

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA
SANTÉ**

**(F.S.S.)
Section Médecine**

**Année Universitaire 1991-1992
No 25**

**CONDITIONS PRATIQUES ET
JURIDICO-ADMINISTRATIVES DE
LA PRISE EN CHARGE DES
MALADES MENTAUX AU
BURKINA FASO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 14 Juillet 1992
pour l'obtention du Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Par

**Olga M. Perpétue ZOUNGRANA épouse SANKARA
Née le 12 Septembre 1963 à Tenkodogo (Burkina Faso)**

Jury

**Président : Professeur Robert B. SOUDRE
Membres : Docteur J. Gabriel OUANGO
Docteur Jean KABORE
Docteur Arouna OUEDRAOGO
Docteur Gérard MITTELBERG**

**Directeurs de thèse :
Docteur Gérard MITTELBERG
Docteur Arouna OUEDRAOGO**

- A mon Père : In Memoriam.

Tu nous a quittés si prématurément ; j'aurais tant aimé remettre ce travail entre tes mains.
Repose en paix.

- A ma mère

"Ecoute, mon fils, l'instruction de ton père et ne rejette pas l'enseignement de ta mère, car c'est une couronne de grâce pour ta tête et une parure pour ton cou"

Proverbe 1, 8 à 9 extraite de la Sainte Bible

C'est à ta vie de dévouement, de sacrifice et d'abnégation que je dois tout : que Dieu te bénie
Amour Filial.

- A Ben mon époux :

Aucun mot aucune expression ne peut traduire mon amour pour toi.

Ce travail ! nous l'avons réalisé ensemble.

Puissions-nous cheminer le reste de notre vie dans l'amour et la paix.

- A mes enfants Brice et Linda

Vous ferez certainement mieux que papa et maman.
Que Dieu vous bénisse.

- A mes frères et soeurs

. Rémi, Stanislas, Jean et Samuel
. Adélaïde, Sylvie et Eudoxie

Vous m'avez tous soutenu chacun à sa manière ; ce travail est aussi le vôtre.

La nuit a beau être longue, le jour se lève toujours.

- A mon oncle : Georges DIALLA

Tu as su remplacer mon père après sa disparition: tu as toujours été là dans les moments les plus difficiles, je ne t'oublierai jamais.

Profonde gratitude.

- A mes beaux frères et belle soeur Chantal

Sincères remerciements.

- A toute la famille ZOUNGRANA

Sois en fière

- A mon beau père

Tu m'as adoptée comme ta fille et tu t'es fait beaucoup de soucis pour moi.

Sois en récompensé.

- A toute ma belle famille

Merci de m'avoir acceptée.

- Aux amis de Ben

Amitié sincère

- A Génévieve Kadiatou et Anne

Pour tous les moments agréables et difficiles passés ensemble.

Amitié sincère.

- A tous les promotionnaires de la
Faculté des Sciences de la Santé en particulier
ZAN S., TRAORE S. et YODA M.

- Aux malades mentaux du Burkina Faso.

- Au peuple burkinabè.

- A notre maître et Président du Jury.

- A Monsieur le Professeur B. Robert
SOUDRE,

Maître de conférence agrégé
d'Anatomie Pathologie,

Président du sous-comité Laboratoire Banque de
Sang du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Premier responsable du Laboratoire National de
Référence du V.I.H

Chef de service des Laboratoires du Centre
Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHN-YO)

Vice-Doyen aux affaires académiques de la Faculté
des Sciences de la Santé.

Nous vous sommes très reconnaissante pour le
grand honneur que vous nous faites en acceptant de
présider la soutenance de cette thèse, malgré vos
innombrables occupations.

Vous symbolisez à nos yeux le maître achevé qui
reste toujours à l'école du savoir.

Hommage respectueux.

- A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Jean-Gabriel OUANGO,
Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte
contre le SIDA.

Malgré votre emploi du temps chargé, vous avez
accepté de juger notre travail, témoignant ainsi de
l'intérêt que vous portez à cette oeuvre.

Nous en sommes particulièrement honorée.

- A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Jean KABORE, Neurologue au
Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.

Votre présence en qualité de membre du jury de
notre thèse nous donne une pleine satisfaction.

Pour avoir accepté d'être notre juge, nous vous
disons toute notre gratitude.

- A notre maître et Directeur de thèse

**Monsieur le Docteur OUEDRAOGO Arouna, Psychiatre
au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.**

Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous avez mené avec fermeté et assurance sa préparation.

Après de vous, nous avons toujours été assurée de trouver un accueil aimable et un enseignement de valeur.

Profonde reconnaissance.

- A notre maître et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Gérard MITTELBERG

Vous nous avez guidé dans l'élaboration de cette thèse dont vous avez inspiré le sujet. Les connaissances acquises à votre contact sont à la hauteur de votre vaste culture.

Nous aurions souhaité que vous soyez juge de travail.

Notre reconnaissance n'a d'égale que notre respectueuse admiration.

- A notre maître et Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé,

le Professeur Rambré Moumouni OUIMINGA

Profonde gratitude

- A tous les maîtres et enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé

Vos enseignements et vos conseils ont été pour nous une source de savoir :

Trouvez ici le témoignage de toute notre gratitude.

- Au Docteur Zéssouma SANOU, Coordonnateur National des activités de santé mentale

- A tout le personnel du service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO

- A Monsieur Idrissa TRAORE, Magistrat

Pour l'intérêt manifesté vis-à-vis de notre travail

- A ma cousine Valérie OUEDRAOGO

Pour le travail de Secrétariat

- A la Société Impulsion et son personnel

Pour la mise en forme

- A GNEGNE Seydou

Pour la saisie informatique de nos données.

- A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à parfaire ce travail

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

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS :Organisation Mondiale de la santé
DEP : Direction des Etudes et de la planification
FSS : Faculté des Sciences de la santé
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
FJSP : Faculté des Sciences Juridiques et Politiques
CNR : Conseil National de la Révolution
CHNYO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CHNSS : Centre hospitalier National Sanou Sourou
SCAM/SD :Sortie Contre Avis médical Sans Décharge
SCAM/AD : Sortie Contre Avis Médical Avec Décharge
DIAMM : Dispositif itinérant d'Aide aux Malades Mentaux
USP : Unité de Soins Psychiatriques
INSD : Institut National de la Statistique et de le Démographie
JO : Journal officiel
CES : Conseil Economique et Social
NAP : Neuroleptique d'Action Prolongée

I INTRODUCTION

La maladie mentale d'après Barancira Sylvestre est "comme un désordre rompant l'harmonie du sujet avec lui même, avec son propre corps, avec sa famille, son environnement social, ses rapports avec le cosmos, le monde des ancêtres et avec Dieu" (2).

Ainsi, le malade mental devient une contestation pure de ce que sont les autres et la société ; par son image, par ce qu'il exprime, par sa liberté, il peut mettre en danger l'ordre public exigeant parfois des mesures de protection sociale ; mais aussi par l'incapacité que peut lui conférer la maladie, il devient vulnérable et exige une protection de la part de la société. C'est dans un tel contexte que nous allons aborder les problèmes de la maladie mentale.

Dans les pays en voie de développement les problèmes d'assistance psychiatrique passent en général au second plan pour diverses raisons : ces pays doivent encore faire face aux diverses pathologies infectieuses qui sévissent à l'état endémique ou endémo-épidémique.

La notion de la rareté de la maladie mentale dans les milieux du grand public est un préjugé solidement établi. L'expérience montre que cette notion est de moins en moins exacte.

A ce propos le Directeur Général de l'OMS dit ceci : " l'instabilité économique et sociale qui a régné ces dernières années, combinée à divers autres facteurs a entraîné une augmentation notable des problèmes psychosociaux, de hauts niveaux de stress, une <<épidémie>> d'abus de substances nocives et la persistance de taux élevés de suicides et de maladies neuro-psychiques (avec les incapacités qui lui sont associées) dans les pays en voie de développement et dans les pays développés" (42).

Le Burkina Faso n'échappe pas à cette analyse : c'est pourquoi on peut dire que les maladies mentales constituent un problème de santé publique majeur dans notre pays, nécessitant l'élaboration d'une politique sanitaire de prise en charge adéquate. La création de deux services au sein des deux centres hospitaliers nationaux ainsi que des unités de soins psychiatriques dans les autres provinces constitue un acquis dans ce domaine.

Cependant, lors d'un stage que nous avons effectué dans le service de psychiatrie du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHNYO) en 1989, nous nous sommes rendu compte que la plupart des malades qu'ils soient amenés par leur famille, leurs amis ou la force de l'ordre public utilisaient la même procédure d'hospitalisation.

Nous nous sommes alors demandé si il existait une législation burkinabè en matière d'assistance psychiatrique. Nos recherches ont abouti à la loi coloniale de 1939 qui est tombée cependant en désuétude. Or, dans le service de psychiatrie des malades sont hospitalisés contre leur volonté ou malgré leur refus exprès. Cela pose trois ordres de problèmes:

- cette hospitalisation constitue de notre point de vue une violation des libertés individuelles des malades. Ce qui est contraire aux principes universels des droits de l'homme.
- elle peut exposer le personnel soignant à la violence du malade ou à une poursuite judiciaire.
- pour certains malades, la force de l'ordre public veut imposer l'hospitalisation alors que l'état du malade ne le justifie pas.

Tous ces facteurs nécessitent une réglementation de l'hospitalisation qui indique clairement les différents rôles que chacun des acteurs doit jouer, ainsi que les modalités de prise en charge de certaines catégories de malades.

Nous nous sommes alors proposé d'étudier les conditions pratiques et juridico-administratives de la prise en charge des malades mentaux au Burkina Faso; ceci, dans le but de

déterminer les bases sur lesquelles on pourrait élaborer une législation psychiatrique qui permette une prise en charge adéquate des malades mentaux.

Ainsi donc nous présenterons dans un premier temps les modalités d'hospitalisation à travers les données d'une étude de dossiers hospitaliers et d'une série d'interviews; puis nous répertorierons dans un second temps les textes réglementaires existants, résultat d'une étude documentaire que nous avons menée. L'appréhension des différents problèmes que pose la prise en charge au regard de la législation existante nous conduira enfin à dégager des perspectives d'avenir.

II. GENERALITES

2.1 Généralités sur le Burkina Faso

2.1.1. Rappel historique

L'actuel Burkina Faso a été créé en 1904 et rattaché à la colonie du Haut Sénégal-Niger.

En 1919 il est détaché et nommé colonie de Haute-Volta. Supprimée de la carte du monde en 1932, cette colonie fut reconstituée dans ses limites actuelles en 1949.

Elle acquière son indépendance le 5 Août 1960 et connaît son premier coup d'état en 1966, suite à un soulèvement des travailleurs.

Depuis lors la Haute-Volta connaîtra plusieurs régimes dont la plupart d'exception qui aboutiront à la révolution démocratique et populaire le 4 Août 1983. C'est de cette révolution que la Haute-Volta tirera son nom de Burkina Faso, c'est-à-dire pays des hommes intègres.

Le 15 Octobre 1987, suite à des contradictions internes à la révolution, survient le Front Populaire qui fait adopter le 2 Juin 1991 une nouvelle constitution.

2.1.2. Aspects géographiques

Le pays est enclavé au coeur de l'Afrique Occidentale et est limité :

- au sud par le Ghana, le Togo, le Bénin
- au sud ouest par la Côte d'Ivoire
- au nord ouest par le Mali
- au nord est par le Niger.

Sa superficie est de 274.200 km² ; le climat est de type soudano-sahélien caractérisé par deux saisons :

- une saison humide de Juin à Octobre
- une saison sèche de Novembre à Mai

Sur le plan administratif il est divisé en 30 provinces, subdivisées en 300 départements et 7.282 villages : la capitale est OUAGADOUGOU.

2.1.3. Données démographiques

La population est de 7.976.019 habitants d'après le recensement de 1985 ; elle est composée de 51,8 % de femmes et de 48 % d'hommes . L'espérance de vie à la naissance est de 48,5ans (23).

2.1.4. Données économiques

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés (PMA) avec un produit national brut (PNUB) d'environ 63.000 F CFA (150 \$ us) par tête d'habitant. Son économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage qui occupent 85 % de la population.

Cette agriculture est caractérisée par ses méthodes traditionnelles et sa dépendance vis-à-vis des aléas climatiques. L'industrie est très peu développée.

2.1.5. Données sanitaires

Sur le plan sanitaire le pays est confronté au manque de personnel soignant dont le nombre n'a pas encore atteint les normes fixées par l'OMS.

Le tableau suivant donne la distribution des différentes catégories de personnel en fonction des normes des Nations Unies.

Tableau I: Distribution des différentes catégories de personnel en fonction des normes des Nations Unies.

: Catégorie	: Norme	: Nombre	: Nombre	: Pourcentage:
: Personnel	: N.U.1987	: Nécessaire:	: Existant	: réalisé :
: Médecins	: 1/10.000	: 890	: 314	: 35 % :
: Pharmaciens	: 1/20.000	: 445	: 84	: 18,9 % :
: Ass.Sociales:	: 1/ 5.000	: 1.779	: 211	: 12 % :
: Inf.d'états	: 1/ 5.000	: 1.779	: 1.808	: 101,6 % :
: Sages femmes:	: 1/ 5.000	: 1.779	: 293	: 16,4 % :
: I.Sanitaires:	: 1/250.000:	: 36	: -	: - :
: Aux.de Santé:	: 1/ 1.000	: 8.895	: 280	: 3,6 % :
: Matrones	: 1/1.000	: 8.895	: 342	: 3,8 % :

Sources : DEP Ministère de la Santé (1989)

Les maladies infectieuses s'évissent toujours à l'état endémique et le taux de mortalité reste élevé.

Tableau II: Les taux de mortalité au Burkina Faso

: Taux de	:	:	:	: Milieu:	Milieu :	:
: Mortalité	: Général:	H. :	F. :	Rural:	Urbain	: Infantile
: Pourcen-	: 1,75	: 1,79:	1,71:	1,88	: 1,14	: 13,4
: tage	:	:	:	:	:	:

Source INSD : Recensement Général 1985.

2.2. Généralités sur l'assistance psychiatrique

L'histoire de la psychiatrie a été marquée par des transformations profondes qui ont reflété le développement général des sciences et des techniques.

Autrefois considérée comme maladie surnaturelle, la maladie mentale apparaît aujourd'hui comme un désordre en rapport avec l'environnement familial et socio-culturel du patient.

On peut dire que l'assistance psychiatrique a évolué en plusieurs étapes partout dans le monde ; nous évoquerons brièvement quelques étapes importantes de l'assistance

psychiatrique en Europe et en Afrique pour ensuite nous attarder davantage sur le cas particulier du Burkina Faso.

2-2-1 L'Assistance psychiatrique en Europe

A l'étape zéro (et là il faut remonter à l'origine même de l'humanité) les troubles de l'esprit ont d'abord été perçus comme des maladies surnaturelles. La folie, maladie sacrée appelait alors des pratiques magiques: les prêtres pratiquèrent alors la médecine des temples, véritable "cure magique pour ces esprits perdus (46).

Puis le caractère sacré de la maladie mentale va s'attenuer pour laisser place à une autre conception et à d'autres modes de traitement.

C'est ainsi qu'à partir du XIe siècle avant Jésus-Christ le statut du fou évolue à celui de " possédé des démons" : le fou va porter sur lui le poids du péché ; il sera alors chargé du poids de sa responsabilité et exclu de la communauté.

Au moyen âge, les fous n'ont pas non plus leur place dans la société. Ils sont dans les prisons, les cachots ou dans les <<tours des fous>>.

Ils pouvaient aussi errer de ville en ville, sujets comme l'écrivait Esquirol, << à la risée, aux injures, à la pitié ou à la vénération ridicule de leurs concitoyens>> ou être embarqués sur des bateaux pour être abandonnés au loin (46).

Avec la renaissance, la découverte de l'homme va permettre une meilleure appréhension de l'homme malade. Des

hommes de progrès, des humanistes, des philosophes, des religieux luttent pour que cessent les méthodes barbares de traitement.

C'est l'époque des procès de la sorcellerie ébranlés par le mouvement humaniste de la renaissance.

Il apparaît alors l'époque du grand renfermement dont le but secret est de préserver la morale et non de traiter l'individu ; à ce propos Michel Foucault dit ceci : « La folie dont la renaissance vient de libérer les voix mais dont elle maîtrise la violence, l'âge classique va la réduire au silence par un étrange coup de force » (46).

Dans le même mouvement d'enfermement sont embarqués les déviants de l'époque : vagabonds, prostitués, délinquants, libertins.

A l'âge de la lumière naît en France à la faveur de la révolution un vaste mouvement philanthropique qui gagne d'autres pays.

Philippe Pinel décide alors de "rompre les chaînes des aliénés" du Bicêtre et de les livrer à la médecine (7).

La folie ainsi reconnue comme maladie allait être traitée.

L'action de Pinel a porté surtout sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation et la création d'une atmosphère thérapeutique (représentée par la thérapeutique orale (46).

Cette orientation allie étroitement les idées médicales, humanitaires et juridiques. Son aboutissement en France fut la promulgation de la loi du 28 juin 1838 qualifiée par

Pichot comme un monument administratif, juridique et médical, considéré comme un modèle (46). Ce qui a provoqué la construction à travers le pays d'un réseau d'asiles.

