

2M11.2666.9

**Université de Montréal**

**L'anxiété et la dépression au Burkina Faso :  
perception du public et connaissances des médecins généralistes**

**par**

**Nâ-Bintou Konate  
Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)**

**Septembre 1998**

**© Nâ-Bintou Konate, 1998**



9.000.000

WA

5

U58

1998

V.020

Université de Montréal

perception du public et connaissances des médecins généralistes  
L'anxiété et la dépression au Québec

par

Dr. Na-Binon Kouate  
Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître en sciences (M.Sc.)

Septembre 1998

© Na-Binon Kouate, 1998



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

*L'anxiété et la dépression au Burkina Faso : perception du public  
et connaissances des médecins généralistes*

présenté par :

Nâ-Bintou Konate

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

\_\_\_\_\_ Raynald Pineault, président du jury

\_\_\_\_\_ Louise Fournier, directrice de recherche

\_\_\_\_\_ Michel Tousignant, membre

Mémoire accepté le : 03.11.1998

## SOMMAIRE

Cette étude porte sur un certain nombre de troubles mentaux : l'anxiété généralisée, le trouble panique sans agoraphobie, le trouble mixte anxiété-dépression, l'épisode dépressif majeur et un cas d'état de deuil normal.

En effet, ces affections sont courantes dans la population et dans les services de médecine générale, mais elles ne sont pas souvent diagnostiquées et celles qui le sont, sont souvent incorrectement traitées. Le modèle théorique sur lequel s'appuie cette étude (Goldberg et Huxley, 1980) définit les étapes du passage d'un patient atteint d'une affection mentale de la population vers les services de santé.

Le but de l'étude est de mieux connaître comment le public se représente ces affections d'une part, et d'évaluer la compétence des médecins généralistes à les diagnostiquer et à les prendre en charge d'autre part. Concernant le public, nous avons émis l'hypothèse que sa perception sera différente de celle des professionnels de la santé et des experts. Quant aux médecins, nous nous attendons à ce qu'ils commettent des erreurs de diagnostic, et prescrivent des traitements inadéquats.

Il s'agit d'une étude qualitative ayant comme devis une étude de cas multiple avec un seul niveau d'analyse. Elle a eu lieu dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. L'échantillon du public était composé de dix femmes dont cinq étaient peu ou pas scolarisées, et cinq scolarisées. L'échantillon des médecins était composé de dix médecins généralistes. L'enquête a consisté en des entrevues. Les instruments utilisés pour chacun des deux échantillons sont identiques dans leur première partie; elle est composée de cinq vignettes décrivant chacune les affections ci-dessus citées. La deuxième partie est un questionnaire comportant neuf questions pour les femmes et dix pour les médecins.

Les résultats révèlent que la scolarisation a un faible impact sur la perception du public qui est différente de celle des professionnels et des experts comme nous l'avions prévu. En effet, ce qui est pathologique pour les experts ne l'est pas toujours pour le public. D'autre part, le public a une préférence pour les thérapies religieuses ou traditionnelles et croit en l'origine surnaturelle ou mystique de ces affections. Une méconnaissance concernant aussi bien le diagnostic que le traitement a été constatée chez les médecins. Ils sont favorables à la prise en charge des cas d'anxiété, mais préfèrent référer les cas comportant des modifications de l'humeur aux spécialistes.

Nous proposons comme solution, la formation des médecins au diagnostic et au traitement des troubles anxieux et de la dépression, ainsi que l'information et l'éducation du public.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	x
LISTE DES FIGURES .....	xi
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	xii
REMERCIEMENTS .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
PREMIÈRE PARTIE .....	5
CHAPITRE 1 - ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	6
1. Le point de vue des experts .....	7
1.1 L'épisode dépressif majeur .....	7
1.1.1 Les caractéristiques .....	7
1.1.2 L'évolution .....	8
1.1.3 Les facteurs étiologiques .....	9
1.1.4 Le traitement .....	10
1.2 L'anxiété généralisée .....	11
1.2.1 Les caractéristiques .....	11
1.2.2 L'évolution .....	12
1.2.3 Les facteurs étiologiques .....	12
1.2.4 Le traitement .....	12
1.3 Le trouble panique sans agoraphobie .....	13

1.3.1	Les caractéristiques	13
1.3.2	L'évolution	14
1.3.3	Les facteurs étiologiques	14
1.3.4	Le traitement	14
1.4	Le trouble mixte anxiété-dépression	15
1.4.1	Les caractéristiques	15
1.4.2	Le traitement	15
1.5	L'état de deuil normal	15
1.6	La comorbidité	15
1.7	La prévalence de l'anxiété et de la dépression	16
1.7.1	La prévalence dans les services de première ligne	16
1.7.2	La prévalence dans la population	17
2.	La perception de l'anxiété et de la dépression par public	18
2.1	La reconnaissance	18
2.2	L'évolution et le pronostic	18
2.3	La recherche d'aide	19
2.3.1	La décision de consulter	19
2.3.2	Le type de recours thérapeutique	19
2.4	Les causes	21
3.	Le diagnostic et le traitement de l'anxiété et de la dépression par les médecins généralistes	22
3.1	Le diagnostic	22
3.2	Le traitement	24
4.	Le modèle théorique	25
<b>CHAPITRE 2 - OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE</b>		29
1.	Les objectifs	30

	vi
2. Les hypothèses et questions de recherche .....	30
2.1 Les hypothèses et questions concernant la population .....	30
2.2 Les hypothèses et questions concernant les médecins .....	31
CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE .....	32
1. Le devis .....	33
2. La technique d'échantillonnage .....	33
2.1 L'échantillon des femmes .....	34
2.2 L'échantillon des médecins .....	34
3. Les caractéristiques des échantillons .....	35
3.1 L'échantillon des femmes .....	35
3.1.1 L'échantillon des femmes scolarisées .....	35
3.1.2 L'échantillon des femmes non scolarisées .....	36
3.2 L'échantillon des médecins .....	37
4. Les instruments .....	38
5. Le déroulement de l'enquête .....	39
5.1 L'enquête auprès des femmes .....	39
5.2 L'enquête auprès des médecins .....	39
6. La technique d'analyse .....	40
DEUXIÈME PARTIE .....	41
CHAPITRE 4 - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	42
1. Les résultats des femmes .....	43

1.1	L'état de deuil normal	43
1.1.1	La reconnaissance	43
1.1.2	La recherche d'aide	44
1.1.3	L'évolution et le pronostic	45
1.1.4	Résumé	45
1.2	Le trouble mixte anxiété-dépression	46
1.2.1	La reconnaissance	46
1.2.2	La recherche d'aide	47
1.2.3	L'évolution et le pronostic	48
1.2.4	Les causes	49
1.2.5	Résumé	49
1.3	L'anxiété généralisée	49
1.3.1	La reconnaissance	50
1.3.2	La recherche d'aide	50
1.3.3	L'évolution et le pronostic	51
1.3.4	Les causes	52
1.3.5	Résumé	52
1.4	L'épisode dépressif majeur	53
1.4.1	La reconnaissance	53
1.4.2	La recherche d'aide	54
1.4.3	L'évolution et le pronostic	55
1.4.4	Les causes	55
1.4.5	Résumé	56
1.5	Le trouble panique sans agoraphobie	56
1.5.1	La reconnaissance	57
1.5.2	La recherche d'aide	57
1.5.3	L'évolution et le pronostic	58
1.5.4	Les causes	59
1.5.5	Résumé	60
2.	Les résultats des médecins	60
2.1	L'état de deuil normal	60
2.1.1	La compétence des médecins	60
2.1.2	L'évolution et le pronostic	61
2.1.3	Résumé	61
2.2	Le trouble mixte anxiété-dépression	62
2.2.1	La compétence des médecins	62
2.2.2	L'évolution et le pronostic	63

2.2.3	Les causes	63
2.2.4	Résumé	64
2.3	L'anxiété généralisée	64
2.3.1	La compétence des médecins	64
2.3.2	L'évolution et le pronostic	66
2.3.3	Les causes	66
2.3.4	Résumé	66
2.4	L'épisode dépressif majeur	67
2.4.1	La compétence des médecins	67
2.4.2	L'évolution et le pronostic	67
2.4.3	Les causes	68
2.4.4	Résumé	68
2.5	Le trouble panique sans agoraphobie	68
2.5.1	La compétence des médecins	68
2.5.2	L'évolution et le pronostic	70
2.5.3	Les causes	70
2.5.4	Résumé	71
CHAPITRE 5 - DISCUSSION		72
1.	Résultats des femmes	73
1.1	L'impact de la scolarisation	73
1.2	La reconnaissance	75
1.3	La recherche d'aide	76
1.4	L'évolution et le pronostic	78
1.5	Les causes	79
2.	Résultats des médecins	79
2.1	La compétence	79
2.1.1	Le diagnostic	79
2.1.2	La prise en charge	81
2.2	L'évolution et le pronostic	83

	ix
2.3 Les causes .....	84
3. Comparaison des résultats des médecins à ceux des femmes .....	85
3.1 La reconnaissance .....	85
3.2 La recherche d'aide .....	85
3.3 L'évolution et le pronostic .....	86
3.4 Les causes .....	86
3.5 Résumé .....	87
TROISIÈME PARTIE .....	88
CONCLUSION .....	89
BIBLIOGRAPHIE .....	93
ANNEXES .....	101
Annexe I - Critères DSM-IV .....	102
Annexe II - Guide d'entrevue .....	110

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I	- Caractéristiques des femmes scolarisées . . . . .	36
Tableau II	- Caractéristiques des femmes non scolarisées . . . . .	37
Tableau III	- Caractéristiques de l'échantillon des médecins . . . . .	38
Tableau IV	- Diagnostic des médecins concernant l'état de deuil normal . . .	60
Tableau V	- Diagnostic des médecins concernant le trouble mixte anxiété-dépression . . . . .	62
Tableau VI	- Diagnostic des médecins concernant l'anxiété généralisée . . . .	65
Tableau VII.1	- Diagnostic d'emblée du trouble panique sans agoraphobie . . . .	69
Tableau VII.2	- Diagnostic du trouble panique sans agoraphobie en l'absence d'une cause physique . . . . .	69

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1	-	Five levels and four filters, with estimates of annual period prevalence rates at each level . . . . .	26
Figure 2	-	The international pathways study : Pathways in Pakistan and India . . . . .	27

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

- BCD : Bedford College Diagnostic Criteria
- BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle
- CEP : Certificat d'Etudes Primaires
- CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire
- CSMI : Centre de Santé maternelle et Infantile
- DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (4ème édition)
- GHQ : General Health Questionnaire
- INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie
- NIMH : National Institute of Mental Health
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RDC : Research Diagnostic Criteria

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à Louise Fournier et à tous ceux qui, au Burkina Faso ou à Montréal, ont contribué à la réalisation de ce travail.

## **INTRODUCTION**

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la recherche en santé mentale. Elle a été réalisée au Burkina Faso. Nous avons choisi d'étudier deux affections, l'anxiété et la dépression pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'elles sont communes en consultation de médecine générale et dans la population. Ensuite parce que ces affections, se manifestent actuellement dans toutes les parties du globe et qu'il faut s'attendre à un accroissement de leur morbidité dans les années à venir. Cet accroissement pour la dépression s'explique entre autre, par la rapidité des mutations socio-économiques que subissent les individus, dans les pays en voie de développement tel le Burkina Faso, car elles les exposent à des stress psychosociaux aigus et prolongés (OMS, 1983).

Par ailleurs ces affections sont surtout vues et traitées par des médecins généralistes. L'habileté de ces médecins à les détecter et à les traiter déterminera la qualité de leur prise en charge, et peut positivement influencer sur la diminution de leur morbidité et de leur mortalité. Mais, ces affections sont souvent méconnues par les médecins généralistes. Ceci a des conséquences économiques, professionnelles, sociales, et sanitaires négatives pour les patients et peut entraîner une sur-utilisation des services de santé.

En outre, les ressources sanitaires au Burkina Faso sont limitées et le personnel spécialisé (psychiatres et psychologues) y est très insuffisant. Cette situation place les médecins généralistes au premier plan dans la prise en charge de ces affections. Enfin, la majorité de la population a de faibles revenus, si bien que les coûts des soins sont souvent difficiles ou, parfois, impossibles à supporter. La détection et le traitement précoce de l'anxiété et de la dépression éviteraient une quête incessante de soins par ceux qui en souffrent et les dispenseraient de ce fait de dépenses inutiles.

Il s'agit d'une étude exploratoire. Le premier volet vise à étudier la représentation sociale de l'anxiété et de la dépression à travers deux dimensions : la perception et la recherche d'aide. Par perception, nous entendons la connaissance et l'opinion du public, et par recherche d'aide, la décision d'avoir recours à un thérapeute et le choix du type de

thérapeute. Le deuxième volet portera sur la capacité des médecins généralistes à reconnaître et à traiter les patients souffrant d'anxiété et de dépression.

### **Présentation du Burkina Faso**

Nous présentons le Burkina Faso, car la connaissance du contexte socio-économique, culturel et sanitaire dans lequel s'inscrit l'étude, permet une meilleure compréhension des résultats.

Situé au coeur de l'Afrique occidentale, le Burkina Faso a une superficie de 274 000 km<sup>2</sup>. Il a des frontières communes avec le Mali au Nord et à l'ouest, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud, et le Niger à l'est. Sa capitale est Ouagadougou et sa population, constituée en majorité de femmes (51,7 %), est estimée à 10 332 798 habitants (ISND, 1997). La religion y est fortement présente, 52,4 % sont musulmans, 25,9 % animistes, 17,6 % catholiques, 3,1 % protestants, 0,2 % d'autres religions et 0,8 % de personnes sont sans religion (ISND, 1992). Les Mossis constituent l'ethnie majoritaire et parlent le mooré. Ils représentent 80,3 % de la population dans la capitale (ISND, 1992). Les difficultés financières du Burkina Faso se sont aggravées depuis janvier 1994 avec la dévaluation du franc CFA.

Le système éducatif comprend les niveaux préscolaire, primaire, secondaire et supérieur. Le premier dure trois ans et s'intéresse aux enfants de trois à six ans. Le second prend en compte les enfants à partir de sept ans et dure six ans, il est sanctionné par le CEP (Certificat d'Études Primaires). Le secondaire comprend deux niveaux : un premier niveau, qui dure quatre ans et est sanctionné par le BEPC (Brevet d'Études du Premier Cycle) et un deuxième, qui dure trois ans et mène au Baccalauréat, qui permet d'accéder aux études supérieures. Le taux de scolarisation est de l'ordre de 31 % sur l'ensemble du pays et d'environ 86 % dans la capitale (Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation, 1995). Les niveaux d'instruction chez ceux qui occupent un emploi sont

de 34,1 % après le CEP, 50,3 % après le BEPC, 15,6 % après le baccalauréat (ISND, 1992).

Le système de santé est dominé par le secteur public. À Ouagadougou, la capitale, il comporte le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et la direction régionale de la santé dont les structures sanitaires sont le centre médical, le dispensaire, le centre de santé maternelle et infantile (CSMI) et la maternité. Dans le centre médical, travaillent des médecins généralistes dont le nombre varie de un à quatre. Chaque centre médical a sous sa responsabilité un certain nombre de dispensaires, de maternités et de CSMI. Le dispensaire est tenu par des infirmiers, la maternité et le CSMI par des sages femmes. Le dispensaire constitue la porte d'entrée du système pour la consultation médicale. Les infirmiers y assurent des consultations et réfèrent les patients qu'ils ne peuvent pas traiter aux médecins généralistes qui, à leur tour, les réfèrent au CNHU où exercent les médecins spécialistes. Les infirmiers spécialisés en psychiatrie travaillent au CNHU et dans certains centres médicaux.

Les ressources sanitaires sont insuffisantes. Les ratios en personnel sanitaire sont en deçà des normes de l'OMS soit 29 335 habitants pour un médecin (norme de l'OMS = 10 000 habitants pour un médecin). Il en est de même pour les autres catégories professionnelles et pour les infrastructures sanitaires. L'assurance santé est l'apanage de quelques privilégiés. Le taux de mortalité infantile est de 114,6 pour 1 000 et l'espérance de vie de 52,2 ans. Les maladies infectieuses dominent la pathologie avec en tête le paludisme (ISND 1994).

## **PREMIÈRE PARTIE**

## **CHAPITRE 1**

### **ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Nous présenterons le contexte théorique en quatre sections, la première exposera le point de vue des experts sur la dépression et l'anxiété; la deuxième traitera de la perception du public; la troisième portera sur la détection, et le traitement de ces affections par les médecins généralistes; puis la quatrième présentera le modèle théorique. Les troubles anxieux que nous étudierons sont l'anxiété généralisée et le trouble panique sans agoraphobie. L'épisode dépressif majeur, le trouble mixte anxiété-dépression et l'état de deuil normal feront également partie de l'étude.

## **1. LE POINT DE VUE DES EXPERTS**

Il porte sur les caractéristiques, l'évolution, les facteurs étiologiques et le traitement des troubles concernés.

### **1.1 L'épisode dépressif majeur**

#### **1.1.1 Les caractéristiques**

L'épisode dépressif majeur est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, qui persiste au moins deux semaines. Le sujet doit, de surcroît, présenter au moins quatre symptômes supplémentaires dont la liste figure en annexe I.

La culture peut influencer l'expression des symptômes. Ainsi, la dépression peut être vécue plutôt en termes somatiques qu'en termes de tristesse ou de culpabilité dans certaines cultures (American Psychiatric Association, 1996 : DSM-IV). Kleinman (1980), après une étude des affects dysphoriques chez les Chinois, a également souligné l'influence de la culture sur l'expression de ces affects. Les sujets de race noire évoquent plus les modifications de l'appétit, le ralentissement psychomoteur ou l'agitation, alors que les sujets de race blanche rapportent plus la dysphorie, la fatigue, la culpabilité et les idées suicidaires (Regier et Robins, 1991).

Le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge. L'âge moyen de début se situe au milieu de la troisième décennie (DSM-IV, 1996). Regier et Robins (1991) mentionnent en effet, que les épisodes dépressifs sont plus fréquents chez les adultes entre 30 et 44 ans et chez les femmes. L'évaluation de la gravité d'un épisode dépressif majeur (voir en annexe I) se fonde sur le nombre de symptômes, leur sévérité et le degré d'incapacité et de souffrance (DSM-IV, 1996).

### 1.1.2 L'évolution

Un épisode dépressif majeur non traité dure habituellement six mois ou plus; il peut se terminer complètement dans environ deux tiers des cas, ou seulement partiellement, voir pas du tout dans un tiers des cas (DSM-IV, 1996). L'Association américaine de psychiatrie (1993) souligne que les patients récupèrent habituellement entre les épisodes leurs fonctions d'avant la maladie. Dans 20 % à 35 % des cas, cependant, persistent des symptômes résiduels et un dysfonctionnement social ou des occupations. Les patients, qui continuent à répondre aux critères d'épisode dépressif majeur durant l'évolution du trouble, sont considérés comme ayant la forme chronique, tandis que ceux chez lesquels persistent des symptômes sont considérés comme étant en rémission partielle.

Toujours selon le DSM-IV (1996), les personnes qui ne présentent qu'une rémission partielle, ont une probabilité de développer d'autres épisodes avec guérisons intercurrentes partielles plus grande. L'évolution du trouble dépressif majeur récurrent est variable. Certaines personnes peuvent présenter des épisodes isolés, séparés par plusieurs années durant lesquelles elles ne présentent aucun symptôme dépressif, alors que d'autres présentent des épisodes regroupés, et d'autres encore des épisodes de plus en plus fréquents à mesure qu'elles vieillissent. Les périodes de rémission, semblent être généralement plus longues au tout début de l'évolution de la maladie. On peut s'attendre à ce que approximativement 50 % à 60 % des sujets ayant un premier épisode de trouble dépressif majeur, en aient un deuxième. Les sujets ayant déjà présenté deux épisodes ont

un risque de 70 % d'en présenter un troisième, et ceux ayant eu trois épisodes, un risque de 90 % d'en présenter un quatrième. Environ 5 % à 10 % des sujets présentant un épisode isolé d'un trouble dépressif majeur, développeront par la suite un épisode maniaque. Le trouble dépressif majeur est associé à une mortalité élevée; jusqu'à 15 % des sujets présentant un trouble dépressif sévère meurent de suicide (DSM-IV, 1996). Les autres complications sont les difficultés conjugales, parentales, sociales et professionnelles (Association américaine de psychiatrie, 1993).

