

**Association Sœurs Pour Sœurs /Tond Laa Taaba
(SPS/TLT)**



© Sps

**ÉTUDE DE BASE SUR LA PROBLEMATIQUE
DE LA SANTE MENTALE CHEZ LES FEMMES
ET FILLES AU BURKINA FASO**

Rapport final

REALISÉ PAR :

Dr Bouma Fernand BATIONO, Socio Anthropologue/santé

Dr Oumar SOURABIÉ, Médecin psychiatre

M Kotalama TRAORÉ, Sociolinguiste

Février 2022

Cette étude a été réalisée par l'équipe composée de :

- *Bouma Fernand BATIONO, Socio Anthropologue/santé, spécialiste en mutualité sociale/protection sociale*
- *Oumar SOURABIE, Médecin psychiatre, CHR-Fada*
- *Kotalama Philippe TRAORÉ, Sociolinguiste*

Copyright ©, SPS

Remerciements

L'équipe des consultants tient à remercier l'Association Sœurs pour Sœurs /**Tond Laa Taaba (SPS/TLT) et ses partenaires** qui ont bien voulu apporter leur appui technique et financier à la réalisation de « l'Etude de base sur la problématique de la santé mentale chez les femmes et filles au Burkina Faso ».

Elle tient également à exprimer toutes ses gratitudee à tous/tes les Responsables/Représentants-es des structures et autres acteurs concernés par cette étude lors de la collecte des données.

Enfin, elle exprime toute sa reconnaissance à toutes les personnes communautaires et institutionnelles, les malades qui ont accueilli les assistants de recherche et les consultants pour les réponses aux questions qui leur ont été posées.

Sommaire

Remerciements	3
Sigles et Abréviations	5
RESUME EXECUTIF	6
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	9
1.1. Généralités sur la santé mentale.....	9
1.2. L'Association Sœurs Pour Sœurs/Tond Laa Taaba (SPS/TLT).....	10
II. OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE	11
2.1. Objectif général	11
2.2. Objectifs spécifiques	11
2.3. Résultats attendus de l'étude.....	12
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE	13
3.1. Sites, échantillon et outils de collecte des données	13
3.2. Normes éthiques.....	15
3.3. Traitement et analyse des données.....	15
3.4. Difficultés et limites potentielles de l'étude	15
IV. QUELQUES CLARIFICATIONS DE CONCEPTS	17
4.1. Maladie mentale	17
4.2. Représentations/perceptions sociales de la maladie.....	20
V. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	21
5.1. Profils des personnes interrogées	21
5.2. Représentations sociales des maladies mentales	21
5.3. Causes et conséquences communautaires et familiales	23
5.4. Ampleur des maladies mentales et genre	26
5.5. Parcours/trajectoires thérapeutiques des femmes/filles atteintes de maladies mentales	29
5.6. Pratiques de protection endogène de la survenue de maladies mentales	31
5.7. Dispositifs d'accompagnement des femmes/filles atteintes de maladies mentales.....	33
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES INDICATIVES	46
ANNEXES	48

Sigles et Abréviations

AN	: Assemblée Nationale
ABEMEI	: Association burkinabè pour l'assistance, le suivi et la santé des malades mentaux errants et isolés
ABM	: Association Bonne Mains
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
AMMIE	: Appui moral, matériel et intellectuel de l'enfant
CERS	: Comité d'éthique et de recherche en santé
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CPF	: Code des Personnes et de la Famille
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
MFSNFAH	: Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire
MS	: Ministère de la Santé
OCADES	: Organisation Catholique pour le Développement et les Solidarités
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
SAULER	: SAUvons LE Reste
SPS/TLT	: Association Sœurs pour Sœurs /Tond Laa Taaba
UNAFEHB	: Union Nationale des Femmes Handicapées du Burkina Faso

RESUME EXECUTIF

Les défis dans le domaine de la santé mentale au Burkina Faso sont énormes, surtout parmi les couches sociales souvent vulnérables économiquement notamment des femmes/filles souffrant de maladies mentales. Ces défis demeurent une préoccupation aussi bien pour les pouvoirs publics que les organisations de la société civile œuvrant dans le domaine. Comme l'indique l'étude de Ouédraogo et al (2017), la prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso est estimée à 42%, les femmes étant les plus touchées par la maladie mentale. Dans une étude précédente en population hospitalière (Ouédraogo et al, 2006), le constat était différent de celui rapporté en 2017. Selon une autre étude réalisée au Burkina Faso (Ouédraogo et al, 2018), le taux de prévalence des troubles mentaux était de 41,43 %. Il était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (46,24 % versus 35,01 % ; $p \leq 0,001$). L'épisode dépressif était le trouble le plus fréquent au sein de la population enquêtée.

A travers ces études, on constate que les influences/normes sociétales peuvent jouer un rôle important dans le parcours des soins par les femmes/filles souffrant de maladies mentales. Comment les sociétés endogènes *versus* contemporaines perçoivent ou inscrivent-elles la maladie mentale en rapport avec les normes sociales ? Quelles réponses proposer en intégrant les questions de genre et de droits humains ? Quels défis et opportunités pour une santé mentale des femmes et des filles au Burkina Faso ?

Cette étude se propose d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements autour des points suivants : (1) les représentations sociales de la maladie mentale ; (2) l'ampleur du phénomène ; (3) les parcours de soins ; (4) les formes d'accompagnement et de réponse ; (5) les défis et opportunités dans la lutte contre les maladies mentales des femmes/filles.

Dans le souci d'améliorer les conditions de protection sociale des femmes/filles atteintes de maladies mentales au regard des situations économiques drastiques face aux inégalités et vulnérabilités sociales dans l'accès aux soins, l'Association « Sœurs Pour Sœurs (SPS) » s'est engagée dans la réalisation de cette étude.

Pour apporter des réponses à cette préoccupation sociale et rendre compte des connaissances et perceptions des rôles et responsabilités des uns et des autres, l'étude a utilisé une approche qualitative qui a permis d'interroger des acteurs de positions sociales différentes dans quatre régions concernées par l'étude (Bobo Dioulasso, Fada N'Gourma, Ouagadougou, Ouahigouya).

Les résultats de l'étude indiquent que l'ensemble des acteurs interrogés ont des connaissances des maladies mentales et notamment la situation des femmes/filles atteintes de ces maladies. Les représentations sociales, les conséquences sociales/économiques, les parcours de soins, les réponses institutionnelles, juridiques dans la gestion des maladies mentales ont été décrypté-e-s par les différent-e-s acteurs/trices interrogé-e-s. Il s'agit entre autres des faits de stigmatisation, de discrimination à l'endroit des femmes/filles atteintes de maladies mentales

et des inégalités dans les parcours de soins ou d'accès à des activités génératrices de revenus ou au droit à la santé de la reproduction.

Des acteurs ont certes évoqué leur engagement dans le processus de la prise en compte des maladies mentales liées aux femmes/filles, mais cet engagement ne peut se traduire que par la réalisation d'actions concrètes au regard des informations fournies, par exemple, l'élaboration et l'application de textes juridiques spécifiques dans le domaine.

Il est donc nécessaire de procéder à des campagnes de sensibilisation et/ou de formation des acteurs pour situer leurs rôles et responsabilités dans le processus de prise en charge des femmes/filles atteintes de maladies mentales.

Les recommandations suivantes ont été formulées dans le renforcement de l'engagement des OSC et de la responsabilité des gouvernants dans la promotion de la santé mentale et le processus d'accompagnement des femmes/filles atteintes de maladies mentales.

☞ **SPS**

- Organiser des actions de sensibilisation sur les représentations/perceptions communautaires en collaboration avec les OSC identifiées ou à identifier ;
- Renforcer les capacités/compétences des responsables des OSC et des leaders communautaires dans l'accompagnement aux plans juridique, institutionnel, économique et sanitaire des malades et des familles affectées ;
- Sensibiliser et renforcer la collaboration entre les Tradipraticiens, les leaders religieux et les personnels de santé dans les parcours thérapeutiques des personnes atteintes de maladies mentales, particulièrement les femmes/filles ;
- Faire le plaidoyer avec les OSC auprès du ministère en charge de l'Action sociale pour le renforcement des cadres juridiques et institutionnels favorables à la prise en charge et à la promotion de la santé mentale en général et celle des femmes/filles au Burkina Faso ;
- Susciter la mise en place d'un réseau des OSC (cf. annexes) intervenant dans le domaine afin de créer une synergie dans les actions, ce qui permet de mener des plaidoyers auprès des pouvoirs publics en matière de promotion de la santé mentale, notamment celle des femmes/filles.
- Poursuivre la recherche sur l'état des lieux des femmes/filles atteintes de maladies mentales dans les autres régions du Burkina Faso ;
- Susciter la création d'une communauté de pratiques (CP)/communauté virtuelle de pratiques (CVP) dans le domaine pour mieux mener les plaidoyers auprès de l'État et des OSC pour la reconnaissance et l'accès aux droits des personnes atteintes de maladies mentales ;
- Traduire ces recommandations en plan d'action pour la promotion de la santé mentale des femmes/filles au Burkina Faso.

☞ **Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, de la Famille et de l'Action humanitaire**

- Inscrire les personnes atteintes de maladies mentales, en l'occurrence les femmes/filles dans le programme de la gratuité des soins aux indigents en rapport avec l'assurance maladie universelle. Ce plaidoyer doit être réalisé par SPS avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la santé mentale ;
- Prendre des dispositions juridiques nécessaires pour défendre les femmes atteintes de maladies mentales, des viols, des abandons et de leurs enfants tout en impliquant les familles dans les décisions à l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive.
- Mener conjointement avec SPS un plaidoyer pour l'amélioration des infrastructures et équipements des centres médicaux de prise en charge des maladies mentales ;

☞ **Ministère de la santé**

Établir une forte collaboration avec le Ministère de la justice pour la mise en place de textes juridiques règlementant la prise en charge des malades atteints de maladies mentales en général et de façon spécifique des femmes/filles souffrant de maladies mentales dans les hôpitaux.

☞ **Collectivités territoriales**

Établir une collaboration avec les OSC dans la mise en place d'un dispositif de veille permettant de protéger et de prendre en charge à temps les questions de santé sexuelle et reproductive des femmes/filles atteintes de maladies et de prévenir toutes violences à leur égard notamment les violences sexuelles.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Généralités sur la santé mentale

La santé mentale, de plus en plus devenue une question de santé publique, n'a pas jusqu'ici bénéficié d'améliorations spectaculaires dans la plupart des pays, contrairement à la santé physique. Pourtant, selon l'OMS (2001), on estime à près de 450 millions dans le monde le nombre des personnes qui souffrent à un moment donné d'un trouble mental ou cérébral quelconque, y compris les troubles comportementaux ou liés à une toxicomanie. Cette situation s'accroît de plus en plus au fil des années surtout dans les pays en développement. Selon l'OMS (2001), de 12,30% en 2001 le taux de morbidité total devrait passer à 15% en 2020.

Aussi, sur quatre personnes qui s'adressent à des services de santé, une souffre de troubles mentaux ou comportementaux qui ne sont pas souvent diagnostiqués. C'est ainsi que plus de 90 % des pays n'ont pas de politique de santé mentale couvrant les enfants et les adolescents. Dans la plupart des pays, la stigmatisation contre les personnes atteintes de maladie mentale et les violations de leurs droits fondamentaux sont monnaie courante. Peu de mesures sont prises pour tenter de mettre fin à la discrimination et aux préjugés responsables d'une importante charge occulte de maladie mentale.

Au Burkina Faso, la prévalence des troubles mentaux en population générale est estimée à 42% (Ouédraogo et al, 2017). Dans cette étude les femmes sont les plus touchées par la maladie mentale. Dans une étude précédente en population hospitalière (Ouédraogo et al, 2006), le constat était différent de celui rapporté en 2017. Selon une autre étude réalisée par Ouédraogo et al, (2018), le taux de prévalence des troubles mentaux était de 41,43 %. Il était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (46,24 % versus 35,01 % ; $p \leq 0,001$). L'épisode dépressif était le trouble le plus fréquent au sein de la population enquêtée.

A travers ces études, on constate que les influences sociétales peuvent jouer un rôle négatif dans la fréquentation de l'hôpital par les femmes souffrant de maladies mentales.

Comment les sociétés endogènes *versus* contemporaines perçoivent ou inscrivent-elles la maladie mentale en rapport avec les normes sociales ? Quelles réponses proposer en intégrant les questions de genre et de droits humains ? Quels défis et opportunités pour une santé mentale des femmes et des filles au Burkina Faso ?

Cette étude se propose d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements autour des points suivants : (1) les représentations sociales de la maladie mentale ; (2) les parcours de soins ; (3) les formes d'accompagnement et de réponse ; (4) les défis et opportunités pour les OSC.

1.2.L'Association Sœurs Pour Sœurs/Tond Laa Taaba (SPS/TLT)

L'association Sœurs pour Sœurs/Tond Laa Taaba (SPS/TLT) est née de la volonté d'un groupe de personnes engagées dans la recherche de la justice sociale, qui ont fait le constat que les filles et les femmes souffrant de maladies mentales ne sont pas prises en compte par les associations et mouvements œuvrant pour la défense des droits humains en général.

Avec pour objectif principal de contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de la dignité des filles et des femmes souffrant de maladies mentales, la structure se veut la voix de cette frange de la population qui vit en marge de la société et qui subit de multiples formes de violence et de discrimination. Les objectifs spécifiques sont :

- Mettre en place un répertoire national et régional d'identification et de suivi des femmes et filles malades mentales et leurs familles d'origine ;
- Contribuer à la prise en charge sanitaire des femmes malades mentales ;
- Apporter un appui psychosocial aux femmes malades mentales, à leurs familles d'origine et à leurs enfants ;
- Assurer l'information et la sensibilisation de l'environnement social sur la maladie mentale ;
- Contribuer à la pleine réinsertion sociale et économique des femmes malades mentales et de leurs familles ;
- Promouvoir l'assistance judiciaire et juridique pour les femmes malades mentales victimes de violence du fait de leurs conditions et circonstances.
- Promouvoir le bien-être et l'accès à la santé holistique pour les femmes et filles souffrant de maladie mentale au Burkina et dans la région ouest africaine ;
- Promouvoir le leadership et l'inclusion des femmes et filles guéries de maladies mentales dans les mouvements luttant pour les droits et la libération des femmes.

II. OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE

2.1.Objectif général

L'objectif général de cette étude est de comprendre les perceptions des communautés sur les femmes souffrant de maladies mentales, comment les sociétés endogènes perçoivent ou inscrivent-elles la maladie en rapport avec les normes sociales.

Pour mieux cerner cette problématique, nous avons scindé cet objectif général en objectifs spécifiques qui suivent.

2.2.Objectifs spécifiques

- Apprécier l'impact et les conséquences des maladies dans les familles et les communautés ;
- Répertorier les parties prenantes clés étatiques et non étatiques qui travaillent autour de la question de la santé mentale au Burkina Faso en général et plus particulièrement avec les femmes et filles ;
- Analyser comment ces parties prenantes répondent et accompagnent les femmes et les filles souffrant de maladies mentales ;
- Analyser comment les parties prenantes prennent-elles en compte les questions de genre, d'équité et de droits humains dans les réponses et les formes d'accompagnement apportées et la prévention des maladies chez les femmes et les filles ;
- Identifier les grands besoins des femmes, des filles et de leurs familles/communautés et les programmes d'intervention à développer prioritairement et les lacunes constatées sur le terrain en relation avec les droits humains en particulier ;
- Connaitre les défis et les opportunités pour les OSC en matière d'engagement autour de la problématique de la santé mentale chez les femmes et les filles et comment appuyer un plus grand engagement dans ce domaine en relation avec les droits humains des femmes et des filles.

2.3. Résultats attendus de l'étude

- Les résultats et livrables attendus de la mission sont les suivants :
- Des informations sur l'ampleur, les facteurs de risques/causes et les variables socio-culturelles autour de la problématique de la santé mentale parmi les femmes et les filles sont disponibles ;
- L'impact et les conséquences des maladies mentales dans les familles et les communautés sont connus ;
- Les parties prenantes clés étatiques et non étatiques intervenant autour de la question de la santé mentale au Burkina en général et plus particulièrement avec les femmes et filles sont identifiés ;
- Les types de réponses apportées sur la problématique de la santé mentale chez les femmes et filles sont connues ;
- La manière de prendre en compte les questions de genre, d'équité et de droits humains dans les réponses et les formes d'accompagnement apportées et la prévention des maladies chez les femmes et filles en particulier est connu ;
- Les grands besoins des femmes, des filles et de leurs familles/communautés, les programmes d'interventions à développer prioritairement et les lacunes constatées sur le terrain en relation avec les droits humains en particulier sont connus ;
- Les défis et les opportunités pour les OSC en matière d'engagement autour de la problématique de la Santé Mentale chez les femmes et filles et comment appuyer un plus grand engagement dans ce domaine en relation avec les droits humains sont connus.

Ces résultats devront être obtenus à partir d'une démarche participative et une méthodologie adaptée à travers le processus et les livrables suivants :

- Revue de la littérature pour soutenir la recherche ;
- Questions de recherche et guide d'entretien affinés, conception d'étude détaillée et plan de travail
- Instruments de collecte de données pour la collecte de données primaires
- Mise en œuvre de la recherche terrain
- Rencontres avec le personnel de SPS tout au long du processus pour partager les résultats émergents et affiner le plan de la recherche
- Analyse et rapportage des conclusions de l'étude
- Présentation du rapport à l'équipe de SPS
- Co-organiser avec le personnel de SPS et faciliter la rencontre de restitution avec les alliés-es pour partager les résultats de l'étude
- Compte-rendu de la rencontre de restitution
- Rapport final, y compris résumé analytique

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

C'est une étude basée sur une approche essentiellement qualitative même si des données quantitatives (sur une base documentaire) ont été collectées pour mesurer l'ampleur de la situation des maladies mentales en général et en particulier celles des filles/femmes. Ces aspects méthodologiques ont été largement clarifiés avec l'équipe technique SPS de suivi de la mise en œuvre de l'étude.

