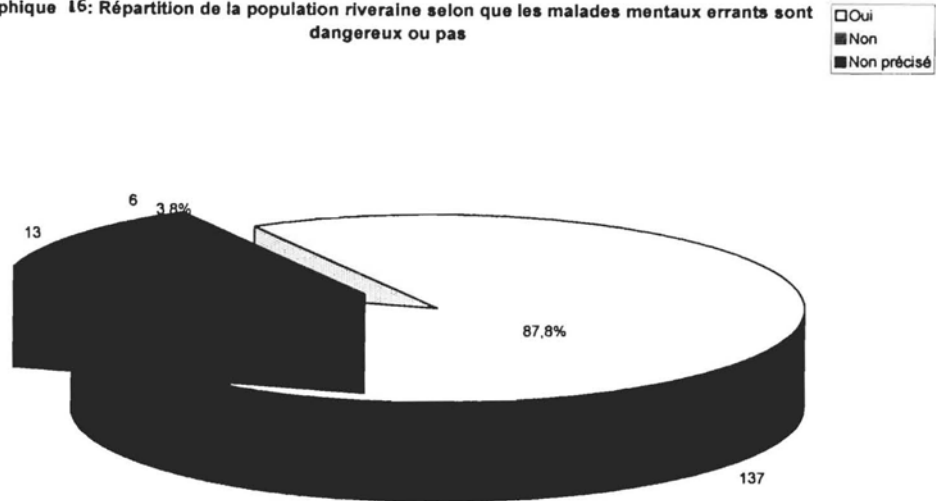


Les sentiments de la population riveraine vis à vis des MME sont surtout la pitié et la peur tandis que pour la population distante ce sont le dégoût et l'indifférence.

**Graphique 15 : Répartition des sentiments de la population distante vis à vis des malades mentaux errants**

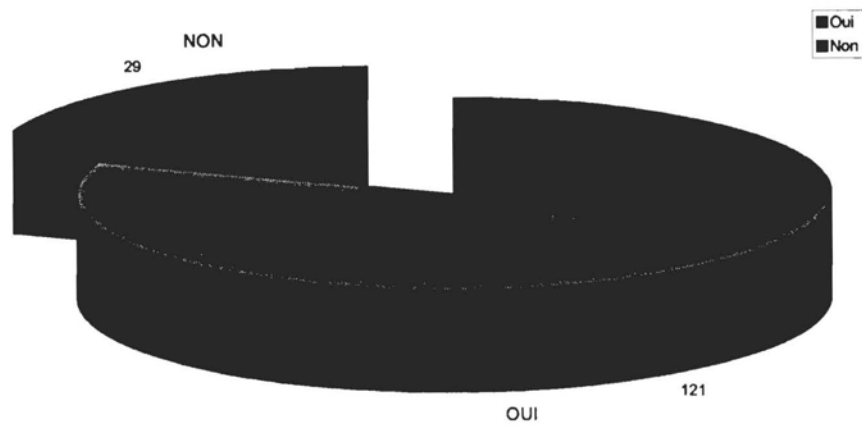


Graphique 16: Répartition de la population riveraine selon que les malades mentaux errants sont dangereux ou pas

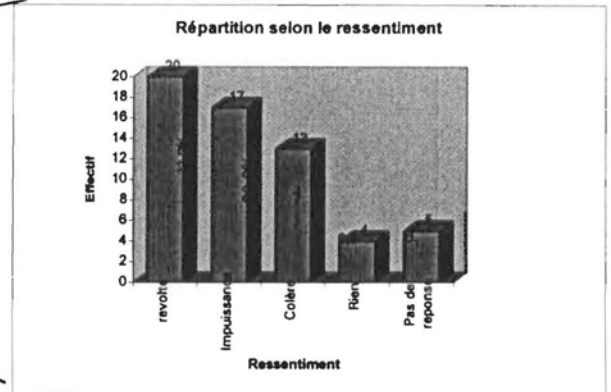
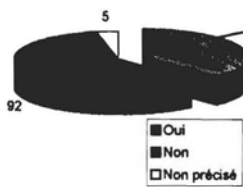


84, 31 % des populations interrogées (plus de la majorité) reconnaissent que les MME représentent un danger pour elles.

Graphique 17 : Répartition des avis de la population distante selon que les malades mentaux errants sont dangereux ou pas



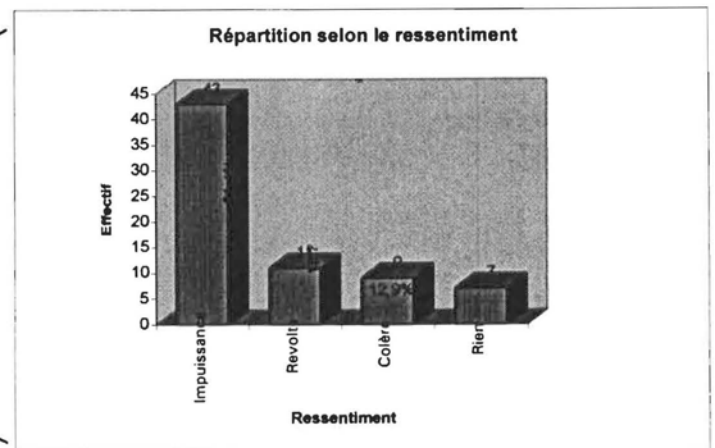
Graphique 18 : Répartition de la population riveraine selon qu'elle a déjà été victime et/ou témoin d'une agression par un malade mental errant ou pas



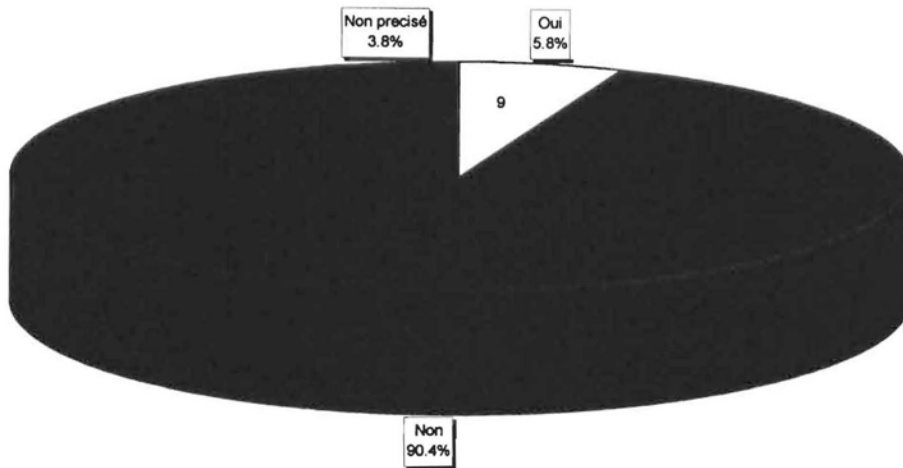
En effet, 42,16 % (59 et 70) des populations interrogées ont déjà assisté ou même été victimes d'une agression par un MME. Leurs réactions principales étaient surtout faites d'impuissance et de révolte.