La loi de 1838 est une loi d'assistance parce qu'elle assure les soins à tout malade mental.

C'est aussi une loi d'autorité et de protection de la société (46). La création de l'asile et la définition de l'internement psychiatrique repondent à ce souci ; elle prévoit en effet que le malade puisse être enfermé contre sa volonté par un tiers (placement volontaire) ou par l'autorité publique (placement d'office).

Elle est encore une loi de protection du malade en ce qu'elle présente des gardes fous contre les internements arbitraires.

Cependant, tout en ouvrant les portes à la psychiatrie clinique universelle, cette époque a été celle d'une véritable vague d'agressiologie thérapeutique (choc à l'insuline et électrochoc " (7)) la maladie mentale ne pouvant avoir d'étiologie qu'organique.

En réaction à cette théorie mécaniste réduisant la maladie mentale à une lésion organique s'établit un courant de pensée s'attachant surtout à étudier la dynamique du processus psychique.

C'est le début de l'époque contemporaine ; Freud étudie la structure de l'inconscient et élabore en 1900 la psychanalyse.

Emile Kraplin (père de la psychiatrie clinique en Allemagne) établit en 1914 les grands cadres nosologiques qui

restent pour l'essentiel le schémas conceptuel aujourd'hui pour les maladies mentales.

La découverte des effets originaux de la chlorpromazine chez les malades mentaux en 1950, puis des neuroleptiques retard, tranquillisants et hypnotiques bouleverseront pour toujours l'assistance psychiatrique ; il y eut alors une révolution dans la prise en charge des malades mentaux ; les portes des asiles se sont ouvertes et c'est désormais le psychiatre qui ira vers son patient et non le contraire (7).

Il apparaît alors plusieurs modalités de prise en charge en dehors du cadre étroit de l'hospitalisation ; on peut citer entre autres :

- cure ambulatoire le jour
- hébergement en foyer la nuit
- consultation spécialisée au dispensaire d'hygiène mentale.
- visite et soins à domicile
- placement familial thérapeutique.

En France la circulaire de 15 mars 1960 proclame une nouvelle politique en matière d'assistance psychiatrique : la sectorisation : c'est la division du territoire en unités géographiques d'environ 100.000 habitants ; chaque unité est confiée à un service public de santé mentale chargé de la prévention et du traitement des malades.

La circulaire du 14 mars 1990 en faisant le bilan de la politique du secteur donne les nouvelles orientations de la politique de santé mentale . "Considérant que la lutte contre les maladies mentales constitue à l'évidence une priorité de santé

publique" (24) elle cherche à promouvoir les actions de santé en s'intéressant d'avantage aux aptitudes des individus et groupes d'individus vis-à-vis de leur santé; trois niveaux sont donc pris en considération : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté.

Elle préconise d'associer aux spécialistes et professionnels de santé mentale d'autres acteurs, en envisageant des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations, en développant informations et concertations.

Le 27 juin 1990 fut signé, toujours en France, la loi 90-527 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (26) et à leurs conditions d'hospitalisation.

Ce texte modifie et remplace celui de 1838 et fixe deux procédures d'hospitalisation :

- hospitalisation libre dont la demande est faite par le patient lui même;

- hospitalisation sans le consentement dont la demande est faite soit par un tiers soit par l'autorité publique, qui remplace le placement volontaire et d'office de la loi de 1838.

Cette loi énonce en même temps les droits du malade et ses possibilités de recours à la justice.

Selon J.P. Tachon et P. Noël, il s'agit d'une "loi sur les libertés individuelles menacées par les psychiatres (?) mais pas le texte moderne et ambitieux sur les soins aux malades mentaux, leur éthique, leurs objectifs et leurs moyens que tous les professionnels espéraient".

2.2.2. l'Assistance psychiatrique en Afrique

2.2.2.1. Les Institutions

L'assistance aux malades mentaux en Afrique, est restée longtemps entre les seules mains des tradithérapeutes.

L'art de guérir le malade y était déjà ancré avant la colonisation. Avec son avènement fut imposée une "psychiatrie" calquée sur le dos de l'ancien système carcéral occidental non adaptée aux réalités socio-culturelles de l'homme africain ; la médecine traditionnelle est restée alors le seul véritable recours des malades mentaux.

C'est depuis l'avènement des indépendances (1958-1960) que la psychiatrie africaine a commencé à évoluer.

Elle s'est faite sous l'instigation de grands pionniers tels que Tigani au Soudan, Lambo au Nigéria et Collomb au Sénégal.

On procéda à une restructuration des services de psychiatrie pour leur donner une vocation thérapeutique dans la majorité des pays.

Des changements importants sont aussi intervenus dans les modes de prises en charges. En effet après avoir clarifié la nature et l'étendue des troubles psychiatriques, ces grands pionniers ont introduit des modes de traitement utilisant les ressources de la communauté, afin de soigner le malade par des

moyens et dans un milieu socio-culturel proche du sien.

Ainsi ont été créées au Nigéria des institutions appelées "villages thérapeutiques". La population est composée de malades, d'accompagnants et de thérapeutes. Ceci dans le but de soigner le malade dans son cadre de vie habituelle.

Des villages thérapeutiques ont été aussi créés au Sénégal où Collomb mis sur pied une organisation mobile dénommée D.I.A.M.M. (dispositif itinérant d'assistance aux malades mentaux).

Il a pour but de rapprocher le plus possible le soignant du soigné.

L'expérience sénégalaise devait aller à un moment donné jusqu'à l'ouverture des portes de la clinique psychiatrique laissant le malade libre d'aller et venir et le guérisseur libre d'y effectuer ses prestations ; l'accompagnement était obligatoire pour chaque malade et c'était une véritable vie communautaire.

2.2.2.2 La Législation

L'assistance psychiatrique est restée longtemps régie par des lois coloniales dans la plupart des pays. En Afrique Occidentale française c'est la loi AL N° 2123 du 30 Juin 1938 qui demeure toujours en vigueur dans certains pays.

C'est une loi surtout conçue pour l'enfermement de longue durée des malades dangereux ou chroniques. Certains pays l'ont révisée ; c'est le cas du Sénégal (Loi N° 75-80 du 9-7-75 relative au traitement des malades mentaux et au régime

d'internement de certaines catégories d'aliénés) (48). Qu'en est-il du Burkina Faso ?

2.2.3.L'Assistance psychiatrique au Burkina Faso

La nécessité de la mise en place d'une politique nationale d'organisation, de gestion et de planification de l'assistance psychiatrique a conduit les acteurs de la santé mentale à élaborer un projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso. L'objectif à long terme de ce projet, est de "mettre à la disposition de l'ensemble de la population rurale et citadine des offres de soins de qualité, adaptés aux besoins, tenant compte des socio-cultures locales, accessibles géographiquement et financièrement, sans aggraver la marginalisation dont sont déjà victimes les malades mentaux et en responsabilisant la population et le service public pour une approche communautaire des problèmes de santé mentale".

A court et moyen terme ce programme vise :

La restructuration des services de psychiatrie des deux hopitaux nationaux:

- * la décentralisation de l'assistance psychiatrique
- * la formation
- * la recherche
- * la coordination nationale des actions de santé mentale.

Le programme de la recherche prévoit entre autre l'étude des modalités juridiques réglant les conditions d'internement et de protection des libertés et des biens des malades mentaux et l'étude des modalités d'assistance psychiatrique et de cadre juridique de prise en charge des malades mentaux ayant commis des crimes et délits, reconnus dangereux, et ayant bénéficié de l'application de l'article 64 du Code Pénal (33).

Aujourd'hui, le projet a été réalisé sur un certain nombre de ces objectifs : le service de psychiatrie du CNHYO a été restructuré, la coordination nationale est opérationnelle et les unités de soins psychiatriques se sont multipliées.

Le programme quinquénnal 91-95 prévoit entre autre l'amélioration des soins, la restructuration du service de psychiatrie du CHNSS ; il planifie la formation du personnel spécialisé.

2-2-3-1 Rappel Historique.

Avant l'année 1958 il existait dans la ville de Bobo un local nommé lazaret où on mettait les malades en quarantaine : c'est dans ce local qu'on avait construit des pavillons en banco servant surtout à enfermer les malades mentaux agités et ceux ramassés sur la voie publique.

Un infirmier et deux manoeuvres étaient chargés de ce travail de contention plutôt que de soins ; c'est sur la base de

l'arrêté No 2123 qu' est créé en janvier 1958 le service, de psychiatrie de Bobo. Un psychiatre expatrié Français, un infirmier sans formation spéciale en psychiatrie et quatre manoeuvres en avaient la charge. les soins connurent une nouvelle orientation mais le système de contention persista.

En octobre 1979 arrivent les premiers infirmiers d'Etat spécialistes en psychiatrie formés à Dakar, un psychologue et enfin le premier psychiatre Burkinabé. Il y eut une nouvelle approche thérapeutique et un changement dans la prise en charge des malades.

En ce qui concerne le service de Ouaga il a été créé en 1955 à l'intérieur de l'hôpital général de Ouagadougou située dans l'actuel emplacement de la maison du peuple ; il était constitué d'une unité accueillant des malades mentaux au sein du pavillon de médecine sous la responsabilité d'un neuro-psychiatre français.

A partir de 1962, le pays (entre temps devenu indépendant de la métropole) disposa d'un hôpital relativement moderne qui sera par la suite baptisé hopital yalgado Ouédraogo (du nom du premier médecin du pays).

A l'intérieur de cet hôpital on comptait une unité de psychiatrie géographiquement distincte mais techniquement et administrativement rattachée au service de médecine; ainsi s'ouvrait une ère nouvelle pour les malades et leur famille.

Dans sa version originale connue sous le nom de "cabanon", le service se résumait en un bâtiment rectiligne de six chambres de neuf mètres carrés chacune, d'un bureau, d'une salle de soins et d'un couloir tenant lieu de salle

d'électrochoc, traitement miracle à l'époque. (43)

Chaque chambre pouvait héberger dix malades, voire plus dans des conditions des plus inhumaines. Dans sa conception comme dans son fonctionnement il ressemblait à un service fermé bien qu'aucun texte de loi ne lui ait conféré ce statut.

A partir de 1979 le service bénéficiera du concours d'infirmiers qualifiés dans le domaine de la psycho-pathologie ; le fonctionnement institutionnel ainsi que les approches thérapeutiques vont progressivement changer.

Six ans plus tard, soit en 1985, un médecin national et un médecin coopérant français sont affectés à ce service et vont entreprendre avec l'équipe en place un vaste programme de réhabilitation et d'extension inscrit dans un programme global de développement de la santé mentale.

La rénovation du service en fait actuellement un lieu à triple vocation de soins, d'enseignement et de recherche. Situé dans le cadre d'un hôpital général, le service de psychiatrie est désormais l'un des seize services cliniques que comportent actuellement le CHNYO.

D'architecture forcément renouvée depuis 1989 et assez originale, bannissant le style carcéral et alliant le modernisme à la tradition, le service offre un cadre de vie adapté aux malades et est complètement ouvert. Il a une capacité d'accueil de 58 lits dont deux d'isolement.

2-2-3-2 Structures actuelles, Personnel et activités

Il existe deux types de structures de soins psychiatriques : les services de psychiatrie des deux hopitaux nationaux et les unités de soins psychiatriques.

1-Les Services de Psychiatrie des Hopitaux Nationaux

1-1 Le service de psychiatrie de CHNSS

Situé à 7 km du CHNSS ce service dont la rénovation est prévue dans le programme du plan quinquénal 91-95 compte dans son personnel :

- un psychiatre
- un psychologue clinicien
- cinq infirmiers d'Etat spécialistes
- un infirmier breveté
- une éducatrice sociale

Les activités du service sont hospitaliers et extra-hospitaliers.

Il s'agit de :

- la visite générale
- les réunions institutionnelles
- la réunion communautaire
- la revue de dossiers hospitaliers
- la consultation externe.

1-2 Le Service de Psychiatrie du CHNYO

Situé dans l'enceinte même du CHNYO, son fonctionnement est assurée à la date du 31 janvier 92 de:

- deux psychiatres
- un médecin en spécialisation.
- cinq infirmiers d'Etat spécialisés
- une éducatrice sociale
- un psychologue clinicien en stage

Les activités du service sont variées.

- Les soins aux malades hospitalisés : ils ont lieu à la première heure de travail tous les jours : chaque équipe s'entretient avec ses malades pris individuellement de l'évolution de la maladie, puis administre les soins; c'est aussi le moment où ils effectuent l'enquête étiologique.
- La visite générale; elle regroupe l'ensemble du personnel et chaque malade avec son accompagnant. Le dossier du malade est exposé, les diagnostic et traitement discutés et la décision de sortie peut être rendue. Elle a lieu le jeudi matin.
- La revue de dossier : c'est une réunion scientifique qui regroupe seulement l'ensemble du personnel ; elle concerne les dossiers hospitaliers et a lieu le lundi matin à 10 h.
- La réunion communautaire : elle regroupe l'ensemble du personnel, les malades et leurs accompagnants. Elle a pour objet la vie de la communauté ainsi constituée et a lieu le vendredi matin.
- La réunion institutionnelle : elle regroupe l'ensemble du

personnel seul et intéresse les problèmes du service.

Elle a lieu le lundi matin à 7 heures.

- La consultation externe : elle intéresse les malades dont les troubles ne nécessitent pas une hospitalisation et les post-cures des malades antérieurement hospitalisés: elle a lieu mardi et mercredi matin.

- Le repas communautaire : il regroupe l'ensemble du personnel, des malades et leurs accompagnants autour d'un même plat ; sa périodicité est de deux mois en principe.

- Outre ces activités, le service assure la formation des élèves infirmier d'Etat de troisième année (ENSP), des étudiants de 6^{ème} année (FSS) et des infirmiers d'Etat spécialistes en psychiatrie.

- Le tarif des hospitalisations dans le service sont ceux applicables dans l'ensemble de l'hôpital à savoir

1e catégorie 3000 F/jour

2e catégorie 2000 F/jour

3e catégorie 1000 F/jour

4e catégorie 500 F/jour

La répartition par année des activités du service est donnée dans le tableau suivant:

Tableau III: Répartition par année des activités du
service de psychiatrie du CHNYO

	1987	1988	1989	1990	1991
: Nombre d'hospitalisation	417	360	362	312	219
: Nombre de consultants	1463	1487	2375	1266	955
: Nombre de consultations	4209	5363	5150	6080	3641
: Décès	5	8	3	5	3

2- Les unités de soins psychiatriques

Jusqu'en 1982 tous les malades étaient orientés soit à Ouagadougou, soit à Bobo-Dioulasso. La décentralisation a eu pour objectif de rapprocher le malade des structures de prise en charge en le maintenant dans le cadre habituel de vie et avec les moyens disponibles.

Elles assurent des soins curatifs et préventifs à travers les consultations externes, et les soins aux malades.

Il existe 12 unités de soins psychiatriques (USP) en date du 31 décembre 1991 situées dans les chefs lieux de province du Mouhoun, du Yatenga, du Poni du Boulkiemdé, du Boulgou, du Sanématenga, Passoré, Gourma, Kadiogo, Comoé, Kossi et Séno .

Chacune d'elle est sous la responsabilité d'un infirmier spécialiste en santé mentale.

2.2.3.3 AUTRES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge familiale est systématique et procède généralement de tabous selon la croyance du milieu : par exemple il est interdit en milieu mossi de ligoter un fou avec une corde au risque de voir sa folie se péréniser . En tout état de cause,

la prise en charge va d'abord consister en l'immobilisation du malade mental selon son comportement, par baricadement en le mettant sous fer ou sous surveillance en attendant que le conseil de famille décide du choix du charlatan, marabout ou autre guérisseur à consulter.

Généralement, et en pareil cas, le malade est "interné à domicile" et fait l'objet de soins beaucoup plus affectifs et de sacrifices pour conjurer le mauvais sort jeté sur la famille.

Le conseil de famille peut décider de confier le traitement du malade à un thérapeute qui accepte de le prendre en charge chez lui ou à distance.

Selon Selouké on retrouve deux types de prises en charge en plus de l'assistane psychiatrique (56).

1- Le Recours Thérapeutique Traditionnel

Il est l'apanage des praticiens traditionnels animistes et devins.

Ce recours constitue en général le premier de l'itinéraire thérapeutique .

En effet les représentations que se fait la Société Burkinabè de la maladie mentale en font une maladie en étroite relation avec l'environnement socio-culturel du patient. C'est donc dans cette socio-culture qu'il faut chercher l'étiologie de la folie et pouvoir y remédier . Et la population en général est convaincue que cette maladie relève surtout de la compétence du tradithérapeute que de la médecine moderne (44).

A ce propos G. Dupont dit ceci " la tradition est la

structure même du discours et de la pensée du malade et du groupe. Le recours à la psychiatrie n'est qu'un accident de parcours qu'excuse la nécessité. Le dernier mot sera à la tradition, toujours (18).

Les praticiens utilisent comme moyens thérapeutiques les infusions de plantes, les sacrifices, Les offrandes et même l'astrologie. Cette thérapie se déroule au cours d'un rituel souvent complexe qui associe le malade et la famille.