3.1.Sites, échantillon et outils de collecte des données

Ce point présente le processus de la collecte des données de terrain.

3.1.1. Sites de l'étude

L'étude a concerné les localités de Bobo, Fada, Ouagadougou et Ouahigouya. Ce choix a tenu compte d'une certaine diversité culturelle (jula, Gourmantché, Moose) afin de comprendre les représentations sociales qui caractérisent les maladies mentales en général et en particulier celles des filles ou des femmes qui en sont touchées.

3.1.2. Cibles de collecte des données

Pour la collecte des données, le ciblage des personnes interrogées a été fait de façon raisonnée. Les participants touchés par l'étude proviennent des organisations de la société civile (Associations/ONG), de structures étatiques (Ministères de la femme, de la santé, Gendarmeries, Mairies, etc.), des acteurs communautaires (Chefs coutumiers, Pasteurs, Prêtres, Imams/Responsables musulmans, Tradipraticiens). Ces acteurs ont été interrogés pour apporter leur contribution à la compréhension du phénomène. Des personnes atteintes de maladies mentales, plus spécifiquement des femmes et des filles ont été interrogées à la présence d'un membre de la famille ou d'un accompagnant. Les structures ciblées par l'enquête sont annexées au présent rapport.

3.1.3. Techniques et outils de collecte des données

Le guide d'entretien individuel et de focus group a permis de recueillir des opinions diverses des différents acteurs en lien avec les objectifs de l'étude. De façon précise, les questions ont porté sur les éléments ci-dessus mentionnés. Neuf récits de vie ont été réalisés avec des femmes atteintes de maladies mentales. Cela a permis d'apprécier davantage les représentations, les parcours de soins et les limites des interventions sociales. Ces récits de vie approfondis ont permis de compléter les informations recueillies auprès des autres acteurs.

En marge des entretiens individuels et de groupes, l'équipe de collecte de données à Bobo-Dioulasso a eu l'occasion de participer à une séance d'arbre à palabres (personnels de santé, agents de l'action sociale, anciens malades, accompagnants) en langue nationale jula. Ce fut une occasion de livrer des témoignages dans le vécu des personnes atteintes de maladies mentales.

En plus de ces données qualitatives, des données quantitatives collectées auprès des quatre services psychiatriques des localités concernées et de la revue de littérature grise ont permis d'apprécier l'ampleur du phénomène de santé mentale chez les femmes/filles. Ces données aussi parcellaires soient-elles ne peuvent en aucun cas constituer une base scientifique de références générales au Burkina Faso ou dans les centres hospitaliers visités.

Les informations recueillies auprès des cibles interrogées ont permis d'apprécier leurs connaissances, perceptions et leur niveau d'engagement et d'implication en faveur de la santé mentale des filles et des femmes. La plupart des entretiens ont été enregistrés sur des bandes magnétiques (smartphones) et retranscrits.

3.1.4. Formation des enquêteurs et déroulement de la collecte des données

Neuf assistants (4 assistantes et 5 assistants) de collecte de données ayant au moins un niveau de maîtrise/master en Sciences Sociales et en Droit ont été recruté-es et formé-es au guide d'entretiens et aux techniques de collecte de données. La formation et la supervision ont été assurées par un spécialiste en anthropologie de la santé, un spécialiste en sciences du langage et un médecin spécialiste en santé mentale. Une équipe pluridisciplinaire fut ainsi constituée pour la réalisation de la présente étude.

3.2. Normes éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique et de recherche en santé (CERS). Le contenu du protocole mentionnait l'anonymat des personnes interrogées que ce soit au niveau des femmes malades stabilisées, des acteurs de la communauté que des filles mineures dont la décision de participation revenait aux tuteurs. Avant le début de chaque entretien, la personne interrogée était informée des objectifs de l'étude. Une fiche de consentement éclairé était proposée à la personne enquêtée qui apposait soit une signature, soit une empreinte digitale. Des consentements verbaux ont été recueillis auprès de certains acteurs interrogés. Quelques prises de vues ont été effectuées avec le consentement des témoins (voir Annexes). Toutes les personnes déplacées ou non selon le statut social dans le cadre des entretiens ont été désintéressées en termes de motivations financières.

3.3. Traitement et analyse des données

Les entretiens individuels et en groupe ont été enregistrés et retranscrits. Par un dépouillement manuel, les différents discours ont été classés par thématique en sous- thèmes et par cible. Le contenu de la séance de l'arbre à palabres réalisée a été transcrit et exploité suivant les thèmes abordés. A l'issue de cela, les tendances des opinions des enquêtés ont été dégagées pour une analyse de contenu.

L'analyse et la rédaction du rapport ont procédé par triangulation des informations recueillies qui ont été exploitées suivant le plan d'analyse en lien avec les objectifs de l'étude. Les données ont été saisies sur le logiciel de traitement Word.

Les données chiffrées (quantitatives) collectées sur la base des registres des centres hospitaliers et autres documents ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une analyse statistique multifactorielle. Elles ont plutôt servi à comprendre des tendances en termes d'ampleur de la situation.

3.4. Difficultés et limites potentielles de l'étude

Les difficultés majeures rencontrées ont été imputables aux situations suivantes :

La hiérarchie administrative dans les structures surtout publiques n'a pas facilité l'accès aux représentants dans le processus de collecte de données. L'information administrative tardive

par courrier (lettre d'accréditation) adapté aux acteurs a constitué par moments des blocages dans la poursuite des activités de terrain.

A cela s'ajoutent, l'organisation des focus group qui a pris beaucoup plus de temps surtout lorsqu'il a fallu téléphoner plusieurs fois aux membres pour avoir des rendez-vous (disponibilité oblige !). La séance d'arbre à palabre constitue une source de recueil intéressante de données qualitatives.

Les limites majeures se traduisent par la collecte des données uniquement dans les sites des chefs-lieux des régions du Centre, des Hauts-Bassins, du Nord et de l'Est alors que le Burkina Faso compte 13 régions. Il ne s'agit donc pas de généraliser les opinions des acteurs interrogés. Cependant, au regard de leur diversité, des aires culturelles, les données obtenues constituent une photographie des opinions sur les maladies mentales en général et celles des filles/femmes en particulier dans les localités de l'étude.

L'étude n'étant basée sur une approche quantitative, il n'est donc pas réaliste de faire une généralisation des données de cette ampleur du phénomène dans les localités ciblées ou au niveau national.

IV. QUELQUES CLARIFICATIONS DE CONCEPTS

Ce point donne quelques clarifications des concepts clefs de l'étude.

4.1. Maladie mentale

Selon la définition donnée par l'Association des médecins psychiatres de Québec,

Une maladie mentale est un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales.

Les recherches indiquent que les maladies mentales sont causées par l'interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques et sociaux qui mènent à des perturbations dans le cerveau. La vulnérabilité de chaque individu est différente mais la maladie mentale peut se déclarer chez n'importe qui si des facteurs de risque suffisants sont réunis.

Il n'existe aucune définition précise de la santé mentale, mais pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS),

On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Cette définition de l'OMS caractérise la santé mentale et non la maladie telle que définie par l'Association ci-dessus citée. Pour WIKIPEDIA (24 septembre 2021), La maladie mentale se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance.

Au regard de ces définitions, la maladie mentale se caractérise par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement (parfois des trois). Les symptômes peuvent être légers ou graves, avec une variabilité temporelle et spatiale, sans discrimination d'âge, de sexe ou de contextes culturel, socioéconomique, voire politique.

Selon leur gravité, on distingue différents types de maladie mentale.

- Les plus graves sont les psychoses, qui altèrent profondément la perception de la réalité ainsi que le comportement affectif et social du sujet. Il s'agit d'un groupe de trouble mental caractérisé par une rupture de la réalité chez les personnes atteintes de ces troubles. Ces personnes sont dans leur

monde que les autres ne peuvent appréhender. Le patient ne reconnaît pas être malade. D'autres signes peuvent s'associer : agitation, insomnie, comportement étrange, etc. On distingue les psychoses aiguës qui durent moins de six mois après l'apparition des symptômes et les psychoses chroniques qui durent plus de six mois.

- La **schizophrénie** qui appartient aux psychoses se caractérise souvent par des délires, des hallucinations, un comportement bizarre, une double personnalité et un repli sur soi.
- Le **trouble bipolaire** (ou psychose maniaco-dépressive) se traduit par une alternance d'épisodes maniaques (agitation, énergie débordante, hyperactivité et projets mégalomaniaques) et états dépressifs (tristesse, perte de motivation et d'envie, idées suicidaires et perte d'appétit) dont la durée peut atteindre plusieurs semaines. Une même personne peut présenter à des moments différents de sa vie un trouble dépressif et un accès maniaque dans ce cas on parle de trouble bipolaire.
- La **dépression sévère** affecte la mémoire, la pensée, le jugement et l'état d'esprit pendant plusieurs mois. Elle se traduit par une tristesse, mais aussi un désintérêt, une perte de motivation et d'appétit, des troubles du sommeil, une culpabilité, un manque d'estime de soi et parfois des idées suicidaires. L'OMS considère que les épisodes dépressifs majeurs représenteront le premier fardeau de santé publique dans le monde à l'horizon 2030.
- Les **névroses** sont, à la différence des psychoses, des affections moins profondes, au cours desquelles le sujet reste conscient du caractère pathologique de ses troubles.

Entre les deux (dépression sévère et névroses) se situent les troubles de la personnalité comme les états limites (borderline), les troubles du comportement (psychopathie, comportement antisocial) et les affections psychosomatiques.

- Le **trouble de personnalité** limite se caractérise par des changements d'humeur, des relations sociales intenses et instables, des actions impulsives qui peuvent être autodestructives avec des automutilations fréquentes.
- Le **trouble obsessionnel-compulsif** (TOC) se caractérise par des obsessions (pensées ou images envahissantes qui surgissent à répétition dans l'esprit) et des compulsions (gestes répétitifs ou rituels). Il appartient au répertoire des troubles anxieux.

Il existe aussi des troubles mentaux directement en rapport avec une maladie physique comme les séquelles des traumatismes crâniens ou certaines maladies génétiques.

L'humeur est selon Jean Delay, c'est disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité

agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes de la douleur (tristesse) et du plaisir (joie).

- Les **troubles de l'humeur** sont l'ensemble des variations durables (au moins 15 jours) de l'humeur sur un des pôles. Ces variations doivent avoir un retentissement sur le fonctionnement social, professionnel. Ainsi, lorsque la variation porte sur le pôle de la douleur c'est-à-dire la tristesse on parle de trouble dépressif. La tristesse peut être accompagnée d'une lenteur de la motricité et dans les processus psychiques, d'une insomnie, d'un amaigrissement, d'une baisse de l'appétit (mais on peut avoir une augmentation de l'appétit ou une prise de poids).

Dans les variations (cas des troubles de l'humeur) portant sur le pôle du plaisir, on parlera d'accès maniaque. Dans ce trouble, en plus d'une joie excessive et prolongée, le malade bouge beaucoup mais ne se fatigue pas. Contrairement au trouble dépressif, tout va vite chez cette personne allant de la motricité aux processus psychiques.

- Les troubles anxieux : c'est est ensemble de troubles dont le symptôme commun est la peur anormale. Dans ces troubles, les personnes souffrant sont conscientes de leur état de souffrance et demande des soins. Ce qui n'est pas le cas dans les troubles psychotiques. Cette peur peut s'accompagner d'une accélération de la respiration, des battements du cœur, de vertiges, de la transpiration, des envies subites d'aller à la selle ou d'aller uriner, etc.

Ces définitions corroborent avec les représentations sociales des acteurs interrogés au cours de cette étude. Ces représentations sociales sont caractéristiques des états liés aux maladies mentales identifiées. Les termes de « fou/folle, maladie/pathologie mentale, femme/fille atteinte de maladie mentale, folie, troubles mentaux » sont ainsi utilisés pour désigner la maladie mentale en général et selon les aires culturelles étudiées : ''gènga''¹ (fou/folle en mooré) ; ''fatô'' (fou/folle en jula) et ''gaado'' (fou/folle en gulmancéma). Ces concepts excluent l'épilepsie et les personnes atteintes d'une encéphalopathie (enfant ''serpent'', enfant ''bête'').

¹ *Les graphies en langues nationales sont approximatives, en vue de permettre à tout lecteur (alphabétisé ou non, spécialiste ou non) d'accéder à la sonorité du concept dans la langue.

4.2.Représentations/perceptions sociales de la maladie

L'étude des représentations sociales et/ou collectives a été introduite dans les sciences sociales par Durkheim (1898). Ce dernier dégage, dans la notion, des spécificités au regard des représentations individuelles et collectives.

Abric (1976) traitant des représentations sociales, propose la théorie du noyau central : selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. La cohérence et la stabilité en sont les caractéristiques qui lui permettent de résister aux changements.

D'autres éléments, dits « périphériques », s'organisent autour de ce noyau central. Il s'agit du système central et du système périphérique. Le premier constitue le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux, et qui structure les pensées relatives à l'objet, en prise avec les contingences quotidiennes. Quant au second, il permet l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. Par cette approche, Abric distingue quatre fonctions principales des représentations sociales à savoir : une fonction de savoir, une fonction identitaire, une fonction d'orientation et une fonction justificatrice.

Au regard des différentes définitions, on s'accorde avec Jodelet, que la représentation sociale est « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989 : 49).

C'est l'analyse des représentations sociales en lien avec la maladie mentale qui constitue le point central de l'étude.

V. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Cette partie présente les résultats, c'est-à-dire les différentes opinions recueillies auprès des personnes interrogées. Elle est constituée de plusieurs points en lien avec les objectifs de l'étude.

5.1. Profils des personnes interrogées

Il s'agit des structures visitées et les catégories d'acteurs interrogées (âge compris entre 40 et 55 ans) dans le cadre de la collecte des données dans les différentes localités. A cela s'ajoutent neuf récits de vie concernant des femmes atteintes de maladies mentales et stabilisées et trois focus groups (un focus mixte à Bobo, et un de femmes à Fada). Voici ci-dessous le détail des participants à l'étude :

- 3 focus group dont 8 participants par focus (24 participants dont 15 femmes et 9 hommes)
- Neuf récits de vie (9 femmes)
- Institutions administratives : 20 participants (12 hommes et 8 femmes)
- Organisations de la société civile (OSC) : 21 participants (12 hommes et 9 femmes)
- Leaders communautaires : 15 participants (hommes)

L'étude a concerné au total 89 participants dont 46 % de femmes et 54 % d'hommes.

5.2. Représentations sociales des maladies mentales

Dans la ville de Sya (Bobo), le jula est la langue locale la plus parlée. Ainsi, de façon générale la maladie mentale est désignée par *fatôbana (folie maladie)* pour dire littéralement la maladie de la folie. Il y a aussi *lagalagatôbana* pour désigner une personne idiote, limitée et sans raisonnement cohérent. *Kunwilibana* ou *hakilitagabana (hakilitanbana)* sont utilisés également pour désigner la maladie d'une personne qui « a perdu tout raisonnement, tout bon sens dans la vie » pour dire qu'elle ne jouit plus de ses facultés mentales. A Fada, les expressions comme *yanliédima* ou encore *yandaalima* sont utilisées pour désigner les personnes dont l'esprit est perturbé et aussi *gaado* pour désigner un fou. Ces expressions renvoient à la perte des capacités cognitives ou de l'intelligence.

La plupart des acteurs interrogés au cours de cette étude perçoivent la maladie mentale comme le dérivé d'une malédiction, de la transgression d'un interdit, par exemple la violation d'un espace ou bois sacré. Ils reconnaissent de façon unanime que la maladie mentale affecte le corps et touche de façon particulière la tête et spirituelle comme le note un Attaché de santé dans un service de psychiatrie,

Hum !!! Ça, les gens pensent d'abord que c'est des maladies spirituelles, soit ils vont dire que c'est quelqu'un qui a fait, soit ils vont dire que c'est la sorcellerie. Bon, si c'est les jeunes, ils vont dire que c'est la drogue, soit un interdit.

Selon un Pasteur, c'est une maladie qui touche la tête, qui déséquilibre l'individu et le met dans une situation indésirable.

Il ressort également que les maladies mentales sont liées la forte dépression due à la pauvreté et au manque de soutien social. Au niveau communautaire, les personnes interrogées mentionnent les malédictions (mauvais sorts), les interdits (le non-respect des coutumes/traditions, normes sociale), les mariages forcés des filles, la situation sécuritaire et sanitaire. Le sida, le coronavirus et le terrorisme ont entraîné des crises de dépression, donc des maladies mentales.

Selon des acteurs communautaires interrogés en milieu moaga, la possession des êtres invisibles comme les génies, les *kinkirsi* (esprit invisible-génies-) et les *tiisé* appelé "mauvais vent" (en mooré) amènent le possédé à se comporter de façon anormale et inconsciente, ce qui fait qu'on qualifie cette victime de folle.

Concernant les filles/femmes, les personnes interrogées déclarent que les femmes sont souvent possédées par des génies, on parle alors de *djinabana (jula)*. Les représentations sociales de la maladie mentale féminine varient d'un acteur à un autre. Selon la plupart des acteurs interrogés, les femmes atteintes de maladies mentales sont les "oubliés de la société".

Un Pasteur (Ouagadougou) note cela à travers un adage moaga, « *un mort vaut mieux qu'un fou* » pour dire qu'on ne leur accorde aucun intérêt et « *ils subissent le sort de leur malédiction, et de leur conduite* ». En définitive, la personne atteinte d'une maladie mentale est responsable de sa situation.

Les données de l'étude montrent des effets de stigmatisation comme l'ont exprimé des acteurs que la maladie mentale est une honte pour la famille. Par conséquent, celle-ci cache son malade ou sa maladie et ne veut pas le faire consulter. Les propos d'une Responsable d'association montrent ce caractère stigmatisant :

J'ai pris part à un don de matériel à la cathédrale et la mère d'une fille atteinte d'une encéphalopathie a refusé que sa fille prenne un tricycle (vélo) à la place d'un fauteuil roulant pour éviter que la fille ne sorte se balader et les gens vont la regarder.