Graphique 19 :

Répartition de la population distante selon qu'elle a déjà été ou pas victime et/ou témoin d'une agression par un malade mental errant

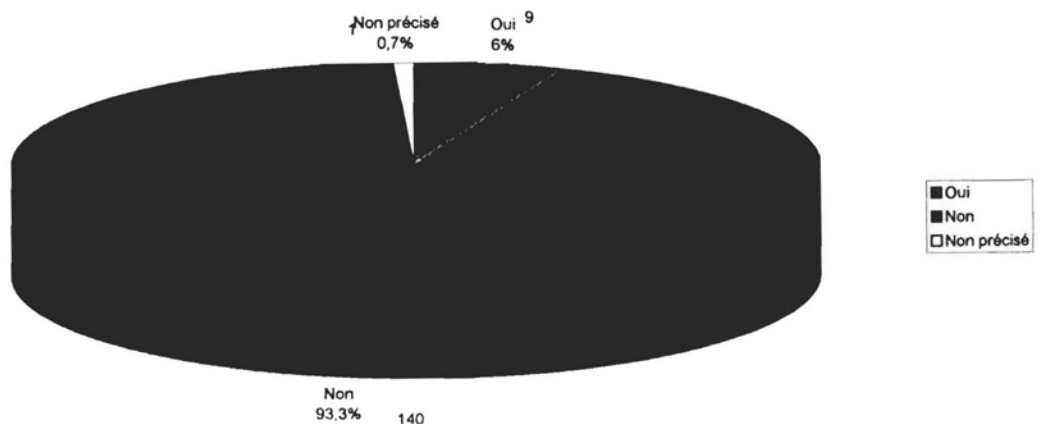


Graphique 20 : Répartition de la population riveraine selon qu'elle a déjà brutalisé ou non un malade mental errant

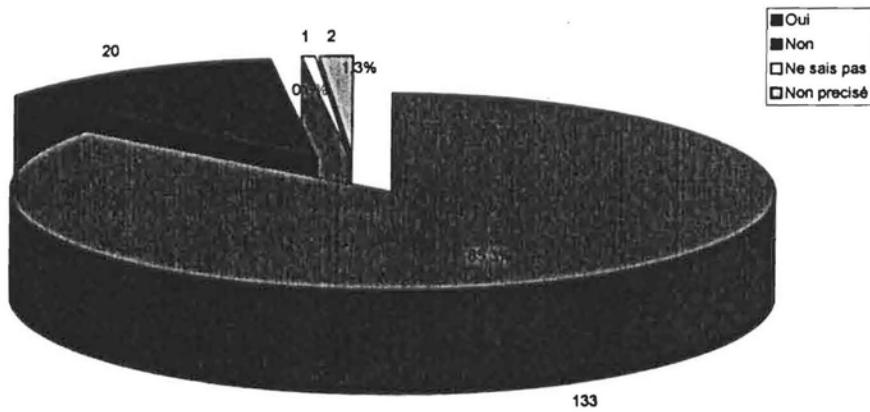


L'étude a révélée que seulement 5,8 % de la population riveraine et 6 % de la population distante affirment avoir déjà brutalisé un MME

Graphique 21 : Répartition de la population distante selon qu'elle a brutalisé un malade mental errant ou non

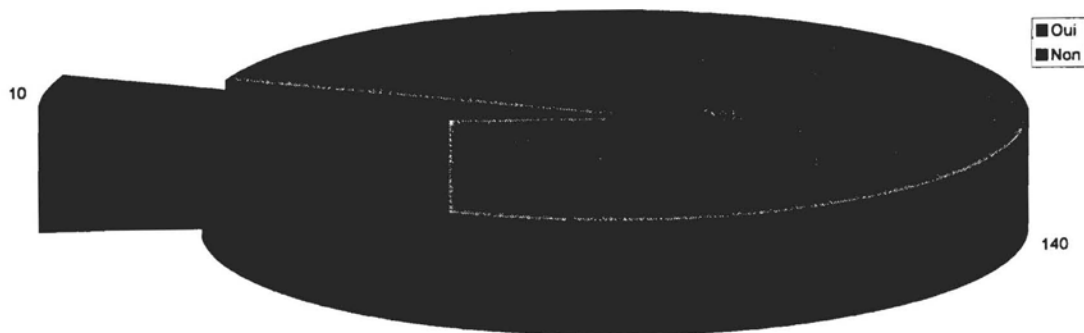


**Graphique 22: Répartition des avis de la population riveraine selon que l'on peut soigner ou pas les malades mentaux errants**

