

Université de Montréal

Étude descriptive des types de symptômes psychologiques et leurs déterminants présents dans
une population indigène du Burkina Faso

Par Lyann Porfilio-Mathieu

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maître ès science (M.Sc.)
en psychologie

Avril, 2019

© Lyann Porfilio-Mathieu, 2019

Résumé

Au Burkina Faso, les données probantes sur la prévalence de différents troubles de santé mentale et sur les caractéristiques des personnes atteintes par ces troubles sont quasi inexistantes. Sans ces informations, il est difficile pour le gouvernement de déployer des ressources humaines et financières dédiées à la santé mentale. De plus, la majorité des données disponibles au pays ont été recueillies en milieu urbain, où les services en santé mentale sont concentrés. Ainsi, l'information sur la prévalence de ces troubles hors des grands centres urbains est limitée. Une seule étude, préalable à celle-ci, démontre la présence notable de symptômes de troubles de santé mentale en région rurale, plus particulièrement chez les indigents. La présente étude vise donc à évaluer la prévalence de trois types de symptômes de santé mentale (anxiodépressifs, somatiques, psychotiques) dans une population indigente vivant en région rurale au Burkina Faso. Cette étude a également pour objectif d'identifier les déterminants sociodémographiques, physiques et psychologiques reliés à chaque type de symptômes. Les participants à l'étude (n = 1314) proviennent de quatre districts sanitaires du pays. Ils ont été questionnés sur leur santé physique et leur santé mentale par des enquêteurs locaux et formés pour cette recherche.

Mot-clés : Santé mentale, indigents, Burkina Faso, régions rurales, Afrique subsaharienne

Abstract

In Burkina Faso, evidence-based knowledge on mental health disorders, their prevalence and the characteristics of people living with these disorders is scarce. Without these data, the government can not properly allocate sufficient human and financial resources to mental health services. The available information in the country was collected in urban settings, where most mental health services are concentrated. Therefore, information on mental health prevalence outside of urban settings is limited. A single preliminary study demonstrated a substantial presence of mental health symptoms in rural settings, especially in an indigent population. The present study therefore aimed to evaluate the prevalence of three types of mental health symptoms (anxiodepressive, somatic, psychotic) in indigents living in a rural setting in Burkina Faso. Furthermore, it aimed to identify the sociodemographic, physical and psychological determinants pertaining to each type of symptoms. The participants of this study (n = 1314) belong to four health districts of the country. Data were gathered about their physical and mental health by local, trained interviewers.

Keywords : Mental health, indigents, Burkina Faso, rural setting, sub-Saharan Africa

Table des matières

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES SIGLES	viii
REMERCIEMENTS	ix
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES INDIGENTS.....	2
CIBLER LES INDIGENTS	3
AU-DELÀ DES SOINS DE SANTÉ PHYSIQUE : LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE.....	4
LA PAUVRETÉ ET LA SANTÉ MENTALE	5
L'IMPORTANCE DES CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE	7
OBJECTIFS DE RECHERCHE	8
CHAPITRE 2 : L'ARTICLE	9
INFORMATIONS RELATIVES À L'ARTICLE.....	9
RÉSUMÉ	10
INTRODUCTION.....	12
OBJECTIFS	15
MÉTHODOLOGIE.....	15
Devis	15
Participants	15
Collecte de données.....	17
Instrument.....	18
<i>Les variables sociodémographiques, de santé physique et financières</i>	18
<i>Les variables de santé mentale</i>	19
Analyses statistiques	20
<i>Analyse factorielle</i>	20
<i>Régressions multiples et logistique</i>	21
Éthique.....	21
RÉSULTATS	22
Analyse préliminaire	23
Analyses principales	25
<i>Symptômes anxiodépressifs</i>	25
<i>Symptômes somatiques</i>	27
<i>Symptômes psychotiques</i>	28
DISCUSSION.....	29
Trois types de symptômes distincts	30
Les prédicteurs spécifiques.....	31
<i>Les districts sanitaires</i>	32

L'exclusion comme prédicteur commun.....	33
Implications.....	34
Limites.....	35
CONCLUSION	36
REMERCIEMENTS	38
RÉFÉRENCES ARTICLE.....	39
 CHAPITRE 3 : CONCLUSION GÉNÉRALE.....	 40
 RÉFÉRENCES GÉNÉRALES.....	 43
 ANNEXE 1	 50
ANNEXE 2	57

Liste des tableaux

Tableau I	Déterminants liés aux troubles de santé mentale dans les pays à faible ou moyen revenu.....	6
Tableau II	Groupes culturels des quatre districts sanitaires à l'étude.....	16
Tableau III	Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	22
Tableau IV	Résumé des résultats de l'analyse factorielle exploratoire (N = 1314).....	24
Tableau V	Prédicteurs des symptômes anxiodépressifs au cours du dernier mois.....	26
Tableau VI	Prédicteurs des symptômes somatiques au cours du dernier mois.....	27
Tableau VII	Prédicteurs des symptômes psychotiques au cours de la vie.....	29
Tableau VIII	Résumé des déterminants liés à chaque type de symptômes.....	37

Liste des sigles

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

IB : Initiative de Bamako

UNICEF : Le Fonds des Nations unies pour l'enfance

APVP : Années potentielles de vie perdues

OMS : Organisation mondiale de la santé

mhGAP : Mental Health Gap Action Program

MGMH : The Movement for Global Mental Health

CRDI : Centre de recherche pour le développement international

RHS-15 : Refugee Health Screener

K-10 : Kessler Psychological Distress Scale

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

CERAS : Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (Université de Montréal)

KMO : La mesure de Kaiser-Meyer-Olkin

AMHF : Africa Mental Health Foundation

Remerciements

En tout premier, je veux remercier mes parents. Merci pour votre soutien. Merci d'avoir cru en moi et d'y croire encore aujourd'hui. Merci de me guider, de répondre à mes questions. Merci de m'avoir montré la forêt aux moments où je ne voyais qu'un seul et immense arbre. Merci de m'avoir donné une famille *tissée serrée*. Je n'ai pas assez de mots pour vous dire merci.

Merci à ma sœur. Je réalise la chance que j'ai d'avoir quelqu'un pour partager toute une vie. Quelqu'un qui comprend ma mécanique, parce qu'elle est faite des mêmes matériaux. Quelqu'un qui a l'âme de la même couleur que la mienne. Merci d'avoir toujours été là.

Merci à mes amis. Merci d'être dans ma vie depuis plus de dix ans. Merci pour les heures passées ensemble à étudier et rédiger. Merci pour toutes celles où c'était le dernier de nos soucis. Merci de grandir avec moi.

Merci à mon copain. Merci pour ton calme et ta patience infinie envers moi. Merci d'avoir tout fait quand j'étais débordée. Merci de m'avoir pris dans tes bras et de n'avoir rien dit quand il n'y avait simplement rien à dire. Merci d'être là tous les jours.

Je tiens aussi à remercier mon professeur, Christian. Merci de m'avoir donné une chance et de m'avoir tenu la porte grande ouverte pour plusieurs projets. Merci de m'avoir guidé au travers des nombreuses étapes qui ont mené ici. Merci d'être aussi passionné par ce que tu fais.

Merci à Hugues pour ton temps, ton expertise et ta patience. Je ne pensais jamais avoir autant de plaisir à faire des statistiques. Merci pour les ballons à mon entrée au *double digit club*. Merci de faire des miracles au quotidien. Vingt-deux fois merci.

Merci à Valéry Ridde pour l'opportunité de travailler sur tes données. Merci pour ton dévouement auprès des personnes indigentes.

Pour terminer, un merci spécial à Émilie. Merci d'avoir investi autant de temps à m'accompagner au travers de ce mémoire, malgré tes propres travaux. Merci pour toutes les heures et les nombreux cafés à rédiger en ta compagnie. Merci d'avoir lu et relu ces pages et pour la quantité et qualité de tes commentaires. Merci pour tes encouragements constants et ton enthousiasme. Merci d'avoir ressenti avec moi pendant deux ans. Merci d'avoir été avec moi du début à la fin.

Chapitre 1 : Introduction générale

Comme peu d'études ont été menées sur la santé mentale des indigents, ce mémoire a pour but d'évaluer la présence de divers symptômes de troubles de santé mentale dans une population indigente vivant en milieu rural au Burkina Faso. Une fois ces symptômes identifiés, les facteurs sociodémographiques, physiques et psychologiques en lien avec chaque type de symptômes seront explorés. Pour réaliser ces objectifs, un questionnaire quantitatif a été développé par l'équipe de recherche, puis répondu par 1314 indigents de ce pays. Ce questionnaire comprend les informations sociodémographiques des répondants, ainsi que des questions concernant leur état de santé physique et mental.

Les données analysées dans ce mémoire sont issues d'une étude plus large visant à évaluer le ciblage communautaire des indigents vivant dans quatre districts sanitaires du Burkina Faso, soit les districts de Diébougou, Gourcy, Kaya et Ouargaye. Dans chaque village, une liste des indigents a été élaborée par un comité local à l'aide de la définition suivante de l'indigence: « une personne *étant excessivement désavantagée au plan social et financier, qui ne peut prendre soin d'elle-même et qui ne possède aucune ressource interne ou externe* » (1). Cette liste a ensuite été transmise et validée par le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de la région, puis envoyée au niveau régional et national. En 2015, des cartes d'indigents ont été remises aux personnes ciblées afin que celles-ci soient exemptées de paiement des soins de santé.

Les indigents qui ont reçu ces cartes ont également fait partie d'une étude préliminaire à celle-ci qui avait pour but de dresser le portrait global de l'état de leur santé mentale. Dans cette étude, 40% de l'échantillon a rapporté plus de dix symptômes de dépression et d'anxiété

au cours du dernier mois et 26% a répondu avoir éprouvé au moins un symptôme psychotique au cours de sa vie. Une deuxième collecte de données a été réalisée en 2017 pour réévaluer les manifestations de détresse psychologique et les comportements de recherche d'aide à la suite d'améliorations apportées au questionnaire utilisé la première fois. Ce sont ces données qui sont analysées dans le présent mémoire.

L'accès aux soins pour les indigents

À la fin des années 1980, l'initiative de Bamako (IB) a été lancée par l'UNICEF et adoptée par plusieurs pays africains afin d'améliorer l'équité d'accès aux soins de santé pour la population (2). L'IB suggère aux gouvernements de faire payer directement les soins de santé aux usagers afin de pouvoir en réinvestir les profits dans les services et ainsi permettre aux plus démunis d'avoir accès aux soins de santé (2). Une étude réalisée douze ans après la création de l'initiative de Bamako a conclu que, malheureusement, ce système n'est pas fonctionnel dans certains pays et qu'il n'a tout simplement pas été mis en place dans d'autres (3). Deux études réalisées au Mali et en Ouganda révèlent que les services de santé ne sont utilisés qu'en dernier recours par les utilisateurs questionnés. En effet, y recourir leur demande de faire des sacrifices financiers importants, tels que de vendre des biens ou de s'endetter. De plus, dans les contextes où l'exemption de paiement des soins de santé existe, aucun critère précis d'indigence n'a été préalablement identifié pour cibler les situations où cette exemption doit être appliquée. Sans ces critères, la décision d'exempter le paiement des soins de santé revient au personnel de santé présent (3). Finalement, puisque les indigents ne fréquentent pas les centres de santé, ils ne savent pas qu'ils pourraient être exemptés de paiement des frais de santé (3, 4). Ainsi, le Mali et l'Ouganda sont deux exemples qui illustrent bien les obstacles

présents dans l'implantation de l'initiative de Bamako et les barrières dans l'accès aux soins de santé pour les personnes démunies.

Des réformes inspirées de l'IB ont été implantées au sein du système de santé du Burkina Faso en 1992 (5). Pourtant, il semble que la situation du pays soit similaire à celle constatée au Mali et en Ouganda. En effet, les ménages les plus pauvres se rendent beaucoup moins dans les centres de santé en raison d'un manque de moyens financiers, en comparaison aux ménages les plus riches (5). Une étude effectuée au Burkina Faso montre que seulement 30% des individus les plus pauvres se rendront dans un centre de santé deux semaines après l'apparition de leurs symptômes physiques. Pour les populations les plus riches du pays, la même proportion d'individus recourront aux services de santé seulement cinq jours après l'apparition de leurs symptômes (5). Dans certains centres de santé, des médicaments ont parfois été distribués gratuitement aux indigents. Toutefois, cette action n'est pas le fruit des stratégies proposées par l'IB, mais bien d'un don de cette médication reçue dans les centres lors de l'implantation de cette initiative (4). Il semble donc qu'au Burkina Faso, l'application sur le terrain de l'initiative de Bamako s'est avérée difficile en raison d'un manque de critères opérationnels servant à identifier les personnes démunies.