Il ressort également que les femmes malades sont l'objet de curiosité, de peur, de méfiance, de crainte et de moquerie, comme le traduit une leader communautaire, « avec l'intolérance dans l'ordre social, les malades mentaux sont laissés à la merci de leur mère, ils sont vus comme des objets de curiosité et de moquerie ».

Au niveau des représentations, des personnels de santé interrogés, se réfèrent à des normes sociales dont la femme serait victime dans sa famille. A ce sujet, un agent de santé interrogé dit que les causes sociales ou familiales peuvent être à la base de la survenue d'une maladie mentale. Dans le même ordre d'idées des logiques populaires, une patiente (36 ans) déclare qu'au cours d'une consultation médicale, l'agent de santé lui a tenu les propos suivants, « il m'a dit que c'est mieux de voir ma famille, qu'il ne peut pas résoudre mon problème ; que c'est mieux de voir en famille, que c'est mieux d'aller voir mes parents ».

Les personnels de santé, tout en se référant à un registre social, montrent que la maladie mentale peut concerner toute la famille, tout le monde (affecté et infecté), un risque à ne pas négliger en dehors de toute hygiène de vie et que tout un chacun pourrait s'y retrouver selon un psychiatre. Ils affirment le caractère héréditaire de certaines maladies mentales.

En définitive, les perceptions sociales décrites doivent être prises en compte pour une meilleure orientation des actions de sensibilisation au sein de la communauté. Ce sont ces représentations sociales qui entraînent les prises de décision dans la gestion des risques que courent les femmes/filles en matière de maladies mentales. Il ne s'agit pas de remettre en cause ces perceptions sociales, mais de les considérer comme des facteurs favorisant la survenue, la gravité des maladies mentales et les parcours thérapeutiques. Les OSC doivent s'approprier ces discours pour formuler au mieux leurs actions pour le changement social de comportement communautaire.

5.3.Causes et conséquences communautaires et familiales

Les informations fournies par la plupart des personnes interrogées montrent que les causes des maladies mentales sont multiples et diverses. Des coutumes aux normes sociales, de l'hygiène de vie aux difficiles conditions de vie psychologique, la maladie est omniprésente. Selon des acteurs interrogés, les maladies mentales féminines pourraient se différencier de celles des hommes.

On distingue alors plusieurs causes selon les entretiens réalisés. Il y a celles qui surviennent suite à une méningite, à une possession par des génies, d'autres sont entrées dans des "choses mystiques" qui se sont retournées contre elles. En plus, il y a des maladies qui sont héréditaires comme le note le notable d'un chef coutumier,

Il y a aussi dans certaines familles, on dit que vous avez eu un de vos ancêtres qui a été malades d'une telle maladie, il est fort probable que cela se perpétue dans la famille parce que la vie est un perpétuel recommencement.

Il ressort des entretiens réalisés que la consommation de la drogue peut entraîner une maladie mentale chez une personne. Pour d'autres, c'est la dépression du fait de la perte d'une personne importante dans leur vie ou dépression liée à l'amour, ou encore à la perte d'une grande richesse. Un psychiatre (Ouaga) résume ces causes en ces termes,

D'abord ça peut être héréditaire génétique, elle peut avoir ça dans ses gènes et paf un petit problème la déclenche. Aussi, il y a les soucis familiaux et l'abus des stupéfiants. Pour les femmes, on peut avoir aussi une dépression postnatale ou les violences sexuelles.

Dans un autre récit de vie à Fada, la malade reconnaît que la maladie est d'origine familiale et héréditaire comme le témoigne ces propos,

Oui, on n'est pas du même père ni de la même mère mais c'est la grande famille et il y a un petit frère aussi, lui aussi je ne sais pas s'il continue son traitement, en tout cas lui aussi il était dedans (femme malade, 52 ans).

Ces types de maladies se manifestent différemment selon l'origine causale. Lorsque l'individu est possédé par un esprit (génie), on peut diagnostiquer plusieurs sortes de génies qui sont soit noirs, soit rouges ou blancs. Quand il s'agit d'un génie noir ou rouge, le ou la malade divague respectivement tard dans la nuit, ou dans la journée sous le soleil ardent dans la rue. Ce sont les moments respectifs de leurs crises. Les symptômes les plus connus sont le repli sur soi, l'isolement, les sautes d'humeur, le manque de sommeil ou excès de sommeil, la peur, les difficultés à tenir une conversation et se sentir désespéré-e.

Selon les personnels de santé et autres acteurs institutionnels, les caractéristiques de maladies mentales rendent les femmes davantage vulnérables dans la mesure où l'errance accroît le risque de viol. De ce fait, pour la plupart des enquêtés, c'est une maladie stigmatisante et les

femmes le vivent davantage selon les déclarations d'un Attaché de santé en psychiatrie dans un CHR appuyées par celles d'une éducatrice sociale dans une Mairie, « *de façon générale, les malades mentaux sont stigmatisés, de surcroît lorsque c'est une femme* ».

C'est dans le même sens qu'une Éducatrice sociale d'une Mairie souligne,

Selon moi, la société a un regard stigmatisant dans la mesure où ces femmes malades mentales-là, quand ça déclenche, elles sont rejetées par la famille et elles se retrouvent dans la rue ; on peut dire qu'elles subissent un mauvais traitement de la part de la société.

Comment se caractérisent les états de stigmatisation des femmes /filles atteintes de maladies mentales ?

- Les femmes sont accusées de sorcellerie au sein de leur communauté (exemple les femmes dites sorcières dans le Centre Delwendé) et sont exclues ;
- Femmes/filles refusant un mariage forcé et confiées à des fétiches du village pour des raisons de désobéissance sociale et familiale ;
- Le non-respect des normes sociales telles que les tenues vestimentaires, le langage (expressions non appréciées envers une tierce personne).

Enfin, les femmes/filles atteintes de maladies mentales sont marginalisées sur tous les plans. Elles ne sont plus associées aux activités sociales de la communauté, et même dans le milieu professionnel, elles n'arrivent plus à exercer. Ce qui revient à relever les énormes inégalités et iniquités sociales dans lesquelles elles vivent. Cela s'observe à travers les propos des enquêtés.

De façon générale la communauté a une perception négative de la femme atteinte d'une maladie mentale. Elles sont violentées moralement et même physiquement par des viols par des individus aux fins mystiques, et ce pour accroître leurs richesses. Aussi, elles inspirent de la pitié et de la désolation chez certaines personnes et de l'impuissance chez d'autres du fait que ces dernières se sentent impuissantes pour les aider.

En plus, le fait que la maladie mentale est un handicap, elle devient un handicap sur tous les plans pour la personne souffrante. Ce qu'observe un tradipraticien, « vraiment la suite de leur vie devient comme un handicap, pour ces personnes-là, tout est gâté, la plupart d'entre elles sont poursuivies par des génies, ce qui les empêchent d'avoir des maris.

Au plan familial, les femmes ou les filles atteintes de maladies mentales sont exclues voire chassées de la famille conjugale, obligées de vivre chez leurs parents pour qui, elles

deviennent des charges socioéconomiques supplémentaires. Ces conséquences familiales sont décrites par le Responsable d'une association,

La prise en charge médicale est un fardeau financier au sein des familles. Les injections sont payantes. La prise en charge médicale et le suivi sont énormes pour des familles qui ont des ressources financières limitées. Par exemple pour délivrer une femme possédée par des génies, c'est 25.000F que l'Imam réclame. En effet s'il arrive que des familles abandonnent les patients dans les centres ou qu'ils errent dans la ville, c'est le manque de moyens financiers.

Ces données corroborent avec celles de l'OMS qui indiquent que,

Les membres de la famille sont souvent les principaux soignants des personnes atteintes de troubles mentaux. Il est difficile d'évaluer la charge que font peser les troubles mentaux sur les membres de la famille, de la quantifier et, de ce fait, elle n'est souvent pas prise en compte. Elle a cependant de profondes répercussions sur la qualité de vie de famille (OMS, 2001).

Au plan économique, ces personnes atteintes de maladies mentales deviennent des indigentes qui ne sont plus productives pour la famille voire la communauté, en témoignent les propos d'une enseignante atteinte d'une maladie mentale, « *On avait demandé une affectation pour m'amener ici voir ce qu'ils vont faire pour moi mais jusque-là rien. Donc à cause de ma maladie, je reste comme ça* ».

Ces propos des personnes interrogées montrent que les maladies constituent un problème de société voire de développement et ce au regard de l'ampleur observée.

Les causes et les conséquences sont liées aux perceptions que les acteurs se font des maladies mentales surtout au niveau des femmes, de la communauté ou des familles. Les mariages ou unions obligé-e-s au sein des familles, les conditions économiques précaires sont entre autres des facteurs de risques pouvant engendrer des troubles qui se traduisent par des conséquences socio sanitaires tels que des viols, des grossesses, les conditions hygiéniques (gestion des menstrues, propreté corporelle et vestimentaire), des abandons de femmes atteintes de maladies mentales et d'enfants. Les OSC peuvent apporter leur contribution en termes de prise en charge à la gestion de ces conséquences sociales.

5.4. Ampleur des maladies mentales et genre

Les données présentées dans cette partie s'appuient sur l'analyse documentaire et les entretiens auprès des personnes interrogées.

Selon le plan d'action de l'OMS (2001), le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement atteint 450 millions dans le monde. Près d'un million de personnes se suicident tous les ans. Dans une famille sur quatre, un membre au moins souffre de troubles mentaux.

Les données de terrain apportent une plus grande précision en termes de genre. Des entretiens réalisés, des observations empiriques directes effectuées, de la revue documentaire exploitée (CHR des localités concernées et autres), le nombre des femmes/filles atteintes de maladies mentales s'avère important. En effet, des entretiens réalisés à Bobo, il ressort que les femmes sont davantage concernées par les prières de délivrance demandées auprès des Pasteurs, Prêtres et Imams.

Dans le centre psychiatrique de Bobo (données de terrain septembre 2021), elles sont au nombre de douze internées (pour seulement quelques hommes) et d'autres viennent en consultations ambulatoires. Lors des observations directes menées au service psychiatrique (Bobo), nous avons relevé qu'en moyenne trois femmes sur cinq patients viennent consultées par jour. Cette ampleur est également observée par un Prêtre qui dit ceci,

Il n'y a pas deux jours de cela, j'ai rendu visite à une malade comme ça, et on se demandait pourquoi plus de femmes ; ce n'est pas qu'elles soient mentalement faibles en tout cas, mais on ne comprend pas. La plupart de ceux qui viennent ici sont des femmes.

Un Imam aborde dans le même sens. Elles sont assez nombreuses. Par jour, il peut recevoir cinq cas de femmes atteintes de maladies mentales, ce qui fait en moyenne 150 femmes par mois. Les tradipraticiens interrogés estiment aussi que le nombre des femmes qui viennent en consultation est assez important.

Au Burkina Faso, selon les données du tableau sur la population générale (Ouedraogo et al. 2017), la prévalence des troubles mentaux chez les femmes en population générale est estimée à 46.24% contre 35.01% chez les hommes. Avec un risque élevé de suicide chez les femmes (0,95) par rapport à (0,18) chez les hommes. Les principaux troubles mentaux les plus fréquents chez les filles et les femmes sont (cf. tableau ci-dessous et annexes): troubles de l'humeur, troubles anxieux et les troubles psychotiques (5.27%). Ces troubles observés se retrouvent dans les discours des acteurs interrogés.

Tableau 2
Taux de prévalence des troubles mentaux par sexe.

Troubles repérés	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Cas	Prévalence	Cas	Prévalence	Cas	Prévalence
<i>Trouble de l'humeur</i>						
Épisode dépressif	92	8,30	208	14,06	300	11,60
Trouble dépressif récurrent	43	3,88	90	6,09	133	5,14
Dysthymie	82	7,40	178	12,04	260	10,05
Épisode maniaque	11	0,99	7	0,47	18	0,70
<i>Troubles anxieux</i>						
Agoraphobie	23	2,08	69	4,67	92	3,56
Trouble panique	29	2,62	100	6,76	129	4,99
Agoraphobie avec trouble panique	5	0,45	21	1,42	26	1,01
Phobie sociale	21	1,90	49	3,31	70	2,71
Anxiété généralisé	30	2,71	73	4,94	103	3,98
État de stress post-traumatique	50	4,51	57	3,85	107	4,14
<i>Troubles liés à la consommation de drogue</i>						
Dépendance à la drogue	10	0,90	2	0,14	12	0,46
Utilisation nocive de drogue	2	0,18	1	0,07	3	0,12
<i>Troubles liés à la consommation de l'alcool</i>						
Dépendance à l'alcool	20	1,81	7	0,47	27	1,04
Utilisation nocive de l'alcool	2	0,18	1	0,07	3	0,12
<i>Syndrome psychotique</i>						
Syndrome psychotique isolé	26	2,35	17	1,15	43	1,66
Syndrome psychotique récurrent	46	4,15	61	4,12	107	4,14
<i>Risque suicidaire</i>						
Léger	31	2,80	78	5,27	109	4,21
Moyen	15	1,35	27	1,83	42	1,62
Élevé	2	0,18	14	0,95	16	0,62
Insomnie actuelle	59	5,32	100	6,76	159	6,15

En population hospitalière, selon Ouédraogo et al. (2017), la prévalence des troubles mentaux chez les filles et les femmes à l'hôpital est de 39,88% contre 60,12 chez les hommes. Avec un âge moyen des femmes situé entre $32,01 \pm 14,04$ ans contre $30,42 \pm 12,33$ ans chez les hommes. Les principaux troubles mentaux à ce niveau sont : les troubles psychotiques (troubles psychotiques aigus et transitoires, schizophrénies) les troubles dépressifs, les troubles anxieux et l'épilepsie. Les maladies mentales présenteraient un visage féminin. Des représentations sociales aux facteurs de risques en passant par l'ampleur observée des maladies mentales, la nécessité d'une prise en charge thérapeutique s'impose à tous les niveaux.

En termes d'ampleur (sources données hospitalières 2018, 2019 et 2020), le tableau ci-dessous donne les prévalences annuelles (3 années) recueillies auprès des structures hospitalières enquêtées.

Tableau 3 : Proportions par année (en pourcentage) de femmes atteintes de troubles mentaux par structures sanitaires (CHR) enquêtées

Structures	2018	2019	2020	Ensemble
CHU-YO	38.36 (616/1606)	39.45 (589/1493)	31.03 (594/1914)	35.87
CHU-SS	37.15 (590/1588)	37.37 (599/1603)	31.78 (615/1935)	35.19
CHUR-O	35.95 (494/1388)	38.44 (198/515)	32.2 (387/1202)	34.75
CHR-F	37.00 (47/127)	34.95 (36/103)	36.23 (50/138)	36.14
Ensemble	38.00	38.29	31.72	-----

Source : Données sanitaires, Fada, Bobo, Ouahigouya et Ouagadougou, 2018, 2019 et 2020

Que retenir ? Que ce soit au niveau des observations empiriques réalisées ou de la revue documentaire, le constat est que la proportion des femmes atteintes de maladies mentales est plus élevée que celle des hommes. Les épisodes dépressifs semblent être plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (cf. tableau ci-dessus). Au niveau du niveau ci-dessus, la proportion des personnes atteintes de maladies mentales est plus représentée au niveau primaire et sans niveau d'instruction scolaire (proportion importante des femmes) que les niveaux secondaires et supérieurs (élèves/étudiant-e-s).

Il faut aussi noter les insuffisances des données hospitalières qui ne donnent pas de précisions sur les nouveaux et anciens cas de consultations. Cette prévalence ne fournit pas toujours des variables telles que l'âge, la profession, le niveau scolaire permettant de mieux appréhender le phénomène par catégorie sociale.

5.5. Parcours/trajecotires thérapeutiques des femmes/filles atteintes de maladies mentales

Les parcours de soins analysés dans ce point relèvent des aspects curatifs et préventifs des maladies mentales. Comment la société organise-t-elle cette prise en charge thérapeutique, même si tous les malades ne sont pas originaires de la localité de résidence ? Comme l'a observé un tradipraticien,

Je connais certaines filles qui sont de Fada ici-même ; elles ne sont pas venues d'ailleurs. Mais il y a des femmes ou des filles comme ça ; quand ça ne va pas dans leurs localités d'origine [originaires de certaines localités du Burkina Faso] elles fuient pour aller ailleurs, donc on peut retrouver ces genres de personnes ici à Fada.

Au cours de l'étude, trois principales instances thérapeutiques (Fainzang, 1986) sont identifiées car les circonstances ayant provoqué la maladie mentale divergent d'un individu à un autre. Ces instances ne sont pas toujours isolées dans le parcours des soins. Elles sont parfois interconnectées pour reprendre les propos d'une patiente (24 ans, musulmane),

J'ai d'abord été voir un guérisseur baoulé en Côte d'Ivoire qui m'a donné des traitements et m'a dit que ma maladie ne peut être soignée qu'au Burkina (dans mon pays). Ensuite, j'ai décidé de venir continuer les soins ici. J'ai couru chez les guérisseurs, les marabouts de toute sorte, chacun donne des raisons et des médicaments...Par la suite, je me suis stabilisée et j'ai décidé d'aller à Bobo chez ma sœur. C'est là-bas que ma santé a rechuté et j'ai pris la fuite pour Ouahigouya en jetant tous mes biens en cour de route. C'est de là que j'ai été saisie par l'association SAULER qui m'a internée et m'amenée à l'hôpital pour me faire des injections et donner les comprimés, et c'est ce traitement que je suis jusqu'à présent.

A. Pratiques thérapeutiques locales/endogènes (Tradipraticiens ou rites coutumiers)

Selon une jeune femme de 31 ans, la maladie est liée aux génies qui ont habité en elle après son accouchement en Côte d'Ivoire [syndrome post- partum, selon un psychiatre]. Ce qui l'a conduite au Burkina Faso pour des soins à l'hôpital après avoir fait le tour des tradipraticiens.