### 1.1.3 Les facteurs étiologiques

Freeling (1993) et le DSM-IV (1996) mentionnent qu'il arrive souvent que les épisodes de trouble dépressif majeur surviennent à la suite d'un facteur de stress psychosocial intense, tels que la mort d'un être cher ou un divorce. Les affections médicales générales chroniques et une dépendance à une substance (en particulier alcool et cocaïne), pourraient contribuer à l'exacerbation du trouble dépressif majeur. Ce dernier est une fois et demi à trois fois plus fréquent chez les parents biologiques de premier degré des sujets ayant ce trouble, que dans la population générale (DSM-IV, 1996).

Selon Regier et Robins (1991), certaines formes de dépression majeure peuvent avoir une grande composante génétique et d'autres une importante composante environnementale; d'autres encore peuvent être initialement la conséquence d'affections médicales générales ou de modifications de la biochimie du système nerveux central, celle-ci pouvant être la conséquence de la prise de médicaments pour traiter des affections telle l'hypertension. Ils ont également relevé l'association de certains facteurs sociaux à la dépression, sans que ceux-ci ne soient établis comme des causes. Ceux qui sont séparés ou divorcés et ceux vivant seuls, ont des taux de dépression plus élevés que ceux qui sont mariés. La prévalence de la dépression est également élevée chez ceux qui ne travaillent pas, en milieu urbain plus qu'en milieu rural, ainsi que chez ceux vivant dans les prisons et les centres de soins. Par ailleurs, les gens souffrant de dépression, sont

approximativement trois fois plus nombreux que les autres à dépendre de l'aide financière publique.

#### 1.1.4 Le traitement

Les différentes options disponibles, pour le traitement de la dépression sont les médicaments, la psychothérapie, l'association de la psychothérapie aux médicaments et le traitement par les électrochocs. La psychothérapie seule est indiquée dans les dépressions légères, non récurrentes, sans symptômes psychotiques, ou dans les cas où les médicaments sont contre indiqués ou refusés. Le traitement est planifié comme suit : 1) la phase aiguë dure six à 12 semaines; 2) la phase de continuation s'étend sur quatre à neuf mois et vise à prévenir les rechutes et 3) la phase de maintenance dure un an ou plus, sa nécessité doit être évaluée avant de l'instituer (Dépression Guideline Panel, 1993; Lesseig, 1996).

L'Association américaine de psychiatrie (1993) recommande qu'un programme de traitement individuel adapté en fonction de la présentation clinique de la maladie, de la présence d'affections médicales générales, de l'influence de l'histoire familiale et des variables démographiques et psychosociales, soit appliqué pour chaque patient traité pour dépression majeure.

Partant du fait que beaucoup d'auteurs pensent que les troubles dépressifs sont liés à des événements difficiles de la vie, Freeling (1993) estime que la combinaison de la psychothérapie et des médicaments est toujours préférable dans le traitement de la dépression, car la psychothérapie seule ne donne pas de bons résultats dans les cas sévères, tant que l'amélioration du fonctionnement n'est pas apportée par les médicaments. Les médecins généralistes à son avis, sont bien placés pour offrir des approches de traitement psychologique, car ils ont des responsabilités continues auprès de leurs patients et parce qu'ils ont la chance de connaître le patient et son environnement familial. La forme la plus simple de psychothérapie pour les médecins généralistes peut être, selon lui,

de s'assurer du diagnostic de dépression et d'en informer le patient. Le médecin doit aussi s'assurer que le patient comprend tous les symptômes qu'il ressent, exprimer de l'optimisme quant à l'issue du traitement, et favoriser une discussion libre sur toute peur ou confusion ressentie par le patient. À son avis, les médicaments ne doivent pas être une alternative à la psychothérapie. Les médecins généralistes devraient plutôt considérer qu'ils sont prescrits pour les symptômes, et que la psychothérapie traite les événements associés à la maladie et les vulnérabilités du patient.

Dans le même ordre d'idée, l'Organisation Mondiale de la Santé (1990) souligne qu'une couverture complète de la population exige que les soins de santé mentale soit solidement établie dans le système des soins de santé primaires et soit en partie assurée par les non-spécialistes. Elle insiste également sur la nécessité d'une formation appropriée aux problèmes de santé mentale et aux questions psychosociales pour tout le personnel de la santé, ainsi que sur la nécessité d'organiser des stages de formation en cours d'emploi à l'intention du personnel en fonction.

## **1.2 L'anxiété généralisée**

### **1.2.1 Les caractéristiques**

L'anxiété généralisée est une anxiété ou des soucis excessifs, survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités. L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes supplémentaires figurant dans la liste de ceux décrits en annexe I. La variation culturelle est considérable, avec une prédominance des symptômes somatiques dans certaines cultures et cognitifs dans d'autres. Concernant le sexe, les femmes représentent 55 à 60 % des cas dans les services cliniques; la proportion est d'environ deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes dans les études épidémiologiques. La moitié de ceux qui se présentent pour un traitement d'anxiété généralisée font état d'un début durant l'enfance et l'adolescence cependant, un début survenant après 20 ans n'est pas inhabituel (DSM-IV,

1996). Robins et Regier (1991) mentionnent également une fréquence plus élevée chez les femmes, les sujets de race noire et chez les personnes ayant moins de 30 ans.

### 1.2.2 L'évolution

L'évolution de l'anxiété généralisée est chronique mais fluctuante et s'aggrave souvent durant les périodes de stress. De nombreux sujets ayant une anxiété généralisée rapportent qu'ils se sont sentis anxieux et nerveux toute leur vie (DSM-IV, 1996). Pour ce qui est des rémissions, 50 % des cas ont guéris en plus d'un an, 40 % ont souffert de symptômes pendant plus de cinq ans et plus de 10 % pendant plus de 20 ans de façon discontinue (Regier et Robins, 1991).

### 1.2.3 Les facteurs étiologiques

L'anxiété en temps que trait présente une association familiale, mais aucune agrégation familiale spécifique n'a été trouvée (DSM-IV). Selon Regier et Robins (1991), certains facteurs corrélaient avec l'anxiété généralisée; ce sont le stress social, la résidence urbaine, la situation sociale précaire, le célibat et le divorce.

### 1.2.4 Le traitement

De l'avis de Carter *et al.* (1994), il est nécessaire que le médecin qui réfère un patient anxieux connaisse les bases du traitement, car l'approche de départ est déterminante pour le succès du traitement. Le travail préparatoire doit consister à : 1) aider le patient à comprendre que les troubles anxieux sont des exagérations de peurs normales, et qu'elles sont une réponse à des dangers réels ou imaginaires; 2) développer de bons rapports avec le patient afin d'obtenir une bonne adhésion au traitement et manifester de l'empathie plutôt que de la sympathie à son histoire, pour ne pas apparaître à ses yeux comme dédaigneux ou hautain; 3) s'assurer avant de référer le patient, que celui-ci sait que le thérapeute est un professionnel que le médecin respecte et en qui il a

confiance, et insister sur les relations de collaboration qui existent entre eux. Les auteurs identifient deux phases dans le traitement de l'anxiété : 1) le stade de stabilisation qui vise à aider l'intéressé à reprendre une vie normale, qui comporte souvent la prise de médicaments; 2) la phase de «management», durant laquelle les patients apprennent à contrôler leurs peurs et leurs réactions à ces peurs.

Beaucoup de patients qui ont besoin de médicaments à la phase de stabilisation, peuvent arrêter de prendre des médicaments après le succès de la psychothérapie. La référence à un psychiatre est habituellement nécessaire, pour les patients ayant des symptômes récalcitrants, des idées suicidaires, une anxiété compliquée de dépression ou d'un autre trouble psychiatrique.

Durham et Allan (1980) rapportent que des études comparatives sur l'anxiété généralisée suggèrent que la psychothérapie constitue une alternative potentiellement valable aux médications anxiolytiques. Cependant, elle aboutit en moyenne à de modestes améliorations des symptômes; 50 % des patients atteignent un fonctionnement normal.

### **1.3 Le trouble panique sans agoraphobie**

#### **1.3.1 Les caractéristiques**

Le trouble panique sans agoraphobie est un trouble anxieux qui se caractérise par la présence d'attaques de panique et par l'absence d'agoraphobie. L'attaque de panique consiste en une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise très intense, accompagnée par au moins quatre à 13 symptômes somatiques ou cognitifs dont la liste figure en annexe I. L'âge de début est variable, mais se situe plus typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine (DSM-IV, 1996). Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Le taux de prévalence est plus bas chez les sujets de race noire que chez ceux de race blanche. Dans certaines cultures, les attaques peuvent comporter une peur intense d'une action de sorcellerie ou de magie (Regier et Robins, 1991).

### 1.3.2 L'évolution

L'évolution est habituellement chronique. Certains sujets peuvent avoir des manifestations épisodiques avec des années de rémission entre elles, et d'autres une symptomatologie sévère de manière continue. Les études de suivi de sujets traités dans les services de santé tertiaires suggèrent qu'au bout de six à dix ans après le traitement, environ 30 % des sujets vont bien, 40 % à 50 % ont leur état amélioré mais demeurent symptomatiques et les 20 % à 30 % restants ont des symptômes identiques ou légèrement aggravés (DSM-IV, 1996).

### 1.3.3 Les facteurs étiologiques

Les apparentés biologiques de premier degré des sujets ayant un trouble panique ont quatre à sept fois plus de risque de développer un trouble panique. Les études sur les jumeaux, montrent l'existence d'un facteur génétique dans le développement du trouble panique (DSM-IV, 1996). Selon Regier et Robins (1991), certaines situations constituent des facteurs de risque potentiels. Ce sont la dépendance financière, les séparations, le divorce, et le fait de ne s'être jamais marié.

### 1.3.4 Le traitement

La préparation du patient ainsi que les différentes phases du traitement sont les mêmes que dans l'anxiété généralisée. Cependant, les patients atteints de trouble panique ont besoin d'un traitement médicamenteux de longue durée pour contrôler les attaques, beaucoup plus que ceux souffrant d'anxiété, car l'évolution du trouble panique est souvent chronique. Son traitement nécessite plus souvent un spécialiste que l'anxiété généralisée, et il est souvent nécessaire de trouver un thérapeute expérimenté. La référence à un psychiatre est habituellement nécessaire pour les patients ayant une agoraphobie (Carter *et al.*, 1994).

## **1.4 Le trouble mixte anxiété-dépression**

### **1.4.1 Les caractéristiques**

Il s'agit d'un diagnostic supplémentaire proposé dans des buts de recherche. C'est un trouble associant aussi bien des signes d'anxiété que de dépression (voir critères de recherche en annexe I). Il est fréquent dans les centres de soins primaires et pourrait l'être également dans les consultations externes des centres de santé mentale (DSM-IV, 1996).

### **1.4.2 Le traitement**

Il doit comporter plusieurs facettes, c'est-à-dire qu'il faut prendre en compte aussi bien les symptômes de l'anxiété que ceux de la dépression, car la prise en compte d'un seul trouble peut provoquer des échecs du traitement ou accroître les risques de rechute (Regier et Robins, 1991).

## **1.5 L'état de deuil normal**

C'est un état caractérisé par une symptomatologie d'épisode dépressif majeur et faisant suite à un deuil. Il n'est pas considéré comme étant pathologique (voir les critères en annexe I).

## **1.6 La comorbidité**

Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur constituent deux groupes d'affections distinctes, mais leur association est courante. En effet l'anxiété généralisée et le trouble panique sont fréquemment associés à l'épisode dépressif majeur. Un trouble dépressif majeur survient chez 50 à 65 % des sujets présentant un trouble panique (DSM-IV, 1996).

Bien souvent en pratique, la détermination de la pathologie primaire s'avère difficile et 70 à 90 % des patients déprimés présentent une anxiété cliniquement décelable (Blair et Ramones, 1996). Abondant dans le même sens, Derogatis et Wise (1989) mentionnent que tous les auteurs ne les considèrent pas comme des affections distinctes.

Dans une étude sur la reconnaissance et la prise en charge de l'anxiété et de la dépression par les médecins généralistes aux Pays Bas, Ormel *et al.* (1991) rapportent que 55 % des troubles dépressifs étaient associés à de l'anxiété, et 34 % de ceux ayant des troubles anxieux souffraient en plus de dépression. Regier et Robins (1991) soulignent également qu'un individu qui a souffert d'anxiété généralisée a probablement présenté un trouble panique ou une dépression majeure. Ils mentionnent aussi que l'intérêt pratique de la comorbidité, réside dans la nécessité d'appliquer un traitement à plusieurs facettes.

## **1.7 La prévalence de l'anxiété et de la dépression**

### **1.7.1 La prévalence dans les services de première ligne**

Selon Shapiro *et al.* (1984), 50 à 60 % des patients présentant une affection psychiatrique sont traités par les médecins généralistes. Dans une enquête, le *National Ambulatory Medical Care Survey*, qui a porté sur 90 000 consultations en médecine générale, Shurman *et al.* (1985) ont trouvé que le motif de consultation était l'anxiété dans 11 % des cas, les céphalées et les vertiges dans 11,2 % et les douleurs abdominales dans 7,5 %. Ils considèrent que tous ces symptômes sont probablement ceux d'un trouble anxieux. La plupart des patients souffrant d'un trouble panique ont également leur premier contact avec un professionnel de la santé en médecine générale, et presque la moitié y est traitée (Katerndahl et Realini, 1995).

Rout et Rout (1996) mentionnent aussi que la dépression est une affection commune dans les services de première ligne. Bridges et Goldberg (1987), cité par

Freeling (1993), soulignent eux aussi que la dépression majeure représente près de 13 % des nouvelles consultations des médecins généralistes, chez les patients âgés de plus de 15 ans.

Ces chiffres, confirment le caractère courant de l'anxiété et de la dépression dans les services de première ligne dans les pays développés. Les études menées en Afrique portent plus sur les variations dans les manifestations cliniques liées à la culture. Ils donnent peu d'indications sur les prévalences dans les services de première ligne. Les rares prévalences disponibles concernent les données hospitalières qui, de toute évidence ne reflètent qu'une faible partie du problème.

#### 1.7.2 La prévalence dans la population

Selon Regier et Robins (1991), les symptômes dépressifs surviennent chez presque 30 % de la population qui rapporte des périodes d'au moins deux semaines de tristesse. Les femmes rapportent plus que les hommes chacun des symptômes dépressifs. Ces auteurs évaluent la prévalence de la dépression majeure durant la vie à 4,9 %. La prévalence de la dépression majeure (cas actifs) dans les nations occidentales industrialisées est de 4,5 à 9,3 % chez les femmes et de 2,3 à 3,2 % chez les hommes (Dépression Guideline Panel, 1993).

Le risque de présenter un trouble panique, au cours de la vie, dans la population générale, serait de 1,5 % à 3,5 % et pour l'anxiété généralisée, de 5 % (DSM-IV, 1996). Ces deux affections sont également plus fréquentes chez les femmes (Regier et Robins, 1991).

## **2. LA PERCEPTION DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION PAR LE PUBLIC**

### **2.1 La reconnaissance**

Kovess *et al.* (1989) font état d'un degré de recoupement de seulement 14 % entre l'expression «dépression» utilisée par la population et l'usage psychiatrique (définition du DSM-III) au Québec. Ils ont également trouvé, que le terme «dépression» était synonyme de dépression nerveuse, aussi bien en milieu urbain que rural, si bien que des signes d'anxiété y étaient associés. Cette étude montre que la perception du public concernant la dépression, diffère de celle décrite dans les classifications internationales.

Wig *et al.* (1980) ont étudié la perception et l'attitude de la communauté, face à huit affections mentales, au nombre desquelles figuraient la dépression nerveuse et la psychose dépressive. L'échantillon était constitué de 130 informateurs clés : 50 dans deux régions rurales du Soudan et de l'Inde et 80 dans une région urbaine des Philippines. L'étude a consisté en des entrevues. L'instrument utilisé était un questionnaire structuré incluant des vignettes utilisées comme stimulus. De façon générale, les affections identifiées ne correspondaient pas souvent à celles décrites dans les vignettes. Ces résultats bien que variables d'une zone à l'autre confirment ceux de Kovess *et al.* (1989).

### **2.2 L'évolution et le pronostic**

L'étude de Wig *et al.* (1980) a également porté sur la gravité, le pronostic et les conséquences sociales des affections étudiées. En Inde, la dépression avait un mauvais pronostic et les conséquences sociales étaient considérées comme moins sérieuses. Au Soudan le pronostic des dépressions était vu comme meilleur, mais les conséquences sociales étaient plus graves. Aux Philippines, la dépression a été considérée comme étant grave. On constate dans cette étude, qu'un mauvais pronostic est associé à la dépression par la majorité.

## 2.3 La recherche d'aide

### 2.3.1 La décision de consulter

Un certain nombre de facteurs interviennent dans la décision du patient de consulter un thérapeute. Blaker et Clare (1987) rapportent que, dans beaucoup d'études sur la population, la sévérité de la dépression est un des facteurs qui pèse dans la décision de consulter. Selon Weissman et Myers (1978), 9 % des déprimés qui ne consultent pas sont moins sévèrement déprimés que 70 % de ceux qui ont consulté un médecin généraliste.

Siranyan (1988) a effectué une enquête sur les itinéraires thérapeutiques empruntés par 100 malades mentaux hospitalisés dans le Service de psychiatrie de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso, de mai 1986 à septembre 1988. Il souligne que la décision de consulter un thérapeute est sous la responsabilité du décideur de la famille. Les propositions arrivent cependant de partout : de l'entourage familial immédiat du malade, des voisins, des parents éloignés et des amis. Deux critères vont guider le choix du décideur. Ce sont d'une part la concordance entre le type de recours proposé et ses convictions religieuses et d'autre part, le lien de parenté entre le conseiller et le malade. Par ailleurs, la décision d'hospitalisation n'est pas liée au niveau d'instruction du décideur.

### 2.3.2 Le type de recours thérapeutique

Siranyana (1988) a identifié trois types de recours thérapeutique : 1) traditionnel qui est l'apanage des guérisseurs traditionnels animistes et des devins; 2) néotraditionnel pratiqué par les marabouts et les pasteurs des assemblées de Dieu et 3) moderne, qui est biomédical. Les marabouts et les guérisseurs traditionnels présentent des facteurs communs qui, les opposent aux pasteurs des assemblées de Dieu. Ce sont des références étiologiques communes qui sont la sorcellerie et les génies appelés «*kinkirsi*»<sup>1</sup> par le

---

<sup>1</sup> *Kinkirsi* est le pluriel de *kinkirga* qui signifie génie.

guérisseur, et «*djinn*» par le marabout. Son étude révèle que 22 % des patients dans le passé et 52 % lors de l'épisode concerné par l'enquête, avaient eu recours au traitement traditionnel et ou néotraditionnel. L'hospitalisation n'avait été inaugurale que pour 26% des patients.

Dans une étude réalisée au Burkina Faso, dans la région de Gaoua, sur les représentations culturelles des maladies mentales et de l'épilepsie et sur les pratiques et itinéraires thérapeutiques, Gros (1991) a également trouvé que seulement 12,5 % des femmes, 29 % des hommes et 33,5 % des guérisseurs croyaient en une efficacité certaine du traitement moderne.

Hales (1996) a identifié trois types de thérapeutique à partir d'une étude menée au Libéria, sur les croyances de personnes âgées sur la maladie mentale. Ce sont : 1) la confession suivie d'un sacrifice, dont la nature est déterminée par un tradithérapeute<sup>2</sup>, puis la célébration d'un rituel de purification pour les cas où la cause identifiée est une punition; 2) la délivrance de la domination d'esprits, qui seraient responsables de la maladie dans les cas d'ensorcellement, en leur offrant des sacrifices ou en créant un inconfort physique qui rendrait le corps inhabitable par les esprits, tout cela étant souvent suivi d'une cérémonie de purification et 3) dans les cas de transmission héréditaire, le traitement devra être plus vigoureux et consiste en des rituels avec utilisation de plantes, ou en l'isolement de la personne.

Ces études, menées en Afrique, révèlent que pour les maladies mentales les populations en majorité n'ont pas confiance au traitement moderne. Elles ont plutôt foi aux thérapeutiques traditionnelles et religieuses.