Cibler les indigents

Au Burkina Faso, tout comme au Mali et en Ouganda, une barrière importante à l'implantation d'un système d'exemption de paiement des soins de santé est l'élaboration de critères précis qui permettent de cibler les utilisateurs les plus vulnérables. Ce processus de ciblage peut prendre plusieurs formes. D'abord, un processus administratif peut être utilisé, où les critères d'indigence sont déterminés par les dirigeants des programmes de santé et par la

suite imposés aux centres de santé communautaires (6). Cette méthode est la plus fréquemment employée en Afrique subsaharienne. Ensuite, un processus communautaire peut être mis en place, où les critères d'indigence sont identifiés par la population générale ou par un comité local. Enfin, un processus mixte, combinant ces deux approches, est parfois utilisé. Une méthode de ciblage communautaire a été appliquée lors d'une étude menée au Burkina Faso (7). Dans le cadre de cette recherche, des intervenants de santé de première ligne ont été consultés afin d'identifier avec eux les caractéristiques d'une personne indigente. Les résultats montrent que les caractéristiques identifiées par le personnel de santé touchent principalement une santé fragilisée, le fait d'être victime d'exclusion et de discrimination ainsi qu'une situation financière précaire (7). Mais ces caractéristiques sont insuffisantes, car le processus de ciblage des indigents est complexe et doit être évalué pour s'assurer que les personnes désignées font bel et bien partie des plus démunies (4).

Au-delà des soins de santé physique : La disponibilité des ressources en santé mentale

Dans les sections précédentes, seules les barrières aux soins de santé physique pour les indigents ont été abordées. Les indigents sont pourtant confrontés à un accès encore plus restreint en ce qui concerne les soins en santé mentale. (8, 9).

Au Burkina Faso, malgré un nombre important de consultations médicales concernant des troubles psychiatriques (10), le gouvernement burkinabè n'offre qu'un nombre limité de services de soins en santé mentale à la population. Le plan stratégique de santé mentale élaboré par le ministère de la Santé indique que ce manque de services est le résultat d'une multitude de facteurs liés à la coordination des services, la prise en charge des patients, la rareté des informations sur la santé mentale au pays, les infrastructures insuffisantes, ainsi que le manque de ressources humaines et financières (9). Parmi ces facteurs, le nombre insuffisant

de professionnel qualifié œuvrant en santé mentale semble être l'un des principaux enjeux, puisqu'on n'en retrouve qu'une centaine au pays (9). Plusieurs études effectuées dans différents pays africains rapportent que les personnes atteintes de troubles de santé mentale se tournent principalement vers un guérisseur traditionnel pour palier à l'indisponibilité de services (11-13). Une étude a démontré que cette situation est également présente au Burkina Faso, où les croyances culturelles mènent les individus à se tourner vers ce type de soins plutôt que de recourir à la médecine moderne (9). Malheureusement, le nombre de tradipraticiens au Burkina Faso en 2010 était inférieur à un pour mille habitants (10). Ainsi, les services de soins en santé mentale sont très peu accessibles à la population générale et probablement inaccessibles pour une population indigente, compte tenu de leur isolement social, leur grande précarité financière et leur faible utilisation des soins offerts dans les centres de santé.

La pauvreté et la santé mentale

Comme le montre le tableau I, les troubles de santé mentale sont reliés à une multitude de déterminants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La pauvreté et les nombreuses conséquences qui en découlent sont parmi les variables les plus souvent rapportées comme prédictrices des troubles de santé mentale (14, 15), ce qui place les indigents comme une population à risque de développer ces difficultés. En effet, une étude menée au Burkina Faso rapporte que l'insécurité alimentaire récurrente est liée au développement de symptômes dépressifs (16). Pour expliquer le lien entre la pauvreté et l'état de santé mentale, certains sont d'avis que l'hypothèse de la cause sociale est la plus plausible (17, 18). Cette hypothèse stipule que les individus qui se trouvent dans une situation financière précaire sont exposés au quotidien à des facteurs de risque, tels que le stress, l'exclusion et la malnutrition, qui à leur

tour contribuent au développement de troubles de santé mentale. Malgré cette relation entre la pauvreté et la santé mentale, ce secteur de la santé est très peu étudié auprès des indigents vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Tableau I : Déterminants liés aux troubles de santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Déterminants	Source (s)
Faible niveau d'éducation	Kleinman & Patel, 2003 ; Lund et al., 2010 ; Skeen et al., 2010; WHO, 2010
Pauvreté	Lorant, Delière, Eaton, Robert, Philippot, & Anseau, 2003 ; Lund et al., 2010 ; Skeen et al, 2010; ; WHO, 2010 ;Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016
Genre	Bitew, 2014 ; Prince et al., 2007 ; Skeen et al., 2010 ; WHO, 2010
Âge	Deyessa, Berhane, Alem, Hogberg & Kullgren, 2008 ; Herman et al., 2009 ; Luppá et al., 2012
Ethnicité et religion	Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016
Faible niveau d'alphabétisation	Kleinman & Patel, 2003
Conditions d'hébergement pauvres	Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016 ; Kleinman & Patel, 2003 ; Skeen et al, 2010
Insécurité financière	Kleinman & Patel, 2003 ; Skeen et al, 2010
Insécurité alimentaire	Bitew, 2014; Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016; Weaver & Hadley, 2009
Chômage	Kleinman & Patel, 2003 ; Lund et al., 2010

Mauvais état de santé

Bitew, 2014 ; Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016

Limitations fonctionnelles

Duthé, Rossier, Bonnet, Soura, & Corker, 2016

L'importance des connaissances en santé mentale

Dans les pays à revenu faible, un nombre restreint de recherches ont été menées au sujet de la santé mentale, on dispose donc encore de très peu d'informations à ce sujet (19, 20). Le développement de services de santé mentale doit pourtant s'appuyer sur des données probantes afin d'offrir un soutien approprié aux populations touchées (21, 22). Ceci est d'autant plus vrai dans le cas de populations marginalisées, comme les indigents vivant loin des grands centres et des services. Il y a donc un impact direct sur le bien-être de ces individus. Afin de soutenir les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale dans les pays à faible revenu, des études doivent être conduites pour comprendre comment ces problèmes se manifestent, qui sont les personnes atteintes par ces difficultés et quelles sont les interventions à privilégier (23, 24).

Au Burkina Faso, peu d'informations sont disponibles sur la prévalence des différents troubles de santé mentale et au sujet des caractéristiques des personnes touchées par ceux-ci. (9). La principale conséquence de ce manque d'informations est une compréhension fragmentaire, voire inexistante, des troubles de santé mentale dans la population. Ainsi, peu d'actions sont déployées par le ministère de la Santé pour rejoindre les individus atteints de ces troubles. Comme les troubles de santé mentale sont fortement stigmatisés au Burkina Faso (9), les personnes atteintes de ces troubles n'obtiennent que très peu de soutien de leur communauté et se retrouvent ainsi seules pour faire face à leurs difficultés.

Objectifs de recherche

Bien que le ministère de la Santé du Burkina Faso reconnaisse qu'un manque d'informations existe au sujet de la santé mentale au pays, peu de recherches sont effectuées à ce sujet. La présente étude a pour but de fournir des informations sanitaires sur les symptômes de troubles de santé mentales dans une population indigente vivant en région rurale au Burkina Faso. Plus spécifiquement, le premier objectif de cette recherche est de rapporter la prévalence de symptômes anxiodépressifs, somatique et psychotiques dans cette population. Ces informations sur la présence de symptômes psychiatriques pourraient permettre aux dirigeants du pays de mettre en place des politiques pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles de santé mentale, d'implanter des services dans les régions éloignées des centres urbains et de rejoindre les populations marginalisées qui vivent avec ces troubles. Le second objectif de cette recherche est d'identifier les déterminants de chacun de ces types de symptômes. Ainsi, les caractéristiques des personnes qui manifestent des symptômes de santé mentale seront identifiées, ce qui permettra de cibler les interventions appropriées pour elles.

Le chapitre qui suit se présente sous la forme d'un article scientifique. Il décrit les méthodes utilisées et les résultats obtenus lors de l'étude sur la présence de symptômes de santé mentale et leurs déterminants au sein d'une population indigente. À la suite des résultats, une discussion met en lien les données obtenues et la littérature existante sur la santé mentale en Afrique subsaharienne. Le dernier chapitre présente une conclusion générale de ce mémoire.

Chapitre 2 : L'article

Informations relatives à l'article

Titre : Étude descriptive des types de symptômes psychologiques et leurs déterminants présents dans une population indigente du Burkina Faso

Auteurs : Lyann Porfilio-Mathieu¹, Émilie Pigeon-Gagné², Christian Dagenais³, Valéry Ridde⁴

¹B.A., Candidate au titre de M. Sc. en psychologie de l'Université de Montréal

²B.Sc., Candidate au titre de Psy. D./Ph. D. en psychologie de l'Université du Québec à Montréal

³Ph. D., Professeur agrégé, département de psychologie, Université de Montréal

⁴Ph. D., Directeur de recherche, Institut de recherche pour le développement

Sera soumis à : Global Health Action

RÉSUMÉ

Contexte : Au Burkina Faso, les informations sanitaires sur l'état de santé mentale des indigents vivant en région rurale est presque inexistante. Ce manque de données probantes a des impacts négatifs sur les services offerts dans ce domaine et ce, particulièrement sur les groupes vulnérables.

Objectifs : Parmi une population indigente vivant en région rurale au Burkina Faso, le but de cette recherche est d'évaluer la prévalence de trois types de symptômes de santé mentale, soit les symptômes anxiodépressifs, somatiques et psychotiques. Ensuite, les déterminants individuels, physiques et psychologiques reliés à chaque type de symptômes seront identifiés.

Méthode : Au cours d'entrevues guidées par des enquêteurs formés, les indigents (n = 1314) provenant de quatre districts sanitaires ont rempli un questionnaire qui évaluait leur état de santé physique et mentale. Des données sociodémographiques ont également été recueillies lors de ces entrevues.

Résultats : Les symptômes se regroupent sous trois types distincts : anxiodépressifs, somatiques et psychotiques. Un total de 1234 (n = 93,9%) participants ont répondu avoir ressenti au moins un symptôme anxiodépressif dans le dernier mois. Les déterminants liés à ce type de symptômes sont les suivants : le district sanitaire, l'âge, l'état de santé, le besoin en nourriture, un événement dramatique survenu dans la dernière année, le fonctionnement global, le sentiment d'exclusion, les symptômes somatiques et les comportements stigmatisés.

Au moins un symptôme somatique a été ressenti dans le dernier mois par 1087 (n = 82,7%) répondants. Ce type de symptômes est en lien avec les déterminants suivants : le district sanitaire, la cohabitation, un problème de santé, l'état de santé perçu, le manque de moyens financiers pour obtenir des soins de santé, le fonctionnement global, le sentiment d'exclusion et les comportements stigmatisés. Finalement, 256 (n = 19,5%) indigents ont répondu avoir vécu au moins un symptôme psychotique au cours de leur vie. Les déterminants en lien avec ces symptômes sont ceux-ci : le district sanitaire, le sentiment d'exclusion et les comportements stigmatisés.

Conclusion : Les résultats montrent que la prévalence de symptômes de troubles de santé mentale est élevée chez les indigents interrogés et que ceux-ci se sentent exclus de leur communauté. Pour assurer l'équité d'accès aux soins de santé, les indigents atteints de symptômes de santé mentale doivent bénéficier d'un processus spécifique de prise en charge. Cette problématique doit être encadrée par des politiques de santé et des ressources sont nécessaires pour répondre au besoin présent dans cette population.