Une jeune fille élève, 22 ans en classe de terminale à Ouagadougou, déclare : « Ma maladie est héréditaire, car ma grand-mère était aussi malade. De Dédougou, nous avons fait [famille] d'abord le tour des tradipraticiens pour des soins. C'est après tout que nous avons eu recours à l'hôpital ».

B. Pratiques thérapeutiques religieuses

Une autre femme atteinte de maladie mentale, célibataire, 51 ans ayant des problèmes sentimentaux, raconte : « *J'ai commencé par les prières et j'ai fini en psychiatrie* ». Comme dit un Imam,

Moi étant un musulman et un maitrisant du coran, il y a des sourates qui peuvent calmer celles qui sont possédées par des génies. Par exemple la sourate *an-Nass* peut beaucoup les calmer. Nous ne sommes pas des marabouts, mais on a un centre appelé centre *Roukiya*... C'est là-bas qu'on reçoit les malades

C. Pratiques thérapeutiques dites modernes (structures de sante)

Ainsi, plusieurs malades se soignent à l'hôpital dans les services de psychiatrie. Ils sont pris en charge par un psychiatre ou un psychologue. Celui-ci procède par l'écoute, les examens et les conseils. S'agissant des troubles causés par les stupéfiants, les agents de santé procèdent par une désintoxication et une réhabilitation. Ce qui permet de sevrer ces personnes.

Selon un psychologue clinicien (Ouagadougou),

Les traitements anti dépressifs, antidrogues, les hospitalisations leur permettent de se séparer de leur environnement. En psychothérapie, il y a la thérapie comportementale et l'ergothérapie (qui consiste à occuper le malade par un métier) ». Un responsable de « Contacts hors limite » note que, « Dans la prise en charge, il faut assurer tous les soins des malades quel que soit leur genre et leur pathologie ».

Cependant la perception d'un être caractérisé de fou (stigmatisation) ne facilite pas toujours le recours au service psychiatrique, comme le déclare une patiente de 36 ans,

Pour moi, je pensais que c'était pour les fous, or ce n'est pas le cas. Beaucoup de gens ont des problèmes de ce genre mais comme ils pensent que traumat (ancien nom du centre) c'est seulement pour les fous or ce n'est pas vrai. Moi-même, c'est mon neveu qui m'a flatté pour m'amener ici sinon je ne crois pas que je serai venue de mon gré.

En somme, plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge des soins. Il y a des religieux qui procèdent par des prières de délivrance, des tradipraticiens qui soignent avec des décoctions et par des rites coutumiers, surtout pour chasser les génies (*kinkirsi* langue mooré) et enfin le traitement médical ou le service psychiatrique. Les données de l'étude montrent que les familles ont recours à une pluralité de soins thérapeutiques et la décision des parcours incombe rarement aux malades. Il ressort également des témoignages de la plupart des malades interrogés que le traitement médical est parfois le dernier recours.

La sensibilisation ne devrait pas se résoudre à une remise en question d'une instance thérapeutique au profit d'une autre, mais de prôner davantage le recours rapide à un service psychiatrique. Cependant, quels sont les moyens dont dispose la communauté pour protéger les membres de ces maladies mentales ?

5.6. Pratiques de protection endogène de la survenue de maladies mentales féminines

Au titre des pratiques sociales de protection, plusieurs moyens ont été proposés par les acteurs pour se protéger contre certaines maladies mentales chez les femmes et filles. Ces moyens de protection sont relatifs aux conditions de vie des êtres humains en tenant compte des contextes sociaux et culturels (cf. point sur les perceptions sociales). Il s'avère que les moyens de protection sont fonction des causes des maladies mentales. Par exemple, contre les génies *kinkrisé* (langue mooré), les personnes interrogées mentionnent le respect des interdictions religieuses et coutumières. Sur ce, un Notable coutumier note,

Nous, à notre niveau, nous faisons ce que nous pouvons pour éviter ces cas dans notre communauté. Nous faisons tout le temps des sacrifices et implorons nos ancêtres pour nous préserver de tout mal.

Pour ces acteurs, se préserver contre les maladies mentales chez les femmes et filles, c'est se préserver contre la rencontre et la colère des génies. Selon un animateur de radio (Ouahigouya),

Tout individu en général et en particulier les femmes doit éviter de se promener entre 18 h et 18 h30, et tard dans la nuit de 00 h à 3 h du matin par crainte de croiser un génie qui va lui infliger la folie.

Un Imam et un Pasteur partagent ce même point de vue, et l'Imam de citer un certain nombre de conduites sociales à observer pour échapper à la possession des génies qui seraient une cause de maladies mentales. Il cite à ce sujet,

Il faut que les femmes changent de "sape", elles doivent bien s'habiller, elles doivent bien se voiler et éviter d'ajouter quelque chose à leurs cheveux ; elles doivent faire des invocations avant d'entrer dans les toilettes, toujours réciter les sourates protectrices avant de dormir.

Ces acteurs communautaires expliquent que les génies sont capables d'infliger la folie sur une personne ayant déféqué dans leur lieu d'habitation ou couper les arbres dans lesquels ils vivent au plan symbolique. Les acteurs communautaires déclarent que les victimes sont davantage des femmes, car ce sont elles qui vont en brousse à la recherche du bois de chauffe et y défèquent. Pour se protéger de la maladie causée par les génies de la forêt, « *les femmes doivent éviter de couper le bois au hasard, elles doivent également éviter de déféquer n'importe où dans la brousse* » a suggéré un tradipraticien (Ouahigouya).

Pour ce qui concerne la prévention des maladies mentales liées aux causes héréditaires, un tradipraticien (Ouahigouya) mentionne que,

Lorsqu'une folle accouche, son enfant ne doit pas téter le sein de sa maman, ni non plus rester avec elle, car lui aussi contractera la maladie plus tard.

Cela signifie que l'enfant doit être séparé de la mère si les crises étaient fréquentes et aigues.

D'autres acteurs (membres associatifs, personnels de santé, Action sociale), estiment que la prévention des maladies mentales passe par la sensibilisation des populations pour leur faire comprendre que les maladies mentales sont des maladies curables et que les victimes ont plus besoin de soutiens des familles et sociétés pour vaincre le mal. Ils ajoutent également la création d'emplois pour les jeunes comme moyen de protection avec un accent mis sur la liberté des choix des conjoints des filles (par exemple, les mariages forcés ou non consentants des filles et femmes en cas de pratique du lévirat).

Un Représentant de AMMIE déclare, « *il faut que les populations sachent que les maladies mentales se soignent pour éviter que les victimes soient rejetées dans la rue* ».

Bien qu'il y ait des pratiques sociales ou interdictions afin de se protéger de certaines maladies mentales chez les femmes et filles, certains répondants estiment que ce n'est pas le cas dans toutes les circonstances de maladies mentales. Les moyens de protection de la survenue du risque dépendent des contextes socioculturels, socioéconomiques. Par exemple, les mariages/unions obligé-es des femmes/filles (mariage non consentant, lévirat).

L'accès aux activités génératrices de revenus (amélioration des conditions économiques) semble être une stratégie afin de mieux se protéger contre les risques de la survenue de la maladie. Cependant quels sont les dispositifs communautaires et institutionnels d'accompagnement de ces personnes atteintes de maladies mentales en l'occurrence les femmes/filles ?

5.7. Dispositifs d'accompagnement des femmes/filles atteintes de maladies mentales

Quel que soient les contextes socioéconomique et socioculturel, la communauté dispose de structures sociales et sanitaires pour accompagner les femmes/filles atteintes de maladies mentales. Ces formes d'accompagnement se situent aux plans social, économique, sanitaire, psychologique, juridique et institutionnel.

Au cours de l'étude, les structures étatiques et les associations de la société civile ont été citées dans les formes d'accompagnement apportées aux femmes/filles atteintes de maladies mentales. Quelles sont alors les réponses apportées par les parties prenantes interrogées dans l'accompagnement des femmes/filles atteintes de maladies mentales et les limites constatées.

5.7.1. Réponses apportées par les structures et dispositifs étatiques d'accompagnement

Il convient à ce niveau de distinguer d'une part les réponses et d'autre part les limites constatées de ces réponses en termes d'accompagnement.

A. Au plan social

Le ministère en charge des questions sociales est la structure gouvernementale de référence qui communique avec l'environnement familial de la patiente et procède à des placements d'enfants nés de mères souffrant gravement de maladies mentales dans des familles ou de centres d'accueil. Elle apporte donc des réponses à des accompagnements d'ordre institutionnel. Cette forme de réponses d'accompagnement a été mentionné par les acteurs interrogés.

Ce constat a été exprimé par le Responsable d'une association, *« on se réfère parfois à l'action sociale pour voir comment aider la personne, par exemple, retrouver sa famille et lui trouver aussi des vêtements...C'est l'Action sociale aussi qui place souvent les enfants dans des familles d'accueil »*.

Cependant des limites à cette forme d'accompagnement ont été observées par les acteurs interrogés. En effet, il ressort des données recueillies, qu'il n'y a pas de centres d'accueil spécifiques étatiques pour accueillir ou héberger les femmes/filles atteintes de maladies mentales. Selon les propos d'une Éducatrice sociale, il n'y a pas de forme d'accompagnement spécifique pour ces personnes, *« une forme d'accompagnement ? Est-ce que ça existe, il faut d'abord se poser la question de savoir, s'il y a des formes d'accompagnement [institutionnel] ! Il n'y a pas de structure d'accueil formel »*.

B. Au plan économique

Au plan économique, l'accompagnement se traduit par la prise en charge alimentaire des patients hospitalisés. Les femmes/filles atteintes de maladies mentales et identifiées dans le cadre de l'assurance maladie universelle sont prises en charge gratuitement par les structures de santé. Les coûts des consultations en psychiatrie varient selon les qualifications des personnels de santé : Médecin psychiatre (3000 FCFA) ; Attachés en santé mentale (1 500

FCFA). A cela s'ajoutent les frais d'hospitalisation qui s'élèvent à 500 FCFA par jour et dont la durée moyenne est de 20 jours.

Cependant, il est à noter que tous les frais médicaux y compris des médicaments sont à la charge de la patiente et de sa famille. Ce qui constitue une limite objective dans la prise en charge médicale des patientes. Le Président d'une association déclare que,

Pour le moment, ce que je sais est que notre système de santé n'a pas encore déclaré la gratuité des soins ; c'est payant. La consultation est payante, l'injection est payante. Les comprimés c'est payant. Tout est payant. Donc si on laisse tout à la famille, ce n'est pas possible.

La quasi-totalité des acteurs interrogés reconnaissent que les familles affectées ont besoin d'accompagnement de tous ordres. En effet,

S'il arrive que les familles abandonnent les patients dans les centres ou qu'ils errent dans la ville, c'est le manque de moyens financiers. Cela se ressent davantage chez les femmes qui ont spécifiquement besoin de protection.

C. Aux plans sanitaire et psychologique

Les services psychiatriques de santé de l'État constituent des réponses à la prise en charge thérapeutique et psychologique de toute personne atteinte de maladie mentale sans distinction de sexe ni de catégories sociales. En dehors de ces centres publics, il y a des centres privés de prise en charge sanitaire et psychologique.

Cependant, les résultats de l'étude indiquent qu'il y a des limites à la prise en charge sanitaire et psychologique des malades :

- Insuffisance de personnel (ressources humaines) ;
- Plateau technique non suffisamment étoffé pour prendre en charge les malades ;
- Difficile accès aux médicaments (disponibilité et accessibilité financière) ;
- Insuffisance de structures d'accueil pour les hospitalisations en psychiatrie.

D. Dispositif juridique et institutionnel : quelles réponses ?

❖ Au niveau juridique

Il y a la loi (loi N° 025-2018/AN, portant Code Pénal) au niveau juridique qui définit les conditions de prise en charge sanitaire des personnes handicapées de façon générale et non spécifique aux maladies mentales encore moins les femmes/filles.

On note aussi qu'il y a le code des personnes et de la famille tout en réfutant le mariage non consentant ou dit forcé protège la femme/fille des facteurs de risques de la survenue d'une maladie mentale.

En ce qui concerne la protection générale des personnes handicapées en matière de stigmatisation et de discrimination, le Président d'une Association (Ouahigouya) dit ceci,

Je sais que la loi contre la stigmatisation/discrimination, ce n'est pas pour un seul individu, c'est pour tout le monde, donc cette loi également protège ces personnes atteintes de maladies mentales ; il est interdit au Burkina quel que soit le statut d'une personne, de la mettre à l'écart, la stigmatiser. La stigmatisation est interdite au Burkina, nous sommes nés égaux et on a les mêmes droits, donc même la constitution protège ces individus dans l'article 2 et 26, Constitution du 02 juin 1991. C'est déjà un dispositif juridique et je pense qu'il y a plein et si vous partez violenter ou violer une personne atteinte de troubles mentaux, bon ce n'est pas sûr que vous alliez vous en sortir ; la justice va vous poursuivre parce que ces personnes aussi doivent vivre librement et être protégées de toute forme de violence.

En effet, les résultats de l'étude montrent qu'il n'y a pas un cadre juridique spécifique pour protéger les femmes/filles atteintes de maladies mentales. Ces limites réglementaires ont été constatées au sein d'un hôpital psychiatrique où un groupe de personnels soignants a décidé de prendre en charge gratuitement des personnes atteintes de maladies mentales, mais celui-ci a été invité à rembourser les frais afférant à cette prise en charge gratuite. Cela est dû à l'absence de texte réglementaire encadrant leur initiative.

Au Burkina Faso, c'est la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées qui protège ces personnes dans la défense de leur dignité et de leur droit.

Selon un Chargé des affaires juridiques de la Commission Nationale des Droits Humains,

Les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas protégées de façon spécifique mais si toutefois une personne atteinte de maladie mentale saisit la commission pour non-respect de ses droits, nous l'accompagnons à travers un appui juridique. Mais en ce qui concerne la prise en charge du trouble mental, nous les orientons vers des structures habilitées.

D'après un enquêté, si des dispositions juridiques existaient, cette femme ayant deux enfants et atteinte de maladie mentale n'aurait pas été abandonnée dans la rue par son mari. Il déclare,

Une femme atteinte de maladie mentale a été abandonnée dans la rue avec ses deux enfants par son mari qui trouve que sa femme était devenue insupportable. Le mari n'a jamais été poursuivi pour avoir abandonné sa femme et ses deux enfants dans la rue sans aucun soutien, ni protection.

En résumé, on peut dire que la personne malade mentale comme toute autre personne sans discrimination aucune est concernée par tous les droits fondamentaux reconnus par la DUDH et garantis par la Constitution et d'autres instruments juridiques portant répression des violences faites aux filles et aux femmes. Toutefois, les textes sont méconnus et les personnes atteintes de maladies mentales qui ne jouissent pas de leurs facultés mentales ne peuvent revendiquer ou jouir par eux-mêmes de ces droits que par l'intervention de tiers.

❖ **Au niveau institutionnel**

Le Représentant d'une direction de l'Action sociale affirme en ces termes, « *notre mission régaliennne est la prise en charge des femmes et des personnes handicapées, y compris les handicapés psychosociaux* ».

A cette question intentionnelle, voici la réponse d'un Représentant de l'Action sociale qui cite la loi 12 pour la prise en charge des personnes vulnérables et la convention relative aux personnes handicapées. Les réponses institutionnelles sont entre autres, l'identification de la victime, sa prise en charge (alimentation, habillement, hébergement, soins), la recherche de la famille et son insertion socio-économique.

Des réponses sont parfois apportées en cas de grossesse. Les femmes atteintes de maladies mentales sont prises en charge comme toutes les autres femmes au sein des structures de santé. D'après un responsable associatif interrogé, elles sont confiées aux agents de santé pour le suivi. Après l'accouchement, on baptise l'enfant et on le remet à l'Action sociale qui va lui

trouver une famille adoptive suivant des procédures institutionnelles et juridiques (au moins 72 heures dans la localité de naissance de l'enfant).

Abordant dans le même sens, le Représentant d'une brigade des mœurs et des stupéfiants, déclare que lorsqu'un malade mental trouble l'ordre public (agression, viol),

Nous procédons tout d'abord par une enquête sociale, ensuite nous cherchons à avoir l'avis d'un psychiatre sur l'état mental du délinquant. Si toute fois le spécialiste prouve l'état de démence, nous déclarons la personne irresponsable de ses actes (pas de sanction ni de poursuite). Ce dernier doit être orienté pour des soins.

En définitive, les réponses apportées par l'État dans son rôle régalién pour protéger les personnes vulnérables sont plus d'ordre général que spécifique aux femmes/filles atteintes de maladies mentales. L'Action sociale qui est la structure étatique qui se déploie au côté des communautés vulnérables doit s'atteler à une relecture des textes pour une adaptation spécifique à l'accompagnement institutionnel des femmes/filles atteintes de maladies mentales en cas de violation de leurs droits humains.

5.7.2. Réponses apportées par les OSC dans les formes d'accompagnement

Les OSC constituent des entités institutionnelles qui contribuent de façon substantielle à l'accompagnement dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales.

Comment sont formulées ces formes d'accompagnement par les OSC ?

A. Aux plans social et économique

Dans ce domaine, les résultats de l'étude mentionnent la présence de quelques Associations/ONG identifiées et qui apportent des soutiens multiformes aux femmes/filles en matière de santé mentale.

- Humanité et Inclusion ;
- UNAFEHB : opérations de sensibilisation, activités génératrices de revenus de façon générale ;
- Coopération Italienne (appui financier) aux OSC qui interviennent au plan social, psychologique ; et financier, des opérations de sensibilisation et de retrait de femmes/filles de la rue ;
- ABASMEI : habillement, hébergement, alimentation, prise en charge des mères et des enfants, retrait des femmes atteintes de maladies de la rue ;

- REMAR : habillement, hébergement, apprentissage ;
- AMMIE (Ouahigouya) : OSC intervenant dans l'accompagnement de la fille, avec entre autres la promotion et le développement des activités génératrices de revenus.
- Espoir et Vie (Fada) ;
- Sauvons Le Reste (SAULER) : habillement, alimentation, hébergement ;

C'est à travers les conseils et les encouragements que les membres arrivent à intervenir dans la santé mentale des femmes/filles.