Des résultats similaires ont été obtenus par Wig *et al.* (1980) concernant l'identification du premier recours dans la recherche d'aide. Aux Philippines, la majorité

---

<sup>2</sup> Le tradithérapeute soigne en utilisant des méthodes traditionnelles. Le terme guérisseur traditionnel est souvent utilisé comme synonyme.

des informateurs clés ont indiqué les guérisseurs traditionnels et religieux comme source première d'aide pour les symptômes uniquement d'ordre mental, soit dans une proportion de 54 %; celle-ci était de 26 % en Inde et de 48 % au Soudan. Pour les symptômes d'ordre physique, les services de santé modernes ont été identifiés comme premier recours dans une proportion supérieure ou égale à 80 % dans les trois zones. En ce qui concerne l'association de symptômes physiques et psychologiques, les services de santé modernes ont été mentionnés comme premier recours dans les trois centres, dans des proportions supérieures à 61 %. On constate que pour ce qui est d'ordre mental, la recherche d'aide est plutôt orientée en premier vers les guérisseurs traditionnels tandis que pour les symptômes physiques, les services de santé modernes constituent le premier recours.

Fournier (1981) a effectué une recherche portant sur la représentation chez le public de certaines manifestations psychopathologiques aiguës y compris la crise de dépression nerveuse. L'étude a eu lieu au Québec à Granby. Il est ressorti que le public préfère l'entourage comme première aide extérieure et les spécialistes dans un second temps. Ces résultats à leur tour, révèlent une réticence du public à avoir recours au personnel médical en premier.

#### **2.4 Les causes**

Siranya (1988) souligne qu'en milieu traditionnel l'action intentionnellement malveillante d'autrui est évoquée comme cause; et la maladie mentale est habituellement imputée à un accident réductible et curable provenant de l'extérieur, plutôt qu'à un processus morbide. À son avis, «l'itinéraire thérapeutique, plus qu'un simple passage d'un recours thérapeutique à un autre, est un cheminement complet dans le temps et dans l'espace, de personnes qui mènent une quête de soins et de sens à la maladie d'un des leurs». Il signale également que le traitement moderne est reconnu pour ses effets immédiats sur les symptômes; il assure la réparation somatopsychique qui reste précaire, car ne touchant pas la cause véritable de la maladie qui est sociale. Ces conclusions sont proches de celles de Kleinman (1980) pour les Chinois.

Ouango *et al.* (1997) ont interrogé les patients de deux centres de soins tenus par deux pasteurs protestants au Burkina Faso, sur la cause de leur maladie. Ils ont trouvé que 42 % des patients attribuent leur maladie aux démons, 25,9 % aux sorts jetés par quelqu'un, 9,7 % aux génies et 22,6 % ont déclaré ignorer la cause.

L'étude de Hales (1996) avait également pour but de déterminer la cause de la maladie mentale auprès des personnes âgées et d'infirmiers étudiant en psychiatrie. La synthèse des résultats a abouti à l'identification de trois catégories de causes, aussi bien chez les infirmiers que chez les personnes âgées. Ce sont la punition pour un mauvais acte, le fait d'être ensorcelé par une personne, ainsi qu'une affection transmise de génération en génération.

Les résultats de ces études, notamment celles réalisées en Afrique, montrent l'impact de la culture, sur la perception de la maladie mentale surtout en ce qui concerne, le recours thérapeutique et la cause. Ceci est souligné par Corin *et al.* (1992).

### **3. LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

#### **3.1 Le diagnostic**

Il est admis par beaucoup d'auteurs que l'anxiété et la dépression sont souvent méconnues par les médecins généralistes. Marks *et al.* (1979) ont effectué à Manchester une étude qui a consisté à comparer l'identification d'affections psychiatriques par des médecins généralistes à la prévalence probable d'affections psychiatriques mesurée par le *General Health Questionnaire* (GHQ) chez des patients : 4 098 patients et 91 médecins généralistes, ont participé à l'étude. L'habileté de chaque médecin à détecter les affections psychiatriques a été mesurée en calculant le coefficient de corrélation de Spearman entre son évaluation et le score du GHQ de ses patients. Le coefficient de corrélation moyen était de 0,36, avec des extrêmes de 0,09 et à 0,60. Ils ont également trouvé que seulement

54 % de patients GHQ positifs, ont été identifiés par leur médecin. Les auteurs signalent aussi qu'il existe une grande variabilité dans l'habileté des médecins à diagnostiquer ces cas.

Des résultats semblables ont été obtenus par Ormel *et al.* (1991) aux Pays Bas, dans une étude sur la reconnaissance de l'anxiété et de la dépression par les médecins généralistes. Seulement 47 % de ceux qui répondaient aux critères de dépression et d'anxiété du BCD (*Bedford College Diagnostic Criteria*) ont été diagnostiqués par les médecins.

Seulement le tiers ou la moitié de ceux souffrant de dépression sont diagnostiqués dans les services de première ligne (Dépression Guideline Panel, 1993). Freeling (1993) relate le fait que, sur 50 % de patients souffrant de dépression majeure qui ne sont pas diagnostiqués par le médecin généraliste lors de la première consultation, 10 % pourront être diagnostiqués lors de consultations ultérieures, dans 20 % la dépression peut évoluer vers une rémission en quelques mois et les 20 % restant vivront avec leur dépression. Rutz *et al.* (1992) soulignent également le fait que les patients souffrant de dépression ne sont pas souvent diagnostiqués.

Blaker et Clare (1987) abordent la question des troubles psychiatriques en général. Ils relèvent le fait que les médecins généralistes ne reconnaissent pas 33 % à 50 % de ces troubles. Cela s'expliquerait par les raisons évoquées par Goldberg et Huxley (1980), c'est-à-dire par les facteurs liés au patient avec au premier plan la tendance à somatiser, et les facteurs liés aux médecins, qui sont les préjugés et l'exactitude du diagnostic. Ils évoquent en plus la courte durée des consultations (en moyenne sept minutes) et également le fait que les médecins ne posent le diagnostic qu'après plusieurs consultations, au cas où le patient présente toujours les mêmes symptômes.

Parchman (1992), dans une étude visant à déterminer la relation entre les attitudes des médecins envers les aspects psychosociaux des soins et la reconnaissance de la dépression, a trouvé que les deux étaient significativement reliés.

De ceci, on peut retenir que 33 à 54 % des patients souffrant d'affections psychiatriques ne sont pas diagnostiqués par les médecins généralistes. Cela est imputable à des facteurs liés aussi bien au médecin qu'au patient. Il existe un écart entre ce qui est souhaitable et la réalité à ce niveau de soins, même dans les pays développés. Malgré l'absence de données sur le Burkina Faso, on peut s'attendre à ce que le problème soit au moins de la même importance, sinon plus accentué.

### **3.2 Le traitement**

Le traitement des affections mentales souffre d'insuffisances dans les services de première ligne. Rout et Rout (1996) soulignent le fait que les médecins généralistes ont été critiqués, pour les doses et les durées de traitement inadéquates d'antidépresseurs et d'anxiolytiques administrés aux patients. Dans leur étude, le traitement médicamenteux a été décrit comme un choix populaire et comme le traitement le plus économiquement viable.

Par ailleurs Blaker et Clare (1987) rapportent le fait que pour beaucoup de patients consultant un médecin généraliste, la décision de consulter prend fin avec la prescription d'un psychotrope. Ils reconnaissent cependant que certains médecins offrent à leurs patients certaines formes d'un simple counselling et des conseils. Dans le même ordre d'idées, Leisseig (1996) mentionne que les antidépresseurs sont habituellement considérés comme la seule option appropriée pour le traitement de la dépression dans les services de première ligne.

On peut retenir de ceci que l'anxiété et la dépression sont souvent méconnues par les médecins généralistes, et que les cas qui sont diagnostiqués sont souvent

incorrectement traités. La conséquence est une utilisation importante des services de santé par les patients souffrant de troubles affectifs (Regier et Robins, 1991).

#### **4. LE MODÈLE THÉORIQUE**

Le modèle de Goldberg et Huxley (1992) représente bien les différents aspects de notre étude, tant en ce qui concerne la population que les médecins généralistes. Il explique comment un patient est défini comme malade mental, et par quelles voies il atteint les services de santé. Ce modèle comporte cinq niveaux, qui sont du plus bas au plus élevé : 1) la communauté, 2) la morbidité mentale totale dans les services de première ligne, 3) le nombre de troubles mentaux identifiés par les médecins, 4) la morbidité totale dans les services de santé mentale et 5) les patients psychiatriques hospitalisés. Entre les différents niveaux sont situés des filtres par lesquels passent les malades. Ce sont de la communauté vers les services d'hospitalisation psychiatriques : 1) la conduite face à la maladie, 2) l'habileté des médecins généralistes à déceler le trouble, 3) la référence aux services de santé mentale et 4) l'admission à l'hospitalisation dans un service d'hospitalisation psychiatrique. Ce schéma indique également les prévalences annuelles pour chaque niveau.

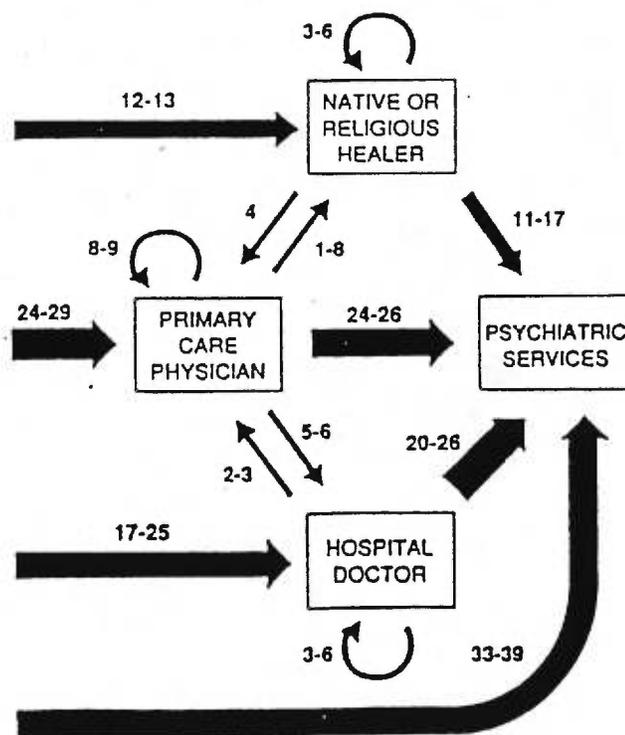
<i>Level 1</i>	The community	260-315/1000/year	
			.....1st filter - (Illness behaviour)
<i>Level 2</i>	Total mental morbidity - attenders in primary care	230/1000/year	
			.....2nd filter - (Ability to detect disorder)
<i>Level 3</i>	Mental disorders identified by doctors ('Conspicuous Psychiatric Morbidity')	101.5/1000/year	
			.....3rd filter (Referral to mental illness services)
<i>Level 4</i>	Total morbidity - mental illness services	23.5/1000/year	
			.....4th filter (Admission to psychiatric beds)
<i>Level 5</i>	Psychiatric in-patients	5.71/1000/year	

**Figure 1 - Five levels and four filters, with estimates of annual period prevalence rates at each level (Goldberg et Huxley, 1992)**

L'objet de notre étude s'étend du niveau un au filtre deux. L'individu, pour atteindre le niveau deux, doit passer à travers le filtre un qui est la conduite en cas de maladie. Ce passage nécessite au préalable la reconnaissance de la maladie par l'individu. Il y a une première étape d'interrogation du sujet sur le sens des signes qu'il ressent; il se demande pourquoi il présente cet inconfort. La deuxième étape est une étape de validation provisoire, qui passe par la recherche d'informations et de conseils auprès des amis et de la famille. Ces conseils seront déterminants dans la décision d'adopter ou non le rôle de malade. À ce stade, les influences culturelles peuvent avoir un effet décisif. La troisième étape consiste à obtenir une légitimation professionnelle du rôle de malade. Elle va amener le malade à passer à travers le filtre un et à atteindre le niveau deux. À ce propos, les auteurs soulignent le fait que les femmes passent plus à travers le filtre un que les hommes, et qu'elles ont plus tendance qu'eux à reconnaître les problèmes

psychiatriques, à en discuter avec d'autres personnes et à se porter volontaires pour suivre un traitement. La décision de recourir à un thérapeute dépend également de la sévérité des symptômes. Plus les symptômes sont sévères, plus la décision sera rapide. C'est à partir du niveau deux qu'interviennent les médecins généralistes. En effet, le passage du patient à travers le filtre deux dépend de l'habileté du médecin à diagnostiquer le trouble.

Concernant le recours thérapeutique, la figure de Goldberg et Huxley (1992) résume bien les différents itinéraires possibles du patient au Pakistan et en Inde.



**Figure 2 - The international pathways study : Pathways in Pakistan and India (Goldberg et Huxley, 1992)**

En effet, le premier recours du patient peut être les thérapeutes religieux ou traditionnels, le médecin généraliste, un médecin dans un hôpital, ou les services psychiatriques. Des passages sont possibles d'un thérapeute à l'autre. La communauté est présentée à gauche et les services psychiatriques constituent le point de convergence de tous les itinéraires. La taille de chaque flèche indique l'importance relative de l'itinéraire. Les chiffres représentent les pourcentages de ceux pris en charge par les services psychiatriques au delà d'un mois. Ce schéma est adéquat à cause de la présence des guérisseurs traditionnels ou religieux, qui constituent un recours thérapeutique important au Burkina Faso, mais également parce que les patients dans ce pays utilisent souvent simultanément plusieurs types de thérapeutiques.

## **CHAPITRE 2**

### **OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

## **1. LES OBJECTIFS**

Cette étude vise à : 1) étudier la perception et la recherche d'aide du public par rapport aux troubles anxieux et dépressifs précédemment cités; 2) évaluer la compétence des médecins généralistes à poser le diagnostic et à proposer un traitement adéquat pour ces affections.

Nous étudierons la perception du public à travers, d'une part, la reconnaissance, l'évolution, le pronostic ainsi que les causes et, d'autre part, la décision d'avoir recours à un thérapeute et le choix du type de thérapeute. La compétence des médecins sera évaluée à travers le diagnostic et le traitement, l'évolution et le pronostic ainsi que les causes.

## **2. LES HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

Nous émettrons des hypothèses concernant les aspects pour lesquels la littérature offre suffisamment d'information; ceux pour lesquels l'information est insuffisante donneront lieu à des questions plutôt qu'à des hypothèses.

### **2.1 Les hypothèses et questions concernant la population**

- 1) La scolarisation aura un faible impact sur la perception du public.
- 2) L'anxiété et la dépression seront-elles reconnues comme affection mentale ?
- 3) La source primaire d'aide sera traditionnelle ou néotraditionnelle plutôt que médicale.
- 4) Les femmes non scolarisées beaucoup plus que les scolarisées préféreront-elles les thérapeutiques traditionnelles et néotraditionnelles ?
- 5) Un mauvais pronostic sera associé à la dépression.
- 6) Quel sera l'évolution prévue pour la dépression ?
- 7) Quel sera l'évolution et le pronostic associés à l'anxiété ?
- 8) Les causes relatées seront surnaturelles ou mystiques.

## **2.2 Les hypothèses et questions concernant les médecins**

- 1) Les médecins ne pourront pas correctement identifier les cas décrits dans les vignettes.
- 2) La reconnaissance des affections par les médecins sera plus proche de celle des experts que de celle du public.
- 3) Quelles affections seront reconnues par les médecins comme relevant de leur compétence ?
- 4) Le pronostic et l'évolution prévues par les médecins pour les affections présentées, ne seront pas conformes à ce qui est prévu par les experts.
- 5) Les médecins proposeront des traitements qui ne sont pas conformes à ceux recommandés par les experts.
- 6) Les causes évoquées par les médecins seront-elles les mêmes que celles des experts ?

## **CHAPITRE 3**

### **MÉTHODOLOGIE**

Dans cette partie seront présentés le devis, la technique d'échantillonnage, les caractéristiques de l'échantillon, le déroulement de l'enquête, les instruments utilisés, ainsi que la technique d'analyse.

## **1. LE DEVIS**

Il s'agit d'une étude de cas multiples, avec un seul niveau d'analyse. Ce type de devis a été choisi parce qu'il s'agit d'une étude exploratoire dont le but n'est pas une généralisation des résultats, mais plutôt une meilleure connaissance de la perception et de la recherche de solutions du public face à l'anxiété et à la dépression; ainsi qu'une appréciation de la compétence des médecins. Le choix du devis se justifie également par le caractère anthropologique de l'étude.

Dans cette étude l'accent est surtout mis sur la validité interne. Elle est assurée par des entrevues permettant de vérifier les hypothèses retenues, et par l'analyse qui consistera en la construction d'une explication à partir des observations faites sur l'ensemble des cas.

## **2. LA TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE**

L'étude s'est déroulée à Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. Elle a concerné deux groupes de personnes : 10 médecins généralistes et 10 femmes de la population générale. L'échantillon de la population a été restreint aux femmes parce qu'elles sont les plus touchées par l'anxiété et la dépression de l'avis de beaucoup d'auteurs, mais également parce qu'elles ont plus tendance que les hommes à reconnaître les problèmes psychiatriques, à en discuter avec d'autres personnes, et à se porter volontaires pour suivre un traitement (Goldberg et Huxley, 1980). Elles sont également plus susceptibles d'être aidantes naturelles pour d'autres personnes atteintes de troubles mentaux (Cook, 1988; Chafetz et Barness, 1989).

## **2.1 L'échantillon des femmes**

Dans le but de contrôler la langue et l'origine ethnique, nous avons retenu comme critères d'inclusion, l'appartenance à l'ethnie Mossi et le fait de parler le mooré. Les limites d'âge sont de 20 ans au moins et de 65 ans au plus. Cet échantillon est constitué de deux sous échantillons : un sous-groupe de cinq femmes scolarisées ayant le niveau du secondaire et un sous-groupe de cinq femmes peu ou pas scolarisées.

Le recrutement s'est fait en deux temps pour les femmes non scolarisées. Dans un premier temps, avec l'aide du personnel de la santé ou de certaines de nos connaissances, cinq femmes intéressées et susceptibles de répondre de façon satisfaisante aux questions ont été identifiées. Puis un entretien préliminaire a eu lieu avec elles à leur domicile, dans le but de les informer sur les objectifs de l'enquête et de déterminer les modalités pratiques de l'entrevue (jour, heure et lieu).

Les femmes scolarisées ont été recrutées directement à leur lieu de travail puis des rendez-vous ont été fixés avec elles pour l'entrevue.

Quand une femme ne répondait pas aux critères d'inclusion, qu'elle ne désirait plus participer ou était empêchée, nous lui demandions d'identifier une autre femme de son entourage qui la remplacerait. Nous avons effectué un remplacement dans chaque groupe.

## **2.2 L'échantillon des médecins**

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait dans les centres médicaux de la ville de Ouagadougou. Nous avons prévu de choisir un médecin dans chacun des huit centres médicaux de la ville. Ce nombre devait être complété à 10 avec un médecin de l'Office de santé des travailleurs et un médecin du centre de santé universitaire, afin de prendre en compte les médecins des travailleurs et des étudiants. Le médecin retenu était celui qui était disponible le plus tôt. Le premier recrutement a donné huit médecins, car

ceux de deux centres médicaux n'étaient pas disponibles. Nous les avons remplacé en effectuant un deuxième choix dans les six centres médicaux dans lesquels un premier médecin avait déjà été retenu.

Dans ce deuxième choix, nous avons tenu compte de la situation des centres médicaux et du nombre de médecins qui y travaillent. Cela nous a conduit à retenir les deux centres médicaux les plus périphériques et le centre médical le plus central de la ville, qui utilisent au moins trois médecins. Les deux médecins les plus rapidement disponibles ont été retenus, soit un au centre médical le plus central et un dans un des centres médicaux périphériques.

### **3. LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS**

Concernant l'échantillon des femmes, les caractéristiques portent sur l'âge, l'état matrimonial, le niveau scolaire, la profession, le revenu et la religion. Pour l'échantillon des médecins ce sont l'âge, le sexe, l'ancienneté et la religion.

#### **3.1 L'échantillon des femmes**

##### **3.1.1 L'échantillon des femmes scolarisées**

Dans cet échantillon, les femmes étaient âgées de 36 à 48 ans (voir tableau I).