Un certain nombre de thérapeutes sont renommés par la qualité de leurs soins : ils attirent vers eux de nombreux malades et sont donc obligés de pratiquer une sorte d'hospitalisation. Cette "hospitalisation" nécessite parfois une contention . A ce moment on peut observer de mauvais traitements des malades.

Mais ce n'est pas toujours que la tradition vient à bout des maladies mentales et les indications de la psychiatrie commencent là où la tradition est en difficulté.

2- Le Recours Thérapeutique néotraditionnel

Il est pratiqué par les marabouts et les pasteurs des assemblées de Dieu.

Les marabouts en considérant que la folie est l'oeuvre d'un génie utilisent comme moyens thérapeutiques, le récit des versets coraniques, les écrits des marabouts qui peuvent être lavés, et l'eau recueillie donnée en boisson au malade, ou confectionnés en amulettes que portera le malade.

Les pasteurs eux, utilisent des séances de prière et d'exorcisme pour traiter leurs malades.

III - OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectif général

L'objectif général de notre travail est d'étudier les conditions pratiques et juridico-administratives de l'hospitalisation des malades mentaux au Burkina Faso.

3.2. Objectifs spécifiques

Nos objectifs spécifiques sont :

- identifier les procédures d'hospitalisation effectivement mises en oeuvre ;
- répertorier les textes de lois relatives aux malades mentaux et en dégager les mérites et insuffisances ;
- identifier les problèmes pratiques liés aux modalités d'hospitalisation ;
- proposer des solutions tendant à améliorer la situation pratique, administrative et juridique de la prise en charge du malade mental au Burkina Faso.

IV - METHODOLOGIE

Elle a été conçue dans le but d'atteindre nos objectifs. Notre étude a été faite en trois temps selon la démarche suivante.

Une recherche documentaire concernant la législation en matière d'assistance psychiatrique. Elle a aussi concerné la littérature en rapport avec la prise en charge des malades mentaux.

- Une enquête quantitative par l'étude des dossiers de malades hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHN-YO en 1991.

Cette étude aboutira à une analyse des données.

- Une enquête qualitative, auprès des principaux intervenants dans la prise en charge des malades mentaux: elle ne donnera pas lieu à un traitement statistique.

4.1. La recherche documentaire

Notre revue de la littérature a pour cadre d'étude:

- Les bibliothèques :
 - . de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) ;
 - . de la Faculté des Sciences Juridiques et Politiques;
 - . de l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM) ;
 - . de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) représentation de Ouagadougou ;
 - . du Centre National de Recherche Scientifique et Technique

(CNRST) ;

. d'un Cabinet d'avocats à la cour de Ouagadougou.

4.2. Etude des dossiers hospitaliers

4.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse rétrospective de dossiers de malades hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHN-YO.

4.2.2. Choix des variables

Nous avons choisi les variables en fonction de nos objectifs. Les variables épidémiologiques telles que l'âge, le sexe, l'ethnie, la profession, lieu de résidence n'influencent pas trop le phénomène étudié mais conservent tout de même leur importance.

4.2.2.1. L'origine de la demande d'hospitalisation

Elle tire son importance du fait qu'elle détermine le "statut administratif du malade hospitalisé".

- L'hospitalisation est dite libre si la demande est faite par le malade lui même ou sa famille avec son consentement ;

- l'hospitalisation est dite volontaire lorsque la demande est formulée par la famille sans le consentement du malade : il est alors dit en placement volontaire ; cette hospitalisation nécessite une demande d'admission rédigée par la personne qui formule la demande et un certificat médical établissant la

nécessité du placement;

- l'hospitalisation est dite d'office lorsqu'elle est ordonnée par l'autorité publique (administrative ou judiciaire) : elle exige un arrêté d'internement et un certificat médical.

4.2.2.2. Le motif d'hospitalisation

Il est capital dans la détermination du mode de prise en charge ; l'hospitalisation avec ou sans consentement devient indispensable devant certaines manifestations de la maladie. Lorsque les signes présentés par le malade sont multiples, nous avons choisi le plus probant comme étant le motif d'hospitalisation.

4.2.2.3. La présence d'un accompagnant

Elle a été rendue obligatoire de principe dans le service pour favoriser une prise en charge de type communautaire.

4.2.2.4. Le type d'entrée

Nous avons considéré trois types d'entrée :

- directe si le malade vient directement au service ;
- transfert s'il vient d'un autre service de l'hôpital ;
- évacuation s'il arrive d'une formation sanitaire d'une autre province.

4.2.2.5. La durée d'hospitalisation

Elle est fonction de la symptomatologie. Nous avons considéré quatre classes de une semaine chacune jusqu'à un mois puis une dernière classe pour ceux dont la durée excède un mois.

4.2.2.6. Le type de sortie

Nous avons considéré six types de sorties (cf annexe) : il est important du fait qu'il s'agit parfois de malades dangereux.

4.2.3. Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillon exhaustif comprenant tous les dossiers. Le recrutement a concerné tous les malades hospitalisés dans le service du 1er Janvier 1991 au 31 Décembre 1991.

4.2.4. Méthode et technique

Nous avons utilisé comme support un questionnaire écrit. Les questions étaient de type fermé.

4.2.5 ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des résultats a été faite par micro-ordinateur sur logiciel EPI INFO5.

4.3. L'enquête auprès des principaux intervenants dans la prise en charge des malades mentaux.

4.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative destinée à recueillir les informations sur la pratique en matière de prise en charge des malades mentaux et les opinions de ces personnes sur la réglementation de cette prise en charge.

4.3.2. Population cible

Nous avons usé d'un échantillonnage accidentel, non représentatif statistiquement mais orienté en fonction de nos objectifs.

Le choix des personnes concernées s'est fait en fonction du rôle qu'elles jouent dans la prise en charge des malades mentaux.

Ce sont :

- le personnel des services de psychiatrie de Ouaga et Bobo : psychiatres, infirmiers spécialistes, travailleurs sociaux ;
- les Maires des cinq communes de Ouagadougou ;
- les Préfets des dix départements de la province du Bazèga (province choisie au hasard parmi les trente) ;
- les Commissaires de police de la ville de Ouagadougou ;
- des Magistrats (Procureur du Faso et son substitut, le Procureur Général et son substitut, le Président du tribunal de

première instance , le Directeur de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion sociale).

_ des Avocats

4.3.3. Technique de recherche

Nous avons utilisé comme technique l'interview les questions provenant d'un questionnaire préparé à l'avance. Elles sont posées d'une manière non structurée en gardant à l'esprit le but de l'interview, mais en variant la durée et la formulation des questions en fonction du déroulement de l'entretien afin d'obtenir le plus d'informations utiles.

Cependant, en ce qui concerne les préfets nous avons dû envoyer le questionnaire par voie postale.

En ce qui concerne certains aspects notamment l'hospitalisation forcée, nous avons complété l'étude par une observation participante et non participative non camouflée dans le service de psychiatrie.

4.3.4. Déroulement de l'enquête

- En ce qui concerne les interviews, le questionnaire a été déposé auprès des personnes intéressées, dans un premier temps puis nous sommes repartis pour l'enquête proprement dite.

- En ce qui concerne les préfets les questionnaires ont été envoyés au Haut commissaire de la province qui s'est chargé de les acheminer. Les réponses nous ont été renvoyées par voie postale par le même cheminement.

4.4. Problèmes et limites

Bien que les dossiers des malades du service de psychiatrie soient parmi les mieux tenus du CHN-YO, nous avons rencontré des difficultés pour trier ceux des malades hospitalisés car les numéros ne sont pas toujours relevés sur les différents registres.

Pour l'enquête, les difficultés ont été liées à la disponibilité des personnes intéressées. Nous avons enregistré des limites en ce qui concerne l'étude des dossiers hospitaliers : l'étude rétrospective ne nous a pas permis d'évaluer le consentement du malade à l'hospitalisation.

V - LES RESULTATS

Cette étude nous a permis d'aboutir aux résultats suivants:

5.1. DONNEES CONCERNANT LES DOSSIERS HOSPITALIERS

Cette étude a servi à la détermination des modalités mises en oeuvre dans la prise en charge des malades mentaux. Elle a intéressé les dossiers des malades hospitalisés dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO du 1er Janvier au 31 Décembre 1991. 219 malades ont été hospitalisés au cours de cette période ; nous avons retrouvé 206 dossiers exploitables.

Nous nous sommes d'abord intéressé aux modalités d'entrée puis aux caractéristiques socio-démographiques des malades.

5.1.1. Origine de la demande d'hospitalisation

Nous avons considéré que la personne ou l'institution qui amène le malade à l'hôpital est à l'origine de la demande d'hospitalisation. Il peut s'agir du malade lui-même, de sa famille ou de la société à travers ses institutions appropriées. Dans toutes les fois où la force de l'ordre public est intervenue, nous l'avons considérée comme étant à l'origine de la demande d'hospitalisation : les résultats sont donnés à la figure I.

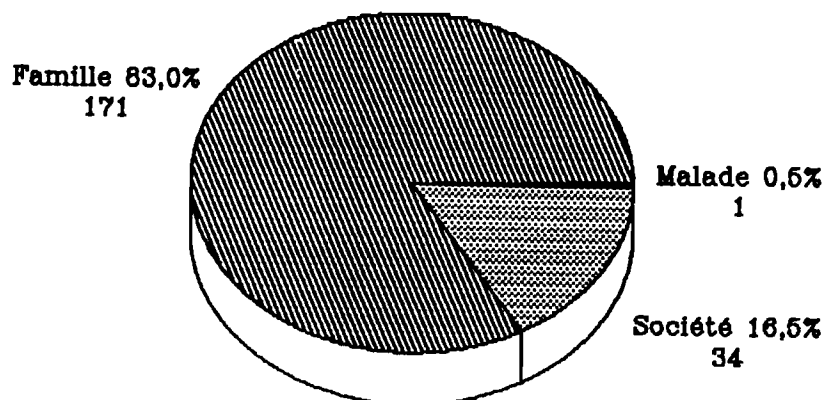


Figure No 1: Répartition des malades en fonction de l'origine de la demande d'hospitalisation

On note une prédominance de malades hospitalisés par la famille 83% contre 16,5 amenés par la force de l'ordre public.

Les malades amenés par la société se répartissent comme suite :

- Police 23
- Gendarmerie 20
- Comité Révolutionnaire 1

5.1.2. Motif d'hospitalisation

Dans la majorité des cas les signes présentés par le malade sont multiples. Nous avons d'abord trié les dossiers comportant au moins un acte anti-social : nous avons retrouvé 98 dossiers.

Puis dans les deux lots ainsi constitués nous avons déterminé le motif d'hospitalisation le plus probant.

Le tableau 4 et la figure 2 donnent la répartition des malades en fonction du motif d'hospitalisation.

**TABEAU N° IV : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DU MOTIF
D'HOSPITALISATION**

MOTIF	EFFECTIFS	POURCENTAGE
AGRESSIVITE VERBALE	16	7,7
AGITATION PSYCHOMOTRICE	30	14,6
ANXIETE	3	1,5
BIZARERIE DU COMPORTEMENT	4	1,9
CAUCHEMARD	1	0,5
CRIS	1	0,5
CRISE D'HYSTERIE	1	0,5
DEAMBULATION	2	1
DELIRE	2	1
DEPRESSION	2	1
EFFETS SECONDAIRES DE NAP	1	0,5
HALLUCINATION	1	0,5
INCURIE	1	0,5
INSOMNIE	6	2,9
ISOLATIONNISME	2	1
LOGORRHEE	10	4,9
MUTISME	3	1,5
PERTE DE CONNAISSANCE	1	0,5
PLEURS IMMOTIVES	1	0,5
PROPOS INCOHERENTS	7	3,4
PSYCHOSE	1	0,5
REFUS ALIMENTAIRE	6	2,6
STEREOTYPIES GESTUELLES	1	0,5
TROUBLE DU COMPORTEMENT	5	2,4
ACTES ANTISOCIAUX	98	47,6
TOTAL	206	100

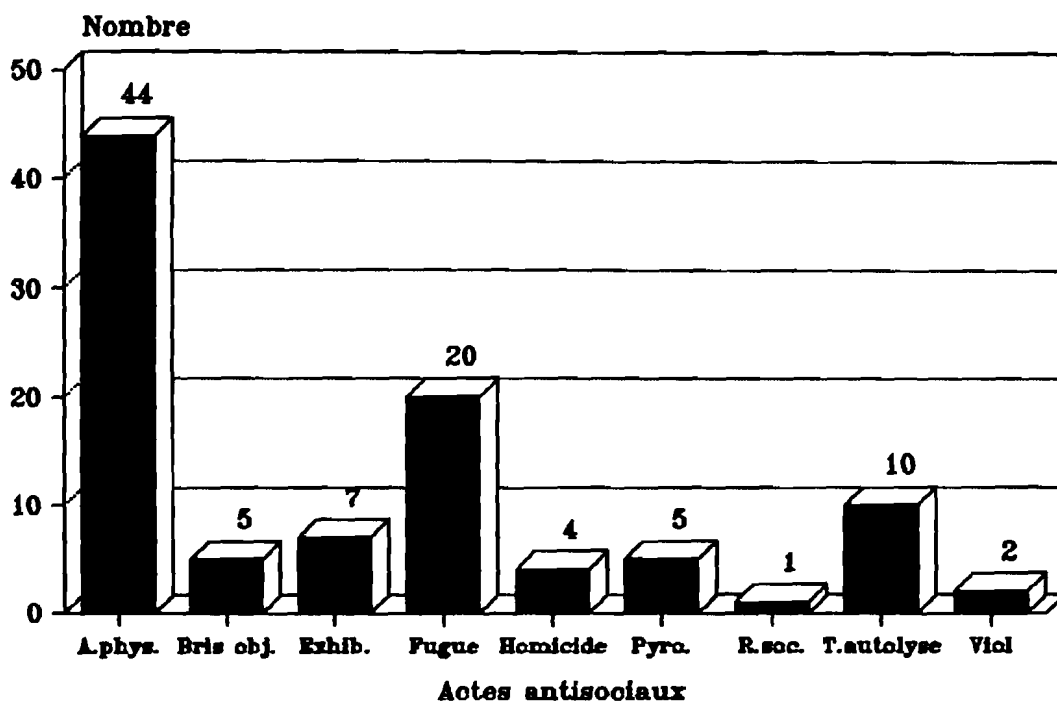


Figure No 2: Répartition des malades en fonction des actes antisociaux commis

A. phys = agressivité physique
bris obj. = bris d'objet
exhib. = exhibitionnisme
pyro = pyromanie
r. soc. = retrait social
t.autolyse = tentative d'autolyse

L'agressivité physique domine avec 44,89% suivie des fugues 20,4%.

Nous avons alors voulu savoir si la présence d'un acte antisocial influençait l'origine de la demande d'hospitalisation.

Le tableau N°5 donne la distribution des malades en fonction de la présence d'acte anti-social et de l'origine de la demande d'hospitalisation.

TABLEAU N°V DISTRIBUTION DES MALADES AYANT COMIS UN ACTE ANTISOCIAL EN FONCTION DE L'ORIGINE DE LA DEMANDE.

ORIGINE DEMANDE	Malade	Famille		Société		Total
		N	P	N	P	
actes antisocial						
présence acte antisocial	0	77	45,02	21	61,76	98
absence acte antisocial	1	94	54,97	13	38,23	108
total	1	171		34		206

On remarque que tous les malades amenés par la société n'ont pas forcément troublé l'ordre public ou commis un acte antisocial. 38,24% de malades dans notre échantillon ont été amenés par la force de l'ordre et n'ont pas commis un acte antisocial : il s'agit en général de malade agité, difficile à maîtriser ce qui oblige les parents à avoir recours à la force de l'ordre public pour pouvoir le conduire à l'hôpital.

L'origine de la demande d'hospitalisation en fonction du type d'acte antisocial est donnée au tableau 6 et à la figure 3.

TABLEAU N°VI DISTRIBUTION DES ACTES ANTISOCIAUX EN FONCTION DE L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION.