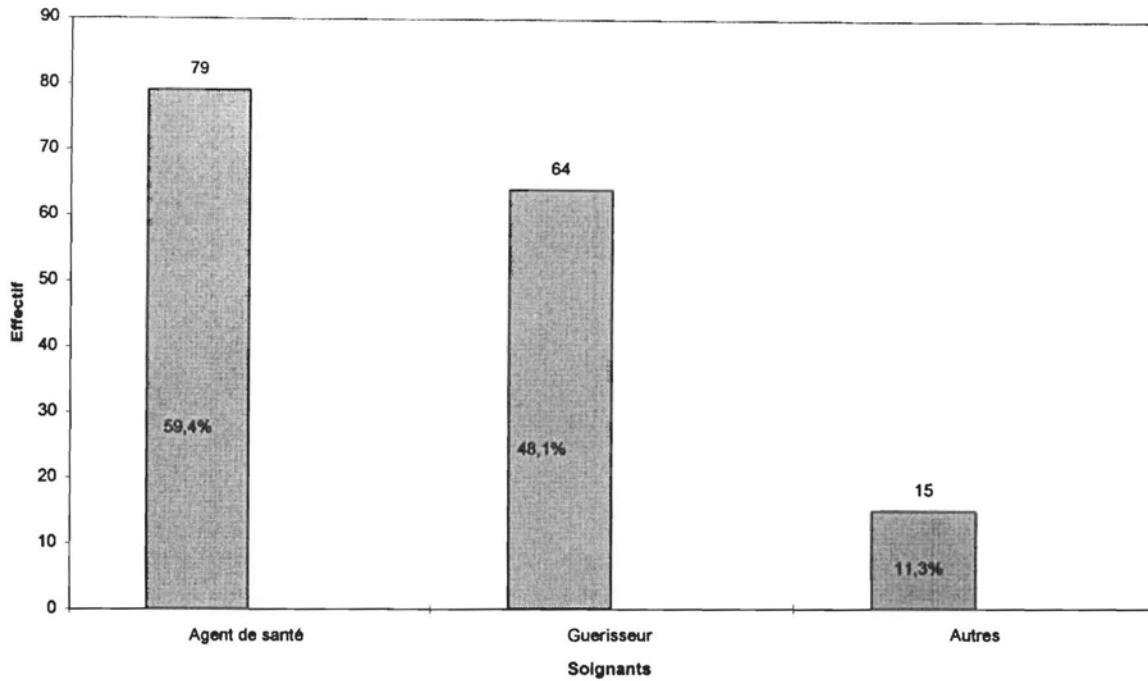


Aussi variés que soient les sentiments des populations vis à vis des MME, 89,22 % d'entre elles estiment que les fous de la rue peuvent être soignés.

**Graphique 23 Répartition de l'avis de la population distante selon que l'on peut soigner les malades mentaux errants ou pas**

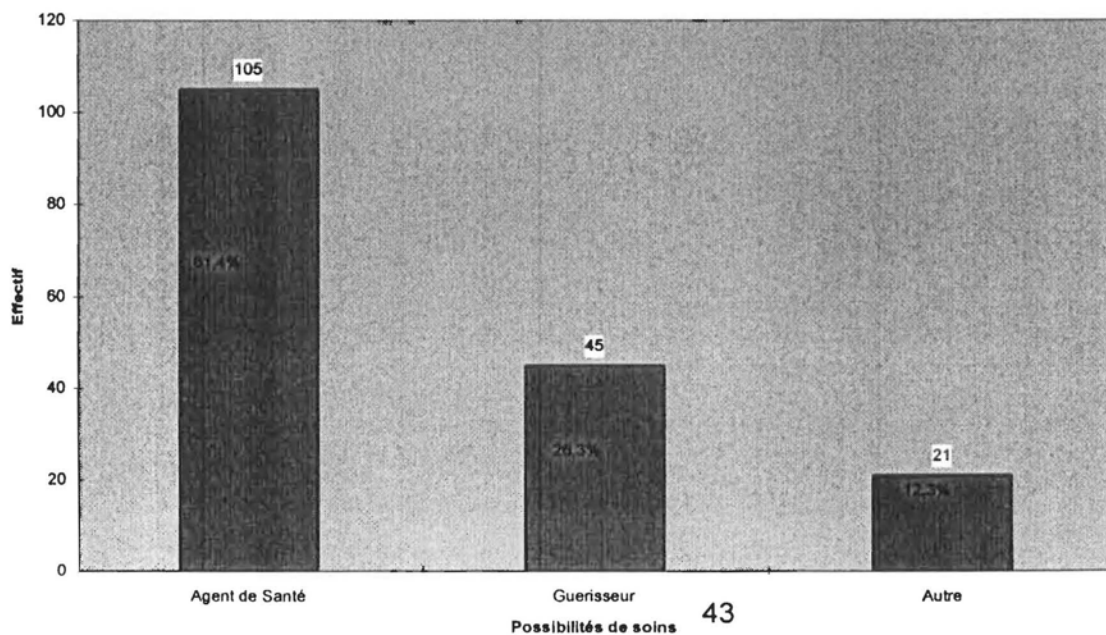


**Graphique 24 : Répartition des avis de la population riveraine selon qui peut soigner les malades mentaux errants,**



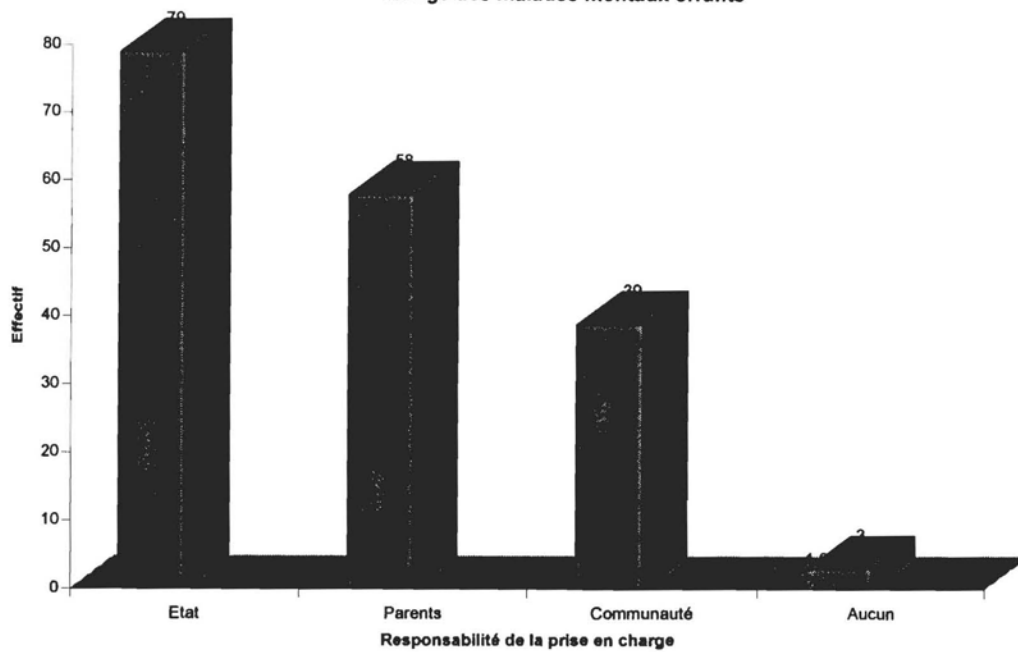
Le choix des populations quant à la prise en charge thérapeutique des MME porte d'abord sur les agents de santé puis sur les guérisseurs et enfin certains proposent de les amener vers les hommes de religion pour qu'on prie pour eux.