**Tableau I**  
**Caractéristiques des femmes scolarisées**

No des femmes	Âge/ Années	Statut matrimonial	Niveau de scolarité	Profession	Revenu	Religion
1	36	Célibataire	Seconde	Enquêtrice de nutrition	Moyen	Catholique
2	36	Mariée	Troisième	Éducatrice de garderie	Moyen	Musulmane
3	48	Mariée	Seconde	Agent de bureau	Moyen	Catholique
4	40	Veuve	Première	Secrétaire	Moyen	Catholique
5	47	Célibataire	Troisième	Éducatrice de garderie	Moyen	Catholique

**N.B.** : Le premier niveau du secondaire comprend la sixième, la cinquième, la quatrième et la troisième et le deuxième niveau, la seconde, la première et la Terminale (Tle).

Sur le plan matrimonial, deux femmes étaient célibataires, une veuve et deux mariées. Elles appartenaient à quatre catégories professionnelles, soit une Enquêtrice en nutrition, deux éducatrices en garderie, une secrétaire et un agent de bureau. L'enquêtrice de nutrition travaille avec le personnel de santé, mais elle n'a pas reçu une formation médicale. Les femmes ayant le niveau d'étude du secondaire ont été choisies parce que la majorité des femmes ne dépasse pas ce niveau. Par rapport aux catégories salariales de la fonction publique Burkinabè, toutes les femmes appartenaient à la catégorie moyenne, avec cependant des différences de salaire en fonction du service. Dans ce sous-échantillon, on notait la présence d'une musulmane et de quatre catholiques.

### 3.1.2 L'échantillon des femmes non scolarisées

L'âge des femmes se situait entre 28 et 55 ans (voir Tableau II). Sur le plan matrimonial, trois étaient mariées, une veuve et la cinquième vivait en concubinage. Elles

appartenaient à trois catégories professionnelles soit une ménagère, trois femmes de ménage, la cinquième faisait du petit commerce. Ces femmes n'avaient bénéficié d'aucune scolarité ou n'avaient pas dépassé le niveau d'étude du primaire.

**Tableau II**  
**Caractéristiques des femmes non scolarisées**

No des femmes	Âge/ Années	Statut matrimonial	Niveau de scolarité	Profession	Revenu	Religion
1	38	Mariée	Néant	Ménagère	Faible	Musulmane
2	55	Veuve	Primaire 3	Petit commerce	Faible	Catholique
3	47	Mariée	Néant	Femme de ménage	Faible	Musulmane
4	40	Mariée	Néant	Femme de ménage	Faible	Musulmane
5	28	Concubinage	Primaire 5	Femme de ménage	Faible	Catholique

Elles avaient toutes de faibles revenus. Trois d'entre elles étaient musulmanes et deux catholiques.

### 3.2 L'échantillon des médecins

L'âge des médecins se situait entre 33 et 43 ans (voir Tableau III). Cet échantillon se composait de trois femmes et de sept hommes. Le nombre d'années de service variait de cinq à 13 ans. Sur le plan religieux, quatre d'entre eux étaient catholiques, un protestant, et cinq musulmans.

**Tableau III**  
**Caractéristiques de l'échantillon des médecins**

No	Âge	Sexe	Ancienneté/Années	Religion
1	43	M	13	Catholique
2	36,5	M	7	Catholique
3	43	M	14	Catholique
4	35	M	5	Musulman
5	36	M	6	Musulman
6	35	F	5	Musulmane
7	37	F	5	Catholique
8	33	F	6	Musulmane
9	40	M	11	Protestant
10	33	M	5	Musulman

#### 4. LES INSTRUMENTS

Deux instruments ont été utilisés pour l'entrevue (voir annexe II), l'un pour les médecins et l'autre pour les femmes. Ces instruments comprennent chacun deux parties. La première, commune aux deux, est constituée de cinq vignettes décrivant chacune un cas de deuil normal, un cas de trouble mixte anxiété-dépression, un cas d'anxiété généralisée, un cas d'épisode dépressif majeur, et un cas de trouble panique sans agoraphobie.

La deuxième partie de l'instrument s'adressant aux femmes est composée de neuf questions ouvertes ou semi-ouvertes portant sur la reconnaissance, la recherche d'aide, le pronostic et l'évolution, ainsi que sur les causes des cinq cas présentés dans les vignettes. La traduction du questionnaire en mooré a été faite à l'Institut national d'alphabétisation

du Burkina. La deuxième partie de l'instrument des médecins, comportait 10 questions ayant trait au diagnostic, à la prise en charge, à l'évolution, au pronostic, et aux causes.

Les vignettes ne représentent pas des cas réels. Elles ont été élaborées par l'étudiante à partir des critères DSM-IV (1996). Elles ont été validées par quatre psychiatres au Burkina Faso. La validation a consisté en des amendements individuels faits par les psychiatres. Les suggestions de modifications, qui étaient très peu nombreuses ont été prises en compte.

## **5. LE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE**

L'enquête a été réalisée au moyen d'entrevues menées en face-à-face par l'étudiante avec les médecins et les femmes.

### **5.1 L'enquête auprès des femmes**

L'étudiante s'est présentée aux femmes comme une étudiante de la santé. La durée moyenne de l'entrevue était d'environ une heure. Les entrevues étaient enregistrées lorsque les femmes étaient d'accord. Une femme scolarisée et deux non scolarisées ont refusé l'enregistrement. Dans ces cas, l'entrevue était plus longue et a duré environ une heure et demie, à cause de la prise de notes. Les entrevues étaient en français pour les scolarisées et en mooré pour les non-scolarisées. La retranscription des entrevues a été effectuée par l'étudiante. Pour les femmes non scolarisées, les entrevues ont eu lieu soit à leur domicile, soit à leur lieu de travail alors que pour les femmes scolarisées, elles ont toutes eu lieu au travail.

### **5.2 L'enquête auprès des médecins**

Tous les médecins savaient que l'étudiante avait une formation de médecin. La présentation a consisté à leur préciser que l'enquête concernait son mémoire de maîtrise

en santé communautaire. Les entrevues auprès des médecins ont eu lieu dans leurs bureaux de consultation et ont duré en moyenne une heure et 15 minutes. Elles étaient en français et ont toutes été enregistrées.

## **6. LA TECHNIQUE D'ANALYSE**

Dans un premier temps, une description du matériel recueilli pour chaque échantillon sera réalisée. Cette description se fera pour chaque affection en fonction de catégories préalablement établies. Dans chaque catégorie, un certain nombre de thèmes seront traités. Cette analyse consistera à faire ressortir, dans chaque échantillon, la tendance générale des réponses et d'en dégager les faits marquants. Les réponses des deux sous échantillons de femmes seront analysées ensemble en relevant les similitudes et les différences. Les résultats des femmes et des médecins seront discutés séparément, puis comparés par la suite.

La description des résultats des femmes se fera selon les catégories suivantes :

- la reconnaissance des cas, qui correspond à l'identification de ceux-ci comme étant morbide ou pas;
- le pronostic et l'évolution qui traiteront de la gravité, des facteurs de gravité, du mode évolutif, de la durée d'évolution et de la possibilité de guérison (la guérison correspond à la récupération de toutes les facultés d'avant la maladie);
- la recherche d'aide portera sur le comportement à adopter par la personne souffrant d'anxiété ou de dépression, et sur la nature de l'aide proposée;
- les causes incluront les facteurs déclenchants ou causaux.

L'analyse des données recueillies auprès des médecins comportera trois catégories :

- la compétence des médecins généralistes traitera du diagnostic, de la place qu'ils s'attribuent dans la prise en charge, ainsi que du contenu de cette prise en charge;
- l'évolution et le pronostic;
- et les causes.

## **DEUXIÈME PARTIE**

**CHAPITRE 4**  
**PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

## 1. LES RÉSULTATS DES FEMMES

### 1.1 L'état de deuil normal

*Cette femme de 40 ans a perdu son mari il y a deux mois. Depuis ce moment elle est triste et mange peu. Elle a maigri et n'a toujours pas recommencé à travailler. Elle dit avoir de la difficulté pour s'endormir et se plaint parfois de maux de tête. Elle dit être inquiète, car elle se demande si elle parviendra à oublier le décès de son mari et à reprendre une vie normale.*

#### 1.1.1 La reconnaissance

Deux femmes parmi les scolarisées ont déclaré que l'état de deuil normal est un état morbide. Elles ont utilisé les termes suivants pour le qualifier : «elle est malheureuse», «c'est une grande peur qui s'est transformée en anxiété». Pour les trois autres, c'est un choc affectif plutôt qu'une maladie.

Pour toutes les femmes non scolarisées, l'état de deuil normal n'est pas une maladie mais plutôt une réaction normale secondaire à un choc affectif. Une l'a assimilé au chagrin, une autre à des soucis et une troisième à la peur. Deux ne lui ont pas trouvé de nom.

Il existe une tendance chez les non-scolarisées plus que chez les scolarisées à considérer l'état de deuil normal comme un état morbide. En effet, toutes les femmes non scolarisées, comparativement à seulement trois femmes scolarisées, pensent qu'il ne s'agit pas d'une maladie. La tendance dominante pour l'ensemble des femmes est de considérer ce cas comme non morbide, car même parmi les scolarisées, une seule a utilisé un terme relatif à une maladie : «l'anxiété».

### 1.1.2 La recherche d'aide

Une femme parmi les scolarisées a trouvé qu'une consultation médicale n'était pas utile. Les quatre autres pensent que le professionnel de santé ne peut apporter qu'une aide momentanée, en traitant les symptômes tels l'insomnie et les céphalées. La prière a été retenue comme étant la meilleure solution. Elle doit être associée à l'évitement de la solitude, par la recherche d'un réconfort auprès des parents et des amis selon trois femmes, au traitement du psychiatre pour la quatrième et à la prise en charge par le médecin généraliste pour la cinquième.

Parmi les femmes non scolarisées, trois estiment que le professionnel<sup>3</sup> de santé ne peut apporter aucune aide parce qu'il ne peut pas faire oublier le décès qui relève de la volonté de Dieu, parce qu'il ne s'agit pas d'une maladie, et parce que les soucis n'ont pas de médicament. Deux avaient une position plus nuancée; pour l'une, le professionnel de santé peut aider à obtenir une récupération plus rapide, tandis que pour l'autre, il sera nécessaire de le consulter si la récupération ne se fait pas rapidement. Comme meilleure aide, quatre recommandent la prière, les conseils et le soutien de l'entourage, ainsi que l'évitement de la solitude. Le choix de la prière est justifié par l'idée que la mort et la vie relèvent de la volonté de Dieu, et donc lui seul en détient la solution. Une seule estime que les conseils seuls suffiront.

Quatre femmes scolarisées contre deux non scolarisées sont en faveur d'une intervention du professionnel de santé. Il ressort que son aide est limitée au traitement symptomatique et qu'il est impuissant devant le problème de fond. La prière, les conseils et le soutien de l'entourage constituent par conséquent la solution la meilleure pour la majorité.

---

<sup>3</sup> Le professionnel de santé représente le personnel de santé capable de traiter des patients souffrant d'anxiété ou de dépression, c'est-à-dire les médecins généralistes, les infirmiers spécialisés en psychiatrie, les psychologues et les psychiatres.

### 1.1.3 L'évolution et le pronostic

Pour les non-scolarisées, une amélioration sera obtenue sur des durées variant de deux mois à un an. De l'avis des scolarisées, cette durée varie de six mois à deux ans. Le facteur qui influe positivement sur l'évolution est le soutien moral de l'entourage pour les 10 femmes. Deux femmes scolarisées ont en plus évoqué la personnalité de l'intéressée, la nature des relations entre les deux conjoints et les circonstances du décès, c'est-à-dire si celui-ci avait été brutal ou non.

L'état de deuil normal est considéré comme étant grave par trois femmes dans chaque groupe, parce qu'il constitue un choc affectif important qui change complètement la vie de l'individu. Deux femmes dans chaque sous-groupe estiment la récupération totale possible; les autres pensent que l'oubli total est impossible.

S'il y a absence totale de soutien, cet état persisterait plusieurs années selon toutes les femmes. Une femme non scolarisée a ajouté que la vie de l'intéressée pourrait raccourcir ou que l'évolution se ferait vers la folie.

On constate que les durées d'évolution sont plus courtes chez les non-scolarisées. Les facteurs qui influent sur l'évolution sont semblables à quelques différences près. La majorité des femmes, soit six à raison de trois dans chaque groupe, considèrent que l'état de deuil normal est grave. La récupération totale est possible de l'avis de deux femmes dans chaque groupe.

### 1.1.4 Résumé

La variation la plus importante dans la perception de l'état de deuil normal, entre les scolarisées et les non-scolarisées, se situe au niveau de la reconnaissance et de la recherche d'aide. En effet, pour toutes les non-scolarisées et seulement trois scolarisées,

l'état de deuil normal ne constitue pas une maladie. Par ailleurs beaucoup plus de scolarisées que de non-scolarisées acceptent le traitement moderne.

## 1.2 Le trouble mixte anxiété-dépression

*Cette femme de 35 ans est triste depuis un mois. Elle dit qu'elle se réveille souvent la nuit et n'arrive plus à s'endormir jusqu'au matin. Elle s'énerve pour peu de chose. Il lui arrive de pleurer. Quand on lui demande pourquoi, elle répond qu'elle a l'impression que quelque chose de grave va lui arriver. Elle n'arrive pas à se concentrer au travail. Elle pense que tout ce qu'elle entreprendra aboutira à un échec.*

### 1.2.1 La reconnaissance

Trois femmes scolarisées ont identifié ce cas comme étant morbide. À leur avis, il s'agit d'un état de possession par des génies (*kinkirgas*) provoqué par un sort jeté à la personne, un état de possession initial par les génies, ou une maladie mentale causée par le diable. Les deux autres l'ont assimilé plutôt à du pessimisme ou à une situation causée par un problème non résolu.

Ce cas n'est considéré comme morbide que par deux femmes non scolarisées qui l'ont assimilé à la peur appelée *yesgo* ou à un état de tristesse, *soun ka nomé*. Pour les trois autres, il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un état de grande tristesse selon deux appelé *sounsanga*; la troisième croit à un cas de possession par le diable.

On constate qu'un peu plus de scolarisées que de non-scolarisées identifient ce cas à une maladie. Par ailleurs, la façon de qualifier la maladie est différente. Alors que les non-scolarisées l'assimilent à la peur et à la tristesse, les scolarisées évoquent plutôt un état de possession par des forces mystiques. On se serait attendu à ce que ce soit l'inverse. Un autre fait remarquable est que la tristesse est considérée comme morbide par certaines

femmes non scolarisées et non morbide par d'autres. Dans le même groupe, il existe également une différence dans la reconnaissance de ce cas.

### 1.2.2 La recherche d'aide

La meilleure aide selon quatre femmes scolarisées est la prière. L'appui d'un médecin est recommandé en plus par trois d'entre elles. La quatrième propose en plus de la prière, la reprise de confiance en soi ainsi que l'oubli avec l'aide des amies. Une des femmes a justifié le choix de la prière par le fait que «c'est Dieu qui éclaire le médecin pour qu'il puisse soigner». La cinquième a retenu le tradithérapeute comme solution. Quatre femmes non scolarisées recommandent la prière associée aux conseils. La cinquième pense que les conseils seuls suffiront.

La nécessité du professionnel de santé est reconnue par trois femmes scolarisées. Deux d'entre elles pensent qu'il aidera la personne à comprendre son mal, qu'il apportera un soutien et prescrira des médicaments. Pour la troisième, son action se limiterait au traitement de l'insomnie. Par contre les deux autres estiment qu'il ne peut rien, parce que selon une le mal n'est pas physique, et pour l'autre il relève de la compétence d'un tradithérapeute. Quatre femmes non scolarisées sont de cet avis et justifient leur réponse par le fait qu'il ne s'agit pas d'un mal physique. Pour la cinquième le professionnel de santé peut soulager certains symptômes, mais il ne peut pas vraiment soigner.

La prière constitue la prise en charge de choix dans les deux groupes. Contrairement à nos attentes c'est dans le groupe des scolarisées que l'état de possession et le tradithérapeute ont été recommandés. Concernant le professionnel de santé, les non-scolarisées plus que les scolarisés recommandent son aide. En effet, quatre femmes non scolarisées contre deux scolarisées pensent qu'il ne peut rien. Sur l'ensemble des femmes celles qui proposent son aide lui confèrent cependant un pouvoir limité.

### 1.2.3 L'évolution et le pronostic

Quatre femmes scolarisées croient en une évolution favorable du trouble mixte anxiété-dépression avec la possibilité de récupérer totalement. Cela prendrait entre six mois à deux ans pour trois d'entre elles. Selon la cinquième, la personne ne pourra plus «redevenir comme avant».

Toutes les femmes non scolarisées par contre pensent que la récupération totale est possible et croient qu'elle dépend de la volonté de Dieu. Une d'elles a évoqué en plus la personnalité de l'intéressée.

Quatre femmes scolarisées ont estimé que cet état persisterait toute la vie sans aucune prise en charge. Pour la cinquième et toutes les femmes non scolarisées, l'évolution sans traitement se ferait vers la folie.

Le trouble mixte anxiété-dépression est considéré comme grave par quatre femmes scolarisées. La gravité est liée au fait que cet état constitue un frein à la vie de l'intéressée, qu'il peut évoluer vers la folie, qu'il relève du diable, et que la personne ne pourra plus être comme les autres. Une seule a qualifié ce cas de «pas trop grave car la personne peut récupérer».

Pour trois femmes non scolarisées, le trouble mixte anxiété dépression est grave pour les mêmes raisons évoquées par les scolarisées. Les deux autres estiment que ce n'est pas grave (une pense que perdre son conjoint est plus grave et la deuxième estime que cela fait partie de la vie).

Les différences entre les deux groupes sont légères. En effet, toutes les femmes non scolarisées contre quatre femmes scolarisées croient en la récupération complète, et quatre scolarisées contre trois non-scolarisées pensent que c'est grave.

#### 1.2.4 Les causes

Plusieurs causes sont rattachées au trouble mixte anxiété dépression par les scolarisées. Ce sont par ordre de fréquence décroissante : les conflits dans les relations interpersonnelles c'est-à-dire conjugales (conjoint et co-épouses), fraternelles ou professionnelles; la mauvaise conduite de sa progéniture; les échecs tels que les déceptions sentimentales et professionnelles; la possession par les génies ou le diable; les problèmes de santé en particulier la stérilité; ainsi que le deuil, c'est-à-dire le décès d'une personne chère. Les non-scolarisées ont évoqué les mêmes causes avec en plus la pauvreté, qui représente la différence entre les deux groupes.

#### 1.2.5 Résumé

Les variations les plus importantes entre les deux groupes se situent au niveau de la reconnaissance et du rôle du professionnel de santé. Le trouble mixte est perçu comme une maladie pour plus de scolarisées que de non-scolarisées soit, trois scolarisées contre deux non-scolarisées. Par ailleurs cette maladie est assimilée à la peur et à la tristesse par les non-scolarisées alors qu'elle correspond à un état de possession pour les scolarisées. Enfin, les scolarisées sont plus en faveur du traitement moderne que les non-scolarisées, soit trois scolarisées pour une non-scolarisée.

### 1.3 L'anxiété généralisée

*Voici une jeune femme de 30 ans qui, depuis six mois, s'inquiète beaucoup pour son travail et sa famille. Elle pense que son patron risque de la chasser parce qu'il lui fait beaucoup de remarques sur ce qu'il lui demande de faire. Quand un de ses enfants est malade, elle pense que le pire va arriver. La plupart du temps, elle est agitée et se plaint de fatigue. Elle continue à s'occuper de sa famille mais s'énerve pour des choses qui n'en valent pas la peine. Elle oublie souvent ce qu'on lui dit et a de la difficulté à s'endormir.*

### 1.3.1 La reconnaissance

Deux femmes scolarisées considèrent l'anxiété généralisée comme un état morbide qu'elles ont appelé «angoisse» et «anxiété». Trois ont déclaré que c'était plutôt une souffrance morale, un état d'inquiétude, et un trait de caractère dû à l'immaturité.