ORIGINE DE LA DEMANDE ACTES ANTISOCIAUX	MALADE	FAMILLE		SOCIETE		TOTAL
AGRESSIVITE PUBLIQUE	-	32	41,55	12	57,14	44
BRIS D'OBJET	-	3	3,89	2	9,52	5
EXHIBITION-NISME	-	5	6,49	2	9,52	7
FUGUE	-	19	24,67	1	4,76	20
HOMICIDE	-	2	2,59	2	9,5	4
INCENDIE	-	4	5,19	1	4,76	5
RETRAIT SOCIAL	-	1	1,29	-		1
TENTATIVE D'AUTOLYSE	-	9	11,69	1	4,76	16
VIOL	-	2	2,59	-		2
TOTAL	-	77			21	98

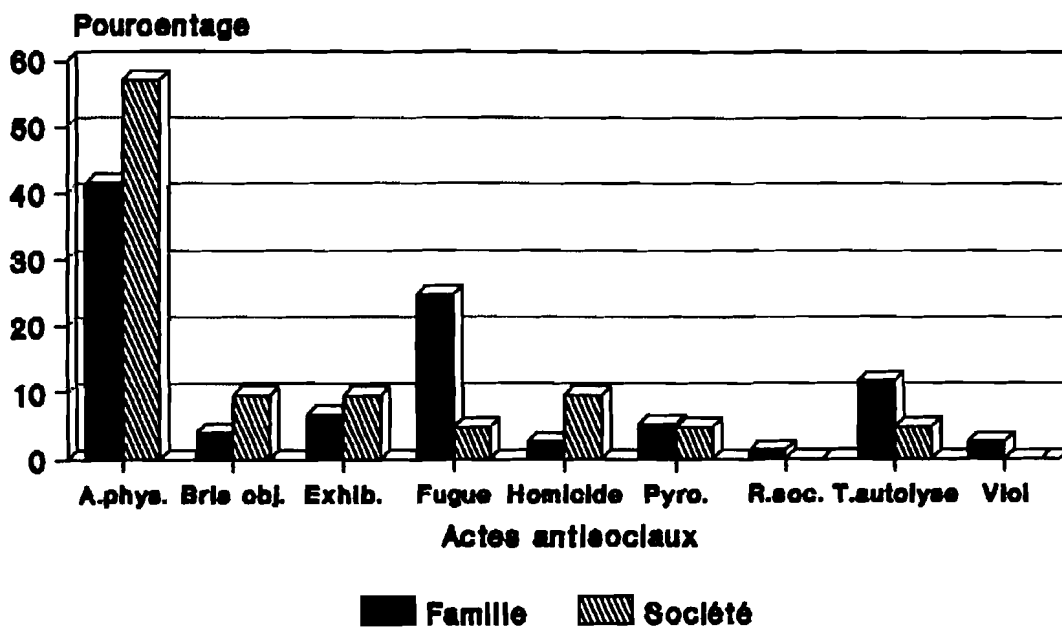


Figure No 3: Fréquence des actes anti-sociaux en fonction de l'origine de la demande d'hospitalisation

En cas d'agressivité physique, bris d'objet, exhibitionnisme, homicide, c'est la société qui demande le plus souvent l'hospitalisation.

5.1.3. Caractéristiques socio-démographiques des malades hospitalisés

5.1.3.1. L'âge

L'âge des patients hospitalisés varie entre 13 et 80 ans. Il est donné en tranche d'âge dans la figure suivante:

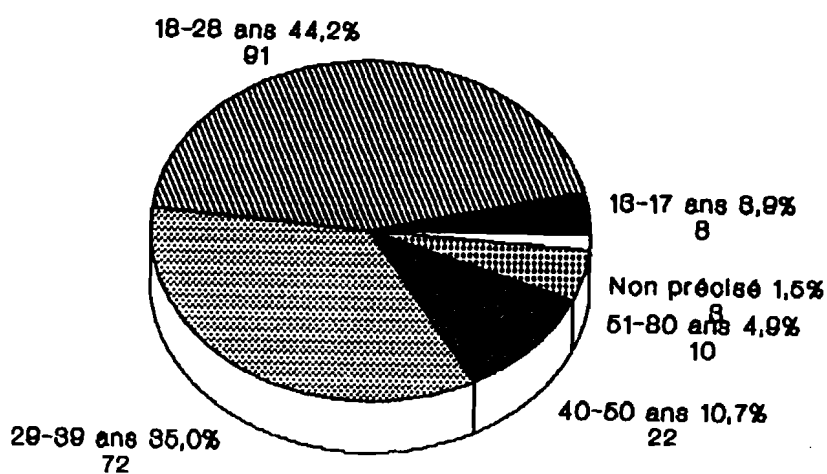


Figure No 4: Répartition des malades par tranche d'âge

Pour les besoins de notre étude nous avons regroupé les cas en fonction de la majorité pénale c'est-à-dire 18 ans.

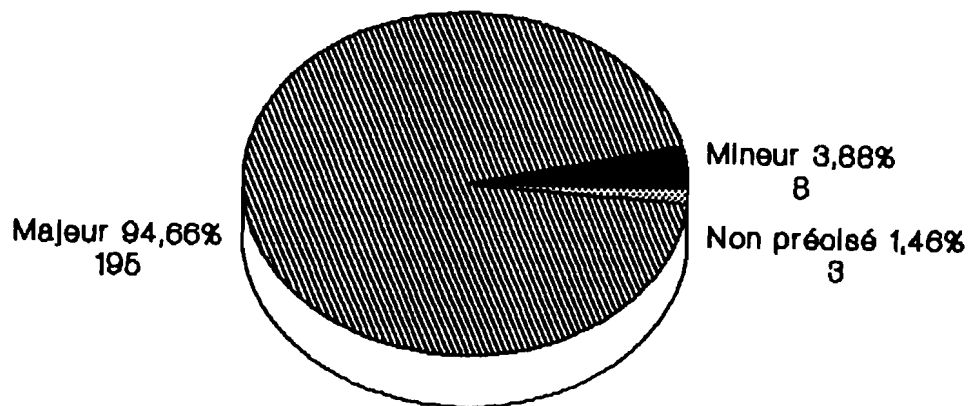


Figure No 5: Fréquence des malades selon la majorité pénale

On a 94,66% de majeurs contre 3,88 de mineurs.
1,5% des malades n'ont pu préciser leur âge.

Le tableau N°8 nous donne la répartition des malades en fonction de l'origine de la demande et de la majorité.

TABLEAU N°VIII REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'AGE ET DE L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

ORIGINE DE LA DEMANDE	MALADE	FAMILLE		SOCIETE		TOTAL
		AGE	N	P	N	
MINEUR	0	7	4,09	1	2,94	8
MAJEUR	1	164	95,9	30	88,23	195
NON PRECISE	0	0		3	8,32	3
TOTAL	1	171		34		206

5.1.3.2. Le sexe

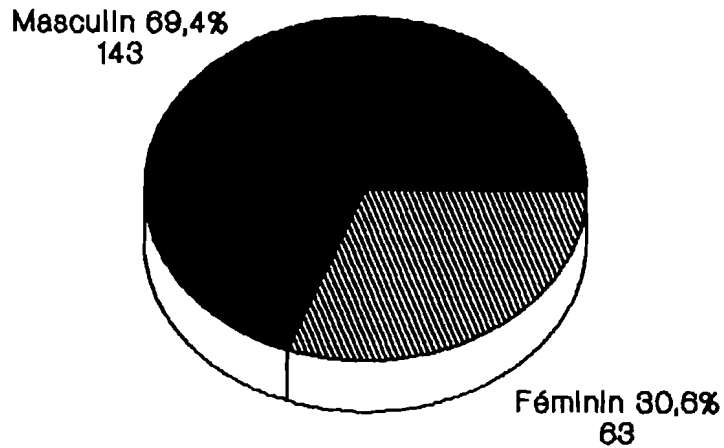


Figure No 6: Répartition des malades en fonction du sexe

Dans notre échantillon nous avons trouvé 143 malades de sexe masculin contre 63 de sexe féminin soit un sexe Ratio de 2,26.

5.1.3.3. La profession

Nous avons considéré sept catégories en ce qui concerne la profession ; nos résultats montrent une prédominance des agriculteurs 28,6% et des ménagères 22,3%.

On a 11,7% de fonctionnaires, 7,3% de commerçants et 7,3 % de scolaires.

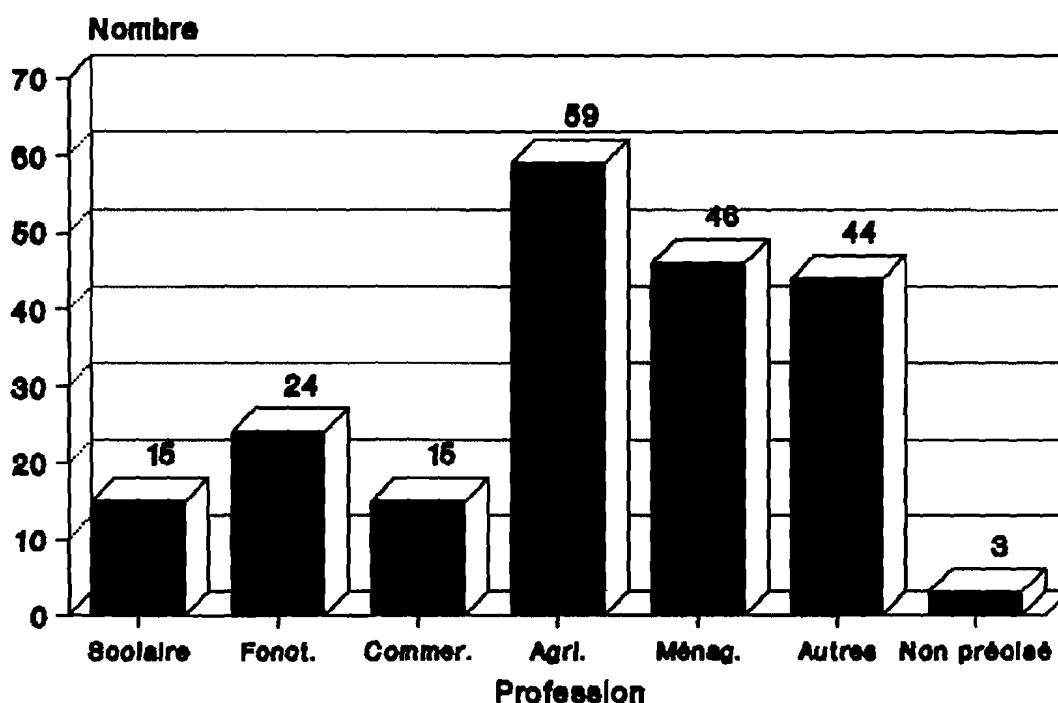


Figure No 7: Répartition des malades en fonction de la profession

Il faut noter que beaucoup de malades n'exercent plus aucune activité du fait de leur maladie.

5.1.3.4. L'ethnie

Les malades ont été classés en fonction des trois ethnies majoritaires.

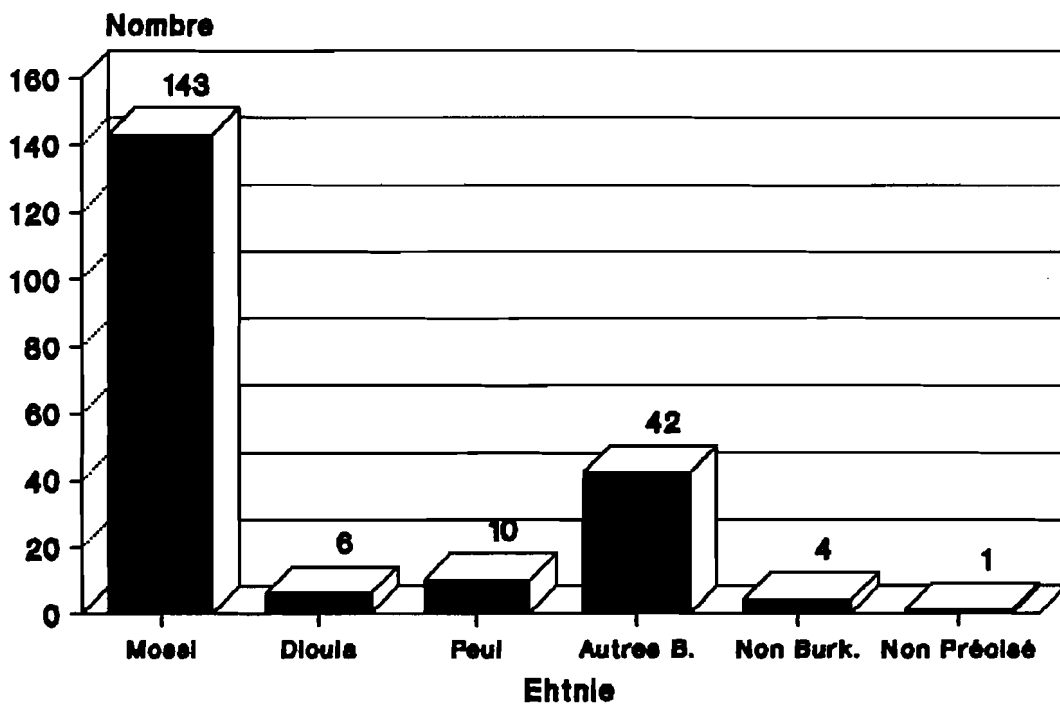


Figure No 8: Répartition des malades en fonction de l'ethnie

On retrouve 69,4% de Mossi, cela s'explique par le fait que c'est l'ethnie majoritaire du pays et que l'hôpital est situé sur le plateau mossi.

5.1.3.5. La résidence

Nous avons considéré la province de résidence du malade ; elles sont classées par ordre alphabétique dans le tableau N°9

Tableau IX: Répartition des malades en fonction de la province de résidence

RESIDENCE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
BAM	2	1
BAZEGA	25	12,1
BOULGOU	3	1,5
BOULKIEMDE	6	2,9
GANZOURGOU	3	1,5
GNAGNA	1	0,5
GOURMA	2	1
HOUET	1	0,5
KADIOGO	118	57,3
KOURITENGA	7	3,4
MOUHOUN	1	0,5
NAHOURI	1	0,5
OUBRITENGA	16	7,8
PASSORE	4	2
SANEMATENGA	1	0,5
SOUROU	1	0,5
YATENGA	1	0,5
ZOUNDWEOGO	6	2,9
HORS DU BURKINA	3	1,5
NON PRECISE	4	2
TOTAL	206	100

5.1.3.6: Les antécédants

Il s'agit du nombre de fois où le malade a déjà été hospitalisé le service au cours des années antérieures à 1991. Nous avons noté seulement deux malades hospitalisés plus d'une fois au cours de l'année 1991. La répartition donne 76,2% de malades sans antécédant d'hospitalisation, 20,4% ont été hospitalisés une fois déjà et 2,4% deux fois:

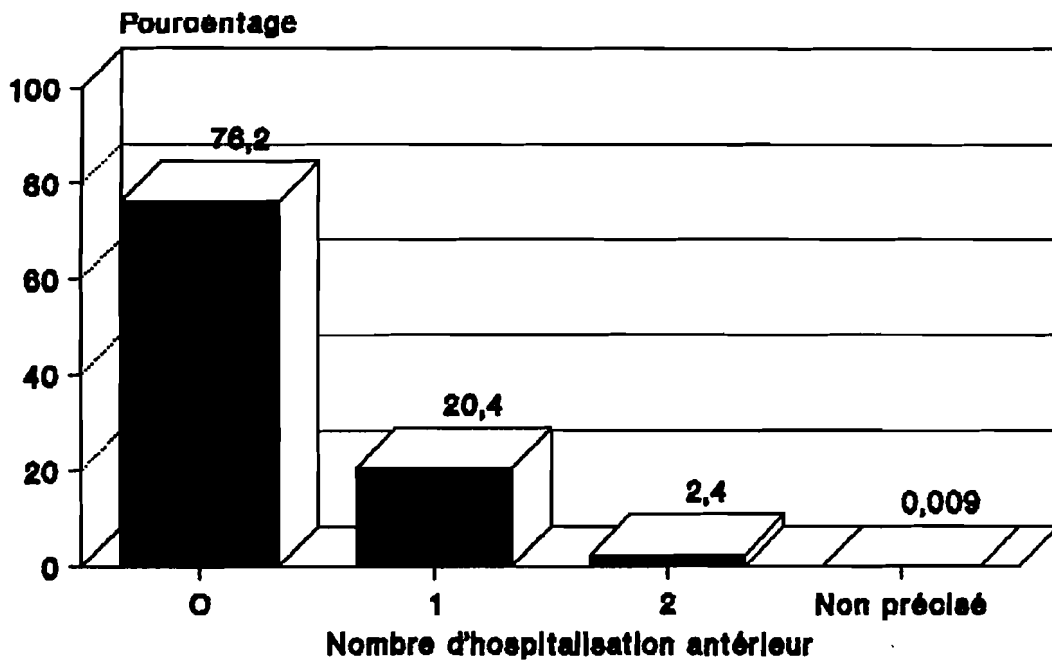


Figure No 9: Fréquence des malades en fonction du nombre d'hospitalisation antérieur.

5.1.4. Présence d'un accompagnant

Elle est nécessaire pour le suivi correct de l'évolution de la maladie et l'institution d'une prise en charge de type communautaire. Elle est représentée par la figure 10.

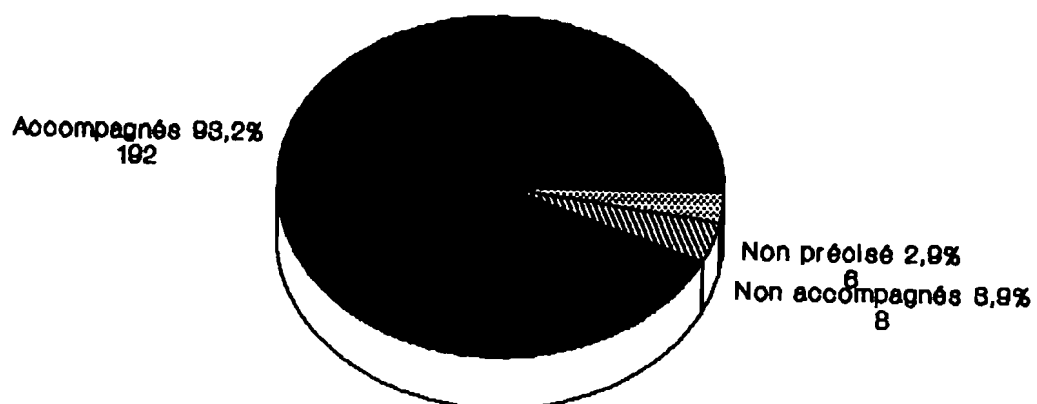


Figure No 10: Répartition des malades en fonction de la présence d'un accompagnant

Dans 2,6% des cas il ne nous a pas été possible de déterminer si le malade avait un accompagnant ou pas. 93,2% des malades étaient accompagnés.