**Graphique 25 : Répartition des réponses de la population distante selon qui peut soigner les malades mentaux errants**





**Graphique 26 : Répartition des avis de la population riveraine sur la responsabilité de la prise en charge des malades mentaux errants**

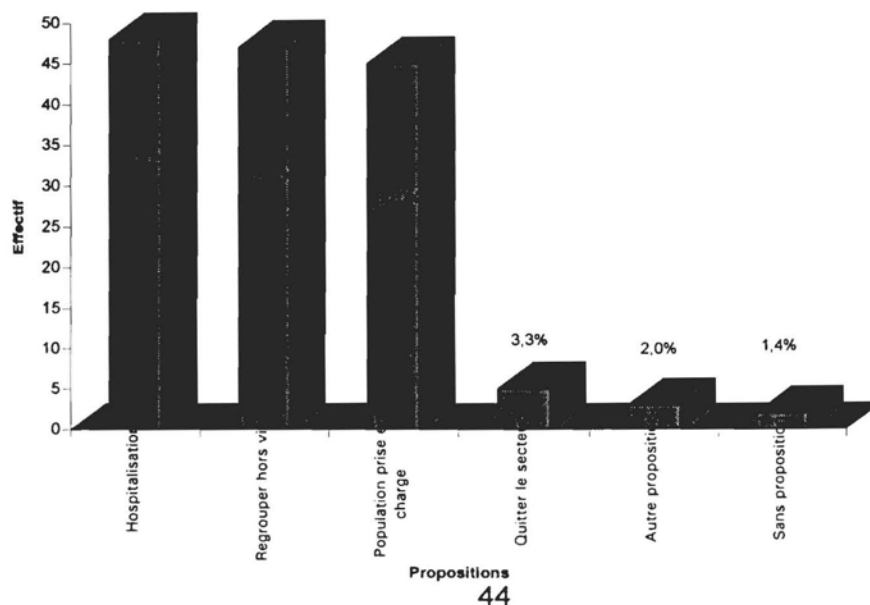


La population riveraine estime que la responsabilité de la prise en charge des MME incombe surtout à l'Etat puis les parents ensuite sur la communauté.

La population distante propose que les MME soient :

- hospitalisés en psychiatrie
- regroupés hors de la ville dans un endroit où l'on pourra les prendre en charge
- que la communauté les prennent en charge elle-même
- qu'ils quittent le secteur qu'importe le lieu où ils seront mis
- certains préconisent de les ramener dans leur village ou province d'origine

**Graphique 27 : Répartition de la population distante selon les types de solutions proposées**



**COMMENTAIRES**

**&**

**DISCUSSION**

## I - CARACTERISTIQUES SOCIO -DEMOGRAPHIQUES DES MME DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU.

Au cours de notre étude nous avons recensé 150 MME ; ce résultat diffère de celui de Mitelberg en 1990 [5] qui trouvait 217 MME à Ouagadougou . Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que le recensement des MME s'est déroulé pendant la coupe d'Afrique des nations de football (CAN) 1998 . Les MME avaient été ramassés et conduits dans des provinces périphériques ( exemple :ZORGHO). L'errance même de ces malades peut expliquer leur nombre réduit car ils se rendent d' une ville à l'autre. Nous pensons également que l'état précaire de leur santé est source de mortalité précoce pouvant réduire alors le nombre des MME . L'amélioration de la prise en charge de la maladie mentale depuis huit (08) ans pourrait expliquer aussi la baisse de ce chiffre.

La majorité de ces MME (68.0 %) ont un âge compris entre 25 et 49 ans (cf. graphique 1), ce qui est conforme aux résultats de Mitelberg (63%). Les MME ayant 50 ans et plus représentent 22% des MME de la ville. Nous pensons que les conditions de vie précaires dans lesquelles ils évoluent associées à leur âge avancé pourraient être source de mortalité importante d'où leur sous représentativité. Les MME ayant entre 15 et 24 ans et ceux de moins de 14 ans représentent respectivement 8.0% et 2.0%. Ces catégories de MME très jeunes déjà dans la rue donnent sujet à réflexion sur le rôle d'encadrement , de protection des parents et ou des tuteurs .

Les MME de sexe féminin représentent 26.0% des cas recensés. Les malades mentales errantes originaires de la province du Kadiogo représentent 41.03 % des patientes. Cependant 41.45% des MME de sexe masculin proviennent d'autres provinces (tabl 2). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les malades mentales sont retenues plus longtemps en famille et se déplacent moins loin que les hommes.

La ville de Ouagadougou compte 30 secteurs et le plus grand nombre de MME se rencontrent aux secteur 3 et secteur 23 dont respectivement 20 MME et 18 MME (cf. graphique 2). Mitelberg dans son étude trouvait une corrélation positive entre la concentration de la population par secteur et le nombre de MME .Ainsi le secteur 3 se situant dans la zone commerciale constitue un point d'attraction pour les MME et les autres marginaux de la société (clochards, délinquants etc. )car cadre idéal de contact humain .Cependant nous n'avons pas trouvé d'explication pour le nombre important de

MME dans le secteur 23 qui est périphérique et qui est plus une zone d'habitation que de commerce.

Les MME ayant pu se nommer représentent 74.7% MME recensés (cf tableau 1) .Nos résultats concordent avec ceux de Mitelberg qui trouvait 80% . Nous pouvons dire alors que la perte de l'identité civile et l'anonymat ne sont pas caractéristiques fréquentes de ces patients .

Les MME recensés ne sont pas tous originaires de la ville de Ouagadougou .39.3% des MME proviennent d'autres provinces ,ceux du Kadiogo représentent 36.7% des MME (cf. graphique 3) .L'absence d'unités de soins psychiatriques ( USP) dans la majorité des provinces au Burkina (75%) ,le peu de moyens financiers et matériels des parents pour conduire leurs malades mentaux à l'hôpital pour y être traités font que certains malades sont abandonnés à eux-mêmes à la longue. Ils finissent par errer et se retrouvent ainsi dans la grande ville qu'ils ne quittent plus.

Notre étude a permis de montrer que la majorité des «fous de la rue» (44.7% ) exerçait une profession avant leur état morbide (cf. graphique 6) .Cela signifie que ces fous «d'aujourd'hui» étaient «hier» des individus ayant des responsabilités socioprofessionnelles.

Sur le plan de l'habitat ,42.7% des MME de la ville de Ouagadougou se reposent et dorment à des places fixes dans la rue . Ils se sont parfois aménagés des endroits où ils déposent leurs affaires .Ce comportement traduit le besoin d'un chez-soi, d'un cadre familial pour le minimum d'équilibre psychologique qui leur reste .Nous avons observé que 22.7% des MME recensés sont dans la rue toute la journée et le soir venu repartent passer la nuit en famille .L'implication de la famille dans la prise en charge de ce type de MME serait très avantageuse . Les MME qui sont sans résidence fixe et qui passent tout leur temps à déménager (ils dorment tel jour dans telle rue, tel autre jour dans une autre) représentent 28,6% des cas.