Toutes les non-scolarisées ont estimé que le cas d'anxiété généralisée n'était pas une maladie. Selon trois, il s'agit d'un trait de caractère avec lequel certaines personnes naissent. Ces gens sont qualifiés de peureux ou *nède soun yesdé*. Pour la quatrième, il peut s'agir d'un trait de caractère ou une d'une maladie. La cinquième pense qu'il s'agit de soucis appelés *taxego*.

Le fait marquant est le caractère non morbide attribué à ce cas par toutes les non-scolarisées contre trois scolarisées. D'autre part quatre non-scolarisées contre une seule scolarisée l'ont considéré comme un trait de caractère.

### 1.3.2 La recherche d'aide

La prière a été retenue comme le meilleur recours par trois femmes scolarisées. Elle doit être associée au soutien de l'entourage selon deux d'entre elles. Les deux autres recommandent le traitement du médecin généraliste et le soutien de l'entourage.

Quatre femmes non scolarisées recommandent la recherche d'aide auprès de l'entourage. Deux d'entre elles ont en plus recommandé la prière. Pour la cinquième, la prière seule est suffisante.

Trois femmes scolarisées estiment que le professionnel de santé ne peut effectuer qu'un traitement symptomatique. Les deux autres ont jugé qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours à lui. Quatre femmes non scolarisées étaient du même avis parce que, selon elles, «ce n'est pas une maladie», «la personne est née comme ça», «l'inquiétude ne peut pas être soignée». Pour la cinquième, «il peut juste aider avec des somnifères».

Le soutien de l'entourage est identifié comme une aide par la quasi totalité des femmes. Elle doit être associée à la prière selon trois femmes dans chacun des groupes. Le rôle du professionnel de santé reste limité au traitement symptomatique. Le traitement moderne est plus recommandé par les scolarisées que par les non-scolarisées.

### 1.3.3 L'évolution et le pronostic

Selon l'ensemble des femmes scolarisées, la récupération totale de l'anxiété généralisée survient toujours avec une bonne prise en charge. Trois la prévoient sur des durées variant de deux mois à un an, la quatrième propose trois à quatre ans. Pour la cinquième cette évolution se ferait sur environ cinq ans au fur et à mesure que la personne deviendra mature et avec l'aide des conseils.

Trois femmes non scolarisées pensent que la récupération totale est difficile étant donné qu'il s'agit d'un trait de caractère. Une juge cela possible en six mois à un an par la prière. La cinquième croit que cet état disparaîtra progressivement au fil des ans et avec l'acquisition d'une certaine expérience de la vie.

Dans le groupe des scolarisées, l'évolution spontanée pourrait se faire vers la folie pour deux personnes, très lentement vers l'amélioration selon deux autres et vers le repli sur soi pour la cinquième. Chez les non-scolarisées, sans aucune aide, une seule estime que cet état peut évoluer vers un état proche de la folie tandis que pour les autres il persistera plusieurs années ou même toute la vie.

Trois femmes scolarisées estiment que ce cas est grave, parce que selon deux il constitue un handicap ayant des répercussions négatives sur la vie de l'intéressée, alors que la troisième évoque le fait que c'est difficile à traiter. Les deux autres pensent que ce cas est d'une moindre gravité car la personne va progressivement y remédier.

Selon trois femmes non scolarisées, l'anxiété généralisée constitue une situation grave, parce que pouvant avoir des répercussions sur la vie professionnelle (licenciement) ou sur la santé. Pour la quatrième, la gravité varie en fonction des individus. La cinquième a estimé que ce cas ne pouvait pas être étiqueté comme grave, car il ne peut pas évoluer vers la maladie.

La différence entre les deux groupes réside au niveau de la récupération totale qui survient toujours pour toutes les scolarisées, alors que seulement deux non-scolarisées y croient. Les scolarisées sont, à l'opposé, plus pessimistes quant à l'évolution sans traitement que les non-scolarisées. Plus de la moitié, soit trois femmes dans les deux groupes, confèrent à l'anxiété généralisée une certaine gravité liée aux répercussions négatives qu'elle peut avoir sur la vie de l'intéressé(e).

#### 1.3.4 Les causes

L'anxiété généralisée, de l'avis des scolarisées serait causée surtout par les problèmes de santé, tels la stérilité et les accouchements difficiles, mais aussi par les conflits dans les relations interpersonnelles. Le deuil et le trait caractériel ont également été cités.

Deux grandes causes sont incriminées par les non-scolarisées. Le trait caractériel est cité par quatre femmes. Les autres causes sont les problèmes conjugaux, la mauvaise conduite de sa progéniture et les chocs affectifs : un décès ou une grande frayeur.

#### 1.3.5 Résumé

Les variations les plus importantes entre les deux groupes se retrouvent au niveau de la reconnaissance, de la récupération et des causes. Pour toutes les non-scolarisées, l'anxiété généralisée n'est pas une maladie contre trois scolarisées. Il existe une différence entre scolarisées et non-scolarisées concernant la récupération. La principale cause chez

les non-scolarisées, est le trait de caractère alors que les scolarisées privilégient les difficultés de la vie.

#### 1.4 L'épisode dépressif majeur

*Voici une jeune femme de 35 ans qui, presque tous les jours depuis un mois, est triste et ne s'intéresse plus à rien. Elle n'arrive même plus à s'occuper de sa famille. Elle est toujours assise dans un coin, indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Elle mange très peu et a maigri. Elle ne dort pas la nuit, elle parle lentement et peu contrairement à son habitude. Elle ne travaille pas mais se plaint de fatigue. On a l'impression qu'elle est toujours ailleurs quand on lui parle. Elle dit qu'elle a marre de vivre. Elle pense que sa vie est inutile et qu'il vaudrait mieux qu'elle y mette fin.*

##### 1.4.1 La reconnaissance

Quatre femmes scolarisées ont assimilé ce cas à un état morbide, plus spécifiquement à une maladie mentale qu'elles ont appelée souffrance morale, folie douce et état de possession par les génies appelés *zins*<sup>4</sup>. La cinquième a qualifié ce cas de non morbide.

Parmi les non-scolarisées, deux femmes assimilent l'état dépressif majeur à la folie ou *guemdo*. Pour les trois autres, ce n'est pas une maladie mais plutôt un état de grande tristesse appelé *sounsanga*. Elles expliquent ce point de vue par le fait que le mal n'est pas physique. Une d'elles a ajouté que c'est la personne elle-même qui s'est rendue malade par des pensées négatives.

---

<sup>4</sup> Les *zins* constituent une famille de génies qui seraient plus destructeurs que les *kinkirgas*.

On constate la tendance chez les scolarisées plus que chez les non-scolarisées à considérer l'état dépressif majeur comme une maladie, soit une différence de deux personnes. La tendance dominante chez les non-scolarisées est de le considérer comme un état de tristesse. Le terme «folie» est cependant majoritairement utilisé dans les deux groupes par celles qui assimilent ce cas à un état morbide.

#### 1.4.2 La recherche d'aide

Toutes les femmes, dans les deux groupes, sont unanimes sur le fait qu'une personne souffrant d'un état dépressif majeur ne peut rien entreprendre d'elle-même et que c'est à l'entourage de prendre des initiatives. Le meilleur recours reste la prière pour trois femmes scolarisées. Elle sera associée au traitement du psychiatre qui va «aider par des médicaments pour que la prière soit plus efficace» selon une d'elles et à la meilleure amie pour une autre. Le psychiatre est recommandé seul par la quatrième et le tradithérapeute par la cinquième.

Deux femmes non scolarisées recommandent le tradithérapeute. Pour les trois autres, la meilleure aide est la prière. Une de celles qui recommandent la prière pense qu'aucun résultat positif ne peut être obtenu sans que Dieu ne l'ait ordonné.

Deux femmes scolarisées, estiment que le professionnel de santé doit être consulté parce que ce cas se rapproche de la folie. Trois par contre, ont trouvé que cela n'était pas nécessaire, parce que la médecine moderne ne peut pas soigner les affections causées par les génies, parce que cette femme souffre d'une folie douce et n'est pas agitée, et parce que ce n'est pas une maladie. Les non-scolarisées qui ont proposé le traitement traditionnel estiment que le professionnel de santé ne peut rien faire pour cette femme qui est possédée par les génies. Deux de celles qui recommandent la prière pensent qu'il peut aider en prescrivant des médicaments.

La prière demeure le traitement de choix. Elle est proposée par trois femmes dans les deux groupes. Le tradithérapeute se place en deuxième position; il est recommandé par deux non-scolarisées et une scolarisée. Le traitement médical reste un complément; il est accepté par deux femmes dans chaque groupe.

#### 1.4.3 L'évolution et le pronostic

Parmi les scolarisées, la récupération totale serait impossible pour trois qui pensent que, quelque soit le type de prise en charge, l'évolution se fera sur plusieurs années ou même toute la vie. La récupération est possible pour les deux autres.

Chez les non-scolarisées, quatre estiment qu'avec une bonne prise en charge la récupération totale peut être obtenue. La cinquième pense que l'évolution peut se faire vers la guérison chez certains et vers la chronicité chez d'autres.

Toutes les scolarisées pensent que, sans aucune aide, le suicide serait l'issue à prévoir. Trois non-scolarisées prévoient le suicide comme issue et deux ne se sont pas prononcées.

La gravité de l'état dépressif majeur est unanimement affirmée par toutes les femmes. En plus du risque de suicide qui la justifie, sont mentionnés l'importance du handicap qu'il constitue, parce que l'intéressée ne peut rien décider d'elle-même, ainsi que le risque d'évolution vers la folie. Les non-scolarisées sont un peu plus optimistes quant à la possibilité de récupérer que les scolarisées.

#### 1.4.4 Les causes

De l'avis des scolarisées l'état dépressif majeur serait dû aux difficultés de la vie, c'est-à-dire les déceptions, sentimentales surtout et les conflits dans les relations

interpersonnelles. Il peut être également provoqué par les génies et les démons qui profiteraient d'une période de faiblesse pour investir la personne selon deux femmes.

Les causes les plus fréquemment évoquées par les non-scolarisées sont les difficultés dans les relations interpersonnelles, les problèmes conjugaux surtout, puis les difficultés économiques, en l'occurrence le dénuement total. Viennent ensuite les échecs dans la vie, le deuil et l'hérédité. Dans l'ethnie Mossi, on pense que les idées suicidaires et le suicide sont des maux qui existent dans certaines familles, et qui se transmettent de génération en génération. Les génies sont également mentionnés par deux femmes.

L'action des forces maléfiques (génies et démons) est présente dans les mêmes proportions dans les deux groupes. Cependant, les non-scolarisées citent le dénuement total et l'hérédité qui ne sont pas évoqués par les scolarisées.

#### 1.4.5 Résumé

On constate des variations peu importantes entre scolarisées et non-scolarisées au niveau de la reconnaissance et de certaines causes. En effet, l'état dépressif majeur est beaucoup plus un état de tristesse pour les non-scolarisées alors qu'il est plutôt perçu comme une maladie par les scolarisées. Il peut être causé par le dénuement et l'hérédité selon les non-scolarisées alors que ces causes ne sont pas citées par les scolarisées.

### 1.5 Le trouble panique sans agoraphobie

*Ce jeune homme de 25 ans a été amené aux urgences médicales parce qu'il a présenté une crise très soudaine. En l'espace de dix minutes, il a présenté des palpitations, des tremblements dans tout le corps, une sensation d'étouffement, et des vertiges. Il s'est également plaint d'une impression d'évanouissement et avait peur de mourir. Cette crise est la quatrième. La dernière fois qu'il a eu une crise, il est resté pendant six semaines dans la crainte d'avoir d'autres crises, d'avoir une crise cardiaque et d'en mourir, si bien que son entourage le trouvait craintif et préoccupé.*

### 1.5.1 La reconnaissance

Toutes les femmes ont qualifié ce cas de morbide. Selon trois scolarisées, il s'agit de la peur de la mort. Pour les deux autres, c'est une maladie physique. Deux femmes non scolarisées pensent que le trouble panique est une maladie mentale due à la peur appelée *pélengyikri*. Pour les trois autres, il s'agit d'une maladie physique qu'une d'elle a assimilé à des évanouissements ou *nisobga*. Le trouble panique constitue une maladie pour l'ensemble des femmes. Il est cependant plus mental pour les scolarisées que pour les non-scolarisées.

### 1.5.2 La recherche d'aide

De l'avis des 10 femmes, ce cas nécessite une consultation médicale. Selon les scolarisées, le médecin constitue la meilleure aide pour la crise, car il va rassurer le patient et l'aider à surmonter sa peur de la mort. Le médecin n'est cependant recommandé seul que par une femme. Trois pensent que son action doit être associée à la prière après la crise. La cinquième propose en plus un traitement traditionnel.

Deux femmes non scolarisées estiment que le médecin constitue la meilleure aide. Selon deux autres, c'est la prière, qui peut être associée au fétiche<sup>5</sup> du village selon une d'elle. De l'avis de la cinquième, seule la mort peut délivrer de ce mal car le traitement médical ne peut soigner que la crise.

Même si toutes les femmes recommandent un traitement médical pour ce cas, beaucoup pensent qu'il ne peut solutionner que la crise et qu'il est inefficace sur le problème de fond. La prière est encore considérablement recommandée et le traitement

---

<sup>5</sup> Le fétiche du village est un objet, un animal, un végétal ou un minéral chargé d'un pouvoir surnaturel bénéfique. Il est vénéré par tous les habitants du village et fait partie des thérapeutiques traditionnelles.

traditionnel est proposé par une femme dans chaque groupe. On constate également la tendance à associer plusieurs types de thérapeutique.

### 1.5.3 L'évolution et le pronostic

Selon trois femmes scolarisées, l'amélioration est possible mais la récupération complète est impossible. Une d'elles pense que la guérison d'une telle affection ne peut que relever d'un miracle. Selon les deux autres, la récupération est possible. La durée d'évolution n'est précisée que par trois femmes qui l'évaluent à trois mois, un ou deux ans ou plusieurs années.

De l'avis de quatre femmes non scolarisées, le trouble panique sans agoraphobie peut évoluer favorablement; une seule a évalué sa durée avec une bonne prise en charge à environ une année. Il en est de même pour la guérison qu'elles estiment possible, mais là encore une seule la prévoit après trois ans de traitement. La cinquième pense qu'il s'agit d'un état qui peut s'améliorer mais qui va persister toute la vie.

De l'avis de trois femmes dans chaque groupe, l'évolution sans traitement sera chronique. Elle se ferait vers la folie selon une scolarisée et vers le décès pour deux non-scolarisées et une scolarisée.

Toutes les femmes scolarisées considèrent que le trouble panique sans agoraphobie est une maladie grave. Deux attribuent cette gravité à la difficulté du traitement. Selon deux autres, la gravité tient au fait qu'il s'agit d'une affection physique qui peut entraîner le décès. Pour la cinquième, la peur peut conduire à la déraison; elle a donné l'exemple d'un collègue de service qui a vendu tout ce qu'il possédait parce qu'il pensait être atteint par le sida.

Trois femmes non scolarisées pensent que le trouble panique est un état grave. Une d'elle lie cette gravité au handicap qu'il constitue; pour les deux autres, il s'agit d'une

maladie qui peut provoquer le décès. La quatrième estime que ce n'est pas grave parce que la guérison est possible. Selon la cinquième, seule le médecin pourra déterminer le degré de gravité de ce trouble.

Le trouble panique sans agoraphobie représente une maladie grave pour la majorité des femmes dans les deux groupes. Les non-scolarisées sont toutefois plus optimistes concernant la guérison que les scolarisées. Il ressort que cette affection est perçue de façon générale comme une affection chronique et que la guérison semble incertaine, même si elle est jugée possible.

#### 1.5.4 Les causes

Plusieurs causes sont reliées au trouble panique sans agoraphobie par les scolarisées. Ce sont les difficultés de la vie tels les conflits interpersonnels et les échecs, l'hérédité, les causes organiques surtout les affections incurables ou évoluant sur de longues périodes (asthme, affection cardiaque, sida, cancer), mais également les démons que l'on ferait agir par le biais de la sorcellerie.

Chez les non-scolarisées, deux personnes évoquent la peur. Une pense que c'est une maladie avec laquelle on naît. La quatrième croit qu'il s'agit d'un sort jeté à l'intéressée par l'intermédiaire du diable. La cinquième estime que seul Dieu connaît la cause de cette maladie.

Les causes citées dans les deux groupes présentent des similitudes. On constate cependant, l'absence de différenciation entre la maladie et sa cause chez les non-scolarisées. En effet, la peur est évoquée aussi bien comme cause que pour identifier la maladie. Par ailleurs, les causes physiques ne sont pas mentionnées par les non-scolarisées, même si elles attribuent une nature physique à l'affection. Les forces mystiques sont incriminées dans les mêmes proportions dans les deux groupes.

### 1.5.5 Résumé

En résumé, une légère différence se retrouve au niveau de la reconnaissance. En effet, le trouble panique sans agoraphobie est d'origine mentale pour trois scolarisées contre deux non-scolarisées. Les scolarisées sont aussi plus pessimistes quant à la récupération que les non-scolarisées.

## 2. LES RÉSULTATS DES MÉDECINS

### 2.1 L'état de deuil normal

#### 2.1.1 La compétence des médecins

Neuf médecins sur dix pensent que l'état de deuil normal est une maladie mentale. Les diagnostics de dépression, d'anxiété, d'angoisse et de trouble psychosomatique ont été retenus (voir Tableau IV).

**Tableau IV**

**Diagnostic des médecins concernant l'état de deuil normal**

Diagnostic		Nombre de médecins
Anxiété		3
Angoisse		1
Trouble psychosomatique		1
Dépression	Sur fond d'anxiété	2
	Épisode transitoire	2
Anxiété normale		1
<b>Total</b>		<b>10</b>

Tous les médecins estiment avoir la compétence nécessaire pour prendre en charge ce cas. Cependant, trois préfèrent le référer à un spécialiste, un à un infirmier spécialiste, un autre à un psychologue, le troisième à un psychiatre. Ces trois médecins justifient leur position par le fait qu'ils sont peu disponibles et moins compétents que les spécialistes.

Pour les dix médecins, le traitement comportera une psychothérapie consistant en des conseils ainsi que la prise d'anxiolytiques. En plus de cela, un préconise la relaxation par le sport, un autre recommande l'aide d'un groupe de prière, deux pensent qu'il faut associer la famille à cette prise en charge.

### 2.1.2 L'évolution et le pronostic

Au nombre des facteurs pouvant influencer sur l'évolution, sont cités par ordre de fréquence décroissante, la personnalité de l'intéressée, la compétence du médecin et le soutien de l'entourage.

Le pronostic est jugé bon par tous les médecins si la prise en charge est bien conduite et l'évolution pourrait être favorable après des délais variant de deux mois à un an. Pour ce qui est de récupérer complètement, neuf estiment cela possible. Le dixième pense que cela est difficile.

Sans prise en charge, l'évolution sera plus longue et pourrait même s'étendre sur toute la vie, comme l'ont souligné six médecins. Pour quatre autres, cela pourrait se faire vers un état dépressif avec risque de suicide.

### 2.1.3 Résumé

L'état de deuil normal ayant été méconnu par une forte majorité de médecins, la conduite à tenir qu'ils recommandent est par conséquent inadéquate. Le pronostic est jugé bon mais l'évolution favorable selon eux nécessite absolument un traitement.

## 2.2 Le trouble mixte anxiété-dépression

### 2.2.1 La compétence des médecins

Tous les médecins pensent que le trouble mixte est une affection mentale. Les diagnostics posés sont très variables mais on peut les subdiviser en quatre sous-groupes qui sont l'anxiété, la dépression, l'angoisse et la mélancolie (voir Tableau V).

**Tableau V**

#### **Diagnostic des médecins concernant le trouble mixte Anxiété-dépression**

<b>Diagnostic</b>		<b>Nombre de médecins</b>
Angoisse sur fond de dépression		1
Anxiété	Anxiété	1
	Anxiété sévère	1
Dépression	Début de dépression	1
	État pseudo-dépressif	1
	Dépression	4
Mélancolie		1
<b>Total</b>		<b>10</b>

En plus de la prise en charge médicale recommandée par tous les médecins, trois proposent la recherche de conseils auprès de l'entourage et un estime qu'un changement momentanée de milieu aiderait à la récupération.

Huit médecins estiment être en mesure de faire le diagnostic mais pas de conduire une prise en charge. Ils justifient ce point de vue par le fait que ce cas est sérieux, que le généraliste est moins disponible et qu'il n'a pas une formation assez solide pour cela.