Mot-clés : Santé mentale, indigents, Burkina Faso, régions rurales, Afrique subsaharienne

INTRODUCTION

La santé mentale a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme «un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (25). Ce secteur de la santé a longtemps été mis de côté par la communauté internationale et les gouvernements des pays à faible revenu. En 2002, l'OMS a lancé le Programme d'actions : Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour guider les pays à revenu faible ou intermédiaire à renforcer l'équité d'accès aux soins en santé mentale (26). Cinq ans plus tard, le journal *The Lancet* a publié une série d'articles dénonçant le manque d'intérêt de la communauté internationale envers la santé mentale (27), ce qui a conduit à la création d'un mouvement global : *The Movement for Global Mental Health (MGMH)*. Ce mouvement dénonce l'inaction des gouvernements quant à la mise en place de politiques nationales et de services pour soutenir les individus atteints d'un trouble de santé mentale, tout particulièrement dans les pays à faible revenu (28). En 2015, les Nations Unies ont créé le Programme de développement durable regroupant dix-sept objectifs touchant à divers enjeux, tels que la santé et la pauvreté (29). Ce programme est le premier des Nations Unies à inclure un objectif visant spécifiquement la santé mentale. La création de ces différents programmes et mouvements au cours des dernières décennies témoigne d'un désir de la communauté internationale de concevoir la santé plus globalement et d'inclure la santé mentale comme un concept fondamental du bien-être des populations. Néanmoins, cette prise de conscience tardive fait en sorte qu'on dispose aujourd'hui de très peu de connaissances au sujet de la santé mentale dans les pays à faible revenu.

Les troubles de santé mentale affectent une personne sur cinq (30), ce qui représente 1,54 milliard de personnes à l'échelle mondiale. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, entre 76 à 85% des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ne reçoivent aucun soin. Pourtant, l'OMS estime que ces troubles sont la cause de 23% des années potentielles de vie perdues (APVP), un indicateur du nombre d'années perdues en raison de décès prématurés, tels que le suicide (30, 31).

Au Burkina Faso, très peu de données sanitaires existent à propos des troubles de santé mentale dans la population. Le ministère de la Santé a dénombré un total de 14 645 consultations médicales en 2016 quant à la présence de symptômes psychiatriques (10). De plus, une étude préliminaire à celle-ci effectuée auprès d'une population indigente du pays a démontré que 40% de l'échantillon présentait plus de dix symptômes de dépression et d'anxiété au cours du dernier mois et 26% a répondu avoir éprouvé au moins un symptôme psychotique dans sa vie (32). Une seconde étude a rapporté la présence d'un trouble dépressif majeur chez 4.3% des membres d'une communauté défavorisée de Ouagadougou, la capitale du pays (16).

Mis à part ces deux études, la recherche sur la prévalence des troubles de santé mentale et des déterminants qui s'y rattachent est rare. Comme l'information sur la santé mentale des populations est presque inexistante, le ministère de la Santé n'octroie que très peu de ressources financières à ce secteur de la santé. Ces ressources sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins. En effet, en 2013, le ministère de la Santé dénombrait 134 professionnels de la santé spécialisés en santé mentale pour une population totale de près de 15 millions d'habitants, ce qui représente 0,89 professionnel pour 100 000 habitants (9, 33).

Cette proportion est similaire à la moyenne africaine de 0,9 professionnels pour 100 000 habitants (34), mais largement au-dessous de la médiane mondiale de 9 (35). Par ailleurs, plus de la moitié (59,7%) de ce personnel est réparti entre les deux plus grandes villes du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, ce qui ne laisse que 30% de l'effectif pour couvrir le reste du territoire (9). En plus du manque notable de ressources, il n'existe aucune législation, standard ou protocole de traitement spécifique à la santé mentale au pays (9). Cette réalité a des conséquences sur la qualité des services offerts en santé mentale, où le personnel soignant ne possède aucune ligne directrice pour guider leurs pratiques. Ce manque de connaissances, de ressources et de normes dans l'organisation des services ajoute un poids considérable aux communautés et aux familles qui doivent prendre en charge les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ce soutien n'est cependant pas toujours offert aux personnes touchées par ces difficultés, puisque les troubles de santé mentale sont fortement stigmatisés au Burkina Faso (36).

Les précédentes études effectuées en Afrique subsaharienne démontrent que les troubles de santé mentale sont liés à plusieurs caractéristiques, telles que l'âge, le niveau d'éducation et le groupe d'appartenance culturelle (16, 19, 37). Parmi ces déterminants, la pauvreté est souvent désignée comme un prédicteur important de ces troubles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (14, 15). Les personnes qui vivent dans un état de pauvreté extrême sont appelées des indigents et ceux-ci font quotidiennement face à plusieurs facteurs de risque au développement de troubles de santé mentale, tels que l'isolement social et l'insécurité alimentaire (38, 39). Pourtant, peu d'études se sont penchées sur la santé mentale des indigents. Au Burkina Faso, la façon dont se manifestent les symptômes de santé mentale

ainsi que la prévalence de ces symptômes chez les indigents, particulièrement ceux vivant loin des centres urbains, sont méconnues.

OBJECTIFS

La présente étude a pour but de décrire l'état de santé mentale des indigents qui vivent en régions rurales au Burkina Faso. Elle vise à répondre à deux questions:

- 1) Quelle est la prévalence des symptômes anxiodépressifs, somatiques et psychotiques dans une population indigente du Burkina Faso ?
- 2) Quelles sont les variables en lien avec chaque type de symptômes ?

MÉTHODOLOGIE

Devis

Un devis transversal a été choisi pour cette étude descriptive et corrélationnelle. Il faut toutefois noter qu'une première collecte de données a été effectuée en 2015 dans un échantillon d'indigents, testant ainsi une première fois le questionnaire créé par l'équipe de recherche. En 2017, une deuxième collecte de données a été effectuée dans le même échantillon à l'aide d'un questionnaire modifié. Seules les données recueillies en 2017 sont analysées dans le présent article.

Participants

La présente étude fait partie d'un projet plus large intitulé « *Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique* » et financé par le Centre de recherche pour le développement international (CRDI). Ce vaste projet de recherche inclut un volet qui avait pour but d'évaluer l'efficacité du processus de ciblage communautaire des indigents ainsi que l'accès aux soins de santé primaire de ceux-ci (40). Les indigents ainsi ciblés ont également

répondu à des questions portant, entre autres, sur leurs renseignements sociodémographiques, ainsi que sur leur état de santé physique et mentale.

Le Burkina Faso est un pays de l’Afrique de l’Ouest qui compte une population de 18 millions d’habitants en 2017, dont 77% vit en région rurale (33). L’économie du pays repose principalement sur l’agriculture, l’élevage et le commerce. Le produit intérieur brut par habitant est de 642\$ en 2017, ce qui place le Burkina Faso parmi les pays les moins avancés selon le classement de l’ONU (41). Près de la moitié (43,9%) de la population vit sous le seuil de pauvreté (33). Le pays est divisé en soixante-trois districts sanitaires. Chaque district est subdivisé en plusieurs communes, qui sont elles-mêmes constituées de villages. Comme le montre le tableau II, les populations des quatre districts sanitaires à l’étude sont culturellement diversifiées (33, 42). Les Mossis sont le principal groupe culturel, mais plusieurs autres groupes sont présent au pays, tels que les Peulh, les Gourounsis, les Bobos et les Lobis (42).

Tableau II Groupes culturels des quatre districts sanitaires à l’étude

District sanitaire	Région administrative	Population	Groupe culturel	Langue principale
Diébougou	Sud-Ouest	135 740	Lobi	Lobiri
Gourcy	Nord	221 372	Mossi	Mooré
Kaya	Centre-Nord	384 585	Mossi	Mooré
Ouargaye	Centre-Est	351 870	Gourmantsché	Gourmantchéma

Dans cette étude, l’échantillon a été formé à l’aide d’une méthode d’échantillonnage stratifié. Parmi dix districts sanitaires préalablement identifiés, quatre d’entre eux ont été sélectionnés de façon aléatoire pour participer à cette étude. Ensuite, parmi les communes de

ces quatre districts, vingt-six d'entre elles ont été désignées au hasard pour participer à la présente étude¹. Au sein de chaque commune participante, un processus de ciblage communautaire a été effectué afin de composer l'échantillon de participants. Pour ce faire, chaque village des vingt-six communes à l'étude a formé un comité composé d'autorités locales. Ce comité a préparé une liste des personnes indigentes présentes dans leur collectivité et transmis celle-ci au centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de la région. Les personnes choisies par leur comité local devaient correspondre à la définition suivante d'indigence : « *étant excessivement désavantagée au plan social et financier, qui ne peut prendre soin d'elle-même et qui ne possède aucune ressource interne ou externe* » (1). Finalement, pour participer à la collecte de données, les villages sélectionnés devaient inclure au moins dix personnes indigentes de 18 ans et plus. Ce processus a mené à la constitution d'un échantillon de 1599 répondants.

Collecte de données

À la suite de l'étude préalable effectuée en 2015, une seconde collecte de données a été réalisée pour réévaluer les manifestations et comportements en matière de santé mentale à la suite d'améliorations apportées au questionnaire. Ce sont ces données collectées en 2017 qui sont analysées dans le présent article.

Entre le 15 février et le 1^{er} mars 2017, des entrevues guidées par un enquêteur local ont été effectuées auprès des participants. Ces rencontres avaient pour objectif de compléter un questionnaire quantitatif au sujet de l'état de leur santé physique et mentale. Chaque rencontre

¹ Bondigui, Diebougou, Dissin, Dolo, Iolonioro, Tiankoura, Zambou, Bassi, Boussou, Gourcy, Tougo, Bousouma, Kaya, Korsimoro, Mane, Pibaore, Pissila, Ziga, Comin-Yanga, Dourtenda, Lalgaya, Ouargaye, Sangha, Soudougui, Yargatenda et Yonde (Ministère de la Santé, 2010).

était d'une durée approximative de 45 minutes et était effectuée de façon individuelle au domicile du participant. Le questionnaire a été complété à l'aide de téléphones intelligents. Les questions étaient d'abord lues par l'enquêteur dans la langue natale du participant, puis un choix de réponses était offert. Afin d'éviter les données manquantes, les questions apparaissaient individuellement sur l'écran du téléphone et ne pouvaient rester sans réponse. Ainsi, une réponse devait être enregistrée pour passer à la question suivante. Chaque enquêteur était préalablement formé par l'équipe de recherche pour diriger ces entretiens et utiliser le matériel nécessaire. La formation des enquêteurs portait notamment sur les éléments suivants : la familiarisation avec les objectifs de recherche, l'explication des étapes préalables aux entretiens, la familiarisation avec le matériel de collecte de données et la prise de contact avec le questionnaire utilisé. Les enquêteurs ont également participé à la traduction des items. Les items traduits ont fait l'objet d'un accord interjuge afin de garantir la conformité de la traduction.

Instrument

Le questionnaire comprend cinq sections : les données sociodémographiques (26 questions), l'état de santé (11 questions), la situation financière (9 questions), et l'état de santé mentale (55 questions). Celui-ci se trouve en annexe de cet article.

Les variables sociodémographiques, de santé physique et financières

Les variables sociodémographiques utilisées pour la présente recherche sont les suivantes : le district sanitaire, le sexe, l'âge, l'alphabétisme, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, la cohabitation et la présence d'un événement dramatique survenu dans la

dernière année. Ensuite, afin d'évaluer le lien entre les symptômes de trouble de santé mentale et l'état de santé physique, les données suivantes ont été collectées : la présence d'une maladie pendant les six derniers mois, d'un problème physique chronique, d'un handicap et l'état de santé global perçu. Finalement, pour évaluer le lien entre la présence de symptômes psychiatriques et la situation financière du répondant, les variables suivantes ont été utilisées : la présence d'une activité génératrice de revenu dans la dernière semaine, la satisfaction des besoins alimentaires quotidiens, le fait d'avoir mendié pour son ménage et le fait de ne pouvoir recevoir de soins ou acheter de médicaments faute de moyens financiers.

Les variables de santé mentale

Cette section comprend 55 questions divisées en six sous-sections : les symptômes anxiodépressifs (9 questions) et somatiques (4 questions), le fonctionnement de l'individu et la détresse psychologique (3 questions), le sentiment d'exclusion (7 questions), les symptômes psychotiques (8 questions), la présence de comportements stigmatisés (7 questions) et les comportements de recherche d'aide (17 questions).