B. Aux plans sanitaire et psychologique

A ce niveau, les interventions se passent en collaboration avec des centres psychiatriques et des associations/ONG qui travaillent dans le domaine.

- ABESMEI (Ouagadougou) : ABESMEI accompagne les femmes/filles de la rue et surtout celles qui sont enceintes et qui accouchent. En cas d'accouchement, la Responsable de ABESMEI propose qu'on garde les deux (la mère et l'enfant) au lieu de retirer l'enfant et abandonner la maman, ce qui pourrait aggraver sa situation.
- Humanité et Inclusion : apporte un appui en soins de santé
- Union Nationale des Femmes Handicapées du Burkina Faso apporte des appuis sanitaires et psychologique, et ce à travers des opérations de sensibilisation sur la gestion de l'hygiène et des menstrues.
- Sauvons Le Reste (SAULER) : habillement, alimentation, hébergement ; références ou orientations de malades aux services psychiatriques pour une prise en charge médicale.

C. Au plan juridique

L'action des OSC est moins explicite au niveau juridique contrairement à d'autres formes d'accompagnement menées sur le terrain aux plans socio-économique, sanitaire et psychologique. Leurs actions sont moins orientées sur l'élaboration et la promotion d'un cadre juridique.

Les données recueillies auprès des personnes interrogées (acteurs administratifs, communautaires), montrent les nombreuses insuffisances des textes existants en matière de

protection des personnes atteintes de maladies mentales, ce qui limite leurs interventions en termes d'accompagnement.

Au plan juridique, les organisations de la société civile (OSC) déclarent rencontrer beaucoup de difficultés liées au fait que les malades mentaux, de façon générale, ne disposent pas d'un accompagnement juridique spécifique. Il existe plusieurs dispositifs juridiques pour la prise en charge des personnes handicapées, mais spécifiquement, la couche des malades mentaux est oubliée. A ma connaissance, il n'existe pas de loi spécifique dans le cadre des malades mentaux (Président de SAULER).

Toutes les structures communautaires identifiées apportent des soutiens aux plans social, économique, psychologique voire sanitaire (orientation vers des centres de santé) aux personnes atteintes de maladies mentales et notamment aux femmes/filles en termes d'hébergement, d'alimentation et de suivi des enfants. Ces OSC peuvent être sollicitées pour mener des actions de sensibilisation auprès des familles et de réaliser des activités génératrices de revenus au profit des femmes/filles atteintes de maladies mentales souvent stabilisées.

Tableau 4 : OSC rencontrées et types d'interventions

OSC	Localités	Interventions générales	Interventions spécifiques à la santé mentale	Implications/engagements
SAULER	Ouahigouya	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
ABESMEI	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
UNAFEHB	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
Association Bonnes Mains	Ouahigouya	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
Humanités et Inclusions	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
Espoir et Vie	Fada	Activités de promotion sociale, économique...	Santé mentale	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
MBDHP	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Pas de liens directs	Accompagnement et promotion
AMMIE	Ouahigouya	Activités de promotion sociale, économique...	Pas de liens directs	Engagement en rapport avec la promotion en santé mentale
REMAR	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Pas de liens directs	Accompagnement et promotion
Association des femmes juristes	Ouagadougou	Activités de promotion sociale, économique...	Pas de liens directs	Accompagnement et promotion

En définitive, les textes juridiques qui protègent les personnes atteintes de maladies mentales ne sont pas spécifiques aux personnes atteintes de maladies mentales et les familles affectées. Il s'avère alors difficile pour les acteurs des organisations de la société civile (OSC) et les institutions étatiques de s'approprier ces textes pour appliquer les droits humains en matière de santé mentale, notamment les femmes qui sont souvent victimes de viols, tombent enceintes et dont les enfants sont retirés. Au plan juridique des efforts restent encore à faire pour la prise en compte spécifique des droits des personnes atteintes de maladies mentales, en particulier les femmes/filles errantes et isolées dans les rues. Des dispositions juridiques et institutionnelles sont donc nécessaires pour apporter des réponses appropriées à la protection des femmes/filles atteintes de maladies mentales.

5.8. Défis et opportunités pour les OSC en matière d'engagement autour de la problématique de la santé des femmes/filles

Cette partie est consacrée aux opportunités et défis auxquels les institutions doivent faire face pour la promotion de la santé mentale, en l'occurrence celle des femmes/filles.

5.8.1. Opportunités des OSC et problématique de la santé mentale des femmes/filles

En termes d'opportunités, on note que les OSC offrent un environnement favorable de la santé mentale, en particulier celle des femmes/filles.

La présence d'Associations/ONG qui mènent des activités au profit des personnes vulnérables demeure une grande opportunité pour s'engager autour de la problématique de la promotion de la santé mentale des femmes/filles. Une autre opportunité pour s'engager est la création d'un réseau d'associations intervenant dans le domaine pour marquer davantage une visibilité et pour favoriser l'éclosion de textes réglementaires spécifiques.

On relève l'existence de cadres juridique et institutionnel favorable à l'éclosion de textes spécifiques à la promotion de santé mentale des femmes/filles. En dépit du caractère d'ordre général de ces textes, ils constituent néanmoins des préalables intéressants et nécessaires à l'adoption de cadres juridiques et institutionnels spécifiques aux droits des personnes atteintes de maladies mentales.

De nombreux défis restent à réaliser au regard des opportunités qu'offrent certaines OSC en matière d'engagement et d'accompagnement.

5.8.2. Défis, OSC et problématique de la santé mentale des femmes/filles

Les défis sont multiples et divers pour l'engagement des OSC dans la promotion de la santé mentale des femmes/filles au Burkina Faso. Pour relever les défis et marquer leur engagement dans ce domaine, il est nécessaire de renforcer les infrastructures de santé, les ressources humaines qualifiées pour une meilleure prise en charge des malades, comme l'a exprimé un Attaché de santé en psychiatrie.

Pour relever davantage les défis, un Responsable de la Pastorale santé cathédrale (Fada) et le Président de l'Association « Espoir et Vie » envisagent de créer des centres d'accueil et d'éducation de cette catégorie de personnes, surtout à l'endroit des femmes/filles.

Au plan social et culturel, il faut que les OSC mènent des actions de sensibilisation auprès de la communauté et des familles pour déconstruire certaines représentations sociales liées aux causes et conséquences (stigmatisation, honte, exclusion économique) des maladies mentales, et aux parcours de soins. Cela pourrait favoriser l'accès aux structures de santé.

Au plan socio-économique, il s'avère nécessaire pour les OSC de développer davantage des activités génératrices de revenus pour renforcer le pouvoir économique des familles ou des personnes atteintes de maladies mentales (stabilisées) en l'occurrence les femmes/filles.

Au plan financier et dans l'accès aux soins de santé, le Président de l'Association Bonnes Mains (ABM) souhaite un plus grand engagement des familles et de la communauté pour une meilleure prise en charge. Il dit ceci,

Pour le moment, ce que je sais, c'est que notre système de santé n'a pas encore déclaré la gratuité des soins ; c'est payant. La consultation est payante, l'injection est payante. Les comprimés, c'est payant. Tout est payant. Donc si on laisse tout à la famille, ce n'est pas possible, si donc on laisse tout aux structures organisationnelles comme les associations ce n'est pas possible non plus.

Ce défi financier est également le cri de cœur du Responsable de SAULER,

Les produits sont très chers (...) alors que c'est à nous d'acheter ses médicaments jusqu'au jour où il sera stabilisé (...) et nous nous débrouillons avec nos amis de l'extérieur. Au Burkina Faso, rien n'est fait pour nous (...) rien. Et les aires d'intervention des acteurs sont limitées.

Toutes ces interventions qui sont des opportunités communautaires montrent que même si les acteurs font de leur mieux sur le terrain pour répondre au besoin de prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales, force est de constater que les ressources financières, matérielles, humaines et juridiques demeurent insuffisantes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude, on retient que la maladie mentale est une réalité sociale, un fait social qui intervient à tous les niveaux de la vie individuelle et collective. C'est une pathologie sociale qui se traduit par une désorganisation ou une dérégulation au sein d'une société ou communauté particulière ou d'un groupe, etc., au point qu'on puisse parler d'une communauté de pratiques en matière de maladies mentales.

Les résultats indiquent que les perceptions ou représentations sociales des acteurs interrogés sont multiples et diverses quant aux causes et manifestations de la maladie. On relève également les nombreuses conséquences incommensurables tant sur la famille, la société que sur la personne souffrante. Les maladies mentales ont un coût social et entraînent d'énormes dépenses de santé dans les familles et ce en l'absence d'un système d'assurance maladie ou de protection sociale pratique. Les différentes instances auxquelles les familles ont recours pour traiter le malade et la maladie augmentent davantage les dépenses familiales et conduisent les familles dans des situations de précarité et de vulnérabilité sociale accrue.

Les personnes atteintes de maladies mentales font l'objet de stigmatisation et de discrimination par certains acteurs qui estiment qu'elles sont responsables de leur situation pathologique. Les personnes malades sont en outre souvent victimes de violations des droits humains, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements psychiatriques.

L'étude indique que les femmes atteintes de maladies mentales sont plus victimes de stigmatisation et de discrimination que les hommes. Certaines sont souvent victimes de viols, tombent enceintes et les enfants séparés de leur mère. Elles sont parfois exclues de leur espace

conjugal, professionnel. Elles retournent souvent vivre dans leur famille d'origine, ce qui pourrait aggraver la situation.

La législation spécifique et les politiques publiques demeurent insuffisantes pour protéger cette catégorie de personnes en termes d'accompagnement et de prise en charge, à l'exception de quelques associations ou organisations de la société civile qui offrent des possibilités d'accompagnement pratique tant au plan social, économique que sanitaire.

RECOMMANDATIONS

Partant de ces constats, plusieurs actions fortes sont à entreprendre pour une mobilisation communautaire et pour une meilleure prise en compte des droits des personnes atteintes de maladies mentales, en l'occurrence les femmes qui demeurent des cibles trop vulnérables. La santé mentale en général et celle des femmes/filles en particulier dans notre société est tributaire des représentations sociales et de la faiblesse ou de l'absence des politiques publiques/dispositifs juridiques en matière de protection des droits de ces personnes vulnérables. Pour renforcer ces dispositifs sociaux, quelques recommandations sont formulées.

☞ SPS

- Organiser des actions de sensibilisation sur les représentations/perceptions communautaires en collaboration avec les OSC identifiées ou à identifier ;
- Renforcer les capacités/compétences des responsables des OSC et des leaders communautaires dans l'accompagnement aux plans juridique, institutionnel, économique et sanitaire des malades et des familles affectées ;
- Sensibiliser et renforcer la collaboration entre les Tradipraticiens, les leaders religieux et les personnels de santé dans les parcours thérapeutiques des personnes atteintes de maladies mentales, particulièrement les femmes/filles ;
- Faire le plaidoyer avec les OSC auprès du ministère en charge de l'Action sociale pour le renforcement des cadres juridiques et institutionnels favorables à la prise en charge et à la promotion de la santé mentale en général et celle des femmes/filles au Burkina Faso ;
- Susciter la mise en place d'un réseau des OSC (cf. annexes) intervenant dans le domaine afin de créer une synergie dans les actions, ce qui permet de mener des plaidoyers auprès des pouvoirs publics en matière de promotion de la santé mentale, notamment celle des femmes/filles.

- Poursuivre la recherche sur l'état des lieux des femmes/filles atteintes de maladies mentales dans les autres régions du Burkina Faso ;
- Susciter la création d'une communauté de pratiques (CP)/communauté virtuelle de pratiques (CVP) dans le domaine pour mieux mener les plaidoyers auprès de l'État et des OSC pour la reconnaissance et l'accès aux droits des personnes atteintes de maladies mentales ;
- Traduire ces recommandations en plan d'action pour la promotion de la santé mentale des femmes/filles au Burkina Faso

Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, de la Famille et de l'Action humanitaire

- Inscrire les personnes atteintes de maladies mentales, en l'occurrence les femmes/filles dans le programme de la gratuité des soins aux indigents en rapport avec l'assurance maladie universelle. Ce plaidoyer doit être réalisé par SPS avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la santé mentale ;
- Prendre des dispositions juridiques nécessaires pour défendre les femmes atteintes de maladies mentales, des viols, des abandons et de leurs enfants tout en impliquant les familles dans les décisions à l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive.
- Mener conjointement avec SPS un plaidoyer pour l'amélioration des infrastructures et équipements des centres médicaux de prise en charge des maladies mentales ;

Ministère de la santé

Établir une forte collaboration avec le Ministère de la justice pour la mise en place de textes juridiques règlementant la prise en charge des malades atteints de maladies mentales en général et de façon spécifique des femmes/filles souffrant de maladies mentales dans les hôpitaux.

Collectivités territoriales

Établir une collaboration avec les OSC dans la mise en place d'un dispositif de veille permettant de protéger et de prendre en charge à temps les questions de santé sexuelle et reproductive des femmes/filles atteintes de maladies et de prévenir toutes violences à leur égard notamment les violences sexuelles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES INDICATIVES

Assemblée Nationale, 1991, *Constitution du Burkina Faso*, adoptée par le référendum du 02 juin 1991.
Assemblée National, 2018, *Loi N° 025-2018/AN, portant Code Pénal*, Ouagadougou.

Awa Coll-Seck, 2000, *Femmes et programmes de santé en Afrique*. ONUSIDA. adsp n° 30. mars 2000

Becker H, 1985, *Outsiders. Études de la sociologie de la déviance*, A-M- Métaillé, Paris.

Coker E.M, 2005, "Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt". *Social Science & Medicine*; 61: 920-930.

Dinos S., Stevens S., Serfaty M., Weich S., King M. Stigma, 2004, the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry* ; 184 : 176 -181.

Goffman E, 1972, *Les Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.

Goffman, E, 1975, *Stigmates et usages sociaux*, Paris, Éditions de Minuit

Hartmut Rosa, 2012, « Accélération et dépression. Réflexions sur le rapport au temps de notre époque ». In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité. Les cahiers de Rhizome : La mondialisation est un déterminant social de la santé mentale*. Numéro 43, Janvier 2012. pp 4-13

Humanité & inclusion, 2020, *Mieux comprendre les besoins des personnes handicapées affectées par la crise dans les régions du Centre-Nord et du Sahel et les barrières d'accès à l'aide humanitaire*. Luxembourg AID and development.

INSD, 2019, *Recensement général de la population et de l'habitat. Résultats préliminaires*. Ouagadougou

Jodelet, 1997, « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie », in *Psychologie sociale*, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, *Le psychologue*.

Jodelet, D. 1989. *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF (traduction anglaise de T. Pownall, *Madness and Social Representations*, Berkeley, California Univ. Press, 1991).

Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D., 2004, « Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia ». *Can J Psychiatry* ; 49(9) : 625-629.

Lebaron F, 2009, *La Sociologie De A à Z, 250 mots pour comprendre*, Dunod, Paris,

Nations Unies, 2020, *Convention relative aux droits des personnes handicapées. CRPD/BFA/I. Comité des droits des personnes handicapées. Rapport initial soumis par le Burkina Faso en application de l'article 35 de la Convention, attendu en 2011*.

OMS, 2013, *Plan d'action global pour la santé mentale, 27 mai 2013*, Soixante-Sixième Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.

Ouango, J.-G., Karfo, K., Kere, M., Ouédraogo, et al, 1998, « Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo ». *Santé mentale au Québec*, 23(2), 197–211.

A. Ouédraogo, A., J.G. Ouango et al, 2018. Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso » - 07/09/19. Doi : 10.1016/j.encep.2018.03.002.

Ouédraogo A., Ouango J.G., Karfo K., Goumbri P., Nanéma D., Sawadogo B., 2017, « Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso ». *L'Encéphale*. 2017

Ouédraogo, A., Ouédraogo, T.L., Traoré, A., Sawadogo, G., Nebié K., Yougbaré, J.M., 2006, « Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado » *L'Encéphale*, 2006 ; 32 :437-43.

Patel V., Kleinman A., 2003, “Poverty and common mental disorders in developing countries”. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (8) : 609-615.

Simard A., 2011, Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, le partenaire, vol. 19, no 4, hiver, 9-12

Strauss, A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.

Veerle Miranda, 2012, La prise en compte par l'OCDE de la souffrance au travail et du rôle de la hiérarchie. In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité. Les cahiers de Rhizome : La mondialisation est un déterminant social de la santé mentale*. Numéro 43, Janvier 2012. pp 28-33

COULIBALY, Z, Antoine DROH, Noël Kouadio AHI, Hamadou DIOMANDÉ, 2016, Difficultés de la prise en charge des maladies «de par la loi » en institution psychiatrique à Bouaké (Côte d'Ivoire). *Revue Échanges*, vol. 3, n°007 juin 2016, pp. 612-626.

ANNEXES

Ampleur des maladies mentales et genre

Tableau : Proportions par année (en pourcentage) de femmes atteintes de troubles mentaux par structures sanitaires (CHR) enquêtées

Structures	2018	2019	2020	Ensemble
CHU-YO	38.36 (616/1606)	39.45 (589/1493)	31.03 (594/1914)	35.87
CHU-SS	37.15 (590/1588)	37.37 (599/1603)	31.78 (615/1935)	35.19
CHUR-O	35.95 (494/1388)	38.44 (198/515)	32.2 (387/1202)	34.75
CHR-F	37.00 (47/127)	34.95 (36/103)	36.23 (50/138)	36.14
Ensemble	38.00	38.29	31.72	-----

Récits de vies de patientes

Récit d vie 1 (Ouahigouya)

Q : quel âge avez-vous ?