Parmi ces huit médecins, deux conseillent un psychiatre ou un psychologue, deux autres seulement un psychiatre, deux, un psychiatre ou un infirmier spécialisé, un, un psychologue et le huitième un généraliste qui sait manipuler les antidépresseurs. Cinq sur ces huit médecins proposent une préparation à la consultation de psychiatrie et la prescription d'un anxiolytique avant de référer et trois préfèrent la référence directe.

À l'opposé, deux médecins pensent que le généraliste est compétent et indiqué pour prendre en charge ce cas. Comme traitement, ils prévoient une psychothérapie incluant la recherche de la cause et des anxiolytiques. Ils envisagent référer la patiente à un spécialiste, s'il n'y a pas d'amélioration après en moyenne un mois de suivi.

### 2.2.2 L'évolution et le pronostic

Un certain nombre de facteurs ont été identifiés par les médecins comme étant déterminants dans la prise en charge. Ce sont sa qualité selon tous ainsi que la personnalité du malade selon deux.

Le pronostic est bon de l'avis de neuf médecins. Le dixième estime que la récupération totale est impossible. Les durées de récupération proposées varient d'un mois à deux ans; la majorité propose deux à trois mois.

Sans prise en charge, sept médecins pensent que cet état évoluerait vers la dépression, deux prévoient la chronicité ou la dépression. Le dixième croit que l'amélioration est possible juste avec des conseils.

### 2.2.3 Les causes

Les causes du trouble mixte anxiété-dépression citées sont, par ordre de fréquence décroissante, les déceptions sentimentales et les conflits dans les relations interpersonnelles (conjugales, familiales et professionnelles), les pertes d'emploi et le

chômage, les difficultés économiques, les problèmes de santé (la stérilité en particulier) et le deuil. Certaines causes sont spécifiques à certaines populations; ce sont les difficultés scolaires chez les élèves et les étudiants (échecs, crainte des examens, surmenage) et le manque d'affection chez les orphelins et les enfants abandonnés.

#### 2.2.4 Résumé

La majorité des médecins, soit sept, a confondu le trouble mixte avec la dépression. Ils lui associent un bon pronostic, à condition qu'il bénéficie d'un bon traitement et la récupération totale est jugée possible par la majorité.

Huit médecins préfèrent référer ce cas à un spécialiste et trois d'entre eux comptent le faire sans aucune préparation. Seulement deux médecins estiment être en mesure de prendre en charge ce cas. Ils proposent une psychothérapie et des anxiolytiques.

Les causes peuvent se résumer sous le terme de problèmes psychosociaux et environnementaux.

### **2.3 L'anxiété généralisée**

#### 2.3.1 La compétence des médecins

De l'avis de tous les médecins, l'anxiété généralisée est une maladie mentale pour laquelle ils retiennent les diagnostics d'anxiété, d'angoisse, de névrose et de dépression (voir Tableau VI).

Tableau VI

## Diagnostic des médecins concernant l'anxiété généralisée

Diagnostic		Nombre de médecins
Névrose		2
Angoisse		2
Anxiété		4
Dépression	Début de dépression	1
	Dépression	1
<b>Total</b>		<b>10</b>

Comme conduite à tenir devant ce trouble, neuf médecins pensent que la personne devrait rechercher des conseils auprès de son entourage (parents, amis et patron ), accepter le fait d'être malade puis aller en consultation. De l'avis de la dixième la cause est un problème non résolu que la personne doit solutionner elle-même.

Le médecin généraliste est indiqué et compétent selon huit médecins pour prendre en charge ce cas, parce qu'il est d'une gravité modérée et peut être traité en ambulatoire, mais également parce que les spécialistes sont en nombre insuffisant et leur consultation est mal acceptée par les patients. Les deux autres médecins estiment que seul le diagnostic est à la portée du médecin généraliste, le traitement devant être confié à un psychiatre.

Les huit médecins qui estiment pouvoir traiter ce cas proposent la psychothérapie et les anxiolytiques. Pour quatre d'entre eux, les anxiolytiques ne seront prescrits que si la psychothérapie toute seule s'avère inefficace après une à trois semaines de suivi.

### 2.3.2 L'évolution et le pronostic

Tous les médecins pensent que le pronostic est bon, si le patient bénéficie d'une bonne prise en charge. La récupération complète interviendra sur des périodes variant de un mois à un an, la fourchette de trois mois à un an étant la plus retenue. Trois médecins ne se sont pas prononcés sur la durée, estimant qu'il y avait une personnalité anxieuse sous-jacente, si bien que les rechutes étaient à prévoir. Sans aucune aide, sept pensent que l'évolution se ferait vers la dépression. Pour les trois autres, elle sera plus longue.

### 2.3.3 Les causes

Les causes de l'anxiété généralisée évoquées par ordre de fréquence décroissante sont les conflits dans les relations interpersonnelles, les déceptions sentimentales, les difficultés scolaires, les problèmes de santé, les pertes d'emploi, y compris le chômage, et enfin les difficultés économiques. La faiblesse de caractère est citée par trois médecins comme facteur favorisant l'effet de ces causes.

### 2.3.4 Résumé

La majorité des médecins généralistes classent l'anxiété généralisée dans les troubles anxieux et estiment être en mesure de la prendre entièrement en charge. La psychothérapie et les anxiolytiques sont les options thérapeutiques recommandées. Un bon pronostic et une évolution favorable sont associés à l'anxiété généralisée par la majorité des médecins. Les causes sont encore les difficultés psychosociales et environnementales mais également la faiblesse de caractère.

## 2.4 L'épisode dépressif majeur

### 2.4.1 La compétence des médecins

Tous les médecins ont proposé comme diagnostic la dépression. Le terme «vraie» dépression a souvent été utilisé. Un d'eux conseille, en plus de la prise en charge médicale, de rechercher de l'aide auprès d'un groupe de prière. Bien qu'ils pensent tous pouvoir poser le diagnostic de dépression majeure, les médecins estiment que le traitement incombe au spécialiste. Huit pensent que le psychiatre est le mieux indiqué, les deux autres proposent le psychiatre ou l'infirmier spécialisé.

Deux pensent référer le patient au psychiatre s'il n'y a pas d'amélioration après 10 jours de traitement (psychothérapie et anxiolytique), six préfèrent la référence immédiate. Les deux autres proposent une préparation psychologique de l'entourage et du malade à la consultation de psychiatrie, avant de référer.

### 2.4.2 L'évolution et le pronostic

Sous traitement une amélioration peut être obtenue selon sept médecins sur une période variant de deux mois à un an; la majorité la fixe entre six mois à un an. Les trois autres pensent que l'évolution est imprévisible, car elle dépend de la personnalité du patient et de l'environnement dans lequel il vit.

Trois médecins pensent que la guérison est possible. De l'avis de sept le pronostic n'est pas bon; six d'entre eux pensent que les rechutes sont à prévoir et le septième estime que la guérison est impossible.

L'évolution sans traitement se fera vers le suicide selon huit médecins sur les dix. Les deux autres évoquent le suicide ou la chronicité, ou encore d'autres affections psychiatriques.

### 2.4.3 Les causes

Les causes de l'état dépressif majeur les plus citées par ordre de fréquence décroissante sont les grandes déceptions, celles surtout sentimentales, les conflits dans les relations interpersonnelles et le deuil (la perte d'un être cher). Les autres causes sont les difficultés scolaires, la personnalité prédisposante, les pertes d'emploi et le chômage, la difficulté de s'intégrer dans une communauté étrangère, les difficultés économiques et les causes organiques.

### 2.4.4 Résumé

Le cas de dépression a été bien diagnostiqué par les médecins. La prise en charge, à leur avis, relève de la compétence du spécialiste. Seulement quatre envisagent de préparer le patient avant de le référer. On constate qu'un mauvais pronostic est associé à la dépression par les médecins, la complication majeure étant le suicide. Les causes citées sont semblables à celles du trouble mixte, excepté la personnalité prédisposante, les difficultés pour s'intégrer dans une communauté étrangère et les causes organiques.

## **2.5 Le trouble panique sans agoraphobie**

### 2.5.1 La compétence des médecins

Le trouble panique sans agoraphobie, de l'avis de tous les médecins, est une maladie. Quatre évoquent d'emblée une affection mentale : l'angoisse, l'anxiété ou la dépression nerveuse. Un pense qu'il s'agit d'une maladie organique avec des répercussions psychologiques (voir Tableau VII.1). Cinq pensent que c'est seulement après l'examen clinique et des examens complémentaires qu'il sera possible de déterminer l'origine mentale ou physique. Si les investigations cliniques ne révèlent pas d'anomalies, les diagnostics proposés par ces cinq médecins sont l'angoisse, l'anxiété et l'hystérie (voir Tableau VII.2).

Tableau VII.1

## Diagnostic d'emblée du trouble panique sans agoraphobie

Diagnostic	Nombre de médecins
Angoisse	2
Anxiété	1
Dépression nerveuse	1
Affection organique avec répercussions psychologiques	1
<b>Total</b>	<b>5</b>

Tableau VII.2

Diagnostic du trouble panique sans agoraphobie  
en l'absence d'une cause physique

Diagnostic	Nombre de médecins
Angoisse	2
Anxiété	2
Hystérie	1
<b>Total</b>	<b>5</b>

Tous les médecins pensent qu'un patient atteint de trouble panique, doit être conduit aux urgences médicales. Huit estiment pouvoir le prendre totalement en charge. Pour les deux autres, le médecin généraliste ne peut traiter que la crise, le patient devant être référé ensuite à un psychiatre ou à un psychologue pour le traitement de fond.

La prise en charge durant la crise consistera à rechercher et traiter une cause organique. Des anxiolytiques seront prescrits s'il n'en existe pas. Le traitement de fond comportera une psychothérapie et également des anxiolytiques.

### 2.5.2 L'évolution et le pronostic

Sept médecins pensent que, sous traitement, la guérison est possible si on arrive à agir sur la cause et à redonner confiance au malade. La durée d'évolution est donc fonction du temps nécessaire pour identifier la cause et établir la confiance. Pour les trois autres, l'amélioration est possible mais la guérison est impossible, car un fond d'anxiété persistera et chaque événement traumatisant de la vie pourra provoquer une crise.

Sans traitement, l'évolution se fera vers la chronicité avec des crises fréquentes selon cinq, vers la dépression selon deux, vers l'hypochondrie selon un et sur trois à quatre ans selon le neuvième. Le dixième pense que l'évolution spontanée peut être favorable en un an si l'intéressée arrive à identifier et contrôler la cause.

### 2.5.3 Les causes

Les causes du trouble panique sans agoraphobie, identifiées par les médecins, sont beaucoup plus psychologiques qu'organiques. Comme causes organiques sont citées les atteintes neurologiques (méningo-encéphalites, épilepsie), les causes cardiaques, les maladies incurables (sida, cancer, etc.) ainsi qu'une prédisposition génétique ou familiale. Les causes psychologiques, mentionnées par ordre de fréquence décroissante sont les conflits dans les relations interpersonnelles, les difficultés scolaires, la peur (de l'échec, d'une maladie etc.), les échecs de toute nature, le manque d'affection et la faible personnalité.

#### 2.5.4 Résumé

Seulement quatre médecins considèrent d'emblée le trouble panique sans agoraphobie comme une affection mentale. La moitié préfère attendre les résultats des investigations cliniques pour se prononcer. La majorité pense pouvoir assurer en totalité la prise en charge. Le traitement reste la psychothérapie et les anxiolytiques, comme dans les autres affections. Les médecins sont réservés quant au pronostic, car la guérison pour la majorité est conditionnelle à la découverte et au traitement de la cause. Ils sont plus en faveur de l'origine psychologique du trouble panique, mais ils préfèrent s'assurer de l'absence d'une cause organique.

## **CHAPITRE 5**

## **DISCUSSION**

## **1. RÉSULTATS DES FEMMES**

### **1.1 L'impact de la scolarisation**

Des différences non négligeables existent dans la reconnaissance des affections entre les deux groupes de femmes. Concernant l'état de deuil normal, les non-scolarisées ont été plus clairvoyantes que les scolarisées. En effet, ce cas est perçu comme une situation normale par toutes les non-scolarisées et par seulement trois scolarisées.

Alors que l'anxiété généralisée n'est pas une maladie, mais plutôt un trait de caractère pour les non-scolarisées, elle représente un état morbide pour deux femmes scolarisées.

Le trouble mixte anxiété dépression, quand il est perçu comme un état morbide, correspond à un état de possession pour les scolarisées alors que les non-scolarisées l'assimilent à la peur ou à la tristesse. On s'attendait à ce que ce soit plutôt les non-scolarisées qui l'identifient à un état de possession.

Le trouble panique représente plus une maladie physique pour les non-scolarisées que pour les scolarisées.

L'épisode dépressif majeur est plutôt un état de tristesse pour les non-scolarisées alors qu'il correspond à la folie, à une souffrance morale ou à un état de possession pour les scolarisées.

Les non-scolarisées, pour lesquelles l'état dépressif majeur n'est pas une maladie, justifient leur point de vue par son caractère non physique. Cette conception de la maladie explique également le fait que l'état de deuil, l'anxiété généralisée et le trouble mixte sont perçus comme des situations non morbides dans le groupe des non-scolarisées. Cela

pourrait traduire une forme de négation ou de non acceptation de la maladie mentale. Cette attitude peut être générée également par la peur que provoque la maladie mentale.

On constate que la scolarisation change la perception en ce qui concerne la reconnaissance. Les codes de détermination de la maladie semblent ne pas être les mêmes quand l'individu a bénéficié d'une instruction et quand il n'en a pas reçu. Ces résultats permettent de percevoir chez les non-scolarisées trois choses : le trait caractériel à travers l'anxiété généralisée, la tristesse à travers le trouble mixte, et une dimension plus importante de la tristesse et la folie par l'état dépressif majeur.

Au niveau de la recherche d'aide, il existe une légère divergence. Les scolarisées sont plus en faveur du traitement moderne que les non-scolarisées. C'est comme si la scolarisation favorisait l'adoption d'une attitude un peu plus positive à l'égard de la médecine moderne.

Concernant l'évolution et le pronostic, des différences sont observables pour l'anxiété généralisée et le trouble panique. En effet, les non-scolarisées croient plus en la récupération pour le trouble panique que les scolarisées. À l'opposé, pour l'anxiété généralisée les scolarisées sont plus optimistes que les non-scolarisées.

En ce qui a trait aux causes, quelques variations sont perceptibles. La pauvreté n'est pas citée comme cause du trouble mixte par les scolarisées, probablement parce qu'elles jouissent d'un niveau économique plus élevé que les non-scolarisées. L'anxiété généralisée est beaucoup plus la traduction d'un trait de caractère pour les non-scolarisées que l'effet des difficultés psychosociales et environnementales, comme l'ont souligné les scolarisées. Le point de vue des non-scolarisées peut être compris dans le sens où quelqu'un qui est fort de caractère ne développera pas une anxiété généralisée, même s'il est exposé à des difficultés. Concernant l'état dépressif majeur, l'incrimination des forces maléfiques dans la même proportion dans les deux groupes traduit l'influence de la culture, comme l'ont souligné Kleinman (1980) et Corin *et al.* (1992) sur la perception

de l'individu. Cela montre également que la scolarisation ne modifie pas fondamentalement les croyances de l'individu.

Les différences de perception imputables à la scolarisation sont cependant moins importantes que les points communs retrouvés entre les deux groupes de femmes. En effet, leurs avis se rejoignent à l'exception de légères différences, pour ce qui a trait à la recherche d'aide, à l'évolution au pronostic et aux causes. Nous en concluons que l'impact de la scolarisation dans cette étude est faible. Les influences culturelles et les convictions religieuses semblent avoir plus de poids que la scolarisation.

Ces résultats concordent avec ceux de Siranya (1988) selon lesquels la décision d'hospitaliser un malade mental n'était pas liée au niveau d'instruction du décideur de la famille. Dans l'étude de Hales (1996) également, les causes de la maladie mentale étaient semblables chez les infirmiers et les personnes âgées.

Il convient cependant de mentionner les limites de cette étude. La différence de niveau de scolarisation entre les deux groupes, n'est peut être pas suffisante pour avoir un impact. Si la comparaison avait été faite entre des femmes ayant un niveau universitaire et des femmes non scolarisées, l'impact de la scolarisation serait peut être plus grand. Par ailleurs, toutes les femmes ont été choisies en milieu urbain. L'influence du modernisme sur les non-scolarisées peut atténuer la différence due à la scolarisation. La suite de la discussion portera sur les résultats de l'ensemble des femmes étant donné que les différences retrouvées sont faibles.

## **1.2 La reconnaissance**

L'état de deuil normal a été reconnu par huit femmes comme étant une situation normale après un deuil. La reconnaissance a été moins bonne pour les autres affections. En effet le trouble mixte anxiété-dépression est considéré comme une maladie par seulement cinq femmes, qui l'assimilent à un état de possession ou de tristesse. La

dépression ne constitue une situation morbide que pour six femmes qui, utilisent plusieurs termes pour la nommer : la folie, la tristesse ou l'état de possession. L'anxiété généralisée est considérée comme morbide par seulement deux femmes. Le trouble panique sans agoraphobie représente une maladie pour toutes les femmes mais son origine mentale n'est retenue que par cinq. Ce caractère morbide qui lui est attribué peut s'expliquer par le fait qu'il est présenté comme une urgence hospitalière.

Ces résultats concordent avec ceux de Wig *et al.* (1980) selon lesquels les affections identifiées par la population ne correspondaient pas à ceux décrits dans les vignettes.

On constate également que la différence entre un état d'âme et une situation pathologique n'est pas clairement perceptible; si bien que la tristesse est perçue, soit comme un état d'âme qui fait partie du vécu quotidien, soit comme un état pathologique. Son caractère pathologique est admis quand son intensité provoque un handicap dans la vie de l'individu. Les affections comportant des modifications de l'humeur, comme la dépression et le trouble mixte, ne sont de ce fait pas considérées comme des maladies.

Par ailleurs, la représentation du public de l'anxiété et de la dépression n'est pas codifiée. Elle n'est pas unique mais varie en fonction des individus, alors que les experts s'accordent sur un certain nombre de critères qui constituent une entité pathologique. Le même terme chez le public peut désigner aussi bien une situation vécue que sa cause. C'est le cas de la peur dans le trouble panique. Kovess *et al.* (1989) ont trouvé également que la perception du public concernant la dépression, est différente de celle des professionnels. La faible représentativité de l'échantillon ne permet cependant pas de généraliser ces résultats.

### **1.3 La recherche d'aide**

La prière s'est avérée être le meilleur recours pour toutes les affections. Le traitement traditionnel est recommandé par quelques femmes pour le trouble mixte, le

trouble panique et l'état dépressif majeur. On remarque que les thérapeutiques traditionnelles ne sont pas seulement l'apanage des non-scolarisées, comme on serait porté à le croire. La place réservée au traitement moderne est très réduite. De l'avis des femmes, celui-ci se limite au traitement symptomatique pour toutes les affections, même pour le trouble panique qui a été reconnu comme étant une affection physique par une proportion considérable de femmes. Le fait que cette affection est présentée comme une urgence hospitalière peut avoir influencé sa reconnaissance comme une affection physique. Il ressort clairement que pour tout ce qui touche au mental, la médecine moderne est impuissante et ne peut procurer la guérison. On peut retenir de ceci que les thérapeutiques religieuses et traditionnelles constituent la meilleure prise en charge pour le public.

Ces résultats corroborent ceux de plusieurs auteurs. Gros (1991) a trouvé que seulement 12,5 % des femmes, 29 % des hommes et 33,5 % des tradithérapeutes croyaient en une efficacité certaine du traitement moderne. Siranyan (1988) a également souligné que l'hospitalisation constituait le premier recours thérapeutique pour seulement 26 % des patients. Dans l'étude de Hales (1996), toutes les thérapeutiques proposées étaient traditionnelles. Wig *et al.* (1980) ont aussi trouvé que la source première d'aide était le tradithérapeute pour les symptômes d'ordre mental. Selon Goldberg et Huxley (1992), 12 à 13 % des patients atteints de maladie mentale entrent dans le système de santé au Pakistan et en Inde, après être passés par les tradithérapeutes ou les thérapeutes religieux.