Les questions en santé mentale sont basées sur trois instruments distincts : le *Refugee Health Screener (RHS-15)*, le *Kessler Psychological Distress Scale (K-10)* et le *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Ce choix a été privilégié, puisqu'à notre connaissance, aucun instrument validé n'existe pour évaluer l'état de santé mentale des populations indigentes vivant en Afrique de l'Ouest. Parmi les trois instruments, des items ont été sélectionnés avec l'aide d'un anthropologue, d'un travailleur social, d'un psychologue et d'un infirmier psychiatrique. Le but était de choisir les items pertinents parmi les trois

instruments mentionnés ci-haut et de les formuler en tenant compte du contexte socioculturel. Ensuite, une table de concertation a été mise en place et regroupait les mêmes catégories d'acteurs, en plus d'un membre de l'équipe de recherche ayant une bonne connaissance des dynamiques socioculturelles au sein des régions à enquêter. En groupe, les items sélectionnés ainsi que leurs choix de réponses ont été révisés, reformulés pour convenir à une population indigente et retirés ou ajoutés lorsque nécessaire. Le questionnaire a ensuite été testé dans une zone non-lotie² (43) de Ouagadougou, un quartier en marge de la ville abritant une population ayant des caractéristiques similaires à celles des populations à l'étude. Finalement, la formulation des items a été modifiée en tenant compte de cette préévaluation.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 25. Dans le but d'attribuer un score global pour chaque type de symptômes aux participants, les questions en lien avec un type de symptômes ont été regroupées, créant ainsi trois variables globales. Cependant, comme la variable psychotique n'était pas normalement distribuée, elle a été transformée en variable dichotomique. Par conséquent, les participants ont été divisés entre les deux groupes suivants : un groupe formé de ceux qui ont ressenti au moins un symptôme psychotique au cours de leur vie et un groupe composé ceux qui n'ont jamais vécu de tels symptômes.

Analyse factorielle

Comme aucun écrit n'existe sur la façon dont se manifeste les symptômes de troubles de santé mentale dans une population indigente du Burkina Faso, une analyse factorielle

² Quartier en marge de la ville, majoritairement composé de populations venant de milieux ruraux et dépourvus de services publics, tels que l'électricité, la collecte des déchets et l'accès à l'eau potable.

exploratoire a été effectuée afin d'analyser les huit items de symptômes anxiodépressifs, les quatre items de symptômes somatiques et les quatre items de symptômes psychotiques. Le but de cette analyse est d'observer de quelle façon ces items se regroupent et ainsi d'identifier les facteurs latents à chaque groupe d'items. La méthode du maximum de vraisemblance et une rotation oblique oblimum ont été utilisées pour effectuer cette analyse.

Régression multiple et logistique

Deux régressions multiples ont été utilisées afin d'identifier les variables sociodémographiques reliées aux symptômes anxiodépressifs et somatiques. Comme la variable psychotique est dichotomique, une régression logistique a été choisie afin d'analyser les relations entre les variables sociodémographiques et les symptômes psychotiques.

Éthique

Un certificat d'approbation éthique a été obtenu du Ministère de la santé du Burkina Faso (2017-01-008) avant le début de la collecte de données. Un certificat éthique a également octroyé par l'Université de Montréal (CERAS-2017-18-271-D) pour l'utilisation secondaire des données de la présente étude. Le consentement des participants a été obtenu oralement et chacun d'entre eux devait être volontaire pour participer à l'étude. L'objectif de la recherche, la durée, ainsi que les risques et avantages leur ont été expliqués verbalement par les enquêteurs formés à cet effet. La formation des enquêteurs incluait également un volet sur les enjeux éthiques auxquels ils pouvaient faire face sur le terrain en lien avec la santé mentale et l'indigence.

RÉSULTATS

Des 1599 répondants ciblés, 285 (17,8%) n'ont pas participé à la recherche pour trois motifs : l'absence de leur domicile au moment de l'étude (55%), le décès (32,6%) et la maladie (3,9%). Au total, 1314 questionnaires ont été complétés, ce qui représente 82,2% de l'échantillon initial. Les données sociodémographiques des participants sont représentées dans le tableau III.

Tableau III Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristique	n = 1314	n (%)
District sanitaire		
Diébougou	424	32,3
Gourcy	222	16,9
Kaya	302	23,0
Ouargaye	366	27,9
Sexe		
Femme	896	68,2
Homme	418	31,8
Âge		
18-24	38	2,9
25-49	372	28,3
50-64	409	31,1
65 et plus	485	37,7
État matrimonial		
Célibataire	56	4,3
Marié (monogame)	411	31,3
Marié (polygame)	391	29,8
Veuf	437	33,3
Divorcé	17	1,3
Autre	2	0,2
Alphabétisation		
Oui	76	5,8
Non	1238	94,2

Revenu		
Oui	257	19,6
Non	1057	80,4

Analyse préliminaire

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire montrent que la mesure d'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin est de 0,84. Cette valeur dite « méritoire » confirme que les items à l'étude peuvent être utilisés dans une analyse factorielle et indique la proportion de variance commune des items potentiellement attribuable à un facteur latent (44). De plus, le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($\chi^2(120) = 5847,35, p < 0,001$), ce qui confirme que les corrélations entre les items sont différentes de zéro. La façon dont les items se regroupent indique que le premier facteur inclut les symptômes anxiodépressifs, le deuxième facteur les symptômes psychotiques et le troisième facteur les symptômes somatiques. Ces résultats montrent que chaque question posée est bien rattachée à un seul type de symptômes de santé mentale. Ces trois facteurs représentent ensemble 41,37% de la variance commune, ce qui signifie que près de la moitié de la variance des items analysés est expliquée par les trois facteurs latents. Le tableau IV présente les saturations des items aux trois différents facteurs à la suite d'une rotation oblique oblimes.

Tableau IV Résumé des résultats de l'analyse factorielle exploratoire (N = 1314)

Saturation des items aux trois facteurs après rotation			
Item	Symptômes anxiodépressifs	Symptômes psychotiques	Symptômes somatiques
Été préoccupé (penser beaucoup à vos soucis)	0,74	0,05	0,04
Ressenti une profonde tristesse	0,73	-0,03	0,06
Perdu totalement espoir	0,64	0,00	0,04
Eu tellement de soucis que vous aviez de la difficulté à dormir la nuit	0,59	-0,03	-0,12
Senti inutile et sans valeur	0,58	0,00	0,04
Pleuré (sans raison apparente)	0,55	-0,02	-0,02
Senti tellement inquiet que vous n'arriviez pas à vous apaiser	0,52	0,00	-0,07
Perdu l'appétit	0,45	-0,00	-0,15
Eu une sensation de pression sur le cœur (sans raison apparente)	-0,09	0,03	-0,86
Eu le cœur qui battait très vite ou très fort (sans avoir fait beaucoup d'effort physique)	0,02	0,03	-0,72
Eu la sensation que quelque chose rampe dans votre corps (ex. tête, ventre)	0,06	-0,08	-0,55
Eu des sensations de chaleur ou de brûlement dans le corps (sans raison apparente)	0,12	-0,00	-0,52
Voir des choses ou des personnes que les autres ne peuvent pas voir (avoir des visions)	0,03	0,80	0,01
Entendre des bruits ou des voix que les autres n'entendent pas et avec qui je peux parler	0,08	0,80	0,01
Sentir que votre esprit est contrôlé par des forces surnaturelles ou que votre corps est possédé par un esprit	-0,05	0,50	0,03
Sentir que vous êtes investi d'une mission que les autres ne comprennent pas	-0,02	0,36	-0,03
Valeur propre	4,71	1,48	2,1
Variance expliquée (%)	25,66	5,95	9,77

Note : Les saturations plus élevées que 0,40 sont accentuées en gras

Analyses principales

Les résultats des analyses statistiques sont présentés pour chacun des trois facteurs qui ont émergé de l'analyse factorielle exploratoire. Les variables corrélées de façon significative à un facteurs sont également rapportées.

Symptômes anxiodépressifs

Au total, 93,9% des participants ont répondu avoir ressenti au moins un symptôme anxiodépressif au cours du dernier mois. Parmi ceux-ci, 58,3% rapportent avoir ressenti cinq symptômes et plus pendant cette période, soit le seuil nécessaire pour recevoir un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux selon la médecine occidentale (45). Une régression multiple montre que les variables³ (le district sanitaire, l'âge, l'état de santé, le besoin en nourriture comblé, l'événement dramatique survenu dans la dernière année, le niveau de détresse, le fonctionnement global, le sentiment d'exclusion, les symptômes somatiques et les manifestations comportementales stigmatisées) expliquent 45,2% de la variance des symptômes anxiodépressifs ($R^2 = 0,4552$, $F(28,1242) = 36,557$, $p < 0,001$). Les variables significatives sont présentées dans le tableau V.

³ Certaines questions posées comprenaient le choix de réponses « Refus de répondre » ou « N.A. », puisqu'elles risquaient d'être considérées comme malséantes dans le contexte culturel étudié. Ces choix ont produit 7,8% de données manquantes et des imputations multiples ont été effectuées.

Tableau V Prédicteurs des symptômes anxiodépressifs au cours du dernier mois

Prédicteurs	ΔR^2	Valeur p	R^2	β	Valeur p	VIF
<u>Bloc 1 : District sanitaire⁴</u> <i>en comparaison à Diébougou</i>	0,02	p < 0,001	0,02			
Gourcy				0,08	p = 0,002	1,61
Kaya				0,00	p = 0,999	1,65
Ouargaye				-0,08	p = 0,002	1,67
<u>Bloc 2 : Tout autre prédicteur</u>	0,40	p < 0,001	0,45			
Socio-démographique						
Âge				-0,06	p = 0,017	1,50
État de santé physique						
État de santé				0,11	p < 0,001	1,86
Situation financière						
Besoins en nourriture comblés				-0,08	p < 0,001	1,22
État de santé mentale						
Événement dramatique survenu dans la dernière année				0,13	p < 0,001	1,10
Niveau de détresse				0,12	p < 0,001	1,42
Fonctionnement global				0,11	p < 0,001	1,89
Sentiment d'exclusion				0,16	p < 0,001	1,46
Symptômes somatiques				0,32	p < 0,001	1,44
Manifestations comportementales stigmatisées				0,08	p < 0,001	1,18

⁴ Cette variable nominale a été transformée en variable de codage (*dummy variable*) afin de l'inclure dans la régression multiple.

Symptômes somatiques

Au total, 82.7% des participants ont répondu avoir ressenti au moins un symptôme somatique au cours du dernier mois. Parmi ces participants, 56% ont indiqué avoir ressenti trois symptômes et plus sur les quatre symptômes à l'étude. Une régression multiple a été effectuée et indique que les variables (le district sanitaire, la situation matrimoniale, la cohabitation, un handicap, un problème de santé, l'état de santé, un manque de moyens financiers pour obtenir des soins de santé, le fonctionnement global, le sentiment d'exclusion et les symptômes anxiodépressifs) expliquent 38,3% de la variance des symptômes somatiques ($R^2 = 0,383$, $F(28,1242) = 27,50$, $p < 0,001$). Les variables significatives sont rapportées dans le tableau VI.