R : c'est 24 ans

Q : êtes-vous mariée ?

R : j'étais mariée mais mon mari ne vient plus.

Q : avez-vous eu des enfants ?

R : oui, un enfant

Q : fille ou garçon ?

R : c'est un garçon.

Q : vous étiez marié où ?

R : c'est à Kaya.

Q : mais votre maladie a commencé où ?

R : la maladie a commencé là-bas, et il m'a pris amené ici.

Q : selon vous, de quelle maladie souffriez-vous ?

R : c'est une maladie liée à la tête (maladie mentale)

Q : selon vous, qu'est ce qui a causé la maladie ?

R : moi, je ne sais pas, c'est commencé comme ça seulement.

Q : à quel moment vous vous êtes rendu compte que vous êtes malade ?

R : cela à durer, ça vaut sept ou huit ans.

Q : au début de la maladie, comment ça se manifestait ?

R : ça dérange ma tête, et je ne sais plus ce que je fais.

Q : comment cela a commencé pour la première fois ?

R : au début je criais seulement, ça me fait peur et je crie.

Q : avant que vous ne commenciez à crier, par quoi cela commençait ?

R : ça commencé par des maux de tête aiguë et j'ai commencé à crier. Ça me donne des douleurs musculaires, tout mon corps me fait mal.

Q : comment la maladie se manifeste ?

R : maintenant ça va, ça ne me fait rien.

Q : mais pendant la crise, comment vous vous comportez ?

R : quand ça commence, tu fais des choses inutiles, et tu ne sais pas pourquoi tu fais cela.

Q : quelles sont ces choses inutiles que vous faisiez ?

R : je ramasse les choses. Au fait je ne sais pas ce que je fais même.

Q : quand ça commence, restez-vous tranquille ?

R : je ne fais que divaguer dans la cour des gens.

Q : qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque ça commence ?

R : je bagarre bien, et souvent tu as envie de te suicider.

Q : **quelles activités faisiez-vous ?**

R : nous faisons le commerce dans les sites aurifères. Je vendais le to là-bas.

Q : **c'était dans quel site ?**

R : c'est dans le site d'or de Namisguima. J'étais avec mon mari là-bas et j'avais déjà eu mon enfant.

Q : **comment la maladie a débuté, quels sont les soins que vous avez reçus ?**

R : mon mari avait commencé à me soigner, mais il a laissé après.

Q : **au début, c'est quoi et quoi vous avez pris comme médicaments ?**

R : ce sont des produits traditionnels (tisanes). Mais, moi, je n'acceptais pas faire le produit et il m'a pris amener ici. C'est arrivé ici, qu'on m'a amené à l'hôpital pour me faire l'injection.

Q : **mais quand le mari vous a amené, il vous a dit qu'il ne vous aime plus, et vous êtes séparés ?**

R : non, il ne m'a rien dit, il m'a laissé et reparti et jusqu'à aujourd'hui, il n'est plus revenu.

Q : **est-ce qu'il sait que vous êtes guéri ?**

R : il ne sait pas. J'avais son numéro et je l'appelais souvent mais j'ai égaré le numéro.

Q : **votre enfant est-il ici avec vous ?**

R : non, il est avec son père.

Q : **pensez-vous que vous allez repartir chez lui ?**

R : ah, je ne sais pas, comme il n'est pas venu, je ne peux pas aller sans qu'il ne vienne ici.

Q : **pensez-vous qu'à cause de l'enfant, vous allez repartir rester chez le père de l'enfant ?**

R : je pense aller voir mon enfant. J'ai même été là-bas le voir.

Q : **quand vous êtes partis, avez-vous vu votre mari ?**

R : il n'était pas là, il était dans les sites. Mais j'ai vu l'enfant là. Il était bien entretenu.

Q : **vous mari avait une autre femme ?**

R : il avait une autre femme. Moi j'étais la seconde.

Q : **quel était le climat entre vous et votre coépouse ?**

R : on s'entendait bien, on ne se disputait pas.

Q : **les parents de votre mari vivent-ils ?**

R : sa mère vie, c'est avec elle que mon enfant est. C'est son père qui n'est plus. Il n'y a jamais eu de disputes entre nous, même avec mon mari, je ne disputais pas. C'est la maladie qui a fait qu'il m'a ramené sinon, on ne se disputait pas.

Q : **avez-vous déjà eu des disputes dans le quartier ?**

R : oui, je me suis une fois disputé avec une femme là-bas.

Q : **êtes-vous la première personne qui a contracté cette maladie dans votre famille ?**

R : mes deux sœurs sont malades aussi. Une est en côte d'ivoire et l'autre à Nimbou (Burkina).

Q : **pensez-vous que vous souffrez de la même maladie et des mêmes manifestations ?**

R : ce sont les mêmes maladies, mais les manifestations ne sont pas les mêmes. Elles ne sont pas agressives comme moi, elles passent leur temps à pleurer. Celle de Nimbou est mariée et a cinq enfants.

Q : **lorsque sa maladie a commencé, son mari l'a-t-elle ramené ici ?**

R : il l'a ramené pour qu'on l'aide à la soigner, et quand elle est guérie, il est revenu la chercher.

Q : **où est-ce qu'on l'a soigné ?**

R : c'est à l'hôpital.

Q : pour votre cas, quels sont tous les lieux que vous avez parcouru à la recherche des soins et quels sont les traitements que vous avez reçu ?

R : nous sommes allés à Boug-Naam. Là-bas, on m'a enchaîné et on me donne le médicament pour que je me lave avec. Mais ça ne m'a pas guéri.

Q : combien de traitement vous avez reçu à Kaya ?

R : là-bas, ils ont préparé les tisanes mais je refusais de me laver avec, raison pour laquelle ils m'ont ramené. Sinon, ils avaient commencé à me soigner mais ils n'ont pas pu.

Q : dès que vous êtes arrivé ici, par quoi ils ont commencé pour vous soigner jusqu'au jour où vous êtes allés à Boug-naam ?

R : c'est à l'hôpital, ils ont commencé avec l'injection et les comprimés. Avec le temps ça allait mieux, J'étais stabilisée. C'est après que ça repris et on m'a directement amené à Boug-naam, et c'est de là-bas qu'on est allé à SAULER.

Q : quelles explications le guérisseur le Boug-naam a-t-il donné comme cause de votre maladie ?

R : il ne m'a rien dit. C'est à mes parents qu'il a expliqué.

Q : comment se faisait le traitement là-bas ? Comment étiez-vous logée ?

R : on nous enchaîne, et c'est là-bas qu'on me lave avec le médicament, après on me fait inhaler un produit, et c'est là-bas aussi qu'on dort. Au début, on était dans une maison mais par la suite, on m'a fait sortir et enchaîner les deux pieds de sorte que je ne puisse pas m'en fuir. Avec la chaîne on a du mal à marcher. La chaîne me fatiguait beaucoup. C'est lourd, et ça fait mal au pied.

Q : parmi les membres de la famille, qui s'est plus engagé dans la prise en charge de vos soins?

R : c'est mon père (oncle paternel). Mais c'est ma tante qui m'a amené à Boug-naam et c'est elle qui est restée avec moi là-bas.

Q : à quel frais vous étiez soigné à Boug-naam, ou bien c'était gratuit ?

R : là, je ne sais pas, à moins que vous alliez demander mon père.

Q : les soins de Boug-naam et ceux de SAULER sont-ils même chose ?

R : ce n'est pas la même chose, c'est à SAULER que je suis guérie, là-bas est bien.

Arrivé à SAULER, ils m'ont enchaîné encore, en me donnant les comprimés, et on m'amène souvent à l'hôpital pour les soins et injection. Après, ils m'ont débarrassé des chaînes et me permettre de me promener dans la cour, comme c'est clôturé.

Q : combien de fois par ans vous piquez la crise ?

R : ça dure, ça fait trois ans que j'ai quitté le centre SAULER, je n'ai pas encore fait de crise.

Q : qui paye vos produits actuellement ?

R : c'est le vieux là. C'était les comprimés, le l'injection, mais présentement, c'est uniquement les injections, ils ont arrêté de me donner les comprimés.

Q : combien de dose vous recevez par mois ?

R : c'est chaque six mois, j'étais allée pour faire et on m'a dit que la date n'est pas encore arrivée.

Q : quel est le prix de chaque dose ?

R : c'est cinq mille. C'était plus que ça, mais le prix a baissé. L'injection se faisait chaque mois, après ils m'ont dit de revenir chaque deux mois, ensuite chaque trois mois, et maintenant c'est chaque six mois.

Q : qu'est-ce que vous faites actuellement comme activités génératrices de revenus ?

R : je ne fais rien, j'aidais ma tante à vendre de l'atieké mais dans ces deux jours elle a arrêté d'abord.

Q : pensez-vous exercez une activité génératrice de revenus ?

R : je pense faire mais je ne sais pas d'abord ce que je vais faire. Quel que soit l'activité de revenus, comme par exemple vendre au marché.

Q : **quelles sont les conséquences que vous avez eu suite à cette maladie ?**

R : les conséquences sont nombreuses parce que ce que je faisais comme travail qui puisse me donner un revenu, je ne peux plus faire ça, en plus j'ai souffert dans la maladie.

Q : **quel était le regard de la société vis à vis de vous ?**

R : les gens avaient peur de moi, de crainte que je les frappe. Je n'étais pas non plus considérée.

Q : **comment les membres de la famille vous traitaient ?**

R : c'est ceux du dehors qui me sous-estimaient sinon, ma famille prenait bien soin de moi.

Q : **lorsque vous piquez la crise, et que vous voulez vous bagarrer, comment ils font ?**

R : on m'attache, et je me détache.

Q : **lorsqu'on vous attache, cela réduit-il la crise ?**

R : cela aggrave la crise. Je deviens plus furieuse, mais je me calme après.

Q : **vous avez dit qu'à Kaya vous refusiez de prendre le médicament, n'est-ce pas ?**

R : oui.

Q : **Et à Boug-Naam ?**

R : quand j'étais à Kaya la maladie était plus grave. À Boug-naam je me lavais avec le médicament mais je ne sais pas pourquoi j'acceptais.

Q : **est-ce que votre mari vous attachait à Kaya ?**

R : il n'a pas accepté faire ça, sinon on lui a dit de m'attacher mais il a refusé.

Q : **étiez-vous brutale et furieuse à Kaya ?**

R : oui, c'est pour cela qu'on m'enfermait dans la maison.

Q : **qu'est que les gens pensaient de la maladie ?**

R : ils disaient qu'on m'a envoûté.

Q : **mais c'est à quel moment de la journée que cela a commencé ?**

R : c'est la nuit, je me suis levée tout d'un coup et commencer à crier, les gens ne dormaient pas encore.

Q : **qu'est qui vous arrivait pour que vous vous mettiez à crier.**

R : rien, c'était brusque comme ça seulement. Ça m'a fait mal jusqu'au lendemain. On m'a enfermé dans la maison. Actuellement ça va très bien, de même que pour ma sœur. Ma sœur était allée faire deux ans chez nos parents en côte d'ivoire puis revenir, avant que sa maladie ne commence. Nos parents sont là-bas, moi-même je suis née là-bas, mais je suis venu ici il y a un peu longtemps. Je suis restée ici jusqu'à me marier. Je n'avais jamais fait de crise même pas quand j'étais en côte d'ivoire.

Q : **quels sont vos besoins, pour faire face à cette maladie afin de venir en aide aux personnes souffrantes et leurs parents ?**

R : nous avons besoin des soins seulement

Q : **vous avez besoin d'autres choses encore ?**

R : rire...non ce sont les soins seulement.

Q : **dites tout ce que vous avez besoin ?**

R : Rire, tout est fini.

Q : **ok, nous sommes à la fin de notre entretien. Nous vous remercions d'avoir donné un peu de votre temps pour cet échange. Merci**

R : merci.

Récit 2 (OUAHIGOUYA)

Q : Question.

R : Réponse.

Q : bonjour, comment vas votre martinée ?

R : oui, il y a la santé

Q : et votre famille ?

R : il y a la santé.

Q : Mon nom c'est Compaoré Joël (assistant de recherche),

Q : et mon nom c'est SAWADOGO Mamouna (assistante de recherche).

R : mon nom

Q1 : ok, d'accord, merci. Nous...c'est une association qui nous a envoyé, c'est l'association du nom de sœur pour sœur tond-la-taaba qui est à Ouaga. C'est elle qui nous a envoyés pour venir échanger avec vous ici. Et nous voulons vous saluer et demander un peu de votre temps pour échanger entre nous.

R : ok, il n'y a pas e soucis. Merci.

Q : quel âge avez-vous ?

R : j'ai 38 ans.

Q : êtes-vous mariée ?

R : ah, j'étais mariée en tout cas, mais je ne suis plus avec mon mari. Mais j'ai eu des enfants.

Q : vous avez eu combien d'enfants ?

R : J'ai eu deux enfants ; une fille et un garçon.

Q : deux enfants vous avez dit hein ?

R : oui.

Q : vous étiez où ?

R : j'étais en côte d'ivoire.

Q : quel côté de la côte d'ivoire ?

R : c'est Agboville.

Q : quand est-ce que votre maladie a commencé ?

R : ça vaut dix ans et plus que cela a commencé.

Q : et le plus là vaut combien de temps ?

R : c'est le surplus là je ne sais pas.

Q : ok, mais selon vous, vous souffriez de quoi ? C'est quel genre de maladie que vous avez ?

R : la cause là, je ne sais pas exactement c'est quoi. Au début je suis allée chez des gens (en consultation) et certains m'ont dit qu'on m'a lancé un sort, d'autres m'ont dit que ce sont des kinkirsi (mauvais esprits en langue mooré) d'autres m'ont dit que ce sont des génies. Mais le jour même que la maladie a commencé, je dormais la nuit et dans mon sommeil, j'ai eu peur, puis je me suis réveillée pour courir jusqu'à la porte voulant ouvrir la porte pour sortir et fuir. Puis mon mari m'a attrapé et il m'a demandé où je vais ? Que ce n'est pas une douche qui se trouve à l'intérieur là non ? Il me dit que si je ne veux pas aller dans la douche pour me soulager, de me retourner me coucher. Et je suis repartie me coucher. C'est comme ça que la maladie a commencé. Depuis ce jour, j'ai commencé à déchirer mes habits, je ramasse certains pour sortir et jeter. Tout ce qui est comme collier sur mon corps, je coupe tout pour jeter. C'est ainsi que ça commencé.

Q : donc chacun dit ce qu'il pense de la maladie ?

R : oui.

Q : ils n'ont pas quelque chose dont ils se font uniquement pour donner les causes liées à la maladie ?

R : non, chacun a donné sa version et ses motifs sur la maladie et cela fait que moi-même je ne sais pas au juste la cause de la maladie. Mais si ça me prend, (si les crises commencent), je n'insulte personnes, je ne frappe personnes non plus, ce sont mes propres vêtements que je déchire ; aucun objet utile ne peut rester avec moi encore. J'enlève tout pour jeter. Même là où je suis actuellement là, c'est grâce aux gens que je suis habillée comme ça sinon je n'ai rien comme habits. Je suis arrivée ici nue. Je suis descendue ici avec une culotte dans cette ville. Je n'avais pas porté habit, rien. Et c'est grâce à vos amis (SAULER), c'est eux qui sont venus me chercher pour m'amener ici puis m'injecter. C'est là que j'ai commencé à voir clair. Ils m'ont trouvé des vêtements à porter.

Q : donc selon vous, vous ignorez la cause de la maladie ?

R : la cause de la maladie là, je ne sais pas. Ce que je peux dire comme cause, je peux dire que c'est le décès d'une femme à Abidjan, elle était ma voisine et. Elle était malade, et c'est moi même qui l'ai amené à l'hôpital. Quand je l'ai ramené la faire coucher, et comme mon enfant s'appelle Aboudou, elle m'a dit : « *maman de Aboudou, je ne serai pas sauvé de cette maladie* ». C'est là je lui ai dit : « *ce n'est pas toute maladie grave qui tue quelqu'un, s'il plaît à Dieu tu seras guéri et sauvé* ». Et après je suis parti. Quand je me suis réveillée matin très tôt à l'aube, j'ai tapé à sa porte, personnes ne répond. Elle avait un enfant qui valait dix ans, couché à côté de sa maman entrain de dormir, djaaa sa maman est morte. J'ai forcé la porte pour rentrer, je la vois coucher et je pensais qu'elle dormait, je l'ai appelée, elle n'a pas répondu, je me suis approché d'elle pour toucher à sa main. J'ai trouvé que sa main était dure et sèche, j'ai eu peur et j'ai crié sur place. Je ne sais pas si c'est ça la cause de ma maladie ou pas je ne sais pas. Comme je n'ai jamais vu des cas pareils, et j'ai eu peur, je peux dire que c'est à cause de la femme-là. Peut-être que c'est ça. Mais les gens ont dit que ce sont les génies. Moi je ne parle même plus, les guérisseurs m'ont bien bouffé jusqu'à me ruiner et rendre pauvre aux yeux des gens. Vraiment, ils m'ont ruiné à tel point que je n'ai plus rien.

Q : mais comment la maladie vous a-t-elle fatiguée ?

R : c'est la fatigue là que je vous ai expliqué là. Ce qui a été une fatigue pour moi, c'est le fait que je marche beaucoup pour aller partout. Parce que si ça commence je ne reste pas sur place, ça me donne envie de marcher. Si je finis de jeter tous mes habits, je commence à marcher et je ne peux plus avoir des habits. Ce sont ceux qui connaissent qui vont ramasser les vêtements que je jette là. Je peux dire que c'est pendant la quatrième fois que ça c'est déclencher que ceux-là (SAULER) m'ont vu et m'amener chez eux ici.

Q : mais quand ça vous libère, ça prend combien de temps avant de reprendre ?

R : si ça me laisse comme ça, ça peut prendre trois (3) ans et souvent c'est quatre (4) ans avant de reprendre, souvent deux ans. Ce n'est pas régulier. Quand ça se calme, tu peux même l'oublier faire des années avant que ça ne reprenne.