La répartition des malades en fonction de l'origine de la demande et la présence d'un accompagnant est donnée par le tableau N°10 et par la figure 11.

Tableau X: Répartition des malades en fonction de l'origine de la demande d'hospitalisation et de la présence d'un accompagnant

ORIGINE DE LA DEMANDE	MALADE	FAMILLE		SOCIETE		Total
PRESENCE ACCOMPAGNANT						
MALADES ACCOMPAGNES	1	164	98,24	23	67,64	192
NON ACCOMPAGNES	0	0		8	23,52	8
NON PRECIS	0	3	1,75	3	8,82	6
TOTAL	1	171		34		206

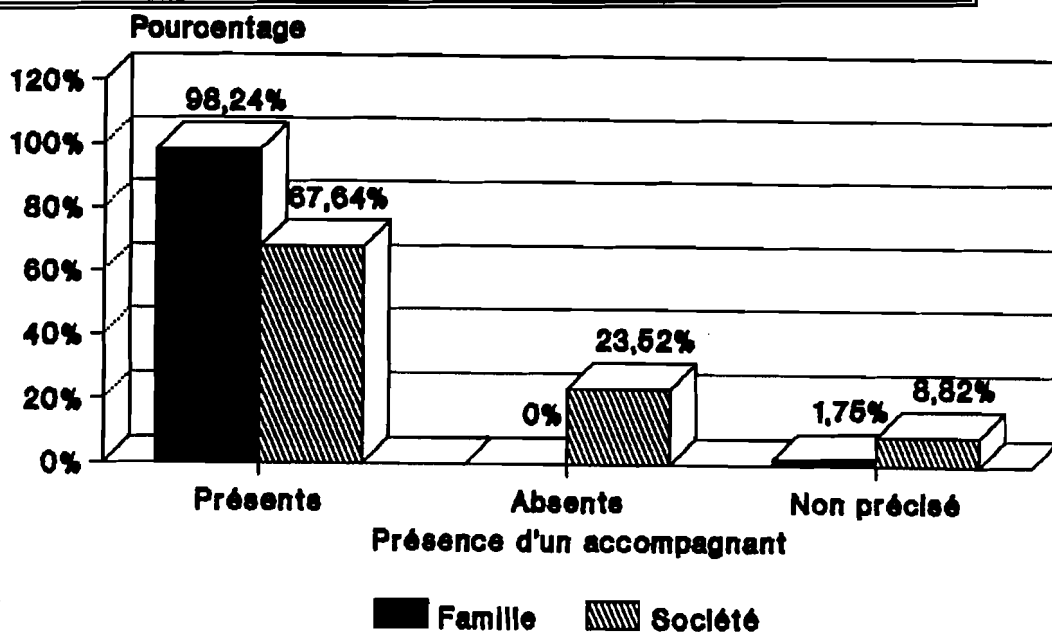


Figure No 11: Fréquence des malades en fonction de l'origine de la demande et de la présence d'un accompagnant

La majorité des malades non accompagnés a été hospitalisée par la société

5.1.5. la durée d'hospitalisation

Elle est en moyenne de deux semaines (30,1%) et donnée à la figure 12.

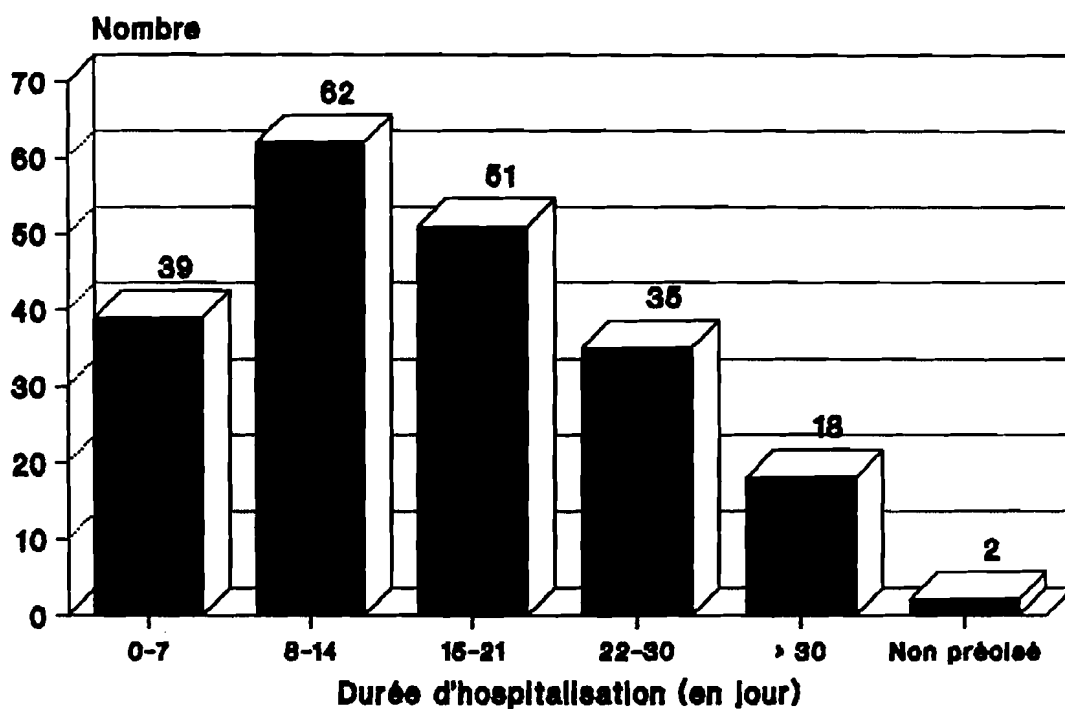


Figure No 12: Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

L'origine de la demande d'hospitalisation influence-t-elle la durée de celle-ci ? Cela est important du fait que la prise en charge du traitement et des frais d'hospitalisation incombent au malade ou à la famille.

Le tableau 11 et la figure 13 donnent la répartition des malades en fonction de l'origine de la demande d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation.

Tableau XI: Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation et de l'origine de la demande.

ORIGINE DE LA DEMANDE	MALADE	FAMILLE		SOCIETE		TOTAL
		N	P	N	P	
DUREE HOSPITALISATION EN JOURS						
0 - 7	0	27	15,78	12	35,29	39
8 - 14	0	54	31,57	8	23,52	62
15 - 21	0	44	25,73	7	20,58	51
22 - 30	0	31	18,12	4	11,76	35
> 30	1	14	8,18	3	8,82	18
NON PRECISE	0	1	0,58	0		1
TOTAL	1	171		34		206

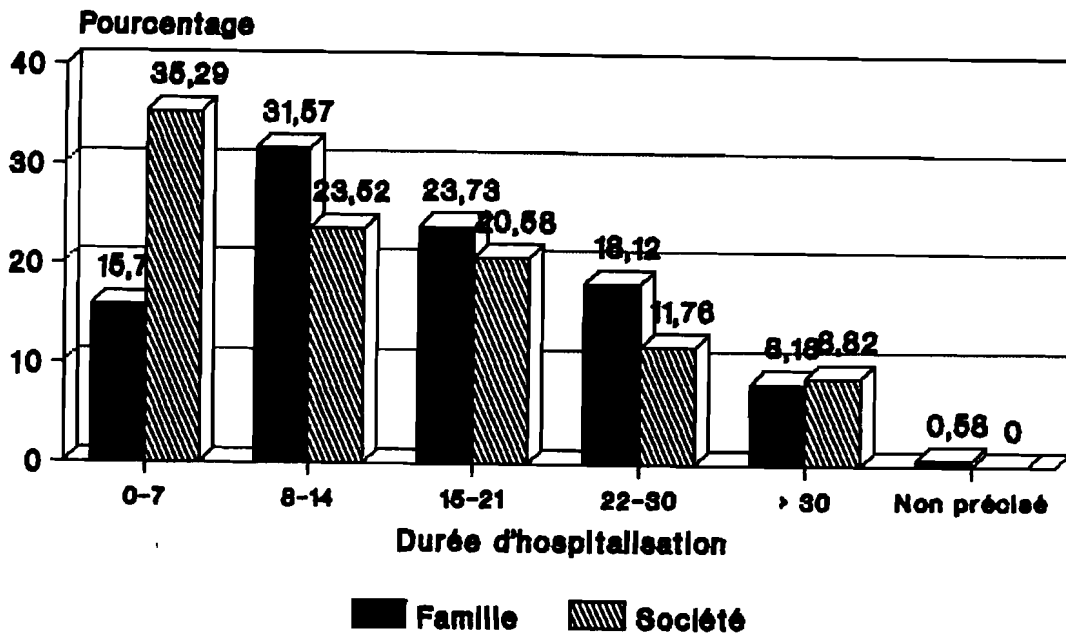


Figure No 13: Fréquence des malades en fonction de la demande et de la durée d'hospitalisation

Il n'y a pas d'influence entre la durée de l'hospitalisation et l'origine de la demande dans notre échantillon ; la répartition demeure presque invariable : ceci est dû au fait que les malades maintenus en hospitalisation sont ceux qui ont un accompagnant : donc quelque soit l'origine de la demande le statut des malades est le même.

Nous avons voulu savoir si la durée d'hospitalisation était influencée par le motif d'hospitalisation. En général les malades entrés pour homicide sont maintenus plus longtemps en hospitalisation.

Tableau XII: Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation et de la présence d'actes antisociaux.

DUREE D'HOSPITALISATION ACTES ANTISOCIAUX	0 à 7	8 à 14	15 à 21	22 à 30	>à 30	TOTAL
AGRESSIVITE PHYSIQUE	10	16	12	3	3	44
BRIS D'OJET	-	3	2	-	-	5
EXHIBITIONNISME	3	1	-	1	2	7
FUGUE	2	5	7	5	1	20
HOMICIDE	1	1	1	-	1	4
PYROMANIE	-	3	-	1	1	5
RETRAIT SOCIAL	-	1	-	-	-	1
TENTATIVE D'AUTOLYSE	3	2	4	1	-	10
VIOL	-	1	-	1	-	2
TOTAL	19	33	26	12	8	98

Dans notre échantillon la durée d'hospitalisation ne semble pas liée à la symptomatologie.

Un seul malade entré pour homicide est resté au delà de 30 jours.

5.1.6.Type d'entrée

Dans notre échantillon 159 malades soit 77,2% des malades hospitalisés sont entrés directement dans le service.

5 malades soit 2,4% proviennent d'autres services de l'hôpital.

- Maternité 2
- Maladies infectieuses 1
- Urgence médicale 1
- Pneumo phtisiologie 1

41 malades soit 21,4% ont été évacués de structures sanitaires d'autres provinces ; la majorité viennent des provinces limitrophes du Kadiogo.

- Bazèga 15
- Oubritenga 10
- Le Zoundweogo vient ensuite avec 5

malades évacués.

5.1.7 Type de sortie

Nous avons divisé le type de sorties en 6 catégories:

- la décision médicale
- la demande de la famille
- la sortie contre avis médical avec

décharge (SCAM/AD) ou sans décharge

(SCAM/SD évadés)

- le transfert vers un autre service de l'hôpital
- le décès

- ceux dont le type de sortie n'est pas retrouvé sont côtés non précisé.

La répartition est donnée par la figure N°14.

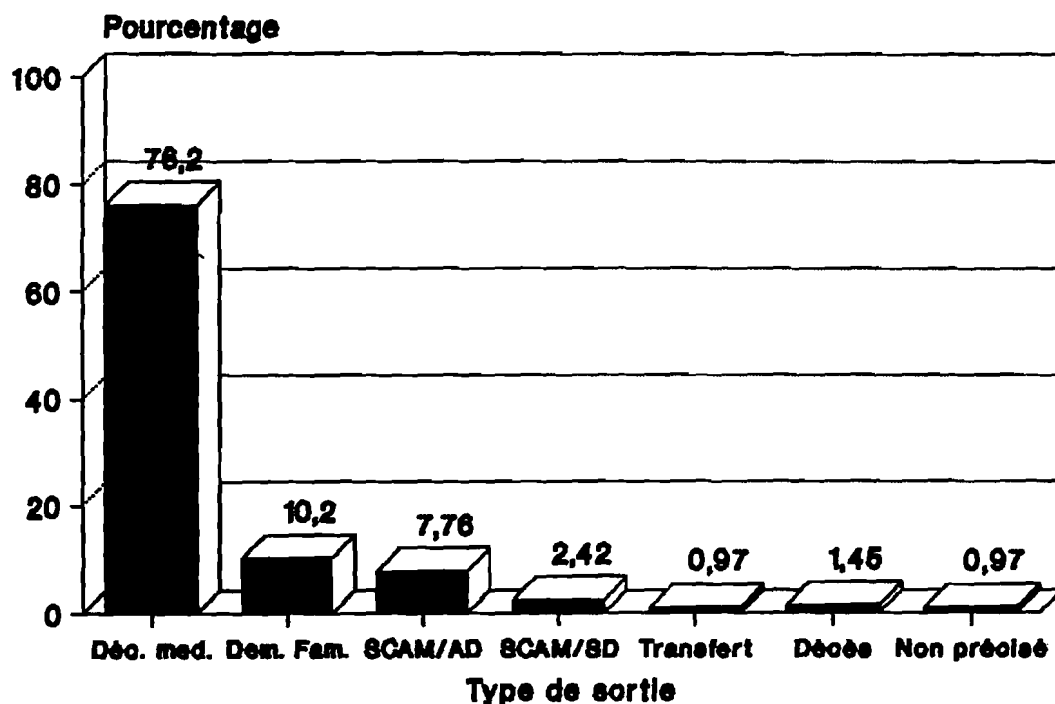


Figure No 14: Fréquence des malades en fonction du type de sortie

La majorité (76,2%) des malades sont sortis sur décision médicale.

Cependant parmi ces malades, certains ne sont pas sortis après guérison ou stabilisation mais par manque d'accompagnant pour la prise en charge financière.

Quelle relation existe-il entre le type et la présence d'un accompagnant ?

Tableau XIII: Répartition des malades en fonction du type de sortie et de la présence d'un accompagnant.

Type de sortie	d.m	d.f	scam/ ad	scam/ sd	t	d	n.p	total
Présence accompagnant								
Malades accompagnés	146	21	14	4	2	3	2	192
Non accompagnés	5	-	2	1	-	-	-	8
Non précisé	6	-	-	-	-	-	-	6
Total	157	21	16	5	2	3	2	206

d.m. : décision médicale

d.f. : demande famille 56

t. : transfert

d. : décès

n.p. : non précisé

Nous remarquons effectivement que 5 malades dépourvus d'accompagnant sont sortis sur décision médicale.

21 malades sont sortis contre avis médical dont 5 sans

Tableau No XIV : Répartition des malades ayant commis un acte antisocial en fonction du type de sortie

Type de sortie	Décision médicale		Demande famille		SCAM/AD		SCAM/SD		Transfert	Décès	Non précisé	Total
	N	P	N	P	N	P	N	P				
Actes antisociaux												
Présence	79	50,31	5	23,5	10	62,5	2	40	0	1	2	98
Absence	78		16	76,19	6	37,5	3	60	2	2	1	108
Total	157		21		16				2	3	2	206

On remarque que 12 malades ayant commis un acte antisocial sont sortis contre avis médical soit 57,1% des malades sortis contre avis médical.

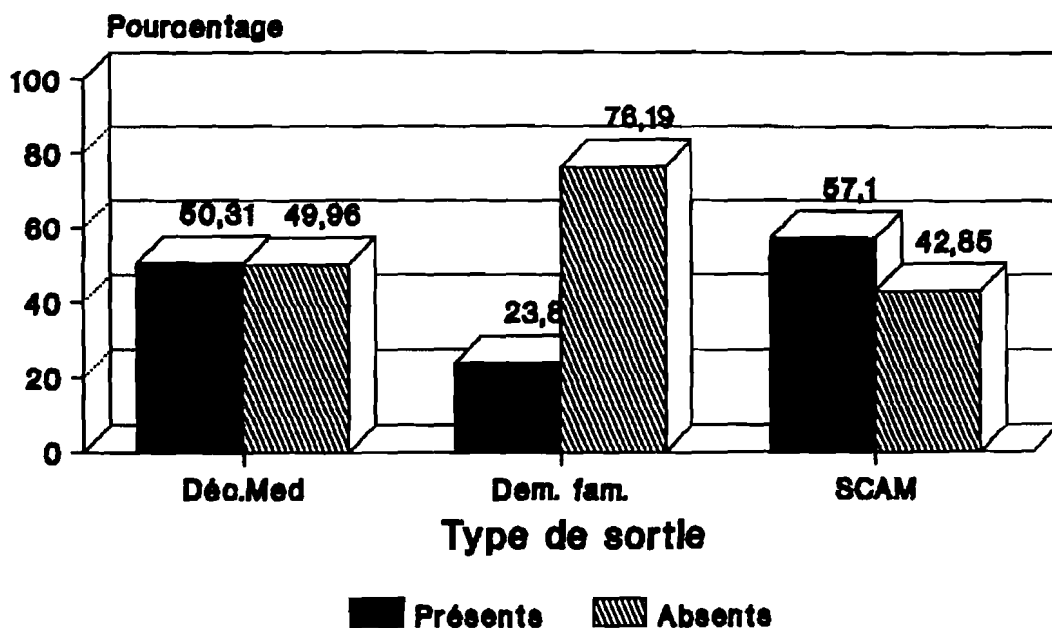


Figure No 15: Fréquence des malades en fonction du type de sortie et la présence antisociaux

La majorité des malades (57,1 %) sortis contre avis médical avaient commis un acte antisocial.