Mais que souhaitent ces hommes et ces femmes qui errent dans la rue ? Notre étude a révélé que 32.7% des MME recensés veulent guérir, reconnaissant par ce fait qu'ils sont malades. Ceux qui souhaitent avoir une réinsertion sociale représentent 33.3% des MME recensés(cf. graphique 10) .

Les MME qui veulent une réinsertion professionnelle représentent 20%, cependant, 28%

des MME de Ouagadougou n'ont pas de souhait pour l'avenir.

Nos résultats montrent que ces patients malades mentaux ,bien que errants conservent une lucidité en ce qui concerne leur avenir. Nous pouvons alors dire qu'ils se préoccupent de leur situation et désirent un avenir meilleur.

## **II. - PROFILS CLINIQUES DES MME DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU**

Au cours de notre étude huit fiches d'enquête étaient inexploitable car MME très agressifs. . Il n'a pas été possible d'effectuer le diagnostic dans ces cas .

Tous les MME rencontrés au cours de l'enquête étaient atteints de psychoses chroniques .

L'étude montre que les schizophrènes représentent 61.4% des MME de la ville de Ouagadougou (cf. graphique 11). Cette prédominance des schizophrènes par rapport aux maladies mentales est également observée par BUNGENER en France [12] qui trouve 51.60%. Cela pourrait s'expliquer par l'évolution de la schizophrénie vers un mode chronique ; et aussi par l'échec de l'intégration sociale du schizophrène même après traitement. En effet notre étude a permis de remarquer que sur les schizophrènes errants 33.3 %sont divorcés(cf. tableau 3) .Ce résultat est comparable à celui observé par CHEADLE et collaborateurs qui trouvent 33% [16] .

Les psychoses hallucinatoires chroniques ( P H C ) représentent 38.6% des MME de ville de Ouagadougou .

La répartition de la pathologie varie selon l'âge et le sexe des MME .Nos résultats montrent que toutes les MME de sexe féminin de 0-24 ans sont schizophrènes tandis que celles qui ont plus de 50 ans sont atteintes de PHC (cf. graphique 13);ces résultats concordent avec le concept classique du début tardif de la PHC [1]. Nous avons constaté par ailleurs qu'à partir de 15 ans les MME de sexe masculin sont de schizophrénie. Le début de la schizophrénie chez l'adolescent ou l'adulte jeune est également observé par Lempérière et collaborateurs [1].

### III - LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES MALADES MENTAUX ERRANTS.

La grande majorité des MME de la ville de Ouagadougou ont pour domicile de jour comme de nuit , la rue qui est le lieu des ambiguïtés et des paradoxes . «Marginal» parmi les marginaux le MME est en même temps le bouc émissaire occasionnel des populations et de l'Etat lorsqu'il s'agit pour eux de stigmatiser la marginalité urbaine accusée d'être responsable du désordre social .Il peut être victime alors de déportation transitoire dans les campagnes du pays, quand par exemple le président d'un pays ami, en visite au Burkina ,traverse une ville dont ce fou «squatte» les rues. La rue constitue pour le MME un espace de survie émaillé de bien de difficultés qu'il rencontre .

- *Sur le plan sanitaire* ,53.3% et 7.4% des MME ont affirmé avoir souffert d'une affection somatique pendant leur errance (cf. graphique 7) respectivement plusieurs et une fois (soit donc 60.6% de MME ont été malades au moins une fois ). Il n'était pas rare pendant l'enquête de voir tel MME recouvert de dermatoses généralisées à tout le corps et surinfectées gisant au pied d'un arbre ou tel autre souffrant d'une conjonctivite purulente. Ainsi les MME constituent des cibles potentielles pour différentes sortes de pathologie et sont particulièrement exposés lors des épidémies ( choléra ,méningite ,etc. ). Les MME ayant été déjà malades au moins une fois 39.6% pratiquent un traitement traditionnel ; 27.5% ont consulté les agents de santé (cf. graphique 8) La majorité de ces patients optent pour le traitement traditionnel car il leur est plus accessible et moins coûteux que le traitement moderne .
- *Sur le plan alimentaire*, plus de la moitié (65.3%) des MME recensés pratiquent la mendicité pour se nourrir. Ils se contentent des restes des restaurants ou achètent à manger avec l'argent reçu en aumône. 43.3% des MME se nourrissent dans les immondices. 19.3% des MME sont assistés par leurs familles ; ce faible pourcentage dénote de la difficulté qu'ont les parents pour suivre à longueur de journée le malade ou encore s'explique par le fait que peu de malades retournent en famille . 10% des MME recensés ont un autre mode d'alimentation ( pillage, pratique d'activités rémunératrices telles que le nettoyage des marchés ,le tissage de cordes ) . Les activités rémunératrices que font certains MME révèlent qu'ils ne sont pas tous désocialisés et peuvent être facilement récupérés . Il ressort de notre

étude que la majorité des MME (58.7%) prend au moins un repas par jour . Seulement 10.7% des MME peuvent faire deux jours sans avoir à manger (cf. tableau 1) .

- *Sur le plan sécuritaire* , 34% des MME affirment avoir été agressés verbalement par la population tandis que 13.3% ont été agressés physiquement. Ceux qui ont déjà été victimes d'un accident de la voie publique (AVP) représentent 16% des MME. L'étude a aussi révélé que seulement 4,5% des individus qui vivent dans l'entourage immédiat du site d'habitation des MME ne connaissaient pas depuis combien de temps ces derniers s'y étaient installés. Cela traduit une bonne acceptabilité des MME par la population riveraine en témoigne que certains y résident depuis plus de dix (10) ans. La majorité des populations interrogées (90% de la population riveraine et 93.3% de la population distante ) affirment n'avoir jamais brutalisé un MME (cf. graphiques 20 et 21) . Cette attitude positive qui traduit une tolérance importante à l'égard des malades mentaux errants, n'empêche cependant pas ces populations de penser que les MME constituent un danger pour elles (87.8% de la population riveraine et 80.7% de la population distante). Ainsi notre étude fait ressortir que 37.8% et 46.7% des populations riveraine et distante ont déjà été victimes et ou témoins d'une agression par ces MME (cf. graphiques 18 et 19). Mais quelle a été leur réaction ? Elle a essentiellement été de la révolte avec une attitude d'impuissance. La révolte pourrait s'expliquer par le refus d'être agressé par un MME lequel devrait être dans une structure de prise en charge .L'inutilité de riposter contre un tel agresseur expliquerait l'attitude d'impuissance. Nous avons par ailleurs constaté que les populations ressentent de la pitié ,de la peur ,du dégoût et de l'indifférence vis à vis des MME (cf. graphiques 14 et 15). La population riveraine nourrit surtout des sentiments de pitié (53.2%) et de peur (41.7%) tandis que pour la population distante il s'agit de dégoût (70.6% des sentiments ) et d'indifférence (18.7% des sentiments ). Ces deux types de sentiments plus prononcés dans la population distante serait due au fait qu'elle ne vit pas au quotidien le problème des MME.