Q : si ça commence, vous n'êtes plus maitre de vous-même ? Vous ne savez plus là où vous êtes ?

R : quand ça commence, je ne suis au courant de rien, je ne reconnais plus personne, c'est comme si rien n'existe. J'ignore le monde.

Q : vous êtes venus ici, ça fait combien d'années que vous êtes ici ?

R : je suis ici c'est fait à peu près trois ans. Je suis d'abord allez au village pour faire des soins traditionnels et ça allait. Comme ça allait mieux, je suis allée chez une de mes grandes sœurs qui se trouve à bobo. Là-bas, je suis restée un an, et c'est là-bas que la maladie a repris. Quand ça repris là-bas, j'ai jeté tout ce que j'avais à ma disposition, mes

habits, mon argent, tout et revenir au village. Ceux du village aussi disent que mes parents n'ont pas bien agité ici, que depuis la cote d'ivoire, ils ne sont pas venus faire bonne chose ici, c'est pourquoi je souffre. Pour cela, ils ne se sont pas occupés de moi. Ils m'ont laissé divaguer dans la rue. Et je suis allée me retrouver jusqu'à Gondologo. Donc, là où je suis actuellement, je fais pitié. Ceux-là même (les gens du centre) me disent que pourquoi je ne suis pas restée à la maison pour qu'on vienne chez moi là-bas. Mais, c'est quand tu as un abri que tu peux inviter quelqu'un chez toi. Si tu n'as nul où aller qu'est-ce que tu peux faire ? Et c'est la maladie qui a envoyé tout ça.

Q : vous êtes venus ici à cause de la maladie ou bien ?

R : c'est à cause de la maladie que je suis venu ici, sinon que je n'allais peut-être pas connaître le Burkina Faso.

Q : êtes-vous né en côte d'ivoire ? Grandir et vous mariée là-bas ?

R : oui, je suis né là-bas, grandir et me marier là-bas.

Q : vos parents sont-ils des ivoiriens ou des burkinabè vivants en côte d'ivoire ?

R : ce sont des burkinabè vivants en côte d'ivoire. Quand la maladie a commencé, quelqu'un avait proposé qu'on me fasse une injection. Mais, il y a eu des gens qui ont dit que si on m'injecte, je vais sombrer. En côte d'ivoire, c'est l'injection qu'ils connaissent là-bas, ils ne connaissent pas et ils ne donnent pas les comprimés. Donc je n'ai pas fait d'injection.

Q : mais comment cela a commencé là-bas jusqu'à ce que vous veniez ici ? Quels soins avez-vous fait ?

R : la façon dont je vous ai expliqué, c'est comme ça que ça commencé là-bas. Nous avons parcouru beaucoup de marabouts pour les soins. On m'a amené chez un baoulé qui nous a dit que tant qu'on ne m'amène pas au Burkina chez nous au village, je ne vais pas guérir. Il ajoute que la maladie est liée aux traditions et que nous avons dû enfreindre aux règles de la tradition. C'est ce que les ivoiriens ont dit.

Q : c'est parce qu'on vous a dit ça que vous avez décidé de venir au Burkina, ou bien, comment cela s'est passé ?

R : oui, c'est là que je les ai demandés si on ne pouvait pas résoudre ce problème de tradition là-bas, et ils m'ont dit que s'ils me disent qu'ils pourront le faire, ils auront menti. Qu'il faut que je rentre au pays. Mais, quand je suis arrivé ici au village, personne ne pratique la tradition, vous voyez non. Donc j'ai passé mon temps à consulter les marabouts et gaspiller mon argent pour rien, ils n'ont pas pu soigner. Rien n'a reculé.

Q : mais en venant ici au Burkina, c'est votre mari qui vous a donné l'autorisation de venir vous soigner ici, ou bien c'était sous l'effet de la maladie, l'effet de l'inconscience qui vous a fait venir au pays de façon hasardeuse ?

R : sourire...! Avant de venir ici, j'étais chez mon père. J'ai dit à mon papa que je vais venir ici (au Burkina). Le vieux m'a dit : « *tu es venu ici (chez son père) et la maladie n'est pas guéri, et tu dis encore que tu veux aller au pays (Burkina/ village)* ». C'est là que je lui ai dit que comme les gaganissé (les ivoiriens) ont que c'est là-bas qu'on pourra me soigner, je vais prier Dieu pour partir là-bas. C'est là que j'ai quitté chez mon papa pour venir ici.

Q : donc quand la maladie a commencé, vous avez quitté chez votre mari pour aller vous faire soigner chez votre père ?

R : oui, oui

Q : votre mari et votre père sont tous à Abidjan ?

R : oui, oui. Ils sont tous dans Abidjan.

Q : mais quand la crise a commencé chez le mari, avez-vous reçu des soins là-bas ?

R : non, je n'ai pas reçu de soins là-bas.

Q : mais comment votre mari a-t-il pris soin de vous ?

R : je ne peux pas dire qu'il a pris soin de moi. Ce sont mes propres parents qui se sont occupé de moi.

Q- mais quand la maladie a commencé, quel était son regard sur vous ? Est-ce que vous étiez considéré ? Est-ce qu'il vous écoutait ? Votre mari je veux dire.

R : non non. Comme la maladie a commencé, et il se trouve qu'il avait une autre femme-là, il s'en foutait.

Q : il avait une autre femme ?

R : oui oui. Il avait une autre femme en plus de moi.

Q : vous étiez la première ou la deuxième femme ?

R : j'étais la première femme. (Silence...). Depuis que je suis ici, ce sont mes enfants seulement qui m'appellent, personne d'autre ne m'appelle.

Q : et les parents ? Eux non plus ne vous appellent pas ?

R : c'est le vieux qui a un téléphone, mais à cause des petits fils, il ne peut pas tenir longtemps un téléphone. Sinon, lui, il se soucie pour moi.

Q : votre maman vie toujours ?

R : oui oui.

Q : elle se s'est occupée de vous ?

R : Mais ma maman aussi était malade.

Q : elle est toujours malade, ou bien elle est guérie maintenant.

R : oui, elle guéri. On l'a soigné beaucoup.

Q : mais la maladie de la vieille était la même maladie ?

R : tout...c'est comme la même maladie seulement.

Q : lorsque pour elle a commencé, c'est au Burkina qu'elle est venue soigner ?

R : oui, mon papa l'a amené ici au village pour la soigner pendant que nous nous étions encore petits. En ce moment, il y avait les médicaments traditionnels efficaces. On l'a soigné avec les médicaments traditionnels et c'est guéri. Elle ne fait plus les crises.

Q : lorsque la maladie a commencé, vous aviez quel âge ?

R : je ne dépassais 26 ans.

Q : pensez-vous que les manifestations de votre crise et celle de votre maman étaient pareilles ?

R : je n'ai pas une idée sur ça, parce que nous étions petits.

Q : mais pensez que sa maladie était une maladie mentale comme la vôtre ?

R : oui, c'était une maladie mentale.

Q : mais est-ce qu'elle se comportait de la même façon que vous ?

R : non, ce n'est pas la même chose. C'est mon père qui l'a soigné, nous on était petit. Je ne dépassais pas 7 ans. Mais quand on l'a soigné c'est fini. Ce qui me fatigue aujourd'hui, c'est que quand je dors la nuit, il y a des moments où je me réveille avec une peur et voulant m'enfuir. Même lorsque que je dors la journée, j'ai l'impression que c'est quelqu'un qui vient tirer ma main ou mon pied et je me réveille. C'est ce que je vie actuellement alors que je prends normalement mes comprimés.

Q : exerciez-vous une activité au moment où la maladie a commencé ?

R : oui, la dernière fois que ça commencé, en ce moment, je lavais des habits des gens. Mais la première fois quand ça commençait, je faisais coiffure. Mais à cause de la maladie

j'ai arrêté ça parce que les gens disaient que c'est la coiffure qui a provoqué la maladie. Mes parents m'ont dit d'arrêter la coiffure que c'est peut-être dans ça qu'on m'a fait un sort (envoûté)

Q : donc ça commencé en côte d'ivoire trouver que vous étiez coiffeuse ?

R : oui,

Q : et actuellement, qu'est-ce que vous faites comme activités ?

R : actuellement, je ne fais rien. Je ne sais même pas ce que je vais faire parce qu'il n'y a pas marché. Je ne sais pas non plus pédaler vélo. Si je savais pédaler vélo, on pouvait m'aider avec vélo pour que j'aïlle chercher à lessiver.

Q : ok, je vais demander revenir un peu en arrière, vous aviez dit que ça commencé en côte d'ivoire chez votre mari, et que vous avez quitté là-bas pour aller chez vos parents. Avez-vous commencé les soins en étant là-bas jusqu'à vous stabiliser avant de venir au Burkina, ou bien êtes-vous venues ici en étant en crise ?

R : on a soigné et ça allait bien avant que je ne vienne ici. C'est ceux chez qui nous sommes allés pour les soins, ce sont eux qui m'ont dit de venir ici.

Q- mais pourquoi vous n'êtes plus repartie chez votre mari après stabilisation ?

R : ce qui a fait que je ne suis plus repartie chez lui c'est parce que ça n'a pas marché seulement (mésentente).

Q : donc quand ça commencé à aller seulement, vous avez continué au Burkina Faso sans passer chez votre mari ?

R : je ne dis pas que je ne veux pas un foyer, mais c'est ma santé qui me préoccupe aujourd'hui que garçon. Une femme, si elle se porte bien seulement, elle ne peut pas manquer de mari, même ce n'est pas son ancien mari, tu peux avoir un autre mari. Mais si tu es malade, qui va vouloir de toi avec ta maladie ?

Q : mais quand vous êtes venus au Burkina, vous êtes restés où pour la première fois ?

R : arrivée, je suis descendue à Guidigou.

Q : là-bas c'est où ?

R : ah, je ne connais pas les villages d'ici, mais c'est vers Gourga, mais si tu veux tu peux passer par Gourcy.

Q : donc c'est la route de Ouahigouya ?

R : si tu veux, tu peux prendre la route en passant par Gourga, ou bien la route de Gourcy.

Quand je suis venue au Burkina pour la première fois, c'est là-bas que je suis descendue parce que c'est chez l'ami de mon papa. Mon papa m'a fait suivre cet homme pour aller chez lui. C'est après qu'il m'a accompagné dans mon village paternel où je suis restée.

Q : où se trouve ce village ?

R : c'est Roba mon village paternel.

Q : donc vous êtes restés à Roba jusqu'à ce que la maladie se déclenche ?

R : non, j'ai dit que c'est à Bobo j'ai piqué la crise.

Q : mais quand vous avez piqué la crise à bobo, avez-vous reçu des soins là-bas ?

R : quand j'ai piqué la crise à bobo, ma sœur a voulu m'amener à tripano pour les soins, mais j'ai refusé. Comme je n'étais pas moi-même, je lui ai dit que je veux venir à Ouahigouya seulement. Et je suis allée à la gare prendre mon ticket de voyage. C'est en cours de route que j'ai jeté tous mes vêtements.

Q : entre bobo et Ouahigouya ?

R : oui.

Q : quelqu'un vous a-t-il accompagné pour amener ici ?

R : non non. Personne ne m'a accompagné, les gens d'ici chercher leur argent, sinon ils s'en foutent des gens.

Q : vous êtes allées à la gare en étant instable alors que personne ne vous a accompagné ?

R : non non, personne ne m'a accompagné. Souvent ça se stabilise et je vois clair. C'est en ce moment que je suis allée à la gare pour prendre mon ticket et dire que je vais à Ouahigouya. C'est en cours de chemin que j'ai dit aux transporteurs de me descendre. Et ils se sont dit qu'ils ne vont pas me descendre, que j'avais dit que je partais à Ouahigouya et si ce n'est pas à Ouahigouya, ils ne vont pas me descendre. Ils m'ont même frappé en route parce que je tenais coûte que coûte à descendre et par force.

Q : c'est avec quelle compagnie de transport ?

R : je ne connais pas la gare, est-ce que ce n'est pas Djougouyamagni? Tu connais cette gare non ? C'est une nouvelle gare à bobo au bord de la voie.

Q : mais quels sont les soins que vous avez reçu ici par (SAULER)?

R : ah ici là seulement, je ne peux pas finir de les remercier, je mange et je bois. C'est Dieu qui va les payer.

Q : c'est quoi et quoi ils vous ont donné comme soins ?

R : début e sont les injections qu'ils me faisaient, mais avec le temps, ils ont remplacé par des comprimés.

Q : ok, depuis que vous êtes avec eux jusqu'à aujourd'hui, combien de fois est-ce que vous avez fait la crise de la maladie ?

R : depuis qu'on m'a stabilisé ici, je n'ai pas encore fait de crise. Ça dure avant de reprendre. C'est ce qui m'arrive quand je dors là seulement.

Q : il y a longtemps que vous êtes venus de Bobo ?

R : non, ça ne vaut pas un an.

Q- mais vous avez quitté bobo pour Ouahigouya, vous êtes directement rentrée au village paternel ?

R : je ne connaissais plus la route pour y aller. Je ne savais même plus où j'étais. Ce sont les membres de ce centre (SAULER) qui sont venus me chercher.

Q : mais quand ils sont venus pour vous prendre, avez-vous accepté facilement ?

R : je n'ai pas su comment je suis arrivée dans la cour de SAULER. Je ne voyais rien.

Q : mais quand vous avez mis pied dans le centre de SAULER, comment ça s'est passé, comment ils ont causé avec vous jusqu'à ce que vous voyez clair et stabiliser ?

R : ils n'ont pas causé avec moi, c'est seulement les médicaments qu'ils me donnaient.

Q : vous avez dit que vous n'avez pas activités actuellement, mais pensez pouvoir mener une activité dans les jours à venir ?

R : je peux laver les habits, comme je suis habitué à faire ça, je peux. Mais ici, les gens ne payent pas bien. Ils peuvent rassembler beaucoup d'habits pour que tu laves, mais s'ils t'ont trop payé c'est 1000f, sinon même 750f. Ils n'acceptent pas que nous même on donne le prix. Si tu donnes ton prix, ils disent que c'est cher, les gens aiment trop cadeau ici. Sinon, le commerce là, si je dis je vais faire ça, il se peut même que je prenne mes miettes pour l'alimentation mettre là-bas et ne plus retrouver. Voyez-vous ? C'est ce qui fait que je ne m'intéresse pas au commerce. Ceux-là même qui font déjà ne s'en sortent pas.

Q : mais et la coiffure, comme vous étiez coiffeuse ?

R : la coiffure là, il faut que j'apprenne à nouveau parce que ça fait longtemps que j'ai laissé, quand on laisse, on perd la main. Et aussi, cela sera bien quand j'aurai ma propre maison avant de commencer. Les gens sont jaloux, on ne peut pas rester chez quelqu'un pour chercher l'argent.

Q : mais comme la santé va mieux et que vous avez laissé vos enfants en côte d'ivoire, pensez-vous y repartir ?

R : si j'ai eu un coin ici, je ne vais plus y retourner. C'est comment avoir le coin qui est compliqué.

Q : les enfants, sont-ils grands ?

R : il y a un qui a fait le bac cette année mais elle n'a pas eu.

Q : c'est lui l'aîné ?

R : non, la petite sœur. L'aîné est devenu grand garçon maintenant.

Q : ok, lui, il ne fréquente pas ?

R : non, il a abandonné les études il y a longtemps.

Q : il a abandonné en quelle classe ?

R : il est allé au collège. Il a fait une année au collège puis dire qu'il ne peut plus continuer, qu'il est fatigué de marcher. Et moi je lui ai dit que je n'ai pas non plus les moyens pour lui acheter un vélo. C'est à cause de la marche qu'il a abandonné.

Q : il a quel âge ?

R : 20 et plus

Q : c'est lui sa petite sœur qui a fait le Bac là ?

R : oui oui, elle n'a même pas encore 20ans.

Q : leur père est un burkinabè ou ivoirien ?

R : c'est un burkinabè, mais ils sont nés en côte d'ivoire.

Q : pensez-vous qu'après avoir eu son bac, vous allez faire venir votre fille là à Ouagadougou pour faire l'université ?

R : elle avait dit qu'elle allait venir ici après le bac, mais, je lui ai dit de ne pas venir. Les choses sont compliquées ici. Si elle vient, elle va souffrir. C'est ce que je lui ai dit. Moi-même je n'ai pas bon endroit pour dormir. Tout mon problème c'est le manque de foyer, sinon, si c'est entreprendre là, je peux entreprendre (chercher l'argent). Moi, même si on me donne de la nourriture, je tente aussi de chercher.

Q : selon vous, comment appréciez-vous le nombre de femmes touchées par cette maladie par rapport aux hommes ?

R : elles sont nombreuses, mais, elles ne valent pas les hommes. Même au moment où j'étais dans le centre SAULER, les hommes étaient plus nombreux.

Q : **celles qui étaient touchées par la maladie mentale au moment où étiez à SAULER est-ce que selon vous elles avaient les mêmes crises que vous ?**

R : non, il y en a qui ne souffraient pas de la même maladie que moi, mais plutôt ce qu'on appelle en mooré « *wend Yiri sida* » pour dire mari de nuit qui les empêche d'avoir un mari.

Q : **c'est pour comprendre s'il y avait des femmes dont leur maladie se manifestait de la même manière que la vôtre.**

R : ah là, je ne sais pas. Mais c'est à l'hôpital qu'elles viennent et on se croise là-bas.

Q : **au moment où vous étiez au centre, combien de femmes étiez-vous ? il y avait combien de femme ?**

R : je ne connais pas le nombre.

Q : **entre les hommes et femmes, qui était plus nombreux ?**

R : ça ne se compare même pas. Les hommes atteignaient une vingtaine et plus alors que les femmes n'atteignaient même pas dix.