Nous avons voulu savoir s'il existe une relation entre le type de sortie et l'origine de la demande. Elle est donnée dans le tableau 15 et la figure 16.

Tableau No XV : Répartition des malades en fonction du type de sortie et de l'origine de la demande

Origine de la demande	Malade	Famille	Société	Total
Type de sortie				
Décision médicale	1	133	23	157
Demande famille	-	18	8	21
SCAM/AD	-	11	5	16
SCAM/SD	-	2	3	5
Transfert	-	2	-	2
Décès	-	3	-	3
Non précisé	-	2	-	2
Total	1	171	34	206

Parmi les malades hospitalisés à la demande de la famille 133 malades soit 77,77% sont sortis sur décision médicale contre 18 malades soit 10,52% sortis à la demande de la famille ; 13 malades sont sortis contre avis médical soit 7,6%.

Parmi les malades hospitalisés par la société 23 malades soit 67,64 sont sortis sur décision médicale contre 3 malades soit 8,82% sortis à la demande de la famille 5 malades soit 23,52% sont sortis contre avis médical.

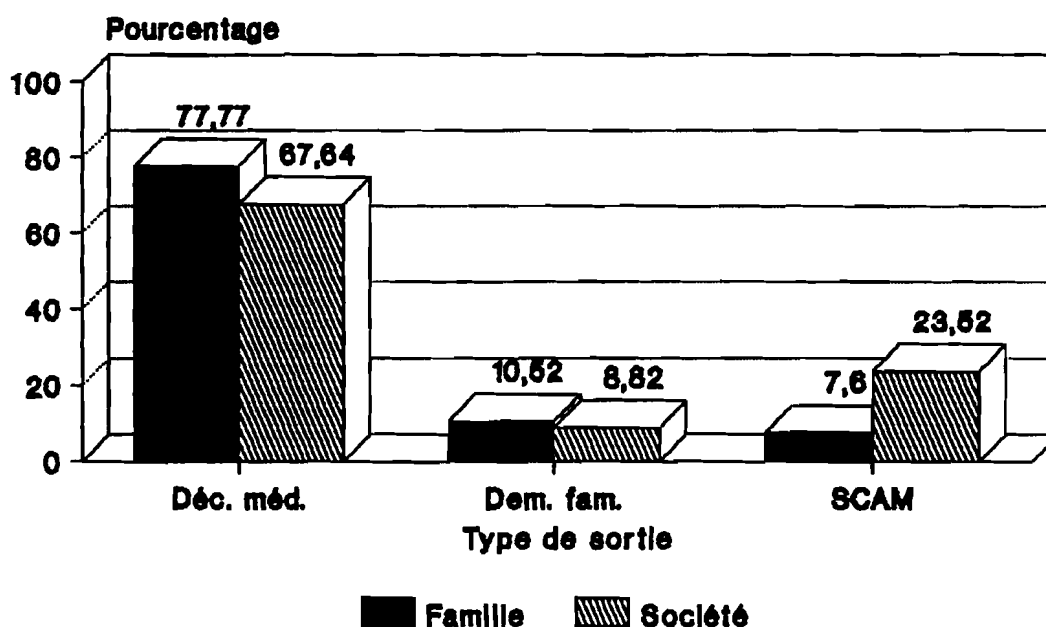


Figure No 16: Fréquence des malades en fonction du type de sortie et de l'origine de la demande

La majorité des malades sortis contre avis médical ont été hospitalisés par la société.

5.2. DONNEES DES INTERVIEWS AUPRES DES PRINCIPAUX INTERVENANTS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX

Ces interviews ont été réalisées auprès du personnel des services de Psychiatrie de Ouaga et de Bobo, des Commissaires de Police de la ville de Ouagadougou, des Maires Préfets et des Magistrats.

Il s'agit d'une enquête d'opinion auprès de ces personnes destinée à recueillir leur point de vue en matière d'hospitalisation des malades mentaux. Les échantillons respectifs ne sont pas représentatifs et les résultats ne donnent pas lieu à un traitement statistique.

5.2.1. Les procédures d'admission des malades mentaux à l'hôpital

Il existe pratiquement une seule procédure d'hospitalisation des malades mentaux au Burkina Faso : c'est l'admission libre. L'hospitalisation se fait comme dans les autres services de l'hôpital : le malade est libre de venir et de repartir. La demande d'hospitalisation est verbale. Elle est formulée soit par l'entourage immédiat du malade (famille, voisins, amis) soit par la société (autorité publique).

Aucun certificat médical n'est exigé avant l'admission. C'est le personnel du service qui examine le malade après l'admission ; cependant la présentation d'un billet d'hospitalisation délivré par le service des urgences médicales est souvent exigée.

Lorsque l'hospitalisation est ordonnée par une autorité publique, il n'y a pas d'arrêté d'internement. Le personnel des services de psychiatrie affirment n'avoir jamais reçu d'arrêté d'internement.

Au niveau des mairies et préfectures, lorsqu'un "fou" trouble l'ordre public, le maire ou le préfet fait appel à la Police, à la Gendarmerie, ou aux brigades populaires de vigilance (structures révolutionnaires). La mission est de maîtriser le "fou" et de l'amener à l'hôpital : les Maires et Préfets avouent n'avoir jamais signé d'arrêté d'internement.

Au niveau des commissariats de police, lorsqu'ils reçoivent un appel au secours parce qu'un malade mental trouble l'ordre public, des éléments sont envoyés sur les lieux avec pour mission de maîtriser le "fou" et de le conduire à l'hôpital. Avant et après la mission un compte rendu est fait dans le " cahier de main courante" ; ce compte rendu constitue la seule preuve qu'un malade mental troublant l'ordre public a été arrêté et fait l'objet d'une hospitalisation ; en effet aucune autorité administrative n'est prévenue de ce fait.

Mais lorsque le malade a commis un crime ou un délit nécessitant une poursuite judiciaire, une "réquisition à Médecin" est remise au Chef de service et a pour objet la réalisation d'une expertise psychiatrique ; elle ne précise pas expressément

que le malade doit être hospitalisé ; pourtant l'hospitalisation est systématiquement réalisée.

L'hospitalisation se fait donc sans formalités particulières.

Les magistrats eux n'interviennent pas au niveau de l'hospitalisation des malades mentaux. En cas de crime ou délit une expertise psychiatrique est demandée ; s'il est prouvé que l'individu n'était pas en possession de ses facultés mentales au moment des faits l'article 64 du code pénal lui est appliqué et le dossier est classé sans suite. Dans la majorité des cas, ils ne s'occupent plus de savoir ce que devient le malade.

Pour le Procureur du Faso, lorsque le malade présente toujours un danger pour la population, il adresse une lettre explicative au Ministre de l'Administration Territoriale en se référant à la loi n°13-AL du 31 Août 1959 investissant le Gouvernement de Haute - Volta de pouvoir supérieur de police ; c'est au Ministre d'ordonner l'internement en signant un arrêté ; ce cas est arrivé une seule fois dans sa carrière et il ignore si le Ministre a donné une suite à sa lettre.

Mais si l'admission se fait sans formalités particulières, la présence d'un accompagnant est en principe obligatoire pour toute hospitalisation.

5.2.2. Mode de sortie des malades

Quelle que soit l'origine de la demande d'hospitalisation la sortie se fait soit sur décision médicale après guérison ou stabilisation, soit sur demande de la famille. Il arrive parfois

que n'étant plus à mesure de supporter les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, la famille demande la sortie du malade. Dans ce cas des dispositions sont prises de commun accord avec le personnel soignant pour que le malade puisse bénéficier des soins à titre externe.

5.2.3. Contrôle

Aucune autorité publique (Préfet, Maire, Procureur) n'exerce un contrôle sur les hospitalisations, les traitements et les sorties des malades mentaux. Le service de Psychiatrie n'établit donc pas de certificats périodiques type certificat de quinzaine.

5.2.4. Points de vue des personnes enquêtées sur l'hospitalisation forcée.

La procédure unique d'admission se fait sans tenir compte du consentement du malade ; elle se fait parfois malgré son refus exprès ; nous avons voulu connaître l'opinion des personnes enquêtées sur l'hospitalisation forcée.

- L'ensemble du personnel des services de psychiatrie, les Préfets, les Maires et les Commissaires de police estiment avoir le droit d'hospitaliser un malade contre sa volonté ; pour certains "il ne s'agit pas d'une privation de liberté" pour d'autres (il s'agit là de la réponse d'un Commissaire de Police) "il vaut mieux priver un fou de sa liberté que de priver les hommes de leur vie".

Selon le personnel de santé, aucune loi ne l'autorise à le faire ; ce droit lui est accordé par la famille ou la force de l'ordre qui demande l'hospitalisation, ou par le billet d'hôpital délivré par le service des urgences médicales. Cependant c'est la symptomatologie présentée par le malade qui constitue l'élément déterminant ; la présence d'une agressivité physique ou d'une agitation psychomotrice ou de tout autre symptôme mettant en jeu le pronostic vital ou susceptible de rendre le malade dangereux pour autrui indique l'hospitalisation.

Pour les Préfets, Maires et Commissaires de Police, la loi certainement leur permet d'hospitaliser un malade contre sa volonté ; mais ils ignorent laquelle. Nous avons posé aussi au personnel des services la question de savoir s'il estime qu'il peut faire l'objet d'une poursuite judiciaire après une hospitalisation forcée : la majorité a répondu que dans les conditions actuelles, cela n'était pas possible.

5.3. DONNEES DE NOTRE OBSERVATION PERSONNELLE

Le service de Psychiatrie de Ouagadougou qui est notre cadre d'étude est reconnu comme étant un service ouvert où les malades sont libres d'entrer et de sortir. Cependant nous y avons observé un certain nombre de faits.

Beaucoup de malades arrivent dans le service soit enchaînés, soit endormis sous l'effet d'une injection intraveineuse de Psychotropes soit encore sous l'oeil vigilant de policiers ou de gendarmes armés.

Bon nombre de ces malades doivent encore faire l'objet d'une

contention à l'intérieur du service : elle est soit mécanique (fermeture de la porte de la chambre) soit chimique (administration de cocktail médicamenteux).

Lorsque la force de l'ordre amène un malade dépourvu d'accompagnant il arrive que le personnel refuse de l'hospitaliser.

Si une promesse est faite de retrouver la famille du malade il est provisoirement gardé ; si celle-ci n'est pas retrouvée, la porte de la chambre est simplement ouverte et le malade est libre de rester ou de partir.

Dans la même situation, lorsque le malade est très agité, il reçoit un traitement d'urgence ; s'il devient assez calme, la porte de sa chambre est ouverte pour qu'il puisse s'en aller ; il est parfois toujours sous l'effet des médicaments lorsqu'il est ainsi remis en liberté.

Lorsqu'un malade hospitalisé s'évade, c'est-à-dire lorsqu'il quitte le service contre avis médical, aucune autorité administrative n'est prévenue.

5.4. LA REGLEMENTATION EN MATIERE D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

La "psychiatrie asilaire" est apparue dans les pays de l'Europe septentrional et d'Amérique de Nord au cours du siècle dernier. Les administrations coloniales ont tout simplement transplanté ce système qui leur semblait être un moyen de lutter contre les manifestations les plus évidentes et les moins acceptables socialement de la maladie mentale dans les

principales localités.

Les structures "importées" qui, maintenant sont à la fois inadéquates et inopportunes étaient souvent tributaires d'une législation également introduite par les autorités coloniales et calquée sur celle de la métropole.

Ainsi la loi du 30 juin 1838 relative à l'arriération mentale en France a servi de modèle législatif dans de nombreux pays africains : cette loi a été maintes fois complétée par des circulaires et enfin abrogée par une grande réforme législative. Les dispositions qui s'en inspirent demeurent en vigueur dans un certain nombre de pays dont notamment le Burkina Faso.

En effet, c'est la loi coloniale (AGG N°2123SM/du 28 juin 1938 (15) créant en Afrique occidentale française un service d'assistance psychiatrique qui y demeure en vigueur.

Le service d'assistance psychiatrique ainsi créé est organisé selon le modèle général de la fédération ; il relève donc de l'autorité du gouvernement général et est placé sous la direction de l'inspection générale des services sanitaires et médicaux de l'AOF.

Il dispose de moyens d'exécution à l'échelon fédéral et dans chacune des colonies du groupe.

Cette organisation est anachronique aujourd'hui.

Les indépendances politiques ont donné naissance à des Etats souverains qui ont réorganisé leur territoire.

Le 31 août 1959 fut signé en Haute-Volta la loi N°13-AL investissant le Gouvernement de Haute Volta de pouvoir supérieur de police en matière d'ordre public cette loi consacre la récupération du pouvoir par le Gouvernement de Haute-Volta des

mains des autorités coloniales (27).

Ainsi le 23 Janvier 1960 , le Décret N°17-VPI/APA/PRES donnait délégation de pouvoir au Ministre de l'Intérieur pour la signature d'actes réglementaires dans les matières suivantes : "... internement des détenus aliénés dans les conditions fixées par l'arrêté n°2123 créant le Service d'Assistance Psychiatrique" (28)

Ce Décret a connu une application jusqu'en 1976. Des malades étaient régulièrement internés par le Ministère de l'Intérieur dans le quartier psychiatrique annexé à l'hôpital de Bobo-Dioulasso sous cette forme:

Arrêté No 484 IS-DI du 28 Octobre 1961 : Est prononcée l'admission au quartier psychiatrique annexé à l'hôpital de Bobo-Dioulasso du malade mental K.B. interné administratif au centre de Koudougou. Il sera statué sur la nécessité d'une hospitalisation prolongée sur le vu d'un certificat de quinzaine établi par le médecin traitant et après avis du procureur de la république.

Le commandant du cercle de Bobo est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera (30).

Mais la décentralisation du pouvoir administratif et politique confère aujourd'hui aux responsables locaux une délégation de pouvoir pour la signature des actes réglementaires.

C'est le cas des Préfets et Maires qui sont investis officiers de police judiciaire (19) ; il leur revient aujourd'hui

alors d'effectuer les placements suivant les modalités prévues dans la loi du 1938, ce qui semble difficile.

En 1977 le code de santé publique (29) ne prévoit pas de dispositions particulières notamment en ce qui concerne l'hospitalisation des malades mentaux. Actuellement un projet de code de santé publique est élaboré ; mais il est resté un document confidentiel pour nous et nous ignorons les éventuelles dispositions prévues en matière d'assistance psychiatrique.

A côté de ces textes concernant l'assistance psychiatrique existent des textes en faveur des intérêts des malades mentaux et des incapables . Le nouveau code des personnes et de la famille prévoit des conditions d'assistance telle que la tutelle et la curatelle et la protection des intérêts des incapables en matière de mariage, divorce, garde des enfants etc... (8)

Dans le domaine de la protection des malades l'article 633 du code des personnes et de la famille dispose que lorsqu'une personne est soignée dans un hôpital, une maison de santé ou un établissement d'aliéné pour l'une des causes énumérées à l'article 522 et que le directeur de cet établissement estime que le malade se trouve dans les conditions requises pour justifier l'ouverture du régime de la protection de la justice, il devra en informer le juge de tutelle du lieu de l'établissement par déclaration ; il en est de même pour les personnes soignées à domicile (art 634).

L'article 552 concerne entre autres les majeurs dont les facultés mentales et corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge et qui empêche la libre expression de sa volonté. Le juge de tutelle après

vérification décide de placer la personne sous le régime de la protection de la justice. Ce régime comprend la tutelle et la curatelle.

La tutelle est ouverte quand un majeur, pour l'une des causes prévues à l'article 552, al 2, a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie courante.

Lorsqu'un majeur, pour la cause prévue à l'article 552, al 3, sans être hors d'état d'agir lui même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile, il peut être placé sous le régime de la curatelle.

Dans le domaine de la protection des intérêts moraux, le code de la famille dispose que le majeur incapable ne peut contracter mariage qu'après consentement du conseil de famille.

En cas de divorce, l'action peut être intentée en son nom par son tuteur avec autorisation du conseil de famille ; si le divorce est intenté contre lui, il se défend avec l'assistance de son curateur. Un tuteur ou un curateur spécial est nommé lorsque la tutelle ou la curatelle avait été confiée au conjoint de l'incapable. Cependant aucune disposition n'est prévue en ce qui concerne la garde des enfants pour l'incapable majeur.