#### **IV - LES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX ERRANTS .**

Aussi variés que soient les sentiments des populations interrogées, elles reconnaissent pour la plupart (85.3% de la population riveraine ; et 93.3% de la population distante ) que ces « fous de la rue» peuvent être soignés et devraient bénéficier d'une prise en charge adéquate. Les MME que nous avons appris à connaître sont des patients « en lutte perpétuelle contre un processus de déshumanisation que la vie sociale de rue tempère »[5] et qu'une prise en charge urgente et conséquente s'impose afin de ne pas aggraver ce processus de déshumanisation.

La population riveraine interrogée (50.6% des réponses ) estime que c'est à l'Etat qu'incombe surtout la responsabilité de la prise en charge des MME (cf. graphique 26). Cette même population ( 37,2% des réponses ) pense que les parents doivent prendre en charge leur malade si toute fois il est toujours en contact avec ces derniers. Elle estime en outre que la communauté toute entière doit s'impliquer dans cette prise en charge (25% des réponses ).

Les populations riveraine et distante estiment que les agents de santé peuvent réellement soigner les MME respectivement 59.4% et 61.4% des réponses ; ensuite le guérisseur respectivement 48.1% et 26.3% des réponses (cf. graphiques 24 et 25). Ceci montre que les services de soins psychiatriques sont de plus en plus reconnus par les populations comme structures efficaces. Quant aux guérisseurs, ils ont toujours occupé une place fondamentale dans le système de soins traditionnels, et à ce titre une collaboration entre les thérapeutes modernes et les guérisseurs [31] serait un soutien psychologique important pour les malades eux-mêmes et leurs parents.

Pour réaliser ces soins les propositions suivantes sont formulées :

- Regrouper les MME hors de la ville dans un endroit où l'on pourra les prendre en charge (31.5% des propositions).
- Responsabiliser la communauté entière pour la prise en charge des MME (30% des propositions ).

On note cependant que certaines personnes interrogées préconisent que les MME quittent les secteurs (3.3%des propositions) qu'importe le lieu où ils seront mis . Cette attitude intolérante est retrouvée par Voillaume en France 1960 où 56% des personnes



interrogées estiment que les MME ont beaucoup de liberté et qu'il faut donc les enfermer ; 10% proposent l'élimination physique de ces malades. Certains vont jusqu'à dire qu'il faut leur ôter la possibilité de procréer.

Au regard des propositions faites par les populations ,quel modèle de dispositif de prise en charge conviendrait à nos MME ?

L'évolution des structures psychiatriques et des conceptions vers une psychiatrie plus sociale a favorisé la création de modèles d'assistance psychiatrique mieux adaptés aux réalités psycho-socio-économiques et culturelles de chaque pays . C'est ainsi qu'au Sénégal, s'est concrétisé un modèle de désinstitutionnalisation baptisé Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux (DIAMM ) [7] .Il a pour objectif de rapprocher le plus possible le soignant du soigné ,le premier allant désormais vers les autres (malades ,familles ,autorités administratives ).Cette organisation mobile qu'est le DIAMM ne répond pas au contexte spécifique de nos MME car ces derniers sont en perpétuels déplacements la journée et c'est à la tombée de la nuit qu'ils rejoignent leurs « domiciles » dans la rue .En France ,la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale (SPASM) [16] possède un modèle d'organisation de leur dispositif qui privilégie la création de lieux nettement différenciés. Chacun de ces lieux est désigné par un mot clef (« signifiant porteur » ) condensant différents aspects de la relation soignant - soigné et de leur possibilité de rencontre (centre de traitement et de réadaptation ,hôpital de jour ,foyer ,maison de repos, etc.) .C'est dans ce contexte que s'inscrit le centre de Réadaptation de Billiers qui est une structure intermédiaire indiquée pour les patients « trop bien » (pour être hospitalisés) et «trop mal» ( pour vivre de façon autonome) .Reverzy [35] définissait les structures intermédiaires comme «toute création d'un espace communautaire à petite échelle ,insérée dans la vie sociale et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture d'avec celle-ci ,qu'elle procède d'un séjour en institution, d'un déracinement originel ,d'une invalidation sociale ou d'une situation de détresse ».Il reconnaissait trois grands types de structures intermédiaires :les centres d'accueil ,résidentiels ou non ; les structures de transition les lieux de vie .Ces structures intermédiaires peuvent également être réparties selon la vocation .Ainsi il y a les structures à vocation soignante, thérapeutique ; les structures à vocation réadaptative et formatrice ;les structures à caractère résidentiel ;la famille «nouvelle structure intermédiaire» .

Nous pensons que la réadaptation comme moyen thérapeutique pourrait s'adapter aux MME si elle était intégrée dans un système thérapeutique comprenant des structures avec plusieurs vocations. Ce système de prise en charge des MME correspondrait à la création d'un univers qui leur sera propre ,«leur chez-soi » ,où ils n'auront pas besoin d'agresser ,de mendier ,ou aller dans les déchets des autres pour subvenir à leurs besoins. Cet univers pourrait être une structure d'accueil et d' hébergement comportant une unité de soins psychiatriques .IL est possible, à quelques kilomètres de Ouagadougou de construire ce centre qui serait une structure de soins où seront instituées plusieurs thérapies selon le modèle de Got et Quidu [18] ou thérapies en 3 ou 4 temps ou encore «paliers successifs» :

- Temps de soins
- Temps de la réadaptation
- Temps de la formation professionnelle
- Temps de réinsertion qui est consacré à la préparation minutieuse du retour à la vie active, tandis qu'une partie de l'équipe (Equipe de suite ) prend en charge les moments d'angoisse liés à la sortie et assure le suivi après le départ parfois à très long terme.

Un personnel compétent et bien motivé pourrait y être affecté .Ce personnel se composerait d'un psychiatre à mi-temps ,d'une équipe de cinq infirmiers spécialistes dont deux seraient à temps plein, d'une équipe technique (menuisiers, maçons, vanniers, etc. )à temps partiel ,d'un personnel de restauration et d'hôtellerie. Cette structure devrait être un cadre de repos et de détente. Cette structure, sous tutelle technique et administrative du ministère de la santé pourrait être financée et gérée par la commune de Ouagadougou .