Q : **si vous avez des questions à nous poser, allez-y. Ou bien si vous pensez à une question qu'on n'a pas posée, vous pouvez nous dire.**

R : je n'ai plus rien à ajouter, j'ai tout dit. Mon seul souci, c'est le manque de foyer.

Q : **quels sont vos besoins et désirs en matière d'emploi, ce qu'on peut faire pour vous combler.**

R : si c'est le travail en tout cas, je travaille. Si on peut m'aider à avoir du travail, je travaille.

Q : **c'est quel genre de travail que vous souhaitez faire ?**

R : quelqu'un qui n'est pas aller à l'école, c'est quel travail je peux faire ? Si ce n'est pas la lessive et les tresses avec les fils en caoutchouc. Si c'est ça, je peux faire. La couture, tout ça c'est du travail, mais si tu n'as pas suivi une formation pour ça, tu ne peux pas te lever à ton âge d'adulte pour apprendre ça.

Q : **donc vous dites que votre mari ne cherche pas vos nouvelles, et ne vous appelle pas non plus ?**

R : non, il ne m'a jamais appelé depuis que je suis venu ici.

Q : **mais est-ce qu'il a votre numéro ?**

R : si les enfants ont le numéro, c'est que lui aussi il en a. S'il veut appeler, il peut dire aux enfants un jour, comme vous appelez votre maman, je veux le numéro. Comment se fait-il que les enfants ont le numéro et que lui, il n'en a pas ?

Q : **mais avant que vous ne veniez ici, avez-vous eu des disputes avec votre mari ?**

R : non, on n'a pas eu de disputes, c'est la maladie-là qui est la cause. Lui et moi, on n'a jamais eu de disputes. Je peux dire que c'est sa petite sœur qui m'a fait détester leur cours. Sa petite sœur est dans la cour, je ne connais pas le nombre de fois qu'elle m'a frappé.

Q : **c'est sous les crises de la maladie qu'elle vous a frappé ?**

R : non, en ce moment j'étais bien portante. Je peux dire que tout ça a contribué à causer ma maladie. Il y a des cours dans lesquelles le degré d'angoisses cause de ses maladies mentales.

Q : **mais comment se fait-il qu'elle vous frappe ?**

R : c'est une « Wemba » (une femme divorcée et revenue rester chez les parents) qui est venue s'approprier de la cour. Elle a laissé son mari avec deux enfants pour venir rester. C'est elle qui nous commande dans la cour là.

Q : **donc c'est une grande cour familiale où les frères de votre mari y vivent avec leur famille aussi ?**

R : oui, le père de mon mari est là, sa mère aussi avec ces coépouses.

Q : **mais qui paye vos produits actuellement ?**

R : actuellement j'étais avec la grande sœur du président de l'association SAULER, c'est moi même j'ai demandé à aller chez elle et l'aider dans ces travaux (commerce) afin de me relaxer et avoir de quoi payer mes produits. Quelques temps après, elle m'a dit de ne plus venir dans le lieu de commerce sous prétexte qu'il y a beaucoup de personnes. Là où je suis aussi, je ne suis pas idiote, je ne suis pas non plus une gamine. C'est le fait que je suis chez elle qui ne la plaît pas, ou peut-être que c'est parce qu'elle me remorque chaque jour pour amener au lieu de travail. C'est ce que je venais même expliquer à son frère, et il me dit de laisser après. Après j'ai insisté pour la suivre aller au travail, elle a refusé, et elle m'a demandé qu'est-ce que les agents de santé m'ont donné rendez-vous pour trois mois ? J'ai dit oui. Elle dit que dans ce ça de partir au village, que trois mois est beaucoup. Ce sont les deux mois passés qu'on m'a donné rendez pour trois mois, le produit reste une plaquette que je n'ai pas encore commencé. C'est hier que J'ai cassé un pour prendre. Si je

prends un aujourd'hui, demain je ne prends pas. C'est après demain que je prends encore, je saute encore un jour avant de prendre. Le produit là fait 4500 ou 3000 et plus.

Q : c'est pour chaque mois que le prix fait ça ?

R : non, on ne calcule pas en termes de mois, mais de plaquettes. Au début, on a commencé à prendre par mois, maintenant c'est chaque trois mois (trois plaquettes).

Q : quand vous prenez le produit, qu'est-ce que ça vous fait ?

R : ça me faisait dormir. Si je prends le soir, ça me fait dormir. C'est pourquoi ça se prend le soir. Si tu prends le soir, tu rentres dormir, et quand tu te lèves le matin, ça ne te fait rien.

Q : selon les dits est-ce qu'il aura un moment où vous allez arrêter de prendre ces produits-là ?

R : on ne m'a pas encore parlé de ça.

Q : cela fait combien de temps que vous avez quitté la dame là pour aller au village ?

R : ça vaut un mois.

Q : comment les gens du village vous traitent ? Quel est leur regard à votre égard ?

R : ouh, ce qui est sûr (silence...), ils ne font rien.

Q : comment ils s'occupent de vous ?

R : bon c'est au village....

Q : êtes-vous actuellement dans le village paternel ou maternel ?

R : je suis dans le village maternel.

Q : nous sommes au terme de l'entretien, nous tenons beaucoup à vous remercier pour votre participation. Si vous avez quelque chose à ajouter, vous pouvez dire.

R : non, je n'ai rien à ajouter. Je vous remercie. Rentez bien.

Q : merci.

1. Termes de références
2. **Liste des structures visitées (personnes rencontrées)**

INSTITUTIONS ET ACTEURS À INTERROGER PAR LOCALITE OUAGADOUGOU
--

I. Institutions administratives

1. Assemblée Nationale : Commission santé : 1
2. Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire : 1
3. Mairie : 1
4. Brigade des Mœurs : 1

II. Ministère de la santé

1. DSF
2. CHUNYO

III. Organisations de la Société civile et leaders communautaires

1. ASMADE/CNAMU
2. ABSMEI
3. ONG Voix des Femmes
4. Coalition Burkinabè des Droits des Femmes
5. UNAFEHB -PTF
6. ILight for the World
7. OXFAM
8. Diakonia
9. Leaders communautaires : Chef coutumier, Pasteur, Congrégations Sœurs religieuses/Curés, Imam
10. Tradipraticien
11. MBDHP : 1
12. CNDH : 1
13. Asso Femmes juristes :1
14. Humanités et inclusion :1
15. Centre ex Delwendé (SAKOULA) : 1
16. Compassion Internationale :1
17. REMAR :1
18. Lutte contre la drogue et les stupéfiants

Coopération Italienne : 1

BOBO-DIOULASSO

I. Institutions administratives

1. Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire
2. Mairie
3. Brigade des Mœurs
4. Ministère de la santé : Service social CHUSS (psychologue ou psychiatre)

II. Organisations de la Société civile et leaders communautaires

1. Lutte contre la drogue et les stupéfiants
2. Chef coutumier
3. Pasteur
4. Imam
5. Congrégations Sœurs/Curés
6. Tradipraticien

Ouahigouya

I. Institutions administratives

1. Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire
2. Mairie
3. Brigade des Mœurs
4. Ministère de la santé : Service social CHR (psychologue ou psychiatre)

II. Organisations de la Société civile et leaders communautaires

1. Bureau d'une association féminine de la commune (AMMIE)
2. ASES
3. SAULER
4. Chef coutumier
5. Congrégation religieuse Sœur/Curés
6. Pasteur
7. Imam
8. Tradipraticien

FADA

I. Institutions administratives

1. Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action humanitaire
2. Mairie
3. Brigade des Mœurs
4. Ministère de la santé : Service social CHR (psychologue ou psychiatre)

II. Organisations de la Société civile et leaders communautaires

1. Réseau Handicap
2. Autres associations
3. Tradipraticien
4. Imam

5. Pasteur
6. Chef coutumier
7. Congrégations Sœurs religieuses

Focus group Filles (Fada)

Nombre	Age	Situation matrimoniale	Activité
1	19	Célibataires	Élèves
2	17		
3	25		
4	20		
5	18		
6	19		

Focus group Femmes (Fada)

Nombre	Situation matrimoniale	Activité
1	En couple	Institutrice
2	En couple	Ménager/commerçante
3	En couple	Ménagère
4	En couple	Institutrice
5	En couple	Laborantin
6	En couple	Tisseuse
7	En couple	Ménagère

3. Outils de collecte des données

Note d'information

Merci de nous recevoir en dépit de vos multiples occupations.

Entretien et lecture du consentement en langue locale ou en français selon les cas (Assistant de recherche)

Cet entretien s'inscrit dans le cadre d'une étude portant sur les femmes et filles souffrant de maladies mentales dans les zones de Bobo-Dioulasso, Fada N'Gourma, Ouagadougou, Ouahigouya au Burkina Faso.

Cette étude a pour objectif de comprendre les perceptions des communautés sur les femmes souffrant de maladies mentales. Comment les sociétés endogènes perçoivent ou inscrivent-elles la maladie en rapport avec les normes sociales. Pour ce faire l'apport des différents acteurs individuels et institutionnels (structures de santé, personnels de santé), détenteurs des savoirs locaux c'est-à-dire des chefs de village, des notables, des chefs de terre, des confessions religieuses (Prêtres, Pasteurs), tradipraticiens sera d'une grande portée.

Vous avez été identifié-e au regard de votre position sociale et de vos connaissances du sujet. Votre participation à cette étude est volontaire. Toutes les informations que nous collecterons dans cet entretien seront confidentielles. Votre nom n'apparaîtra pas non plus dans les documents. Nous vous invitons à parler sans gêne. Vous pouvez décider à tout moment de mettre fin à l'entretien et les informations déjà collectées feront détruites.

En cas de mineur-e-s, les parents ou tuteurs seront sollicités pour effectuer l'entretien.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant cette étude, vous pouvez contacter :

Julienne Zongo, Sœur Pour Sœur, Ouagadougou.

Telephone: +226 72 78 06 17

Courriel : zongojulienne556@gmail.com

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU/DE LA PARTICIPANT-E

Numéro de l'entretien : _____

Titre de l'étude :

« Étude de base sur la problématique de la santé mentale chez les femmes et filles au Burkina Faso »

- J'ai bien compris ;
- ma participation à cette étude est entièrement volontaire ;
- je peux me retirer de l'étude à n'importe quel moment sans compromettre la poursuite de la réalisation de l'étude ;
- j'ai eu l'occasion de poser des questions.

Je soussigné(e)consent librement à participer à l'étude intitulée : **« Étude de base sur la problématique de la santé mentale chez les femmes et filles au Burkina Faso »**. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris les objectifs de l'étude. Je suis satisfait(e) des explications et précisions aux réponses qui m'ont été fournies quant à ma participation à l'étude.

Lieu, date et signature ou empreinte digitale du/de la participant-e/témoins.....

Un court résumé des résultats de l'étude vous serait expédié si vous en exprimiez le besoin en indiquant l'adresse où vous aimeriez recevoir le document.

Adresse :

J'ai expliqué les objectifs de l'étude au participant ou à la participante et j'ai vérifié la compréhension du/de la participant-e suivant la langue choisie et les questions posées.

Lieu, date et signature de l'assistant-e de collecte des données

Autres Renseignements

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, sur votre participation, vous devez adresser une note explicative écrite ou un appel téléphonique dans un délai de 48 heures après la collecte des données auprès de la responsable de la structure, Julienne Zongo, zongojulienne556@gmail.com

Téléphone : +226 72 78 06 17

Investigateur principal, 78 24 80 93

Comite éthique, 72 75 71 87

Guide d'entretiens

Numéro de l'entretien : _____

I. Profils de l'enquêté-e

1. Région _____
2. Commune/quartier/secteur : _____ 3. Localité : _____
4. Sexe : H/___ / F/___ /
5. Lieu et Date de l'entretien _____
6. Profession/activités de la personne interrogée _____
7. Age : _____
8. Nom de l'enquêteur / assistant de recherche : _____

Thèmes/questions

II. Exploration des connaissances et perceptions des types ou formes de maladies mentales dans la communauté

9. Quelles sont les maladies mentales (*appellation en langues locales si possible*) rencontrées au sein de votre communauté ? (*Prendre la description des manifestations de chacune d'elle : comportements du malade (bavard ? bagarreur ? calme et peu bavard, rigolade, mouvementé/marche dans la vie, comportement étrange/bizarre/ incompréhensible, rit seul-e, parle seul-e, peur sans raison, pleurs...)* ? tenue générale (*propreté ? habillement ?*), période de l'année, espace occupé par le malade).
10. Comment appréciez-vous l'importance (nombre) des femmes/filles touchées par ces maladies dans le cadre de vos activités ou dans votre communauté ? (*Sonder : nombre (ou fréquence)*)
11. Comment pensez-vous que ces femmes/filles touchées par ces maladies sont perçues ou considérées et par la famille et par la société en général ? (*Comment les traite-t-on tant dans la famille que dans la communauté ?*) (*Sonder : perceptions des filles célibataires malades et enceintes, femmes mariées enceintes, quelles interprétations et attentions leur sont accordées ? etc.*)
12. Quelles sont les causes au niveau familial, au niveau social de ces maladies liées à la santé mentale ? (*Sonder : les causes selon la famille et la communauté surtout dans le cas des filles et des femmes, les causes vues du côté médical*) (*Citer et expliquer si possible les causes liées aux pratiques sociales : mariage, interdits, fétiches, malédictions, hérédité, espaces sacrés, etc.*).
13. Quelles sont les conséquences (impacts) des maladies mentales des filles et des femmes sur la famille et sur la communauté ? (*Sonder : impacts sur les plans : alimentaire, sécuritaire, sanitaire, économique, social, moral ou psychologique, et de la prise en charge*) ; explorer les formes de stigmatisation et de discrimination à l'endroit des femmes/filles souffrant de maladies mentales, conséquences au niveau des enfants (*Arrêt du cycle scolaire, fuite du village, etc.*)
14. Comment se fait la prise en charge/prévention de ces femmes/filles atteintes de maladies mentales par la famille et/ou la communauté, et au niveau médical ? (*Sonder : Itinéraire thérapeutique, les acteurs de la prise en charge, types de soins apportés à la malade ? Premières consultations ? Explorer tout ce qui a été fait et continue d'être fait pour accompagner la femme/fille ? Décrire le parcours des soins ? Dépenses ? Mobilisation de fonds et paiement des soins ? Information sur les soins ? Explorer l'interface possible entre personnel de santé et tradipraticiens dans la prise en charge des femmes souffrant de maladies mentales ; sonder les mesures de prévention endogènes de ces risques*)
15. Quels sont les grands besoins de la famille ou de la communauté pour faire face à la prise en charge de ces filles ou femmes malades mentales ? (*Sonder : leurs souhaits pour faciliter la prise en charge : en matière de cadre d'accueil, de soins, d'alimentation, d'habillements, d'observance des traitements, de soutien aux enfants, à la famille et à la communauté, etc.*)

III. Types de maladies mentales en rapport avec les femmes/filles
<p>16. Qu'est-ce que vous entendez par maladie mentale féminine (langue locale) ?</p> <p>17. Quelles sont les types ou formes de maladies mentales féminines connues dans votre communauté ?</p> <p>18. Quelles sont les causes et manifestations chez la femme ou la fille (<i>mariage, génie spécifique, suites d'accouchement, formes de punition ou d'exclusion sociale des femmes/filles, malédictions, hérédité, ...</i>)</p> <p>19. Parcours social des femmes/filles souffrant de maladies mentales (par ex. provenance d'un autre pays ou d'un autre village)</p>
IV. Genre et droits humains dans les réponses et formes d'accompagnements (cf. fiche cartographique jointe)
<p>20. Existe-t-il des Dispositifs juridiques sur la Prise en Charge (PEC) des malades mentaux ? (<i>Sonder : Prise en compte du genre spécifiquement des femmes et des filles</i>) ;</p> <p>21. Prise en compte des droits humains dans les réponses et les formes d'accompagnement (<i>droit à une alimentation saine, à l'habitat, à la santé, à l'habillement, à la protection, à la formation, à un soutien pour mener des Activités Génératrices de Revenus (AGR), santé reproductive ; etc.</i>)</p> <p>22. Défis et opportunités pour les Organisations de la Société Civile (OSC) en matière d'engagement autour de la problématique de la Santé Mentale chez les FF (<i>Sonder : quelles sont les activités phares qui constituent des défis (difficultés) à surmonter par votre institution pour intervenir dans les questions de santé mentale des FF ? Quels peuvent être les facteurs favorables dont il faudra profiter pour réussir, et comment ?</i>)</p> <p>23. Action sociale : Quel est le rôle de l'Action Sociale dans la prise en charge des femmes/filles souffrant de maladie mentale ? (<i>En cas de grossesse d'une femme/fille souffrant de maladie mentale ? Accouchement ? Enfant ? Que faites-vous : Collaboration avec des OSC ? Structures d'accueil ? Procédures juridiques suivies ? quels accompagnements sur les plans alimentaire, vestimentaire, socio-familial, financier, etc. ?</i>)</p> <p>24. Ministère de la santé (Direction santé famille) : Prise en compte des femmes et filles atteintes de maladies mentales : (<i>Sonder : si elles bénéficient de vaccination, protection contre le CORONA, visites médicales de routine, comment est géré la Santé reproductive et Planification Familiale des Filles/Femmes (FF) malades mentales, etc.</i>)</p> <p>25. Quels appuis pour un plus grand engagement dans ce domaine en relation avec les droits humains des FF atteintes de maladies mentales ?</p>
V. Récits de vie de femme/fille souffrant de maladie mentale
<p>Pseudonyme, Age ? Statut matrimonial ? Type de maladie ? Cause ? découverte de la maladie ? décrire la manifestation ? Gravité ? Mène-t-elle activités génératrices de revenus ? A quel endroit et quand la maladie a commencé ? (Au Burkina, pays extérieur) ; Explorer le lien entre femme/fille souffrant de maladie mentale et l'histoire familiale en termes de maladies mentales. Situation actuelle de la malade : décrire l'état du malade au passage de l'assistant de collecte de données. Quelles espérances ? Et quelles sont les perspectives pour elle ?</p>