Tableau VI Prédicteurs des symptômes somatiques au cours du dernier mois

Prédicteur	ΔR^2	Valeur p	R^2	β	Valeur p	VIF
Bloc 1 : District sanitaire <i>En comparaison à Diébougou</i>	0,03	$p < 0,001$	0,03			
Gourcy				0,01	$p = 0,831$	1,62
Kaya				-0,02	$p = 0,465$	1,65
Ouargaye				0,19	$p < 0,001$	1,62
Bloc 2 : Tout autre prédicteur	0,337	$p < 0,001$	0,383			
Socio-démographique						
Cohabitation				0,06	$p = 0,009$	1,21
État de santé physique						
Handicap				-0,11	$p < 0,001$	1,35
Problème de santé chronique				0,09	$P = 0,001$	1,49

État de santé	0,10	p = 0,001	1,87
Situation financière			
Ne pas avoir les moyens d'obtenir des soins de santé (médication et consultation)	0,11	p < 0,001	1,31
État de santé mentale			
Fonctionnement global	0,09	p = 0,009	1,91
Sentiment d'exclusion	0,13	P < 0,001	1,49
Symptômes anxiodépressifs	0,35	p < 0,001	1,61

Symptômes psychotiques

Enfin, une régression logistique a été effectuée afin d'identifier les variables liées à la présence de symptômes psychotiques au cours de la vie⁵. Comme mentionné ci-haut, la variable globale regroupant les items psychotiques n'était pas normalement distribuée et a été transformée en variable dichotomique dans le but de résoudre ce problème. Une régression logistique a été nécessaire afin d'analyser le lien cette variable et les différents déterminants qui y sont reliés. Au total, 19.5% des participants ont répondu avoir ressenti au moins un symptôme psychotique au cours de leur vie. De ce nombre, 22,65% ont indiqué avoir éprouvé trois symptômes et plus parmi les quatre symptômes à l'étude. Cette analyse indique que les variables (le district sanitaire, la situation matrimoniale, le sentiment d'exclusion et les manifestations comportementales) expliquent 13% de la variance des symptômes psychotiques (R^2 Nagelkerke = 0,130, $\chi^2(28) = 107,623$, p < 0,001) (46). Les variables significatives sont rapportées dans le tableau VII.

⁵ Des imputations multiples ont également été effectuées avec cette variable, pour les raisons nommées ci-haut.

Tableau VII Prédicteurs des symptômes psychotiques au cours de la vie

Prédicteur	ΔR^2 de Nagelkerke	Valeur p	R^2 de Nagelkerke	β	Valeur p	VIF
<u>Bloc 1 : District sanitaire</u> <i>En comparaison à Diébougou</i>	0,02	p = 0,003	0,02			
Gourcy				0,24	p = 0,012	0,62
Kaya				0,33	p < 0,001	0,61
Ouargaye				0,24	p = 0,015	0,59
<u>Bloc 2 : Tout autre prédicteur</u>	0,11	p < 0,001	0,13			
État de santé mentale						
Sentiment d'exclusion				0,28	p = 0,001	0,67
Manifestations comportementales stigmatisées				0,38	p < 0,001	0,86

DISCUSSION

À notre connaissance, cette étude et l'étude précédente (32) de laquelle elle découle sont les seules à s'être intéressées à la façon dont s'exprime la détresse psychologique dans les régions rurales du Burkina Faso. Cette étude permet d'identifier trois types de symptômes distincts, soit les symptômes anxiodépressifs, somatiques et psychotiques suggérant ainsi l'existence de différents modes d'expression de la détresse psychologique dans ce contexte. Les prédicteurs spécifiques seront d'abord discutés, avant d'aborder le prédicteur commun aux trois types de symptômes. Les implications de cette recherche seront ensuite abordées. Les

résultats de la présente étude montrent l'ampleur d'un problème bien réel dans les régions à l'étude, puisque 96,8% des participants rapportent au moins un symptôme parmi les trois types à l'étude. Au cours du dernier mois, 93,9% des participants indiquent avoir ressenti au moins un symptôme anxiodépressif et 82,7% au moins un symptôme somatique. De plus, 19,5% des répondants rapportent la présence d'au moins un symptôme psychotique au cours de leur vie. En outre, les résultats mettent en évidence l'exclusion vécue par les participants, peu importe le type de symptômes rapportés. En définitive, la prévalence élevée des symptômes de trouble de santé mentale dans cette population montre clairement que les indigents vivent de la détresse psychologique et sont à risque de développer des troubles de santé mentale (47).

Trois types de symptômes distincts

Les résultats révèlent que la détresse psychologique dans le contexte à l'étude se manifeste de différentes façons. Trois profils symptomatologiques distincts se dégagent des résultats et renvoient à la nosologie occidentale de symptômes anxiodépressifs, somatiques et psychotiques. De plus, la façon dont se sont regroupés les items étudiés montre que chacun d'eux n'est relié qu'à un seul facteur et ne représente qu'un seul construit. Ainsi, il semble que les items utilisés constituent des mesures valides des symptômes à l'étude. Ensuite, bien que les catégories de symptômes soient distinctes, les résultats montrent que les symptômes anxiodépressifs permettent de prédire des symptômes somatiques et que ces derniers prédisent également des symptômes anxiodépressifs, tel que démontré auparavant en contexte africain (48-50).

Les prédictors spécifiques

Comme démontré par d'autres, cette étude suggère que la présence de symptômes anxiodépressifs soit liée à des prédictors tels que l'état de santé et l'insécurité alimentaire (16). Les résultats montrent également une corrélation négative entre l'âge des participants et les symptômes anxiodépressifs, signifiant que moins les participants étaient âgés, plus ils ont répondu ressentir ce type de symptômes. D'autres études en Afrique subsaharienne ont exploré ce lien, mais les résultats sont divergents (51-53). Considérant la situation précaire des indigents interrogés, il est possible que les répondants moins âgés aient ressenti davantage de symptômes anxiodépressifs puisqu'ils se retrouvent dans une situation sociale marginalisée et d'extrême pauvreté à un âge où l'on s'attend à ce qu'ils contribuent activement à leur communauté.

Ensuite, les résultats indiquent que les symptômes somatiques sont reliés à un manque de moyens financiers pour obtenir des soins de santé. Un résultat similaire a été obtenu dans une étude effectuée au Nigéria, qui rapporte qu'un trouble somatique est en lien avec la défavorisation (54). Il faut noter que, parmi les trois types de symptômes à l'étude, seuls les participants atteints de symptômes somatiques ont indiqué leur volonté d'obtenir des soins, mais qu'ils manquaient de ressources financières à cette fin. De ce fait, il est possible que le moyen le plus adapté au contexte culturel pour obtenir ces soins est de manifester sa détresse psychologique au travers de symptômes somatique. En effet, comme il y a peu de services de santé mentale et que ceux-ci ciblent principalement les cas de détresse psychologique grave, il est possible que la présence de symptômes somatiques permettent d'obtenir une attention médicale et des soins qui n'auraient potentiellement pas été accordés autrement (55, 56).

Les districts sanitaires

Les résultats de la présente étude ont mis en évidence des disparités dans les manifestations de détresse psychologique entre les districts sanitaires. Ils indiquent que, en comparaison aux participants provenant du district de Diébougou, les participants du district de Ouargaye rapportent plus de symptômes somatiques, alors que les habitants de Kaya sont plus susceptibles de rapporter des symptômes psychotiques. À la lumière de ces résultats, il semble évident que des influences culturelles et sociales jouent un rôle primordial dans la manifestation des symptômes de troubles de santé mentale et ce, pour chaque type de symptômes étudié. Par exemple, il a été démontré que l'adversité sociale vécue par les nouveaux arrivants à la suite de leur parcours migratoire joue un rôle sur le développement de symptômes psychotiques (57). De plus, les districts sont composés de différents groupes ethnolinguistiques. Il est donc possible que la façon d'exprimer les différents symptômes de troubles de santé mentale soit différente dans chaque langue, ce qui impliquerait une conception distincte des symptômes pour chaque groupe (58). Ensuite, la structure sociale est différente d'un district sanitaire à l'autre. Les districts de Gourcy et Kaya sont majoritairement composés du groupe culturel Mossi, alors que les Gurma constituent le principal groupe culturel du district de Ouargaye. Les Mossis et les Gurma possèdent tous deux une structure sociale patrilinéaire. Ceci implique un héritage des biens et du nom de famille du père. Au sein du district de Diébougou, on retrouve principalement le groupe ethnique Lobi et ceux-ci ont un fonctionnement social bilinéaire, ce qui signifie que certains biens sont hérités de la mère et d'autres, du père (59). Il est donc possible qu'entre ces cultures différentes, la conception de la détresse psychologique soit tout autant distincte. Par ailleurs, il a été démontré que les croyances en lien avec les causes d'un trouble et les comportements de recherche d'aide

divergent selon le groupe d'appartenance (59, 60). Les différences observées entre les groupes culturels suscitent plusieurs questions qui sont pour le moment sans réponse. Les groupes culturels présents au Burkina Faso sont peu étudiés et la littérature à ce sujet est insuffisante. Afin de mieux comprendre les raisons qui expliquent une différence dans l'expression des symptômes de santé mentale, il est nécessaire que des recherches soient effectuées à propos de la relation entre ces symptômes et les caractéristiques propres des cultures burkinabè.

L'exclusion comme prédicteur commun

Les répondants indiquent se sentir exclus par leur communauté et ce, peu importe le type de symptômes rapporté. En effet, un sentiment d'exclusion est présent pour 54,6% des participants ayant des symptômes anxiodépressifs, 56,9% pour ceux mentionnant des symptômes somatiques et 69,1% pour ceux rapportant des symptômes psychotiques. Ce résultat est cohérent avec ceux d'autres études effectuées en Afrique subsaharienne, suggérant que les troubles de santé mentale sont fortement stigmatisés et associés à attitudes stigmatisantes menant à d'importantes discriminations à l'emploi et dans leurs contacts avec autrui (15, 61, 62). En effet, des études menées au Nigéria et en Ouganda montrent que les répondants perçoivent les personnes atteintes de troubles de santé mentale comme étant nuisibles, dangereuses, incapables et stupides (11, 15, 63). Les études portant sur la stigmatisation des troubles de santé mentale en contexte africain montrent que ces attitudes sont particulièrement marquées pour les troubles psychotiques graves, tels que la schizophrénie (15). Toutefois, les personnes atteintes de dépression et leur entourage indiquent également être stigmatisées dans leur communauté, comme l'ont montré d'autres recherches (63, 64). De plus, une étude nigérienne indique qu'un sentiment d'exclusion est aussi ressenti

par les participants atteints de symptômes somatiques (53). Les résultats de la présente étude vont dans le même sens et confirment la présence d'un sentiment d'exclusion parmi les différentes formes de détresse psychologique en milieu rural burkinabè. Un tel stigma entourant les troubles de santé mentale entraîne des impact négatifs considérables, tels que de freiner le recours aux soins (11). Ces attitudes discriminatoires ajoutent un fardeau important à une population déjà marginalisée et sans ressource, où la collectivité est parfois le seul soutien possible. Ainsi, en considérant la précarité financière des participants, la prévalence considérable de symptômes de santé mentale et l'isolement social auquel ils font face, il semble que les indigents interrogés vivent dans une situation de vulnérabilité alarmante.

Implications

Un plan d'actions centré sur l'amélioration de la santé mentale de la population a été créé par le Ministère de la santé pour la période 2014 à 2018 (9). Ce plan soulève de nombreuses limites dans les services de santé mentale dispensés à la population et met de l'avant des objectifs pour y remédier. Les problématiques identifiées dans ce plan concernent entre autres les ressources humaines et financières insuffisantes ainsi que le manque de données probantes sur la santé mentale. La présente étude permet ainsi de répondre à l'une de ces limites en contribuant au développement des connaissances sur la prévalence des symptômes de troubles de santé mentale chez une population spécifique, les indigents en zone rurale. Elle démontre clairement la présence d'une problématique considérable au sein de la population à l'étude.

De plus, afin de réduire la stigmatisation entourant les troubles de santé mentale et favoriser l'inclusion des indigents aux prises avec ces difficultés, le gouvernement doit mettre

en place des programmes visant à éduquer la population générale au sujet de ces troubles (65). Ces programmes permettraient à la population de mieux comprendre les problèmes de santé mentale et contribueraient à réduire les comportements discriminatoires envers les personnes atteintes de ces difficultés (65).

Finalement, une attention particulière doit être portée aux groupes vulnérables que constituent les indigents. En effet, la politique sanitaire nationale du Burkina Faso énonce clairement que le système de santé du pays doit garantir la santé pour tous, en plus d'être accessible financièrement et géographiquement (66). Pourtant, dans le plan d'actions axé sur la santé mentale, le ministère de la Santé du pays indique qu'il n'existe aucun processus spécifique pour la prise en charge de plusieurs groupes vulnérables (9) et précise que la santé de ces personnes « *reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées* » (67). Ainsi, sans services provenant des centres de santé et sans l'appui de leur communauté, les indigents atteints de troubles de santé mentale se retrouvent dans un état de vulnérabilité important et ils doivent être davantage le centre d'intérêt de futures recherches.