# CONCLUSION

Les malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou recensés pendant la période de l'enquête sont au nombre de 150. Célibataire pour la majorité, ils rencontrent des problèmes d'ordre sanitaires, alimentaires et sécuritaires.

“Ces fous de la rue” représentent pour les populations de la ville un danger car ils sont responsables d'agressions diverses, toutefois, leur prise en charge s'avère une nécessité. L'Etat, la famille, la communauté tous ensemble doivent unir leur force pour améliorer les conditions d'existence des malades mentaux errants.

# RECOMMANDATIONS

Les malades mentaux errants de la ville de Ouagadougou constituent une population handicapée et doivent bénéficier d'une prise en charge urgente et adaptée à leurs besoins et problèmes qu'ils vivent. Ainsi nous formulons les recommandations suivantes :

### **I - A L' ETAT**

- La création de structures d'accueil , d'hébergement et de soins pour malades mentaux errants où l'accès leur sera libre .

### **II - AU MINISTERE DE LA SANTE**

- Le renforcement du nombre des spécialistes existants de façon qu'ils puissent appuyer les autres agents du secteur de la santé ou d'autres secteurs dans leur action en faveur de la santé mentale et du développement psychosocial .
- L'extension des unités de soins psychiatriques (USP) dans toutes les 45 provinces du pays et ce faisant intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaire. Cette stratégie permettra de réduire la migration des malades mentaux vers les grandes villes.
- La mise en disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) actifs sur la pathologie psychiatrique dans les 45 provinces du Burkina Faso.

### **III - AUX AGENTS DE LA SANTE MENTALE**

- La promotion de la santé mentale

Les agents spécialistes en santé mentale doivent veiller à faire l'éducation de la communauté dans ce domaine.

A ce titre ils doivent proposer des stratégies d'information ,d'éducation et de sensibilisation en matière de santé mentale .Ils contribueront ainsi à la prévention primaire et secondaire des pathologies mentales .

#### **IV – A LA POPULATION DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU**

La participation sincère et totale dans la prise en charge des malades mentaux et plus spécifiquement celle des malades mentaux errants.

# BIBLIOGRAPHIE



**1- Lempérière Th , Féline A et Collaborateurs**

Psychiatrie de l'adulte Paris : Masson, 1977 ; 430.

**2- Claudel B., Allilaire JF.**

Psychoses chroniques. Dans : EMC Thérapeutique 25432 A-10. Paris : Editions Techniques, 1986 : 172.

**3- Arveiller JP., Bonnet C**

L'insertion du malade mental : une place pour chacun ou chacun à sa place.  
Toulouse : BDSP/ENSP, 1994 : 172.

**4- Dalle B.**

Psychanalyse et schizophrénie Dans : EMC Psychiatrie 37291 A-10, Paris : Editions Techniques, 1989 : 10

**5- Mittelberg G.**

Contribution à l'étude d'une population marginalisée : les "fous de la rue" au Burkina Faso. Mémoire de DEA en santé publique. Paris : 1990.

**6- Caboré W.**

Assistance psychiatrique au Burkina Faso. Etude rétrospective de l'activité des structures spécialisées (1981-1985). Thèse de médecine. Ouagadougou: 1986; N° 05. -118

**7- Seck B.**

Etude d'un modèle d'implantation de psychiatrie au Sénégal. Le Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux (DIAMM). Mémoire pour le CES de psychiatrie. Dakar. 1980, N° 20. -85

**8- Pouget R**

Castelnau. L' assistance extra-hospitalière .Dans :EMC psychiatrie 37-956-A-10 . Paris : Editions techniques , 1985 :10

**9- Bastide R**

Sociologie des maladies mentales. Paris : Flammarion, 1974 :282.

**10-Miermont J., Stemschuss Angel S., Neuburger R. et Segond P.**

Thérapies familiales. Dans : EMC Psychiatrie 37819 A-10, Paris : Editions Techniques, 1990 : 8.

**11-OMS**

Classification internationale des troubles mentaux et du comportement.  
Critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson, 1994 :226.

**12-Bungener M.**

Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile. Paris : INSERM, 1995 : 135.

**13-Sanou Z , Mittelberg G, Ouédraogo A.**

Projet de développement de la santé mentale au Burkina -Faso.

Ouagadougou :Ministère de la Santé et de l'action sociale . Psychopathologie Africaine .Vol XXI , n°1 ,1986-1987 :19-65 .

**14-Direction du 2<sup>e</sup> projet de développement urbain, Mairie de la ville de**

**Ouagadougou** - Index des voies de la ville de Ouagadougou. Tunis : Pictura Impress,1997 : 236.

**15-INSD**

Recensement général de la population et de l'habitation du Burkina -Faso (du 10 au 20 Décembre 1996). Population résidente des départements et des provinces du BF (Données Provisoires). Ouagadougou :INSD,1996 : 33

**16-Garrabe J, Kapsambelis V.**

Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizophréniques. Dans : EMC psychiatrie 37-295 E10, Paris :Editions techniques,1992 :7.

**17-Black BJ.**

Réhabilitation psychiatrique dans la communauté.Dans :Manuel de psychiatrie

et de santé mentale. New-York :Grune & Stratton édition,1964 :248-64.

**18-Got R.**

Réadaptation et rééducation professionnelle des malades mentaux.

Actual.Psychiatr.1985 :15,n 3 ,76-79.

**19-Quidu M, Got R.**

Marginaux de la santé. La réadaptation sociale en psychiatrie. Paris :Editions ESF,1982 :129.

**20-Got R**

Le travail des. soins à la réhabilitation sociale. Communication au colloque Européen de Liège.10-12-1990.

**21-Mairie de Ouagadougou.**

Monographie des cinq arrondissements. Ouaga : Mairie de Ouagadougou,1998 :11.

**22-Collignon R.**

"La lutte des pouvoirs publics contre les 'encombrements humains' à Dakar".  
Revue canadienne d'études africaines,18,3,pp :573-582.1984.

**23-Diop B, Collignon R, Gueye M.**

Présentation de l' étude concertée de l' OMS sur les stratégies pour l'extension des soins de santé mentale. Psychopathologie Africaine,XXII,1976 :173-88.

**24-Scheid F, Raveau F**

Représentations sociales de la maladie mentale .Dans EMC : Psychiatrie 37-725 E10.Paris :Editions techniques.1991 :5.