Dans le domaine de l'emploi, le fonctionnaire malade mental conserve son emploi et bénéficie comme les autres malades d'un congé de longue durée (article 99 du statut général de la fonction publique). De plus il ne lui est pas tenu rigueur lorsqu'il omet de se présenter régulièrement devant le conseil de santé pour un nouvel examen en vue de la prolongation dudit congé. Sur le plan pénal l'article 64 du code pénal (celui de 1917 car le nouveau code est toujours à l'état de projet) dit

qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque la personne n'était pas en possession de ses facultés mentales au moment des faits.

De façon générale d'autres articles du code pénal assurent une protection des malades mentaux. La loi du 1 octobre 1917 sur la répression de l'ivresse publique et sur la police des débits de boisson en son article 4 dispose : seront punis d'une amende (...) les cafetiers, cabaretiers et autres débitants qui auraient servi des spiritueux et des liqueurs alcooliques à des malades hospitalisés dans un asile d'aliénés ou dans une colonie de famille. L'article 475 du même code dispose que : sont punis d'amende ceux qui auraient laisser divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde.

ANALYSE - COMMENTAIRE

1 - Modalités d'Hospitalisation Mises en Oeuvre au Burkina Faso

1-1 Origine de la Demande d'Hospitalisation

L'origine de la demande d'Hospitalisation détermine le statut du malade hospitalisé. Dans notre échantillon, 83 % des malades ont été hospitalisés à la demande de leur famille contre 16,5 % à la demande de la société. Pour une faible proportion (0,5) la demande est venue du malade. Cela s'explique du fait que le service est ouvert ; en plus, en Afrique et plus particulièrement au Burkina, la maladie mentale est vécue comme un problème familial et non d'individu. En général La famille n'abandonne pas le malade. Dans la société traditionnelle par exemple elle participe aux rituels de soins.

De façon générale le taux de malades hospitalisés par l'autorité publique est de plus en plus en baisse dans la plupart des pays ; nous pouvons ainsi citer le cas de L'Iran, où le système d'hospitalisation est informel; 90 à 100% des pensionnaires des hopitaux psychiatriques sont des volontaires. Il en est de même pour le Lesotho où 90% des malades sont admis à titre volontaire ou de façon informelle (40).

En France la distribution des hospitalisations sous contrainte dans le 13e secteur de l'Essonne sous le régime de la loi de 1838 entre 1985 et 1989 confirme la rareté des hospitalisations sous contrainte. Ces résultats sont donnés dans le tableau suivant .

Tableau XVI: Distribution des hospitalisations sous le régime de la loi de 38 à l'Essonne de 1985 à 1989

	85	86	87	88	89
P.O	3	1	2	6*	4
PV	2	3	5	3	4
Total loi 38	5	4	7	9	7

*(donc 2 art 64)

Source synapse N0 61 Février 1990 (21)

Dans ce contexte le Burkina (16,5% d'hospitalisation par l'autorité publique) s'inscrit dans la dynamique normale de l'évolution de la prise en charge à travers le monde.

Il importe de souligner deux ordres de faits :

a- Parmi les 83% de malades hospitalisés à la demande de la famille, nombreux sont ceux qui ont été hospitalisés sans leur consentement ou malgré leur refus exprès. En effet nous avons observé dans le service, que beaucoup de malades arrivent ligotés des mains et des pieds ou endormis sous l'effet de psychotropes.

C'est là pensons nous, une pratique qui porte atteinte aux libertés de ces malades. C' est pourquoi nous estimons que de tels malades devraient être placés sous le régime de l'hospitalisation volontaire de la loi de 1838. Ceci dans le but de protéger non seulement le malade mais également le médecin qui hospitalise et traite ce malade non consentant ; car il pourrait bien déposer une plainte judiciaire contre lui.

b- Les 16,5% des malades hospitalisés par la force de l'ordre

public devraient être considérés comme des " malades internés". Notre étude a prouvé que ces malades étaient hospitalisés sans aucune formalité administrative. Ce qui est contraire aux principes même des droits de l'homme, et aux règles édictées par les Nations Unies sur la protection des hommes hospitalisés en raison de troubles mentaux : "nul ne peut être détenu et traité sans son consentement sauf dans les cas prévus par la loi" (35).

Bien que cette catégorie de malades soit en minorité aujourd'hui il est nécessaire de définir clairement les procédures de leur prise en charge afin de favoriser leur traitement tout en protégeant leurs libertés individuelles et la société.

6-1-2 Le Motif D'Hospitalisation

Pour les sociétés africaines en général et Burkinabé en particulier, la maladie mentale est attribuable à un agent extérieur à la personne qui est soit spirituel (esprits ancestraux ou de lieu) soit humain (sorcier) ; la guérison se conçoit donc dans la tradition et les malades ont recours dans un premier temps aux tradithérapeutes.

Les manifestations violentes de la maladie constituent l'indication au recours psychiatrique. A ce propos G. Dupont dit ceci : " c'est de guerre lasse qu'ils se confient à vous, quand la tradition débordée ou hésitante n'a pu imposer le silence au bavard, le respect à l'insolent, le calme au violent. Le malade demande une normalisation globale du comportement ; pour la guérison on s'en remettra à la tradition " (18). En

effet dans notre échantillon les principaux motifs d'hospitalisation sont :

- pour les malades non dangereux : agitation psychomotrice (14,6%)
- pour les malades dangereux : agressivité physique (44,89%) et fugue (20,4%) avec un faible taux de criminalité (4% d'homicide).

Ce qui s'inscrit dans les normes d'une étude réalisée par les Nations Unies qui conclut que le " taux de criminalité et de violence au niveau des malades et arriérés mentaux est égal ou inférieur à la population globale (34).

Si nous analysons la distribution des malades ayant commis un acte antisocial par rapport à l'origine de la demande d'hospitalisation, nous constatons d'une part que la majorité des malades amenés par la société (66,76%) ont commis un acte antisocial, et d'autre part qu'il ya une forte proportion (45,02%) de malades ayant commis un acte antisocial qui ont été amenés par leur famille ; parmi ces malades 2 ont commis un homicide. Ces résultats reflètent le comportement de la société vis- a-vis du fou. En général les actes commis par les malades mentaux ne sont pas punis. Ils relèvent de fatalité. Ce qui fait que même certains homocides ne sont pas déclarés aux forces de sécurité publique.

Cette conception se retrouve au Japon où "l'incendiaire était condamné à la peine du feu (1867) alors que s'il était reconnu fou, il était simplement interné à son domicile" (22).

6-1-3 Caractéristiques Socio-démographiques des Malades Hospitalisés.

a-L'âge

Dans notre échantillon l'âge varie de 13 à 85 ans. Les enfants étant systématiquement hospitalisés en pédiatrie nous n'avons pas enregistré d'âge au dessous de 13 ans.

Nous remarquons que la population de malades est jeune; on retrouve seulement 10 malades au dessus de 50 ans.

b-Le Sexe

Notre échantillon a une caractéristique contraire à celle de la population générale où le nombre de femmes est supérieure à celui des hommes.

En effet on a 69,4% d'hommes contre 30,6% de femmes. Ceci est dû au fait qu'en général les hommes, en tant que chef de famille, obligés de subvenir aux besoins de celle-ci dans des conditions socio-économiques défavorables font plus de troubles mentaux que les femmes : de plus les manifestations sont plus violentes chez l'homme : Caboré(w) trouvait dans son étude sur les activités des services de psychiatrie du Burkina 3,7 fois plus d'hommes que de femmes (7).

c - Profession Ethnie et Résidence

Nos résultats reflètent l'image de la société qui est en générale paysane (agriculteur et menagère) et mossi.

57,3% des malades viennent de la province du Kadiogo, ce qui est

tout à fait normal car l'hôpital y est situé.

6-1-4 La Présence d'un accompagnant

La grande révolution en matière de prise en charge des malades mentaux de l'époque contemporaine est sans nul doute l'approche communautaire de la prise en charge. Cette approche communautaire associe la société en général et la famille en particulier dans la prise en charge. Dans notre pays, la présence d'un accompagnant obligatoire pour tout malade hospitalisé a été instituée dans les services psychiatriques. La présence de l'accompagnant tout en minimisant le dépaysement du malade hospitalisé et l'isolement vis-à-vis de leur famille, favorise la réinsertion du malade à sa sortie. Nul ne peut douter du bien fondé de cette décision; et en général les malades sont accompagnés car notre étude a montré 93,2% de malades accompagnés.

Le système d'accompagnant obligatoire existe aussi au niveau des services psychiatriques du Sénégal (7). Cependant, le problème dans notre pays est que les malades amenés par la force de l'ordre public n'ont pas toujours un accompagnant. Dans notre étude, l'ensemble des malades non accompagnés a été hospitalisé par la force publique. Sans que la présence de l'accompagnant ne fasse l'objet d'un texte de loi nous avons observé que le service de psychiatrie refuse de recevoir certains malades non accompagnés; ce qui est anormal du point de vue des forces de l'ordre public.

Il s'agit le plus souvent de malades désocialisés ayant élu domicile dans la rue ; pour peu que ces personnes troublent

l'ordre public ou parfois pour le simple fait de préserver la morale sociale elles sont appréhendées et amenées à l'hôpital.

Il apparaît alors deux ordres de problèmes.

-A ce stade de la maladie il n'ont certainement pas besoin d'un traitement continu donné en hospitalisation.

-Il n'y a personne pour prendre en charge le cout de traitement ; ils n'ont plus de famille, le service social du service de psychiatrie est dépourvu de médicament et ceux là même qui les ont amenés veulent rapidement se débarrasser d'eux.

Il y a aussi des cas où les familles veulent abandonner le malade à l'hôpital et rentrer et à qui le service refuse l'hospitalisation.

Il se pose alors un problème de responsabilité dans ces hospitalisations.

Quels sont les droits et devoirs du service de psychiatrie, de la force de l'ordre et des familles ?

De quel type de prise en charge ces malades ont besoin ?

6-1-5 Le Type de Sortie des malades hospitalisés

Dans notre étude 76,2 % des malades sont sortis sur décision médicale : c'est la forme commune de sortie. 10,19 % sont sortis contre avis médical et 10,19% à la demande de la famille, en général, par manque de moyens financiers ou par désir de recours à un autre type de prise en charge (traditionnel et néotraditionnel). On remarque que le pourcentage de malades hospitalisés par la société et sortis contre avis médical

(23,5%) est supérieur à celui des malades hospitalisés par la famille et sortis contre avis médical (8,82%). Cependant la différence n'est pas statistiquement significative

6-1-6 Le Point de Vue des Principaux Intervenants

La majeure partie des personnes interrogées ignore l'existence de la réglementation en matière de prise en charge des malades mentaux en particulier la loi de 1938 qui est censée être toujours en vigueur du fait qu'elle n'a jamais été abrogée.

Le personnel rejette la responsabilité de l'hospitalisation forcée sur celui qui formule la demande d'hospitalisation. Il n'empêche qu'il maintient et administre des drogues à une personne non consentante, ce qui engage sa responsabilité.

Les administrateurs publics (Maires, Préfets, commissaires) quand à eux agissent en fonction de leur sentiment personnel (la loi certainement nous permet d'hospitaliser un malade contre sa volonté). Puisqu'ils ignorent la loi, il est évident que ces hospitalisations se fassent sans formalités, exposant ainsi les malades à l'abus et à l'arbitraire. Sous d'autres cieux on crierait scandale.

6-2 La Législation Burkinabé en matière d'assistance Psychiatrique

Elle se résume en fait à la loi No 2123 du 28 Juin 1938 créant en Afrique occidentale française un service d'assistance

psychiatrique (15) .

Dans son essence, ce texte s'est beaucoup inspiré de la loi de 30 juin 1838 ; elle prévoit deux modalités de prise en charge à l'échelon des colonies du groupe.

1er Degré -L'Assistance médicale

Il s'agit "des soins aux psychopathes chroniques en période aigue. Les admissions sont faites de la même manière que pour les autres malades de l'hôpital de rattachement....; les malades guéris ou aptes à reprendre la vie sociale sont mis en <<exéat>> suivant les formes habituelles".

Tout en ignorant les conditions d'admission des autres malades de l'hôpital nous imaginons bien qu'il s'agit d'un service ouvert. Dans ce contexte ce texte a le mérite d'avoir institué par voie légale en 1938 le service ouvert, reconnu aujourd'hui comme une bonne méthode de prise en charge des malades mentaux.

Si tel est le cas, on ne peut plus parler d'admission, terme qui laisse sousentendre des formalités particulières à remplir. Le terme d'hospitalisation conviendrait mieux.

2eme Degré :Contention et assistance

Elle intéresse " les psychopates chroniques d'emblée ou passée à la chronicité, malades dangereux pour l'ordre public ou la sécurité des personnes pendant une période dont la durée ne peut être déterminée ". Pour ces malades", les admissions sont prononcées par le chef du territoire ou son délégué au vu d'un certificat médical mentionnant que l'intéressé est dangereux pour

l'ordre public et la sécurité des personnes et qu'il doit être hospitalisé dans une formation spéciale le mettant hors d'état de nuire à autrui ou à lui-même".

Nous pouvons retenir trois points importants :

- l'admission est prononcée par l'autorité administrative car inutile de penser qu'il revient au président du Faso de prononcer ces admissions aujourd'hui. - un certificat médical préalable est obligatoire.

- le certificat médical doit certifier de la dangerosité du sujet.

Cette loi attribue le pouvoir décisionnaire à l'autorité publique ; elle ne tient donc pas compte des situations d'urgence. Son application est rendue difficile dans les conditions actuelles ; car il faudrait devant un trouble de l'ordre public qu'un médecin soit immédiatement disponible pour examiner le malade et le déclarer malade et dangereux et que le maire soit immédiatement saisi pour signer un arrêté d'internement.

Cependant on peut mettre à l'actif de ce texte la prise en compte du respect et de la protection des libertés individuelles des malades.

En effet elle prévoit que : "cette admission est provisoire en ce qui concerne les indigènes, elle doit être confirmée au bout de quinze jours par la même autorité sur le vu d'un certificat de quinzaine établi par le médecin, mentionnant la nécessité du maintien et après avis du procureur de la république.

Elle prévoit donc un double contrôle:

- un contrôle médical (certificat de quinzaine)

- un contrôle judiciaire. Ce contrôle judiciaire est d'autant plus important qu'il intervient à postériori donc ne contribue pas à retarder l'admission et les soins par une procédure longue et complexe.

La sortie du malade est prononcée par le chef du territoire ou son délégué sur proposition du médecin chef de l'hôpital de rattachement.

Si tel est le cas, il passera certainement des journées d'hospitalisation non justifiées entre la proposition de sortie et sa prononciation.

"L'ordre de sortie mentionne soit la mise en <<exéat>> pure et simple si le malade est guéri, soit pour les indigènes, la mise sous surveillance dans le village d'origine ou de la collectivité à laquelle appartient le malade. La surveillance à exercer lui est notifiée et le malade est remis sous escorte ; son exécution est contrôlée périodiquement par le commandant de cercle".

Vu la détérioration du pouvoir des chefs de village aujourd'hui, due à la fois au métissage culturel, et à l'avènement de la révolution, et le fait que le chef de village n'émerge plus au budget de l'Etat, il serait difficile d'appliquer cette disposition. En analysant le texte dans son ensemble, on se rend compte qu'il s'adresse plus spécifiquement aux psychopathes chroniques, aux "fous de la rue" ; et le souci primordial est sans doute l'enfermement de longue durée pour préserver le colon et ses institutions des actes répréhensibles de ces derniers ; car il stipule bien que " les malades non

améliorés après quelques semaines seront considérés comme chroniques et soumis aux dispositions du deuxième degré. Des études ont prouvé que "les fous de la rue" sont minoritaires (1/10.000 habitants selon Mitelberg) (32) devant la masse de malades mentaux dont le nombre ne cesse de croître du fait de la dégradation de l'environnement socio-économique et culturel, et du fait de l'augmentation des capacités de diagnostic et de dépistage.

Il est donc indispensable, au vu des dispositions de cette loi coloniale, et des pratiques réelles sur le terrain d'élaborer une nouvelle législation qui prenne en compte les conditions sociales, économiques et culturelles de l'homme Burkinabé afin d'améliorer la prise en charge des malades mentaux dans notre pays.

6-3 Etude comparée des différentes législations (40)

Dans ce paragraphe nous ferons une étude comparative des législations de certains pays qui pourraient nous inspirer. Nous aborderons cette étude à travers les différentes modalités d'hospitalisation.

6-3-1 Accès volontaire aux soins (40)

Elle regroupe l'hospitalisation libre des systèmes informels et l'hospitalisation avec consentement de la loi de 1990. Nombreux sont les pays qui de façon légale ou non utilisent

cette modalité de prise en charge.

Elle est retrouvée au Burkina Faso où l'admission se fait comme pour les autres malades.

Au Benin, la famille conduit le malade à l'hôpital et sollicite son admission ; c'est le personnel de l'hôpital qui juge de la nécessité d'admettre le malade.

Au Sénégal la demande est présentée par le malade; un examen médical à l'hôpital avec diagnostic psychiatrique justifie le traitement à titre volontaire ; mais le malade peut bénéficier du traitement à titre ambulatoire : c'est une originalité de la loi Sénégalaise.