Limites

Certaines limites méritent d'être évoquées puisqu'elles peuvent avoir eu un impact sur les données recueillies et les résultats obtenus. Il a été mentionné précédemment que les troubles de santé mentale étaient fortement stigmatisés au Burkina Faso. Par conséquent, il est possible que certains participants se soient montrés réticents à discuter de ce sujet avec un étranger et aient nié la présence de symptômes, ce qui entraînerait une sous-estimation de leur prévalence. De plus, le questionnaire utilisé est basé sur trois outils occidentaux et a été utilisé dans un contexte africain. Un travail de consultation auprès de professionnels locaux a été

effectué pour s'assurer de la validité du questionnaire dans le contexte culturel à l'étude. Néanmoins, il est possible que des symptômes considérés comme centraux à un trouble de santé mental dans les groupes culturels étudiés soient exclus du questionnaire, car ces symptômes ne font pas partie de la conception occidentale de ce trouble. Par exemple, il a été démontré que le fait de « *trop penser* » est un symptôme commun de la dépression en Afrique subsaharienne (68). Également, il est possible qu'un biais découle de la séquence de présentation des items dans le questionnaire. Celui-ci est divisé par construit, de sorte que les symptômes anxiodépressifs ont été abordés en premier par l'enquêteur, les symptômes somatiques en second et les symptômes psychotiques en troisième. Ainsi, il est possible que la présentation des symptômes par catégorie plutôt que de façon aléatoire ait renforcé la cohérence interne des items et biaisé les résultats. Ensuite, concernant l'analyse factorielle exploratoire, les trois facteurs étudiés ne représentent que 41,37% de la variance des items, alors que la littérature exige une variance expliquée minimale de 50% à 60 % (69). Finalement, les relations observées entre les symptômes de santé mentale et les différents prédicteurs ne peuvent être considérées causales, puisque plusieurs autres variables intermédiaires potentielles peuvent être en cause.

CONCLUSION

Comme énoncé par le ministère de la Santé du Burkina Faso, très peu d'informations sont disponibles sur la morbidité des troubles de santé mentale, puisque seules quelques rares recherches ont été effectuées sur le sujet (9). La présente étude apporte ainsi de nouvelles connaissances sur l'état de santé mentale d'une population vulnérable du pays. Il semble que ce soit l'une des premières à s'intéresser aux individus les plus démunis de régions rurales

burkinabè. Les résultats montrent que les indigents à l'étude présentent trois types distincts de symptômes, soit des symptômes anxiodépressifs, somatiques et psychotiques. En plus de distinguer les différents types de symptômes, cette étude a démontré les relations entre de nombreux déterminants et les trois types de symptômes à l'étude, présentés dans le tableau VIII.

Tableau VIII Résumé des déterminants liés à chaque type de symptômes

Type de symptômes	Déterminants reliés
Anxiodépressifs	<ul style="list-style-type: none"> • Différences entre districts • Âge inférieur • Mauvais état de santé • Besoins quotidiens en nourriture non-comblés • Événement dramatique survenu dans dernière année • Niveau de détresse élevé • Fonctionnement global difficile • Sentiment d'exclusion • Symptômes somatiques • Manifestations comportementales stigmatisées
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Différences entre districts • Cohabitation nombreuse • L'absence d'un handicap • Problème de santé • Mauvais état de santé • Ne pas avoir les moyens d'obtenir des soins de santé • Fonctionnement global difficile • Sentiment d'exclusion • Symptômes anxiodépressifs
Psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Différences entre districts • Sentiment d'exclusion • Manifestations comportementales stigmatisées

Pour terminer, la santé mentale doit être considérée comme une problématique importante au Burkina Faso et la recherche sur ce sujet doit être encouragée. Il est également

primordial que des politiques claires et spécifique à la santé mentale soient créées afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de ces troubles et d'encadrer les services offerts. De plus, des stratégies doivent être mises en place afin d'assurer l'équité d'accès aux soins des groupes vulnérables. En posant ces actions, le gouvernement burkinabè se rapproche considérablement des Objectifs de développement durable émis par les Nations Unies et tend vers une amélioration globale du bien-être de sa population.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'équipe de chercheurs et de collaborateurs qui ont contribué au projet « *Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique* » ainsi que tous les participants qui ont rendu possible cette recherche.

RÉFÉRENCES ARTICLE

Une liste de références spécifiques à cet article sera ajoutée lors de sa soumission, afin de ne pas confondre la numérotation des sources citées dans l'article avec celle du mémoire complet.

CHAPITRE 3 : CONCLUSION GENERALE

La littérature très limitée en santé mentale au Burkina Faso reflète le peu d'attention accordée à ce sujet par les chercheurs du pays. Plusieurs causes peuvent se trouver à l'origine de ce manque d'intérêt, telle que la présence parfois endémique de maladies transmissibles au pays. Il faut pourtant cesser de considérer la santé physique et la santé mentale comme deux besoins divergents et en concurrence dans l'octroi des ressources en santé. Des relations ont été établies entre la présence de troubles de santé mentale et plusieurs maladies transmissibles et non-transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires et la tuberculose (23, 70). De plus, la présence simultanée de problèmes physiques et de troubles de santé mentale produit un impact négatif sur les différentes étapes du rétablissement, telles que l'adhérence au traitement ainsi que les effets de celui-ci (23). Ainsi, la recherche en santé mentale est tout aussi essentielle et nécessaire au bien-être des populations et elle doit être encouragée. Afin de développer la recherche dans ce domaine, la création d'une politique nationale sur la promotion de la recherche en santé mentale permettrait de mieux cibler les lacunes actuelles dans les connaissances et de mettre en place des objectifs pour les combler. Parmi les connaissances à développer, la prévalence de symptômes de troubles santé mentale et les déterminants en lien avec ces symptômes sont des informations fondamentales à la compréhension de ces troubles au sein d'une population ciblée. En effet, ces données sanitaires doivent être fournies aux décideurs afin qu'ils accordent les ressources nécessaires aux services en santé mentale, établissent des politiques encadrant l'offre de ces services et mettent en place des stratégies pour améliorer l'accessibilité des soins et ainsi assurer l'équité d'accès à toute la population. La présente étude fournit des données probantes essentielles à l'élaboration d'une politique sur la santé mentale au Burkina Faso, en plus d'identifier

plusieurs caractéristiques d'une population fortement touchée par ces troubles. Dans le but d'atteindre l'objectif de santé du Programme de développement durable des Nations Unies, le bien-être mental de la population burkinabè doit être ajouté aux priorités des décideurs du pays et plusieurs stratégies doivent être mises en place. Tout d'abord, la santé mentale doit être considérée comme un thème fondamental au bien-être des populations, au même titre que les autres secteurs de la santé. La présente étude a démontré l'ampleur des difficultés en santé mentale auxquelles font face la presque totalité des indigents interrogés, alors que les dirigeants du pays n'accordent qu'une attention limitée à ce secteur de la santé. En second, des services spécialisés en santé mentale doivent être accessibles aux nombreuses communautés vivant à l'extérieur des grands centres urbains et un effort supplémentaire doit être fourni afin d'atteindre les groupes marginalisés, tels que les indigents. L'OMS propose plusieurs pistes d'actions adressées aux autorités afin d'améliorer le bien-être mental des populations. Parmi ces stratégies, elle suggère la mise en place de programmes de prévention de la discrimination envers les personnes atteintes de troubles de santé mentale. Également, l'intégration de soins en santé mentale au sein des services médicaux de routine offerts dans les centres de santé locaux est considérée par l'OMS comme un moyen efficace d'améliorer l'accessibilité de ce type de soins (39).

Pour réaliser cette dernière proposition de l'OMS, plusieurs modèles de services de soins en santé mentale ont été développés dans d'autres pays en Afrique subsaharienne et pourraient être adaptés aux besoins locaux (19, 71). L'un de ces programmes vise la promotion du pouvoir d'agir des personnes défavorisées et atteintes de troubles de santé mentale (19). De plus, au Kenya, l'Africa Mental Health Foundation (AMHF) a débuté un

projet qui a pour but de rejoindre les personnes qui présentent des symptômes de troubles de santé mentale et de les diriger vers les services adéquats (72). Leur stratégie est d'identifier des personnes-ressources déjà présentes dans les communautés, comme par exemple des guérisseurs traditionnels et des travailleurs de la santé communautaire, qui sont susceptibles de reconnaître les membres les plus vulnérables de leur communauté. Ces personnes-ressources sont formées pour entrer contact avec les groupes vulnérables, identifier les symptômes de santé mentale présents et diriger ces personnes vers les services appropriés. Comme les indigents qui vivent en région rurale au Burkina Faso se rendent peu dans les centres de santé, une telle stratégie permettrait de les rejoindre directement dans leur milieu. La mise en place d'un programme similaire au Burkina Faso permettrait de prendre contact avec les personnes marginalisées atteintes de problèmes de santé mentale, de leurs apporter un soutien de première ligne et ainsi tisser un filet de sécurité au sein de la communauté.

Pour terminer, la recherche effectuée auprès de personnes atteintes de troubles de santé mentale en Afrique doit être encouragée et surtout, adaptée à la réalité locale (73). Les données probantes recueillies lors de recherches effectuées sur le terrain représentent le moyen le plus efficace de comprendre une problématique et d'agir pour le bien-être des populations. Comme cela a été affirmé lors de la série d'articles du *Lancet* sur la santé mentale mondiale : « *Only research that is conducted locally can be expected to affect awareness and lead to new policy development* » (23).

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

1. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Sanfo O, Coulibaly N, Nitiema PA, et al. A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(1):10-15.
2. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ*. 2003(81):532-538.
3. Ridde V, Girard JE. Douze ans après l'Initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*. 2004;16:37-51.
4. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Kadio K, Ouedraogo M, Bicaba A, et al. Targeting the worst-off for free health care: A process evaluation in Burkina Faso. *Eval Program Plann*. 2011;34:333-342.
5. Haddad S, Nougara A, Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*. 2004;2.
6. Morestin F, Grant P, Ridde V. Les critères et les processus d'identification des pauvres en tant que bénéficiaires de programmes dans les pays en développement. Université de Montréal; 2009.
7. Ridde V, Sombie I. Street-level workers' criteria for identifying indigents to be exempted from user fees in Burkina Faso. *Trop Med Int Health*. 2012;17(6):782-791.
8. Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: A population-based study in Rwanda. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(1):81-92.
9. Ministère de la santé du Burkina Faso. Plan stratégique de santé mentale 2014-2018. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=71&Itemid=1133. Cité le 2 février 2019.
10. Ministère de la santé du Burkina Faso. Annuaire statistique 2016. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=363&Itemid=1123. Cité le 14 octobre 2018.
11. Nsereko JR, Kizza D, Kigozi F, Ssebunnya J, Ndyabangi S, Flisher AJ, Cooper S, MhaPP Research Programme Consortium. Stakeholder's perceptions of help-seeking behaviour among people with mental health problems in Uganda. *Int J Ment Health*. 2010;5(5).

12. Oseloka EC, Nonye AP. Health-seeking behaviour of mentally ill patients in Enugu, Nigeria. *SAfr J Psychiatr.* 2009;15(1):19-22.
13. Yaogo A, Sommer A, Moulai P, Chebili S, Abaoub-Germain A. Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *Pan Afr Med J.* 2014;17(207).
14. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71(3):517-528.
15. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry.* 2005;186:436-441.
16. Duthe G, Rossier C, Bonnet D, Soura AB, Corker J. Mental health and urban living in sub-Saharan Africa: Major depressive episodes among the urban poor in Ouagadougou, Burkina Faso. *Popul Health Metr.* 2016;14:18.
17. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science.* 1992;255(5047):946-952.
18. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2003;157(2):98-112.
19. Skeen S, Lund C, Kleintjes S, Flisher A, Mhapp Research Programme C. Meeting the millennium development goals in Sub-saharan Africa: What about mental health? *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(6):624-31.
20. Ikwuka U, Galbraith N, Manktelow K, Chen-Wilson J, Oyebode F, Muomah RC, et al. Ideological vs. Instrumental Barriers to Accessing Formal Mental Health care in the Developing World: Focus on South-eastern Nigeria. *J Health Care Poor Underserved.* 2016;27(1):157-175.
21. Drake R, Goldman H, Leff H, Lehman A, Dixon L, Mueser K, Torrey W. Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatr Serv.* 2001;5(2):179-182.
22. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:175-201.
23. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-877.

24. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303-1317.
25. Organisation mondiale de la santé. Mental Health Action Plan 2013-2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=AE5519617C78C60879EBFB8967D4C27A?sequence=1. Cité le 17 août 2018.
26. Organisation mondiale de la santé. Programme mondial d'action pour la santé mentale (mhGAP) : Combler le fossé et soigner. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67223/OMS_NMH_MSD_02.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Cité le 20 novembre 2018.
27. Lancet Global Mental Health G, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: A call for action. *Lancet.* 2007;370(9594):1241-1252.
28. Movement for Global Mental Health (MGMH). Call for Actions 2007 <http://www.globalmentalhealth.org/ABOUT/AIMS/CALL-ACTION>. Cité le 20 novembre 2018.
29. Nations Unies. Objectifs de développement durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>. Cité le 6 novembre 2018.
30. Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Faits et statistiques sur la santé mentale. <http://www.iusmm.ca/hopital/foliewood/faits-et-statistiques-sur-la-sante-mentale.html>. Cité le 15 août 2018.
31. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171-178.
32. Pigeon-Gagne E, Hassan G, Yaogo M, Ridde V. An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: A step forward in understanding mental health needs in West Africa. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):143.
33. Ministère de la Santé du Burkina Faso, OMS. Profil sanitaire complet du Burkina Faso : Module 1, Situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20complet%20du%20Burkina%201.pdf>. Cité le 2 mars 2019.

34. Organisation mondiale de la santé. Mental Health Atlas Country Profil 2014. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/bfa.pdf. Cité le 20 octobre 2018.
35. Organisation mondiale de la santé. Atlas santé mentale 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
Cité le 6 novembre 2018.
36. Goumbri P, Nanema D, Ouango JG, Ouédraogo A. Déterminants socio-économiques et culturels de l'errance des malades mentaux en zone urbaine au Burkina Faso : Exemple de la ville de Ouahigouya. *Perspective Psy.* 2015;54(4):367-373.
37. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, Riedel-Heller S. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012;136(3):212-221.
38. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S on behalf of the Commission on, Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;378(9650):1661-1669.
39. Weaver LJ, Hadley C. Moving beyond hunger and nutrition: A systematic review of the evidence linking food insecurity and mental health in developing countries. *Ecol Food Nutr.* 2009;48(4):263-284.
40. Équipe Équité Santé. Le financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et équité au Mali et au Burkina Faso 2018. <http://www.equitesante.org/financement-base-sur-les-resultats-en-sante-maternelle-et-infantile-et-equite-au-mali-et-au-burkina-faso/>. Cité le 3 février 2019.
41. Banque mondiale. PIB par habitant (\$ US courants). <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/ny.gdp.pcap.cd?view=map>. Cité le 3 avril 2019.
42. Ministère de la santé du Burkina Faso. Carte sanitaire 2010 . http://www.cns.bf/IMG/pdf/carte_sanitaire_2010.pdf. Cité le 2 octobre 2018.
43. Rossier C, Soura A, Lankoandé B. Migration et santé à la périphérie de Ouagadougou. Une première analyse exploratoire. *Revue Quetelet.* 2013;1(1):91- 118.
44. Kaiser H. A second generation little jiffy. *Psychometrika.* 1970;35(4):401-415.
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington (VA). American Psychiatric Publishing; 2013.

46. Nagelkerke NJD. A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*. 1991;78:691-692.
47. Faravelli C, Servi P, Arends JA, Strik WK. Number of symptoms, quantification, and qualification of depression. *Comprehensive Psychiatry*. 1996; 37(5): 307-315.
48. Okulate GT, Olayinka MO, Jones OBE. Somatic symptoms in depression : Evaluation of their diagnostic weight in an African setting. *Br J Psychiatry*. 2004;184:422-427.
49. Anumonye A, Ilechukwu STC, Adaranijo H. Patterns of depression in a Nigerian megalopolis. *Afr J Psychiatr*. 1979;5:67-74.
50. Binitie A. Outstanding contributions to Nigerian psychiatry. *Nigerian Journal of Psychiatry*. 1988;1:145-154.
51. Bitew T. Prevalence and risk factors of depression in Ethiopia: a review. *Ethiop J Health Sci*. 2014;24(2):161-9.
52. Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet*. 2007;370(9591):957-64.
53. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'Encéphale*. 2006;32:437-43.
54. Obimakinde A, Ladipo M, Irabor A. Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2015;7(1):1-8.
55. Kirmayer LJ, Allan Y. Culture and Somatization : Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*. 1998;60(4):420-30.
56. Choi E, Chentsova-Dutton Y, Parrott WG. The Effectiveness of Somatization in Communicating Distress in Korean and American Cultural Contexts. *Frontiers in Psychology*. 2016;7(383).
57. Bourque F, Van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*. 2011;41:897-910.

58. Dzokoto V, Okazaki S. Happiness in the eye and the heart: Somatic referencing in west-african emotion lexica. *J Black Psychol.* 2006;32(2):17-140.
59. Père M. Les Lobi, tradition et changement : Burkina Faso. Laval (FR). Siloë; 1988.
60. Nichter M. Idioms of Distress Revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research.* 2010;34(2):401-416.
61. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: Attitudes of the urban population and patients' views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(11):1191-1202.
62. Adewuya AO, Makanjuola RO. Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42:389-395.
63. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola B. A. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry.* 2010;57(4):418-27.
64. Shibre T, Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., Jacobsson, L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2001;36:299-303.
65. Gureje O, Alem A. Elaboration des politiques de santé mentale en Afrique. *Bulletin of the World Health Organization.* 2000;78(4):475-82.
66. Ministère de la santé du Burkina Faso. Document de Politique sanitaire nationale. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=99&Itemid=1122. Cité le 29 mars 2019.
67. Ministère de la santé du Burkina Faso. Plan national de développement sanitaire 2011-2020. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Burkina_Faso/Burkina_Faso_National_Health_Strategy_2011-2020_French.pdf Cité le 29 mars 2019.
68. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, Kohrt BA, Augustinavicius J, Michalopoulos L, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med.* 2017;183:151-162.
69. Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care.* 2010; 8(3).

70. Lasebikan VO, Ige OM. Prevalence of psychosis in tuberculosis patients and their nontuberculosis family contacts in a multidrug treatment-resistant treatment center in Nigeria. *General Hospital Psychiatry*. 2015;37(6):542-7.
71. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.
72. L'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). Initiative sur les systèmes de santé en Afrique : Composante recherche.
<https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/AHSI-Results-Booklet-FR.pdf>. Cité le 2 avril 2019.
73. Kirmayer LJ, Gomez-Carrillo A, Veissiere S. Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Soc Sci Med*. 2017;183:163-8.

HEURE DE DEBUT :	_ _ / _ _	
Résultats entretien	Terminé.....01 Incomplet.....02 Absent.....03 Malade.....04 Trop vieux.....05	Handicapé Mental.....06 Handicap Auditif.....07 Muet.....08 Sourd-Muet.....09 Décédé.....10

Vérifiez avant de partir que des réponses ont été apportées à toutes les questions

SECTION I : INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS	RÉPONSES	
I01	Sexe	1 Homme	2 Femme
I02	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? Ou Quand êtes-vous né ?	En année révolue : _ _ ANS	
I03	Quelle est la dernière classe où vous avez été inscrit à l'école ?	1 Aucun	2 Ecole maternelle
		3 CP1	4 CP2
		5 CE1	6 CE2
		7 CM1	8 CM2
		9..Sixième	10 Cinquième
		11 Quatrième	12 Troisième
		13 Seconde	14 Première
		15 Terminale	16 Supérieur
I04	Savez-vous écrire ?	1 Oui	2 Non
I05	Quelle est votre situation matrimoniale	1 Célibataire	2 Marié monogame
		3 Marié polygame	4 Veuf/veuve
		5 Divorcé/Séparé	
I06	Nombre d'épouses/coépouses	_ _	
I07	Nombre d'enfants	_ _	
I08	Quel est votre lien de parenté avec le chef du ménage ?	00 <input type="checkbox"/> Chef de ménage	01 <input type="checkbox"/> Conjoint
		02 <input type="checkbox"/> Fils/fille	03 <input type="checkbox"/> Frère/Sœur

		04 <input type="checkbox"/> Neveu/niece	05 <input type="checkbox"/> Petit Fils/Fille
		06 <input type="checkbox"/> Père/Mère	07 <input type="checkbox"/> Cousin /Cousine
		08 <input type="checkbox"/> Beau Fils/Fille	09 <input type="checkbox"/> Belle-mère/père
		10 <input type="checkbox"/> Autre Parent	19 <input type="checkbox"/> Autre lien
N01	Avez-vous reçu une carte il y a environ un an que vous pouvez présenter dans un centre de santé pour bénéficier de soins gratuitement ? (si oui aller à N02, Si non, allez à N08)	1 Oui	2 Non
N02	Pouvez vous me montrer votre carte ? (Réponse de l'enquêteur : Carte vue ? cocher oui ou non) (Si oui aller à N03 si non aller à N05)	1 Oui	2 Non
N03	L'enquêteur détermine l'état de la carte	1 Bon	2 Moyen (abimé mais lisible)
		3 Mauvais (abimé et illisible)	
N04	L'enquêteur détermine s'il y a des erreurs sur la carte	1-Pas d'erreur	2-Erreur dans le nom
		3-Erreur de photo	4- Autre: préciser
N05	Saviez vous que vous avez droit à des soins gratuits lorsque vous présentez cette carte au centre de santé ?	1 Oui	2 Non
N06	L'avez vous utilisé pour recevoir les soins depuis que vous l'avez reçue? (si oui aller à N07, Si non, allez à N08)	1 Oui	2 Non
N07	Combien de fois ?	1- 1fois	2- 2 fois 3- 3fois 4- 4fois 5- plusieurs fois
N08	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été malade ? (si Oui allez à N09, si non allez à I14)	1 Oui	2 Non
N09	Êtes vous allé vous faire soigner au centre de santé? (si oui aller à N10, Si non, allez à N11)	1 Oui	2 Non
N10	Combien avez vous dépensé en tout (consultation médicament) pour votre dernière visite au centre de santé (Ensuite aller à I14)	Inscrire le montant en cfa	
N11	Pourquoi n'êtes vous pas allé au centre de santé vous faire soigner ?	1-Les soins sont payants 2-C'est trop loin 3-Je n'ai personne pour m'accompagner 4-Je ne fais pas confiance aux médecins 5- Autre : Préciser	
I14	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous participé à des activités qui génèrent des revenus monétaires ou en nature pour le ménage (pas le travail domestique)	1 Oui	2 Non si non, allez à I15
I14b	Combien d'heures par semaine ?	_ _ _ _ (allez à I16)	
I15	Raisons pour laquelle vous n'avez pas participé à des activités génératrices de revenus	1 Chercheur d'emploi	2 Ménagère
		3 Maladie/incapacité temporaire	4 Incapacité permanente
		5 Trop jeune	6 Trop vieux

		7 Autre	
I16a	Souffrez-vous d'un problème de santé qui dure depuis plus de 6 mois ?	1 Oui	2 Non
I16b	Êtes-vous une personne avec un handicap ?	1 Oui	2 Non
I16c	Vous souffrez de quel type de handicap ? (Plusieurs types de handicap possible)	Visuel1 Physique/moteur2 Auditif.....3	Muet.....4 Sourd-Muet.....5 Mental6
I17a	Portez-vous des verres correcteurs (lunettes) ?	1 Oui	2 Non
I17b	Durant les 30 derniers jours avez-vous eu du mal à reconnaître quelqu'un que vous connaissez et qui était à une distance de 20 mètres environ (Quelqu'un qui passait sur la route) ?	1- Non 2 Un peu 3 Moyennement 4- difficilement 5 Pas pu reconnaître du tout	
I17c	Durant les 30 derniers jours avez-vous eu du mal à reconnaître un objet que vous teniez dans la main ?	1- Non 2 Un peu 3 Moyennement 4- difficilement 5 Pas pu reconnaître du tout	
I18	Arrivez-vous à satisfaire vos besoins en nourriture par jour ?	1 Oui	2 Non
I19	Combien de repas prenez-vous par jour ?	Nombre de repas __ Jours	
120	Au cours de ces 30 derniers jours, vous est-il déjà arrivé d'aller demander de la nourriture pour vous-même ou votre ménage à quelqu'un d'autre ?	1 Oui	2 Non
I21	En général comment considérez vous votre état de santé	1 <input type="checkbox"/> Bon 2 <input type="checkbox"/> Moyen 3 <input type="checkbox"/> Mauvais	