**25-Gorwood P, Rouillon F.**

Epidémiologie des maladies mentales. Dans :EMC psychiatrie 37-878 A10.Paris : Editions techniques,1996 :10.

**26-OMS.**

Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires. Genève :OMS, 1990 :67.

**27-OMS**

L'arriération mentale : un défi à relever. Genève :OMS,1986 :47.

**28-Bonnet D.**

Désordres psychiques-étiologies et changement social. Dans : Psychopathologie Africaine 1988-1989. XXII, 3 :293-324.

**29-Thobie Y .**

Travail et thérapie de Réadaptation .Dans : EMC psychiatrie 37-931-A-10 Paris : Editions techniques ,1991 :5 .

**30-Drouet A.**

Psychiatrie. Paris : Edition du concours médicale ,1993 : 233.

**31-OMS**

Place de la santé mentale dans le développement des services de santé publique .Brazzaville :OMS ,1974 :49.

**32-Garrabé J, Kapsambelis V .**

Nouvelles structures intermédiaires de désinstitutionnalisation. Dans :EMC psychiatrie 37-930-N-10 .Paris :Editions techniques ,1993 :6

**33-Ey H, Bernard P, Brisset Ch .**

Manuel de psychiatrie. Edition N° 5. Paris: Masson, 1978: 1252.

**34- Ouédraogo A.**

Cours de psychiatrie, Année universitaire 1994 - 1995.

**35- Reverzy JF, Dameron JF.**

Guérisons, Soins, Appartements thérapeutiques et structures intermédiaires. Inform. Psychiatr. 1979; 55: 353-382

**36- Littré, E.**

Dictionnaire de la langue française. Paris, 1977.

**37- Pichot P.**

Un siècle de Psychiatrie. Paris: Edition synthélabo, 1996: 255

# **ANNEXES**



## **QUESTIONNAIRE.**

**(Auprès de la population riveraine)**

**Secteur n° :.....**

**Identité :**

**Age :.....**

**Sexe :.....**

**Profession :**

**fonctionnaire**

**commerçant**

**ménagère**

**cultivateur**

**autre**

**Situation matrimoniale :**

**célibataire**

**marié(e)**

**divorcé(e)**

**veuf**

**Durée dans le secteur :**

**< à 1 an**

**1 à 5 ans**

**> à 5ans**



Renseignements sur le malade :

Durée dans le secteur :

< à 6 mois

7 à 11 mois

1 à 5 ans

6 à 10 ans

> à 10 ans

Avez- vous déjà été victime et / ou témoin d'une agression par ce malade mental errant ou par un autre ? - oui

- non

Si Oui,

Qu'avez vous ressenti ? la révolte  
la colère  
l'impuissance  
rien

Avez vous déjà brutalisé un malade mental errant ? - oui  
- non

Pensez vous que ces malades sont ou peuvent être dangereux ? - oui

- non

justifier toujours-----

Sentiments éprouvés à la rencontre d'un malade mental dans la rue ?

le dégoût

la pitié

la peur

l'indifférence

Solutions proposées :

Ces malades peuvent ils être soignés ? Oui

Non

si oui par qui ?

guérisseur

agent de santé

autre

Selon vous qui devrait s'occuper de ces malades ?

l'Etat

les parents

tout le monde

aucune personne.

## Questionnaire

(pour population à distance)

*Secteur n°/*

Identité :

âge

sexe

profession :

fonctionnaire

commerçant

ménagère

cultivateur

autre

Situation matrimoniale :

célibataire

marié

divorcé

veuf

Durée dans le secteur :

< à 1 an

1 à 5 ans

> à 5ans

Sentiments éprouvés à la rencontre d'un MME dans la rue :

Le dégoût

La pitié

La peur

L'indifférence

Les MME sont-ils un danger pour la population ? - oui

- non

justifier toujours.....

Avez -vous déjà été victime et / ou témoin d'une agression par un malade mental errant ?

oui

non

si oui

qu'avez-vous ressenti ?

révolte

colère

impuissance

rien

Avez-vous déjà brutalisé un M M E ?

oui

non

**Solutions :**

**1° ces malades peuvent-ils être soignés ?**

oui

non

**si oui par qui ?**

le guérisseur

l'agent de santé

autre

**2° Propositions:**

le malade quitte le secteur

hospitalisation en psychiatrie

les regrouper hors de la ville

implication de la population dans la prise en charge

pas de proposition

autre proposition

## **SERMENT D'HYPPOGRATE**

**« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de 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 fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »**

## RESUME

L'étude réalisée a permis de mieux connaître les malades mentaux errants de la ville de OUAGADOUGOU. Avec une prévalence de 150 dans la ville de OUAGADOUGOU, les MME sont en grande majorité des adultes (68,0 %) qui n'ont pas perdu leur identité civile.

Célibataires pour la plupart, ces MME ont migré d'autres provinces (39,3 %) pour gagner la capitale et constituent avec les autres marginaux de la société les « encombrements humains » urbains.

Environ 50 % des MME de la ville de OUAGADOUGOU avaient une profession ou exerçaient un quelconque métier avant que la maladie mentale ne les arrache de leur travail.

Parcourant les rues de la ville surtout le jour, 42,7% des MME passent la nuit dans un coin de la rue s'exposant ainsi aux intempéries climatiques et autres dangers des grandes villes. Environ 60,6 % des MME de la ville de Ouagadougou sont déjà tombés malades et optent pour le traitement traditionnel en ce qui concerne la majorité. Seulement 27,5 % des MME parviennent aux centres de santé d'une façon ou d'une autre.

Les MME ne souffrent pas seulement de maladie, mais aussi de malnutrition : 43,3 % des MME fouillent les poubelles pour se nourrir ; le plus grand nombre vit de la charité de la population.

Bien qu'en permanent frottement avec la population, ils sont peu agressés par la population même si celle-ci les trouve dangereux (84,31 % de la population interrogée estiment que les MME sont dangereux). Les MME commettent çà et là des forfaits ou des agressions et 42,16 % de la population interrogée reconnaissent avoir déjà assisté et ou même avoir été victime d'une agression par ces MME. Cela justifie la peur de la population vis à vis des MME.

Une minorité des MME critique leur état morbide et souhaite retrouver la santé. Certains d'entre eux souhaitent ardemment une réinsertion sociale, d'autres c'est la réinsertion professionnelle.

Les populations interrogées (riveraine et distante) estiment que les MME peuvent être pris en charge (89,22 % de la population). Cette responsabilité repose d'abord sur l'Etat ensuite sur les parents des MME. Pour cette même population, les agents de santé peuvent soigner les MME et doivent s'en occuper.