On constate également la tendance à associer plusieurs types de thérapeutiques pour la même affection. Ainsi, un même épisode de maladie peut être traité en même temps par le médecin, le tradithérapeute et un groupe de prière. Siranya (1988) a abouti à des résultats similaires; en effet 76 % des patients hospitalisés avaient eu recours à une thérapeutique traditionnelle ou néotraditionnelle.

#### 1.4 L'évolution et le pronostic

Toutes les affections ont été jugées comme comportant une certaine gravité mais les facteurs de gravité diffèrent. Les deux cas considérés comme ayant un mauvais pronostic sont l'état dépressif majeur et le trouble panique sans agoraphobie; le caractère urgent de ce dernier peut en être l'explication. Les résultats de Wig *et al.* (1980) révèlent également que la dépression avait un mauvais pronostic en Inde et aux Philippines.

On peut également noter que, la gravité d'une situation donnée n'est pas liée à son caractère morbide. Par exemple, la dépression est considérée comme un état de tristesse non morbide, mais cela n'empêche pas qu'elle soit perçue comme grave. Les critères de gravité du public sont fondés sur la réversibilité et le pronostic mais également sur l'importance du handicap et les causes; en l'occurrence l'origine mystique est synonyme de gravité. Pour les experts, la gravité d'un épisode dépressif majeur est fonction du nombre de symptômes correspondant aux critères, de leur sévérité, et du degré d'incapacité fonctionnelle et de souffrance qu'ils entraînent (voir les critères en annexe I).

Il est à noter que la gravité n'implique pas toujours une évolution défavorable, comme le montre la récupération prévue dans l'état dépressif majeur. La récupération est jugée possible pour toutes les affections par plus de la moitié des femmes, excepté pour l'état de deuil. Pour ce dernier, seulement quatre personnes y croient. La récupération pour le trouble panique et l'état dépressif majeur, est teintée d'incertitude, comme si elle constitue plus un vœu qu'une certitude. De façon générale la réversibilité de l'anxiété et de la dépression est affirmée, même quand elle semble incertaine.

Comme le prévoient les experts, la longue évolution et la possibilité de chronicité du trouble panique et de l'état dépressif majeur, ont été soulignées par huit femmes. Cependant, concernant le trouble mixte et l'anxiété généralisée, l'optimisme des femmes s'oppose aux prévisions des experts qui les considèrent comme des affections chroniques et fluctuantes.

## **1.5 Les causes**

Les problèmes psychosociaux et environnementaux sont cités comme cause de toutes les affections et les différences entre affections sont légères. L'hérédité est évoquée en plus pour l'épisode dépressif majeur et le trouble panique, et la faiblesse de caractère pour l'anxiété généralisée. Les causes organiques sont incriminées dans le trouble mixte, l'anxiété généralisée et le trouble panique. L'effet des forces mystiques que sont les démons et les génies tiennent également une place considérable dans l'état dépressif majeur, le trouble mixte et le trouble panique, mais ils sont moins importants que les problèmes psychosociaux et environnementaux. La perception des causes de l'anxiété et de la dépression par les femmes diffèrent de celles des experts en ce qui a trait aux forces mystiques.

Hales (1996) et Ouango (1997) ont identifié des causes semblables. Par ailleurs, la maladie mentale, selon la tradition africaine, est provoquée par l'action intentionnellement malveillante d'autrui, ou est habituellement imputable à un accident réductible et curable provenant de l'extérieur (Siranya, 1988). Ceci associé à l'origine mystique marque la différence entre les femmes et les experts. Ce caractère, réductible et curable attribué à la maladie mentale, explique le bon pronostic prévu par un nombre considérable de femmes pour l'épisode dépressif majeur et le trouble mixte anxiété-dépression.

## **2. RÉSULTATS DES MÉDECINS**

### **2.1 La compétence**

#### **2.1.1 Le diagnostic**

Concernant le diagnostic, le constat le plus frappant est la méconnaissance de l'état de deuil normal par la quasi-totalité des médecins. En effet, ce cas a été confondu avec

la dépression, l'anxiété, l'angoisse ou les troubles psychosomatiques. La durée du deuil n'a pas été prise en considération par les médecins comme cela est prévu par le DSM-IV.

Le trouble mixte n'a pas été diagnostiqué avec précision mais les diagnostics posés correspondent à l'anxiété et à la dépression. Cette erreur de diagnostic est compréhensible, étant donné qu'il s'agit d'un cas dont la symptomatologie comporte aussi bien des signes d'anxiété que de dépression, ce qui rend le diagnostic difficile. Par ailleurs, la comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression est importante (Derogatis et Wise 1989; Ormel *et al.* 1991; Regier et Robins 1991; Blair et Ramones 1996; DSM-IV 1996), si bien qu'établir un diagnostic juste n'est pas aisé.

Les diagnostics posés pour l'anxiété généralisée sont assez proches de l'anxiété en majorité mais deux médecins ont confondu ce cas avec la dépression.

Concernant l'épisode dépressif majeur, le diagnostic de dépression a été posé par tous les médecins.

Seulement quatre médecins pensent d'emblée que le trouble panique est une affection mentale. Cela s'explique en partie par la présence de signes physiques dans la symptomatologie de ce trouble. En outre il serait dommage de passer à côté d'une affection physique en diagnostiquant de prime abord un trouble mental, si bien que l'attitude des cinq médecins qui préfèrent attendre les résultats de l'examen clinique avant de se prononcer est justifiée. Par ailleurs un des diagnostics différentiels du trouble panique est le trouble anxieux dû à une affection médicale générale (DSM-IV, 1996). Les diagnostics proposés, si aucune cause physique n'est retrouvée, ne sont cependant pas exacts.

Exception faite de l'épisode dépressif majeur, on constate une importante méconnaissance des autres affections par les médecins. Elle se traduit par une confusion entre les termes dépression, anxiété, angoisse, et hystérie. Cette confusion est

probablement liée à la méconnaissance des différentes catégories diagnostiques prévues par les classifications internationales (CIM 10, 1993; DSM-IV, 1996). La méconnaissance des affections mentales par les médecins généralistes a été soulignée par beaucoup d'auteurs, tels Regier et Goldberg (1978), Marks *et al.* (1979), Shapiro *et al.* (1984), Blaker et Clare (1987), Ormel *et al.* (1991) et Freeling (1993).

Le fait que l'étudiante était connue comme professionnelle de la santé a pu provoquer la médicalisation des réponses, notamment pour l'état de deuil normal.

### 2.1.2 La prise en charge

Concernant la prise en charge de l'état de deuil normal, le DSM-IV (1996) préconise un traitement symptomatique quand le patient le demande, ce qui est à la portée du médecin généraliste comme la majorité des médecins l'ont reconnu. Mais le traitement n'est pas une nécessité absolue. Cette inexactitude de la conduite à tenir proposée par les médecins est la conséquence de l'erreur de diagnostic qu'ils ont commis.

Deux médecins pensent pouvoir prendre en charge le trouble mixte anxiété-dépression. Les traitements qu'ils proposent ne tiennent cependant pas compte du caractère mixte du trouble. Pour éviter les échecs, Regier et Robins (1991) recommandent pourtant, dans des cas semblables, un traitement à plusieurs facettes avec la prise en compte de tous les symptômes.

La prise en charge de l'état dépressif majeur incombe au spécialiste pour la totalité des médecins. Pourtant, de l'avis de certains experts (OMS, 1990; Freeling, 1993), les médecins généralistes sont bien placés pour prendre en charge les patients souffrant de dépression. La méconnaissance des médecins sur ces affections étant importante, il est fort probable qu'elle soit la raison principale qui les amène à référer, plutôt que le manque de temps et l'insuffisance de leur formation. Si la compétence des médecins s'améliore, ils

se sentiront probablement moins désarmés devant les troubles anxieux et dépressifs; et les chances de prise en charge dans les services de première ligne peuvent alors augmenter.

Huit médecins estiment avoir la compétence pour prendre en charge l'anxiété généralisée. Il en est de même pour le trouble panique pour lequel seulement deux médecins préfèrent référer le patient pour le traitement de fond. Le traitement de ce trouble, de l'avis de Carter *et al.* (1994), nécessite pourtant beaucoup plus souvent que l'anxiété généralisée un spécialiste.

On peut retenir que les médecins estiment pouvoir prendre en charge les cas d'anxiété, ce qui n'est pas toujours recommandé par les spécialistes, comme nous l'avons souligné pour le trouble panique. À l'opposé, la présence de signes de dépression semble être un facteur déterminant de la référence au spécialiste. Certains experts pensent cependant que les médecins généralistes sont à même de prendre en charge ces cas.

Dans le choix des spécialistes, le psychiatre est le plus recommandé. Plusieurs médecins, soit trois pour le trouble panique et quatre pour l'état dépressif majeur, préconisent la référence immédiate sans préparer le patient. La préparation est cependant déterminante dans la réussite du traitement, comme le mentionnent Carter *et al.* (1994).

On constate également que le contenu du traitement recommandé par les médecins est le même pour toutes les affections qu'ils pensent pouvoir traiter. Il est limité à la psychothérapie et aux anxiolytiques. L'Association américaine de psychiatrie (1993) recommande pourtant un traitement individuel adapté aux spécificités du patient.

La psychothérapie préconisée par les médecins ne correspond pas à quelque chose de structuré, mais plutôt à des conseils que chaque médecin donne comme bon lui semble. Ce caractère non structuré de la psychothérapie offerte par les médecins généralistes est également signalé par Blacker et Clare (1987).

Ces résultats témoignent de l'inadéquation de la prise en charge offerte par les médecins généralistes. Celle-ci est soulignée par Blaker et Clare (1987), Leisseig (1996) et Rout et Rout (1996).

## **2.2 L'évolution et le pronostic**

L'évolution de l'état de deuil normal de l'avis des médecins, serait favorable en deux mois à un an à condition que l'intéressé bénéficie d'une bonne prise en charge médicale. Ces résultats sont imputables à l'erreur de diagnostic qu'ils ont commis, car beaucoup de personnes en état de deuil, en particulier au Burkina Faso récupèrent sans aucun traitement médical.

Le trouble mixte anxiété-dépression évoluerait sur un mois à deux ans et son pronostic est jugé bon sous traitement par les médecins. Un bon pronostic est également associé à l'anxiété généralisée dont l'évolution se ferait sur un mois à une année. Le caractère fluctuant et chronique de l'anxiété généralisée et du trouble mixte reconnu par le DSM-IV (1996) n'est cependant évoqué que par peu de médecins.

Ils ont été en effet plus réservés concernant le trouble panique. Selon la majorité, la guérison ne peut être obtenue que si l'on arrive à agir sur la cause et à redonner confiance au malade. Ce point de vue est compatible avec le caractère habituellement chronique du trouble panique comme l'affirme le DSM-IV (1996).

Le plus mauvais pronostic a été associé à l'état dépressif majeur, car seulement trois médecins croient en la guérison. Tous évoquent le suicide en l'absence de traitement. En effet, l'Association américaine de psychiatrie (1993) et le DSM-IV (1996) reconnaissent le caractère récurrent de la dépression et l'existence de formes chroniques.

On pourrait distinguer grossièrement à travers ces résultats, d'une part les troubles anxieux dont le pronostic est bon avec la possibilité de guérison, et d'autre part la

dépression dont le pronostic est mauvais. En dehors de l'épisode dépressif majeur et du trouble panique cependant, l'évolution prévue par les médecins n'est pas conforme à ce que prévoient les experts.

### 2.3 Les causes

Les causes communes à toutes ces affections selon les médecins, peuvent se résumer dans les problèmes psychosociaux et environnementaux. Le stress psychosocial intense est en effet reconnu comme pouvant déclencher un épisode de dépression par les experts (Freeling, 1993; DSM-IV,1996). L'existence d'un facteur génétique dans le développement de la dépression (Regier et Robins, 1991) ainsi que son exacerbation causée par la dépendance à des substances comme la drogue et l'alcool (DSM-IV, 1996), n'ont cependant pas été évoquées par les médecins. Ils mentionnent les problèmes de santé en plus des problèmes psychosociaux et environnementaux comme étiologie du trouble mixte, de l'anxiété généralisée et du trouble panique. En effet, le DSM-IV (1996) reconnaît l'existence de troubles anxieux dus à une affection médicale générale. La faiblesse de caractère est identifiée par les médecins comme facteur favorisant l'anxiété généralisée; il en est de même pour la prédisposition génétique ou familiale dans le trouble panique sans agoraphobie. L'existence d'une association familiale dans l'anxiété généralisée et d'un facteur génétique dans le développement du trouble panique sont en effet acceptés par le DSM-IV (1996). Les causes incriminées par les médecins comportent quelques oublis, mais sont assez proches de celles admises par les experts.

Les réponses des médecins sont assez homogènes. Les difficultés et les erreurs constatées sont en partie dues à la nature des affections choisies. En effet, ce sont des affections difficiles à diagnostiquer du fait de la présence de symptômes communs. Cette symptomatologie imbriquée est cependant une réalité dans la pratique médicale quotidienne. Il serait à notre avis souhaitable que les médecins généralistes au Burkina Faso, puissent correctement diagnostiquer l'anxiété et la dépression malgré ces difficultés.

### **3. COMPARAISON DES RÉSULTATS DES MÉDECINS À CEUX DES FEMMES**

#### **3.1 La reconnaissance**

Une différence inattendue existe dans la reconnaissance de l'état de deuil normal entre les médecins et les femmes. Alors qu'il constitue une situation normale pour la majorité des femmes, la quasi-totalité des médecins le considèrent comme un état pathologique. On s'attendait pourtant à ce que pour tous les cas, la reconnaissance des médecins soit meilleure à celle des femmes.

Pour les autres cas, les termes utilisés par les femmes pour qualifier les affections sont évidemment moins médicaux. Exception faite du trouble panique, ces affections ne sont pas toujours perçues comme une maladie par les femmes alors que les médecins les considèrent comme tel. Il est probable que l'expression clinique de ces troubles, se fera plus à travers des signes physiques et que les modifications de l'humeur seront moins présentes, car considérées par le public comme n'étant pas pathologiques. Ces signes constituent pourtant des éléments importants du tableau clinique et leur absence peut nuire au diagnostic. C'est un des facteurs qui favorise la méconnaissance de ces affections par les médecins généralistes. Cette tendance des patients à somatiser a été reconnue par Goldberg et Huxley (1980) et Blaker et Clare (1987).

#### **3.2 La recherche d'aide**

Le constat le plus important qu'on peut faire est le manque de confiance des femmes au traitement moderne, et cela pour toutes les affections. En effet, elles privilégient la prière et le traitement traditionnel. Le traitement moderne, même quand il est accepté, est considéré comme un traitement symptomatique de faible efficacité qui ne peut assurer qu'un soulagement précaire. Ce point de vue du public sur l'inefficacité du traitement moderne a également été souligné par Siranya (1988).

Il y a comme un dilemme entre le thérapeute moderne qui pense pouvoir soigner et le patient qui de son côté pense que celui-ci ne dispose pas des connaissances nécessaires pour le faire. C'est comme si la thérapie moderne s'inscrivait en dehors des croyances socioculturelles des patients. On peut donc aisément imaginer la difficulté à faire suivre un traitement médical, surtout s'il est long chez des patients souffrant d'anxiété ou de dépression.

Par ailleurs, ce manque de confiance explique le passage du traitement moderne aux thérapies traditionnelles ou néotraditionnelles. Il existe une différence de perception entre les médecins et les femmes en ce qui a trait à la recherche d'aide.

### **3.3 L'évolution et le pronostic**

Concernant l'état de deuil, la différence de perception entre les femmes et les médecins persiste. Alors que neuf médecins pensent qu'avec une bonne prise en charge la récupération totale survient, six femmes pensent qu'il s'agit d'un traumatisme qu'on ne pourra jamais vraiment oublier. Il en est de même pour l'état dépressif majeur, dont la gravité est reconnue par tous, mais les femmes (six) sont plus optimistes en ce qui concerne la récupération que les médecins (trois). Concernant le trouble mixte, le trouble panique sans agoraphobie et l'anxiété généralisée, les points de vue entre les médecins et les femmes sont assez concordants.

### **3.4 Les causes**

Les différences observées au niveau des causes portent sur l'action des forces mystiques. Les médecins ne les évoquent pas alors que, pour les femmes, elles peuvent être à l'origine du trouble mixte, de l'état dépressif majeur et du trouble panique. Il en est de même pour les causes organiques qui sont citées par les médecins pour le cas de dépression, mais qui ne sont pas mentionnées par les femmes.

### **3.5 Résumé**

En résumé, les plus grandes divergences entre les médecins et les femmes se situent au niveau de la reconnaissance de la normalité de l'état de deuil, de la nature du recours thérapeutique en général, celui-ci étant conditionné par la croyance en des origines causales différentes.

## TROISIÈME PARTIE

## **CONCLUSION**

On peut retenir à l'issue de cette étude que la scolarisation a eu un faible impact, comme prévu. La perception des femmes sur les troubles étudiés est différente de celle des professionnels et des experts. En effet, ce qui est pathologique pour ces derniers ne l'est pas toujours pour le public, et ce qui est pathologique pour les deux ne correspond pas à la même chose. Cette différence de perception est surtout marquée au niveau du recours thérapeutique et des causes. Par ailleurs, le pronostic est teinté d'optimisme chez le public, et la gravité ne constitue pas un obstacle à une évolution favorable.

Il existe au niveau des médecins, une importante méconnaissance tant des affections que des traitements correspondants. Ils sont favorables à la prise en charge des cas d'anxiété, mais l'existence d'une humeur dépressive est un indicateur de référence à un spécialiste. L'ignorance des bases thérapeutiques fait que la préparation à la référence est souvent occultée. Des lacunes existent également au niveau du pronostic et de l'évolution des troubles anxieux.

Les résultats de cette étude concordent avec le modèle théorique retenu. En effet, la perception du public sur les troubles anxieux et la dépression laisse présager des obstacles au passage des patients à travers le filtre 1 (figure 1), car ces affections ne sont pas toujours perçues comme des maladies. Les lacunes constatées chez les médecins confirment également des difficultés de passage des patients à travers le filtre 2. Il est également ressorti que les options thérapeutiques retenues par le public montrent l'existence de plusieurs types de thérapeutiques, ainsi que l'utilisation successive ou simultanée de plusieurs thérapeutiques comme l'indique la figure 2.

Cette étude comporte des limites, notamment sa faible représentativité qui lui confère une faible validité externe. Cependant les résultats révèlent un problème au niveau du diagnostic et de la prise en charge de l'anxiété et de la dépression par les médecins généralistes. Le problème est accentué au Burkina Faso comparativement aux pays développés, par la faiblesse des ressources sanitaires. Bien que les affections mentales ne constituent pas la priorité dans ce pays, nous pensons que d'autres études visant à

déterminer les affections pouvant être traitées dans les services de première ligne, et à explorer les facteurs empêchant la prise en charge de ces affections, permettraient une connaissance plus approfondie du problème.

Comme solution applicable dans le court terme, nous proposons une intervention au niveau de la formation des médecins. D'une part, l'accent doit être mis en santé mentale lors de leur formation de base sur les affections qu'ils rencontreront fréquemment dans les services de première ligne, notamment les troubles anxieux et la dépression.

D'autre part, une formation continue est nécessaire afin d'assurer aux médecins qui exercent déjà des connaissances leur permettant de détecter et de prendre en charge ces troubles. Ce type d'expérience a été menée avec succès en Suède (Rutz *et al.*, 1992) et aux États-Unis (Regier *et al.*, 1988). L'évaluation d'un programme de formation de deux jours des médecins généralistes sur le diagnostic et le traitement de la dépression dans l'île de Gotland en Suède a révélé des effets bénéfiques, notamment la réduction de la fréquence des congés maladie et des suicides, ainsi qu'une prescription plus adéquate des antidépresseurs et une diminution de la prescription des sédatifs durant la journée et la nuit. Ce programme a également permis d'importantes économies financières pour la société toute entière (Rutz *et al.*, 1992). La formation continue des médecins gagnerait à être précédée d'études visant une meilleure connaissance de la présentation des troubles anxieux et de la dépression au Burkina Faso.