	Au cours des 30 derniers jours...	Réponse	Si oui combien de fois Ne sait pas 99
U14	Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter à manger faute de moyens financiers	Oui Non 1 2	__ __
U15	Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir aller au dispensaire faute de moyens financiers	Oui Non 1 2	__ __
U16	Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir acheter des médicaments faute de moyens financiers	Oui Non 1 2	__ __
A1	Combien de personnes vivent avec vous dans la maison ? (Si vis seul, n=0) si 0 Aller à la section B	__ __	

SECTION B : CAPACITE FONCTIONNELLES ET RESEAUX D'AIDE

B1a	Avez-vous de la difficulté à manger (y compris vous servir, remplir votre verre, etc.)?		1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Un peu 3 <input type="checkbox"/> Moyen 4 <input type="checkbox"/> Beaucoup 5 <input type="checkbox"/> Incapable		<i>(Aller à B2a)</i>	
B1b	Si un peu, moyen, beaucoup, incapable, demander : Est-ce qu'il ya quelqu'un qui vous aide pour cette tâche ?		1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non			
B1c. Si oui, qui sont ces personnes ?						
	B1c1. Son Prénom	B1c2. Le lien de parenté ?		B1c3. A quelle fréquence ?	B1c4. Quelle est la durée ?	B1c5. Cohabitez-vous ensemble ou non ?
		1-Époux/Épouse 2-Fils/fille 3-Frère/sœur 4-Père/mère 5- Petit(e) fils/fille	6- Neveu /nièce 7-Amis 8-Voisin 9- Autres (préciser)	1- Tous les jours 2- Plusieurs fois par semaine 3. Une fois par semaine	1. Une semaine 2 Un mois 3 Plus de 3 mois 4 Un an 5 Plus d'un an	1-OUI habite dans la même maison 2-NON ne cohabite pas
1						
2						
3						
B2a	Avez-vous de la difficulté à aller au lit ou sortir du lit (s'allonger / se lever de la natte) ?		1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Un peu 3 <input type="checkbox"/> Moyen 4 <input type="checkbox"/> Beaucoup 5 <input type="checkbox"/> Incapable		<i>(Aller à B3a)</i>	
B2b	Si un peu, moyen, beaucoup, incapable demander : Est-ce qu'il ya quelqu'un qui vous aide pour cette tâche		1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non			
B2c. Si oui, qui sont ces personnes ?						
	B2c1. Son Prénom	B2c2. Le lien de parenté ?		B2c3. SEXE	B2c4. A quelle fréquence ?	B2c5. Avec quelle est la durée ?
		1- Époux/Épouse 2-Fils/fille 3-Frère/sœur 4-Père/mère 5- Petit(e) fils/fille	6- Neveu /nièce 7-Amis 8-Voisin 9- Autres (préciser)		1-tous les jours 2-plusieurs fois par semaine 3. Une fois par semaine	1. une semaine 2-un mois 3-plus de 3 mois 4-un an 5-plus d'un an
1						
2						
3						
B3a	Avez-vous de la difficulté à utiliser les toilettes (y compris s'asseoir (s'accroupir) et se lever)		1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Un peu 3 <input type="checkbox"/> Moyen		<i>(Aller à B4)</i>	

		4 <input type="checkbox"/> Beaucoup 5 <input type="checkbox"/> Incapable
B3b	<i>Si un peu, moyen, beaucoup, incapable, demander :</i> Est-ce qu'il ya quelqu'un qui vous aide pour cette tâche	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non

B3c. Si oui, qui sont ces personnes ?							
	B3c1. Son Prénom	B3c2. Le lien de parenté ?		B3c3 SEXE	B3c4. A quelle fréquence ?	B3c5. Avec quelle est la durée ?	B3c6. Cohabitez vous ensemble ou non ?
		1- Époux/Épouse 2-Fils/fille 3-Frère/sœur 4-Père/mère 5- Petit(e) fils/fille	6- Neveu /nièce 7-Amis 8-Voisin 9- Autres (préciser)				
1		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Avez-vous de la difficulté à soulever ou transporter des poids de plus de 5kg (tine de mil, petit sac de riz, seau d'eau) ?				1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Moyen 3 <input type="checkbox"/> Incapable		
B5	Avez-vous de la difficulté à marcher 400 mètres?				1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Moyen 3 <input type="checkbox"/> Incapable		
B6	Avez-vous de la difficulté à prendre ou manipuler de petits objets avec vos doigts?				1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Moyen 3 <input type="checkbox"/> Incapable		
B7	Avez-vous de la difficulté à soulever les bras au dessus de la tête?				1 <input type="checkbox"/> Aucune 2 <input type="checkbox"/> Moyen 3 <input type="checkbox"/> Incapable		

SECTION S : SANTÉ MENTALE

HEURE DE FIN : |_|_|/|_|_|

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE DISPONIBILITÉ

ANNEXE 2

SECTION S : SANTÉ MENTALE ÉVALUATION DE LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES ANXIO-DÉPRESSIFS

0. Dans la dernière année, avez-vous vécu un évènement dramatique ? (Oui- Non)

1. Dans le dernier mois, avez-vous : Échelle (Pas du tout - un peu - beaucoup)

1. Ressenti une profonde tristesse Q_S1_01
2. Été préoccupé (penser beaucoup à vos soucis) Q_S1_02
3. Perdu totalement espoir Q_S1_03
4. Perdu l'appétit Q_S1_04
5. Senti inutile et sans valeur Q_S1_05
6. Eu tellement de soucis que vous aviez de la difficulté à dormir la nuit Q_S1_06
7. Pleuré (sans raison apparente) Q_S1_07
8. Senti tellement inquiet vous n'arriviez pas à vous apaiser Q_S1_08
9. Si la personne répond « Oui » à au moins une des questions précédentes, posez la question suivante : Avez-vous parlé de ce(s) symptôme(s) ? Oui / Non Q_S1_09 a. <u>Si non</u> : Pour quelle raison principale? Q_S1_09a i. Ne me paraissait pas grave/important ii. Ne savait pas à qui en parler iii. Ne me servirait à rien iv. Peur de ne pas être compris ou d'être ridiculisé v. Autre : _____ Q_S1_09aBis b. <u>Si oui</u> : Q_S1_09b i. À qui en premier? (membre de la famille, ami/voisin, figure religieuse, tradipraticien, agent de santé, autre - spécifiez) Q_S1_09bBis ii. En avez-vous parlé à un tradipraticien? Oui / Non Q_S1_09b_ii iii. En avez-vous parlé à un agent de santé communautaire ? Oui / Non Q_S1_09b_iii iv. En avez-vous parlé à un agent de santé du CSPS ? Oui/ Non Q_S1_09b_iv

10. Eu le cœur qui battait très vite ou très fort (sans avoir fait beaucoup d'effort physique) Q_S1_10
11. Eu une sensation de pression sur le cœur (sans raison apparente) Q_S1_11
12. Eu la sensation que quelque chose rampe dans votre corps (P.ex., tête, ventre)
13. Eu des sensations de chaleur ou de brullement dans le corps (sans raison apparente)
14. Si la personne répond « Oui » à au moins une des questions précédentes (12-16), posez la question suivante : Avez-vous parlé de ce(s) symptôme(s) ? Oui / Non a. <u>Si non</u> : Pour quelle raison principale? v. Ne me paraissait pas grave/important vi. Ne savait pas à qui en parler vii. Ne me servirait à rien viii. Peur de ne pas être compris ou d'être ridiculisé ix. Autre : _____ b. <u>Si oui</u> : x. À qui en premier? (membre de la famille, ami/voisin, figure religieuse, tradipraticien, agent de santé, autre - spécifiez) xi. En avez-vous parlé à un tradipraticien? Oui / Non xii. En avez-vous parlé à un agent de santé communautaire ? Oui / Non xiii. En avez-vous parlé à un agent de santé du CSPS ? Oui 1 Non

ÉVALUTION DU NIVEAU DE FONCTIONNEMENT ET DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

15. À quel point faire les activités suivantes est difficile/fardeau pour vous ?

Échelle : Pas du tout difficile – Un peu difficile – Très difficile – N.A.

- a) Faire vos activités quotidiennes (p.ex., se laver, préparer la nourriture, manger, effectuer de petits travaux, etc.)
- b) Participer à des activités sociales (visiter les autres, être en leur compagnie, assister à un évènement important)

16. En général dans votre vie, à quel point sentez-vous que vous pouvez faire face à ce qui vous arrive?

- Je me sens capable de gérer n'importe quels problèmes
- Je me sens capable de gérer la majorité des problèmes
- Je me sens capable de gérer certains problèmes, mais pas d'autres
- Je me sens incapable de gérer la plupart des problèmes
- Je me sens incapable de gérer quelconques problèmes

INCLUSION-EXCLUSION & STIGMA

17. J'ai l'impression que... ? - Échelle : Oui / Non / Refus

- a) Mes proches prennent soin de moi et m'aident le mieux qu'ils peuvent
- b) Je suis un fardeau/poids pour mes proches
- c) Je suis exclu
- d) Les gens me traitent différemment que les autres (p.ex., surnoms)
- e) Mes proches ont honte de moi
- f) Je suis seul et isolé
- g) Je suis anormal, différent des autres

ÉVALUATION SPÉCIFIQUE - SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

18. Dans votre vie, avez-vous déjà vécu les expériences suivantes (lorsque vous n'étiez pas endormi)?

Échelle : Oui – Non – Refus de répondre

- a) Voir des choses ou des personnes que les autres ne peuvent pas voir (avoir des visions)
- b) Entendre des bruits ou des voix que les autres n'entendent pas et avec qui je peux parler
- c) Sentir que votre esprit est contrôlé par des forces surnaturelles ou que votre corps est possédé par un esprit
- d) Sentir que vous êtes investi d'une mission que les autres ne comprennent pas

* Si la personne dit oui à **l'une des** quatre questions :

19. Environ combien de fois dans votre vie cela s'est produit?

- Jamais
- une fois
- deux à 5 fois
- plus de 5 fois
- Refus

20. Depuis environ combien de temps avez-vous le symptôme x?

- quelques jours
- plusieurs semaines
- plusieurs mois
- plusieurs années

21. En avez-vous parlé?

- Non → Pour quelle raison principale?
 - i. Ne me paraissait pas grave/important
 - ii. Ne savait pas à qui en parler
 - iii. Ne me servirait à rien
 - iv. Peur de ne pas être compris ou d'être ridiculisé
 - v. Autre :
- Oui → À qui en premier? (choix de réponses possibles : membre de la famille, ami/voisin, figure religieuse, tradipraticien, agent de santé, autre)
 - b. Tradipraticien? Oui / Non
 - c. Agents de santé communautaire? Oui / Non
 - Agents de santé du CSPS ? Oui/ Non

22. Vous est-il déjà arrivé : (Oui / Non / Refus)

- a. De vous faire attacher quelque part et de ne pas pouvoir vous déplacer ?
- b. De vous faire enfermer dans un endroit où vous ne pouviez pas sortir ?

MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES

23. Vous est-il déjà arrivé de ... ? - Échelle : Jamais – Une fois – Quelques fois – Plusieurs fois - Refus de répondre

a) Être tellement fâché que vous avez cassé ou brisé des objets autour de vous
b) Être tellement fâché que vous avez poussé, frapper ou blesser quelqu'un
c) Vous dénuder en public
d) Penser à s'enlever la vie
(Si oui) Tenter de vous enlever la vie
e) Consommer de l'alcool au point d'en être ivre.
f) Consommer de la drogue (Si oui) Quel type ? _____

Dans l'éventualité où nous aurions des questions supplémentaires à vous poser, seriez-vous intéressé à rencontrer un membre de notre équipe de recherche ? Cette rencontre porterait sur les mêmes questions que celles auxquelles vous venez de répondre, mais cette rencontre serait davantage sous la forme d'une discussion ouverte. OUI - NON

HEURE DE FIN : |_|_|/|_|_|

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE DISPONIBILITÉ