La solution réside également au niveau du public qui doit être informé et éduqué. Étant donné que plusieurs systèmes thérapeutiques se côtoient et que la culture influence la perception du public, l'information et l'éducation devront prendre en compte ces aspects afin d'éviter des écueils. Le NIMH (*National Institute of Mental Health*) aux États-Unis (Regier *et al.*, 1988) a effectué la formation des professionnels: médecins généralistes, infirmières, ergothérapeutes, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux,

ainsi que l'éducation du public. La formation des professionnels a précédé l'éducation du public, afin de lui assurer une bonne avance et satisfaire la demande de soins.

Nous proposons également qu'au Burkina Faso, soient conçus et appliqués : un programme de formation pour les médecins généralistes en fonction d'une part, ainsi qu'un programme d'information et d'éducation pour le public d'autre part.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (4ème édition). Version internationale. Washington DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al. Paris : Masson, 1 056 pages.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993). «Practice guideline for major depressive disorder in adults», *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 1-21.
- BALLENGER, J.C. (1997). «Panic disorder in the medical setting». *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(suppl 2), 13-16.
- BLACKER, C.V.R. et A.W. CLARE (1987). «Depressive disorder in primary care». *British Journal of Psychiatry, Review Article*, 150, 737-749.
- BLAIR, D., T. RAMONES et V.A. RAMONES (1996). «The undertreatment of anxiety : Overcoming the confusion and stigma». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(6), 9-17.
- CARTER, C., R. HOLLOWAY et T. SCHWENK (1994). «Treating anxiety : A collaborative approach». *Patient Care*, 28(18), 36-38, 44, 49, 52.
- CHAFETZ, L. et L. BARNES (1989). «Issues in psychiatric caregiving». *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(2), 61-68.
- COOK, J.A. (1988). «Who "mothers" the chronically ill ?». *Family Relations*, 37, 42-49.
- COPPO, P. (1994). «Interprétation des maladies et leur classification dans la médecine traditionnelle Dogon (Mali)». *Psychopathologie africaine*, XXVI(1), 35-41.
- CORIN, E., E. UCHOA, G. BIBEAU et B. KOUMARÉ (1992). «Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action». *Psychopathologie africaine*, XXIV(2), 183-203.

CROS, M. (1991). *Représentations culturelles des maladies mentales et de l'épilepsie, pratiques et itinéraires thérapeutiques des Lobis du Burkina Faso*. Rapport de recherche, Université de Bordeaux II, 86 pages.

DEPRESSION GUIDELINE PANEL (1993). *Depression in Primary Care. Volume 1. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline*, no 5. Rockville, MD. : US Department of Health and Human Services, Public Health service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication no 93-0550, April, 124 pages.

DEPRESSION GUIDELINE PANEL (1993). *Depression in Primary Care. volume 2, Treatment of major depression. Clinical Practice Guideline*, no 5. Rockville, MD. : Department of Health and Human Services, Public Health service, Agency of Health Care Policy and Research. AHCPR Publication no 93-0551, April, 175 pages.

DEROGATIS, R., L. WISE et T.N. WISE (1989). *Anxiety and Depressive Disorders in the Medical Patient*. Washington : American Psychiatric Press Inc., 260 pages.

DESLAURIERS, J.P. (1988). *Les méthodes de recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 153 pages.

DURHAM, R.C. et T. ALLAN (1993). «Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of clinical significance of results in outcome studies since 1980». *British Journal of Psychiatry, Review Article*, 163, 19-26.

ENRIGHT, M.F. et B.A. BLUE (1989). «Collaborative treatment of panic disorders by psychologists and family physicians». *Psychotherapy in Private Practice*, 7(2), 85-90.

FOURNIER, L. (1981). *Étude sémantique de trois manifestations aiguës de psychopathologie en milieu québécois : crise de folie, crise de dépression nerveuse et crise en état de boisson*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec, 129 pages.

FREELING, P. (1993). «Diagnosis and treatment of depression in general practice». *British Journal of Psychiatry*, 163(suppl. 20), 14-19.

- GAUTHIER, B. (1992). *Recherche Sociale. De la problématique à la collecte des données* (2ème édition). Québec : Presses de l'Université du Québec, 584 pages.
- GOLDBERG, D. (1979). «Detection and assessment of disorders in a primary-care setting». *International Journal of Mental Health*, 8(2), 30-48.
- GOLDBERG, D. (1980). *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London : Tavistock, 191 pages.
- GOLDBERG, D. et P. HUXLEY (1992). *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. London : Routledge, 194 pages.
- GOLDBERG, D.P., K. BRIDGES, P., DUCAN-JONES et D. GRAYSON (1987). «Dimensions of neuroses seen in primary care settings». *Psychological Medecine*, 17, 461-469.
- HALES, A. (1996). «West African beliefs». *Perspectives in Psychiatric Care*, 32(2), 23-29.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (1995). *Annuaire Statistique du Burkina Faso 1994*. Ouagadougou, Burkina Faso, 174 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (1992). *Enquête Démographique 1991*. Ouagadougou, Burkina Faso, 555 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (1997). *Recensement général de la population du 10 au 20 décembre 1996*. Ouagadougou, Burkina Faso, 12 pages.
- KATERNDAHL, D.A. et J.P. REALINI (1995). «Where do panic attack sufferers seek care ?». *The Journal of Family Practice*, 40(3), 237-243.

- KATON, W., P.P. VITALIANO, J. RUSSO, L. CORMIER, K. ANDERSON et M. JONES (1986). «Panic disorder : Epidemiology in primary care», *The Journal of Family Practice*, 23(3), 233-239.
- KATON, W., P.P. VITALIANO, J. RUSSO, M. JONES et K. ANDERSON (1987). «Panic disorder spectrum of severity and somatization». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(1), 12-18.
- KLEINMAN, A. (1988). *Rethinking Psychiatry : From Cultural Category to Personal Experience*. New York/London : The Free Press, 237 pages.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and the Healers in The Context of the Culture. An exploration of the Borderland between Anthropology, Medecine, and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles : University of California Press, 427 pages.
- KLEINMAN, A. et B. GOOD (1985). *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley/Los Angeles : University of California Press, 535 pages.
- KONATE, D.L., T. SINARÉ et M. SEROUSSI (1994). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993*. Ouagadougou, Burkina Faso : Institut National de la Statistique et de la démographie, 296 pages.
- KOVES, V., H.B.M. MURPHY et M. TOUSIGNANT (1989). «La dépression perçue par le public et la dépression décrite par le DSM-III sont-elles les mêmes ?». *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 13-19.
- LANGWIELIER, G. et M. LINDEN (1993). «Therapist individuality in the diagnosis and treatment of depression». *Journal of Affective Disorders*, 27(1), 1-11.
- LEISSEIG, Z.D. (1996). «Primary care diagnosis and pharmacologic treatment of depression in adults». *Nurse Practitioner*, 21(10), 72, 75-76, 78, 86-87.

- LESSELINGUE, Y. (1976). *Notion de maladie mentale en Afrique*. Centre de Documentation et de Perfectionnement Pédagogique de Haute-Volta. Service de psychologie, 76 pages.
- MARKS, J.N., D.P. GOLDBERG et V.F. HILLIER (1979). «Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness». *Psychological Medicine*, 9, 337-353.
- MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT DE BASE ET DE L'ALPHABÉTISATION (1995). *Statistiques scolaires 1994/1995*. Ouagadougou, Burkina Faso, 100 pages.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1980). *Étude sur les connaissances et les perceptions des services de santé psychiatriques au Québec*. Québec : Éditeur officiel, 185 pages.
- MITELBERG, G., A. OUÉDRAOGO et Z. SANOU (1987). «Projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso». *Psychopathologie africaine*, XXI(1), 19-65.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1993). *CIM-10/ICD-10 - Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*. Paris : Masson, 305 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1990). *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*. Genève, 67 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1983). *Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels*. Rapport de l'étude collective OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressif. Genève, 161 pages.
- ORMEL, J., M.W.J. KOETER, W. van den BRINK et G. van de WILLIGE (1991). «Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice». *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 700-705.

- OUANGO, J.G., F.M.C. ZONGO OUEDRAOGO, Ch. OUEDRAOGO et K. KARFO (1997). «Traitement des affections mentales par la prière : expérience de deux centres d'accueil et de prière au Burkina Faso». *Burkina Medical*, 1(1), 5-9.
- PARCHMAN, M.L. (1992). «Physicians' recognition of depression». *Family Practice Research Journal*, 12(4), 431-438.
- REGIER, D.A. et L. ROBINS (1991). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York : The Free Press, 449 pages.
- REGIER, D.A., I.D. GOLDBERG et C.A. Taube (1978). «The de facto US mental health services system». *Archives of General Psychiatry*, 35, 685-693.
- REGIER, D.A., R.M.A. HIRSCHFELD, F.K. GOODWIN, J.D. BURKE, J.B. LAZAR et L.L. JUDD (1988). «The NIMH depression awareness, recognition, and treatment program : Structure, aims, and scientific basis». *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1351-1357.
- ROUT, U. et J.K. ROUT (1996). «Diagnosis and treatment of depression by general practitioners in England». *Psychological Reports*, 78(2), 516-518.
- RUTZ, W., L. VON KNORRING et J. WALINDER (1989). «Frequency of suicide on Gotland after systematic post graduate education of general practitioners». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-154.
- RUTZ, W., P. CARLSSON, L. VON KNORRING et J. WALINDER (1992). «Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 457-464.
- SCHURMAN, R.A., P.D. CRAMER et J.B. MITCHEL (1985). «The hidden mental health network : Treatment of illness by nonpsychiatrist physicians». *Archives of General Psychiatry*, 42, 89-94.

- SHAO, W.A., J.W. WILLIAMS, S. LEE, R.G. BADGETT, B. AARONSON et J.E. CORNELL (1997). «Knowledge and attitudes about depression among non-generalists and generalists». *The Journal of Family Practice*, 44(2), 161-167.
- SHAPIRO, S., E.A. SKINNER, L.G. KESSLER *et al.* (1984). «Utilization of health and mental health services : Three epidemiologic catchment area sites». *Archives of General Psychiatry*, 41, 917-918.
- SIRANYAN, S. (1988). *Étude des itinéraires thérapeutiques empruntés par les malades mentaux, analyse rétrospective à partir de 100 malades hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo*. Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine, Université de Ouagadougou, 131 pages.
- TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris : Presses Universitaires de France, 252 pages.
- WIG, N.N., M.A. SULEIMAN, R. ROUTLEDGE, R. SRINIVASA-MURTHY, L. LADRIDO-IGNACIO, H.H.A. IBRAHIMA et T.W. HARDING (1980). «Community reactions to mental disorders. A key informant study in three developing countries». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 111-126.
- YIN, K.R. (1989). *Case Study Research Design and Methods*. Newbury Park : Sage Publications, 165 pages.
- YOKOPENIC, A.P. (1983). «Depression, problem recognition, and professional consultation». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(1). 15-23.

## **ANNEXES**

**ANNEXE I**  
**CRITÈRES DSM-IV**

## CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

A. Au moins cinq des symptômes suivants, doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**N.B. :** Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste, ou vide) ou observée par les autres, (par exemple, pleure).
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est à dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

**N.B. :** L'épisode dépressif majeur peut être de gravité légère, moyenne, ou sévère. L'évaluation de la gravité se fonde sur le nombre de symptômes correspondant aux critères, leur sévérité et le degré d'incapacité fonctionnelle et de souffrance. Les épisodes dépressifs légers sont caractérisés par la présence d'au plus cinq ou six symptômes dépressifs et soit d'une incapacité légère, soit d'une capacité fonctionnelle normale mais au prix d'efforts importants et inhabituels. Les épisodes sévères sans caractéristiques psychotiques sont caractérisés par la présence de pratiquement tous les symptômes correspondant aux critères et d'une incapacité nette, observable (par exemple, impossibilité de travailler ou de prendre soin des enfants). Les épisodes de sévérité moyenne présentent une sévérité intermédiaire entre légère et sévère.

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois).
  - (1) Agitation et sensation d'être survoltée ou à bout
  - (2) Fatigabilité
  - (3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire
  - (4) Irritabilité
  - (5) Tension musculaire
  - (6) Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, par exemple l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble d'anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypochondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post traumatique.
- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

## **CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE**

### **Critères d'une attaque de panique**

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque,
- (2) transpiration,
- (3) tremblements ou secousses musculaires,
- (4) sensations de «souffle coupé» ou impression d'étouffement,
- (5) sensation d'étranglement,
- (6) douleur ou gêne thoracique,
- (7) nausée ou gêne abdominale,
- (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement,
- (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi),
- (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou,
- (11) peur de mourir,
- (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements),
- (13) frissons ou bouffées de chaleur.

### **Critères du trouble panique sans agoraphobie**

#### **A. À la fois (1) et (2)**

- (1) Attaques de panique récurrentes et inattendues,
- (2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
  - a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique,
  - b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple, perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, «devenir fou»),
  - c) changement de comportement important en relation avec les attaques.

#### **B. Absence d'agoraphobie**

**C.** Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hyperthyroïdie).

**D.** Les attaques de paniques ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (par exemple, survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (par exemple, lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (par exemple lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post traumatique (par exemple, en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un trouble anxieux de séparation (par exemple, en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

**N.B. :** On ne fait pas le diagnostic de trouble panique si les attaques de panique sont jugées être la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, auquel cas le diagnostic de trouble anxieux dû à une affection médicale générale est fait.

**CRITÈRES DE RECHERCHE DU TROUBLE MIXTE ANXIÉTÉ-DÉPRESSION**

- A. Humeur dysphorique persistante ou récurrente persistant au moins un mois.
- B. L'humeur dysphorique est associée à au moins quatre des symptômes suivants :
- (1) difficultés de concentration ou impression de tête vide,
  - (2) perturbation du sommeil (difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil non reposant, non satisfaisant),
  - (3) fatigue ou baisse d'énergie,
  - (4) irritabilité,
  - (5) soucis,
  - (6) facilité à pleurer,
  - (7) hypervigilance,
  - (8) anticipation du pire,
  - (9) perte d'espoir (pessimisme envahissant concernant le futur),
  - (10) baisse de l'estime de soi ou dévalorisation.
- C. Les symptômes induisent une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale spéciale.
- E. Tous les critères suivants sont réunis :
- (1) n'a jamais rempli les critères d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble panique ou d'une anxiété généralisée,
  - (2) ne répond pas actuellement aux critères d'un autre trouble anxieux ou dépressif (y compris un trouble anxieux ou dépressif en rémission partielle),
  - (3) les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE DEUIL NORMAL

Cette catégorie est utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est la réaction à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur (par exemple sentiments de tristesse associés à des symptômes tels que : insomnie, perte d'appétit et perte de poids). Typiquement, l'individu en état de deuil considère son humeur déprimée comme «normale», bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager les symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La durée et l'expression d'un deuil «normal» varie considérablement parmi les différents groupes culturels. Le diagnostic de trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction «normale» de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un épisode dépressif majeur. Ceux-ci comprennent : 1) la culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès; 2) les idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée; 3) un sentiment morbide de dévalorisation; 4) le ralentissement psychomoteur marqué; 5) l'altération profonde et prolongée du fonctionnement; 6) les hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

**ANNEXE II**  
**GUIDE D'ENTREVUE**

## PREMIÈRE PARTIE

### 1. **État de deuil normal**

Cette femme de 40 ans a perdu son mari il y a deux mois. Depuis ce moment elle est triste et mange peu. Elle a maigri et n'a toujours pas recommencé à travailler. Elle dit avoir de la difficulté pour s'endormir et se plaint parfois de maux de tête. Elle dit être inquiète, car elle se demande si elle parviendra à oublier le décès de son mari et à reprendre une vie normale.

### 2. **Trouble mixte anxiété-dépression**

Cette femme de 35 ans est triste depuis un mois. Elle dit qu'elle se réveille souvent la nuit et n'arrive plus à s'endormir jusqu'au matin. Elle s'énerve pour peu de chose. Il lui arrive de pleurer. Quand on lui demande pourquoi, elle répond qu'elle a l'impression que quelque chose de grave va lui arriver. Elle n'arrive pas à se concentrer au travail. Elle pense que tout ce qu'elle entreprendra aboutira à un échec.

### 3. **Anxiété généralisée**

Voici une jeune femme de 30 ans qui, depuis 6 mois, s'inquiète beaucoup pour son travail et sa famille. Elle pense que son patron risque de la chasser parce qu'il lui fait beaucoup de remarques sur ce qu'il lui demande de faire. Quand un de ses enfants est malade, elle pense que le pire va arriver. La plupart du temps, elle est agitée et se plaint de fatigue. Elle continue à s'occuper de sa famille mais s'énerve pour des choses qui n'en valent pas la peine. Elle oublie souvent ce qu'on lui dit et a de la difficulté à s'endormir.

### 4. **Épisode dépressif majeur**

Voici une jeune femme de 35 ans qui, presque tous les jours depuis un mois, est triste et ne s'intéresse plus à rien, qui n'arrive même plus à s'occuper de sa famille. Elle est toujours assise dans un coin, indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Elle mange très peu et a maigri. Elle ne dort pas la nuit, elle parle lentement et peu contrairement à son habitude. Elle ne travaille pas mais se plaint de fatigue. On a l'impression qu'elle est toujours ailleurs quand on lui parle. Elle dit qu'elle a marre de vivre. Elle pense que sa vie est inutile et qu'il vaudrait mieux qu'elle y mette fin.

### 5. **Trouble panique sans agoraphobie**

Ce jeune homme de 25 ans a été amené aux urgences médicales parce qu'il a présenté une crise très soudaine. En l'espace de dix minutes, il a présenté des palpitations, des tremblements dans tout le corps, une sensation d'étouffement, et des vertiges. Il s'est également plaint d'une impression d'évanouissement et avait peur de mourir. Cette crise est la quatrième. La dernière fois qu'il a eu une crise, il est resté pendant 6 semaines dans la crainte d'avoir d'autres crises, d'avoir une crise cardiaque et d'en mourir, si bien que son entourage le trouvait craintif et préoccupé.

**DEUXIÈME PARTIE - POPULATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Revenu :  Faible  Moyen  Élevé

État matrimonial : \_\_\_\_\_ Religion : \_\_\_\_\_

1. Que pensez- vous de cette personne (malade ou pas, maladie mentale ou pas) ?
2. Comment appelleriez vous ce dont elle souffre ?
3. Est-ce grave (dans le sens de la possibilité d'une évolution favorable) ?
4. Pensez-vous que cette personne peut faire quelque chose pour changer sa situation ?  
Si oui quoi ?
5. Pour ce cas, le concours d'un agent de santé est-il nécessaire ? Pourquoi ?
6. Auprès de qui cette personne pourrait être le mieux aidée :
  - Chez un ami ou un parent ?
  - Dans un service de santé auprès d'un médecin ?
  - Chez un tradithérapeute ?
  - Chez un responsable religieux ?
  - Autre ?
7. Pendant combien de temps cet état persistera-t-il ?
  - Avec traitement ?
  - Sans traitement ?
8. Après ce temps pensez-vous que cette personne redeviendra comme avant (avec et sans traitement) ?
9. Quelles pourraient être les causes d'un tel cas ?

**DEUXIÈME PARTIE : MÉDECINS**

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ancienneté : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Religion : \_\_\_\_\_

1. Que pensez- vous de cette personne (malade ou pas; maladie mentale ou organique) ?
2. Quel diagnostic poseriez-vous devant un tel cas ?
3. Pensez-vous que cette personne peut faire quelque chose pour changer sa situation ?  
Si oui quoi ?
4. Pour ce cas le concours d'un agent de santé est-il nécessaire ? Pourquoi ?
5. Quelle catégorie d'agent vous paraît compétente pour prendre en charge ce cas :
  - un médecin généraliste ?
  - un infirmier spécialiste en psychiatrie ?
  - un psychiatre ?
  - un psychologue ?
  - autre ?
6. Pendant combien de temps cet état persistera-t-il (sans traitement, avec traitement) ?
7. Après ce temps pensez-vous que cette personne récupérera complètement (avec traitement, sans traitement) ?
8. En présence d'un tel cas, quelle serait votre attitude (référence à un autre thérapeute, type de traitement) ?
9. Quelles causes rattachez-vous à ce cas ?
10. Pensez-vous que les médecins généralistes ont la compétence nécessaire pour diagnostiquer et prendre en charge ce cas ? Expliquez pourquoi.