Le système informel présente l'avantage d'offrir un service ouvert avec facilité de soins, Mais il néglige un fait important qu'est le consentement du malade car beaucoup de malades hospitalisés en service libre le sont généralement sous contrainte.

Certain pays ont voulu résoudre ce problème en édictant des dispositions qui les rapprochent plus ou moins du placement volontaire (loi de 38).

Au Canada (Colombie britannique) par exemple, la demande d'admission doit être présentée par le malade s'il a au moins 18 ans. Le malade doit être au préalable examiné et jugé propre à être hospitalisé par un médecin dûment autorisé.

En Suisse, la demande doit être écrite et présentée par le malade attestant son consentement. Un certificat médical signé par un médecin est exigé. l'admission doit être signalée immédiatement au conseil de surveillance psychiatrique du canton.

La présentation d'une demande écrite serait

difficilement applicable dans notre pays où 85% de la population est analphabète. Il en est de même pour le certificat médical signé par un médecin . Au Burkina , il ya un médecin pour 30.000 habitants.

Nous pensons qu'il est mieux de permettre au personnel spécialisé des services de psychiatrie de décider de l'hospitalisation ou non du malade et de pouvoir proposer d'autres types de prises en charge tels que le traitement ambulatoire à titre externe ; c'est ce qui se fait en pratique au Burkina Faso.

En norvège aussi la décision clinique d'admettre le malade appartient au directeur de l'établissement. Ce n'est pas comme en Arabie Saoudite où le directeur de l'hospital doit accepter d'accueillir tout malade volontaire.

En ce qui concerne la sortie, elle se fait en général sur décision médicale ou à la demande de la famille ou du malade lui-même.

Certain pays exigent une demande écrite avec préavis c'est le cas de l'Australie méridionale (préavis de 72 heures). D'autres prévoient une possibilité de changement de régime.

En Autralie méridionale, il est dit que le malade peut passer sous le régime de l'hospitalisation non volontaire au cours de l'hospitalisation et pendant le préavis de 72 heures.

Au Costa-Rica, "le malade peut être libéré conformément aux dispositions en vigueur, sur décision de sortie ou sur demande d'exéat présentée par le malade ou les membres de

sa famille, pour autant que sa sortie n'implique pas de danger pour la vie ou la santé du malade ou autrui.

Au Sénégal le malade est tenu de rester tout le temps que nécessite le traitement. S'il est vrai que le service libre suppose que le malade puisse entrer et sortir librement, il est aussi important de prévoir les dispositions comme celle de Costa Rica qui permettent de protéger le malade d'un préjudice que pourrait entraîner l'exercice de sa liberté de choix.

6-3-2 L'hospitalisation Non Volontaire(40)

Dans toutes les sociétés, même les plus avancées et les plus instruites, les malades mentaux inspirent toujours une certaine crainte ; en effet on redoutent qu'ils soient dangereux ou potentiellement dangereux, pour autrui. Le personnel de santé est donc censé soigner les personnes souffrant de troubles mentaux et en même temps protéger la société contre les actes de certains malades.

Il est parfois difficile de s'acquitter de cette double obligation notamment avec les instruments de prévision imparfaits dont dispose le psychiatre.

C'est pour cette raison que l'hospitalisation des malades dits dangereux se fait dans des conditions spéciales; ces conditions visent à protéger d'une part la société contre les agissements de certains malades, d'autre part les malades contre les abus de société, tout en permettant de soigner celui-ci.

Elle devrait en outre permettre de protéger le personnel contre d'éventuelles poursuites judiciaires.

Au Burkina, l'admission de ces malades est sans formalités particulières. Pourtant la loi de 1938 prévoit que l'admission soit prononcée par le chef du territoire ou son délégué sur le vu d'un certificat médical avec un contrôle judiciaire à postériori.

Il revient donc aux préfets et maires aujourd'hui de prononcer les admissions; ce qui n'est pas le cas. L'absence de dispositions légales adaptées ou de directives administratives, en plus du manque de contrôle est à l'origine d'un certain nombre de problèmes tels que, les hospitalisations non indiquées de malades ramassés dans la rue, le refus d'hospitaliser certains malades sous prétexte qu'ils n'ont pas d'accompagnant etc...

Certains pays ont élaboré des textes clairs en la matière .

En France la loi de 1838 s'est consacré aux aspects du placement sans le consentement (placement volontaire, placement d'office) (49) , elle n'a prévu aucune disposition en ce qui concerne l'hospitalisation libre comme c'est le cas de la loi de 1990 ; cependant elle assure une division correcte des pouvoirs.

- L'initiative de l'internement est confiée soit aux autorités de police (placement d'office), domaine des maires, officiers de police et du préfet, soit à la famille ou à un médecin extérieur à l'établissement psychiatrique, en cas de nécessité de soins auxquels l'état du malade l'interdirait de donner son consentement, (placement volontaire).

- La confirmation technique c'est à dire médicale, psychiatrique est confiée au praticien hospitalier dans ses certificats de 24 heures de quinzaine et de situation.

- Le contrôle de la légalité est confié à l'autorité judiciaire (procureur de la république, tribunal d'instance.

150 ans après, les progrès indéniables, les possibilités thérapeutiques et sociales ont progressivement diminué le nombre de malades hospitalisés sous le régime de la loi de 38; "ils représentent aujourd'hui moins de 20% des hospitalisations" (14).

Pour certains donc cette loi tombait peu à peu en désuétude.

C'est de là qu'est née la loi du 27 juin 1990.

Cette loi a pour mérite la reconnaissance du statut des malades hospitalisés en service libre qui sont de plus en plus important et la légalisation des sorties d'essai.

De plus le terme placement disparaît au profil de l'hospitalisation sans consentement.

Cependant l'existence de deux certificats médicaux pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers (PV de 38) risque de retarder l'accès aux soins ou de provoquer un recours abusif à l'hospitalisation d'office (p.o de 38) (1).

En tout état de cause le projet de loi 1990 a fait l'unanimité des professionnels Français contre lui.

Pour J. Aynee " abroger ou modifier la loi de 38 est un leurre, un chiffon rouge captant la nigauderie médiatique et la naïveté idéologique aux dépens des vrais problèmes concernant le sort des malades mentaux. Nous sommes loin d'une loi englobant tous les problèmes médicaux, liés d'une part à la protection des personnes

à capacité décisionnelle réduite, projet digne de la médecine de l'an 2000 (1).

Au Koweït la demande d'admission est présentée par un agent de police ou la famille du malade. Le pouvoir décisionnaire appartient à l'hôpital qui a "toute latitude pour admettre le malade" mais l'individu interné contre son gré a le droit d'exercer un recours devant le tribunal local. Un certificat médical est exigé à l'entrée.

En république Arabe Syrienne il ya deux procédures:

a- le malade mental constitue un danger pour lui même ou pour autrui ; il faut une demande écrite par le tuteur ou émanant des autorités administratives ou judiciaires.

b- le malade est considéré comme dangereux pour la société, ou il trouble l'ordre public, la demande est adressée par les autorités de la sécurité publique.

Dans les deux cas le pouvoir décisionnaire appartient au directeur de l'hôpital.

Un certificat médical est exigé et un examen est obligatoire dans les sept jours qui suivent l'hospitalisation afin de déterminer si l'état du malade justifie son internement ou sa libération.

Au Sénégal un établissement de type fermé a été créé à cet effet (decret N0 75 -1092 du 23 octobre 1975) et intéresse les malades ayant fait l'objet d'une décision judiciaire. Le malade peut être conduit par sa famille, les personnes vivant habituellement avec lui ou la force publique et faire l'objet

d'un internement provisoire dans une infirmerie spéciale. Le pouvoir décisionnaire appartient à l'autorité judiciaire. Le procureur de la république ou son substitut visite chaque trimestre l'infirmerie spéciale et l'établissement de type fermé.

En ce qui concerne ces deux structures et les autres (village thérapeutique), le décret n° 75-1093 du 23 octobre 1975 prévoit que : "l'entretien et le traitement des malades mentaux sont à la charge de l'Etat et de la collectivité avec la participation facultative des familles.

Cette dernière disposition permet une prise en charge effective de tous les malades mentaux, surtout ceux-là qui n'ont pas demandé à être hospitalisés.

Elle est de l'avis de l'association française "Accueil" qui suggère de remplacer le terme placement par obligation de soins: "il serait alors tout autant obligation de soins pour la personne que pour l'équipe qui la prend en charge; à elle de se donner tous les moyens nécessaires à la réalisation de ces soins obligatoires (....) elle force une fois de plus à mettre l'accent sur les dispositifs techniques que la psychiatrie doit mettre en oeuvre dans un souci d'une véritable pratique sociale de la folie" (1).

Il est tout à fait louable que l'Etat ou les collectivités prennent en charge le traitement des malades mentaux. Mais si alors on y prend pas garde on risque de confondre les aspects thérapeutiques et sociaux.

En effet le caractère invalidant de nombreux troubles mentaux empêche l'activité professionnelle et l'insertion ou la réinsertion normale, de telle sorte qu'un problème de logement

et de vie quotidienne se pose bien souvent aux malades. Ces difficultés sociales ne sont pas conséquences de troubles mentaux mais en constituent la trame même . De telle sorte qu'un service fermé avec prise en charge gratuite risque d'être surpeuplé de cette catégorie de malade appelés "les fous de la rue" non pas dans un besoin de soins mais pour la prise en charge de leurs besoins quotidiens. Bourguignon dit à ce propos : " l'hôpital psychiatrique ne doit plus être le lieu d'exclusion ou de refuge d'une population en difficulté sociale à laquelle les soins psychiatriques du moins les soins à temps complet ne peuvent rien apporter". L'hospitalisation en psychiatrie se prescrit (6).

6-3-3 Hospitalisation d'Urgence (40)

L'urgence psychiatrique revêt des situations complexes et variées où le spectaculaire et le dramatique font rarement défaut (58).

Certains pays ont élaboré des dispositions particulières régissant l'hospitalisation d'urgence.

Aux Etats-Unis d'Amérique (Indiana), sa durée est de 72 heures ; elle s'adresse au malade mental dangereux dont l'état nécessite un traitement immédiat. La demande est présentée par un agent de police ou un fonctionnaire des services de santé, ou une autre personne. Un rapport doit être adressé au tribunal local dans un délai de 72 heures ; un certificat médical signé au moins par un médecin est exigée.

En Malaisie sa durée est de 7 jours prorogeable de trois mois. l'hospitalisation s'impose soit pour le bien-être de

la personne présumée ou sensée présenter des troubles mentaux, soit pour la sécurité publique ; la demande est présentée par un conjoint, un parent, ou un agent de police à un magistrat.

La décision d'hospitalisation d'urgence est prise par le magistrat. Dans ce cas nous pensons que l'urgence risque de ne plus être prise en considération. .

Au Pérou, la durée ne doit pas dépasser 10 jours. Elle intéresse les cas d'urgence ou lorsque le délai nécessaire aux formalités normales d'admission pourrait être préjudiciable au malade ou constitue un danger pour l'entourage. Le demande doit recevoir l'approbation du directeur d'établissement; pendant les 10 jours, les formalités normales d'admission doivent être effectuées. Le certificat médical n'est pas exigé.

Au Burkina Faso, en cas de situation d'urgence l'admission se fait comme d'habitude c'est à dire sans protocole. Nous espérons qu'elle sera mieux définie dans ses indications et ses modalités d'application.

3-2-4 Hospitalisation pour observation (40)

Elle est prévue dans les juridictions de certains pays.

En Egypte : sa durée peut aller jusqu'à 8 jours. Elle a pour motif l'observation d'une personne qui est sensée être malade mentale ; la demande est non spécifiée. Un examen médical doit être fait dans les 24 heures suivant l'admission ; si le

médecin est dans l'impossibilité de poser un diagnostic précis, le malade doit être placé dans un hopital général. Il est examiné quotidiennement et peut passer sous le régime de l'hospitalisation non volontaire pour une durée indéterminée si le médecin signe un certificat médical mentionnant qu'il nécessite un traitement spécifique.

En Irak (projet de loi) la durée est de deux semaines. Motif : l'état du malade nécessite un examen plus approfondi à l'hopital; elle se fait sur recommandation d'un comité médical au tribunal local ; le certificat médical est signé de par ledit comité.

Au Burkina cette forme d'hospitalisation n'est pas prévue dans une loi ; mais elle est pratiquée dans certaines circonstances : lorsqu'un individu commet un crime ou un délit et qu'il est estimé malade mental ou que sa famille le déclare tel, le commissaire de police commet le psychiatre par une "requisition à médecin" pour une expertise psychiatrique ; cette requisiion ne dit pas que le malade doit être hospitalisé ; pourtant il l'est systématiquement et c'est au cours de cette hospitalisation que l'expertise est réalisée. Il n'existe aucun délai à l'hospitalisation et un certificat médical n'est pas exigé. Si l'expert conclut à l'absence des troubles mentaux, l'individu aura de notre avis été hospitalisé sans raison.

VII CONCLUSION

Nous avons eu à réaliser une étude rétrospective des dossiers hospitaliers et une série d'interviews après une recherche documentaire. Cette démarche nous a permis d'aboutir aux résultats suivants : la prise en charge des malades mentaux est assurée au niveau de trois types de prestations : psychiatrique, traditionnelle et néotraditionnelle.

La prise en charge psychiatrique comporte l'hospitalisation avec une post-cure, et le traitement à titre externe. La procédure d'hospitalisation mise effectivement en oeuvre est unique pour tous les malades quelle que soit l'origine de la demande ; l'admission est libre et sans formalité ; il en est de même pour la sortie.

Mais il n'existe pas à proprement parlé une réglementation en matière d'hospitalisation des malades mentaux. La législation en la matière date de l'époque coloniale ; elle est tombée peu à peu en désuétude du fait de sa complexité et de ses lacunes.

De nombreuses difficultés apparaissent alors dans l'hospitalisation des malades mentaux, liées à ce vide juridique. Où placer ces malades, lorsque l'intérêt de leur traitement, leur sûreté personnelle, celle d'autrui, l'ordre public commandent de les isoler ? Où les placer quand ils sont indigents ? Ici la législation se tait, les règles manquent, les opinions divergent, des mesures contradictoires sont parfois adoptées.

On invoque de toutes parts la nécessité d'une loi qui mette fin à cet état des choses.

C'est pourquoi au terme de notre étude nous faisons les propositions ci-après afin d'aider à la résolution du problème.

VIII RECOMMANDATIONS

1 - AUX AUTORITES

- Elaborer une législation psychiatrique nationale qui tienne compte de l'environnement socio-culturel et économique du Burkina, et des progrès actuels des sciences médicales. Cette législation devrait faire en sorte que l'on offre toujours en priorité au malade le type de traitement qui restreindra le moins sa liberté et modifiera le moins son statut social. Elle devra en outre prendre en considération le problème des minorités tel que les malades dangereux.

Pour cela :

- créer des unités de type fermé au sein des services de psychiatrie des CHN-YO et CHN-SS pour les malades dangereux, faisant l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire, et former le personnel nécessaire à cet effet.

- Former et recycler le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des malades mentaux et la législation psychiatrique.

- Former un psychiatre légiste.

- Informer et sensibiliser les agents publics (Maires, Prefets, Haut-Commissaires de police, Commandant de Gendarmerie) sur leurs attributions réelles en regard de la législation psychiatrique.

- Informer et sensibiliser toute la population sur les

problèmes de santé mentale, les droits des malades et la nécessité d'une prise en charge communautaire.

2- AUX POPULATIONS

Nous recommandons une collaboration étroite avec les autorités administratives et politiques d'une part et avec les autorités médicales d'autre part dans la résolution des problèmes relatifs à la prise en charge des malades mentaux.

3. AUX CHERCHEURS

Notre étude n'a pas abordé les problèmes de prise en charge des malades mentaux dans sa globalité ; bien de questions subsistent et appellent à une recherche appropriée. Il s'agit entre autres, du problème de la coexistence de la psychiatrie moderne et de la médecine traditionnelle. La psychiatrie doit-elle ouvrir ses portes au guérisseur traditionnel ou doit-elle l'ignorer ?

Est-ce nécessaire de légaliser la pratique traditionnelle pour mieux l'exploiter ?

Nous osons croire que d'autres personnes s'intéresseraient à ces problèmes afin que la santé mentale soit améliorée au Burkina Faso.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Ayme J.
Une loi pourquoi faire ?
Synapse NO 61 FÉVRIER 1990 .p 47 - 51

- 2- BARANCIRA S.
Approche ethnopsychiatrique de la possession par les esprits
Afrique Noire.
Mem. C.E.S Psychiatrie

- 3- BOISSEL P.
Un fait divers avec fou.
Synapse No 54 Mai 1989 p. 40 -46

- 4- BOULEAU J.P.
La foi et la la loi
Synapse No 61 Février 1990 p. 61 - 65

- 5- BOURGEOIS D.
La psychiatrie au Vietnam
Synapse No 66 Mai 1990 p. 56 - 59

- 6- BOURGUIGNON A.
penser la psychiatrie
synapse No 58 Novembre 1989 p. 1-3

- 7- CABORE W.
Assistance psychiatrique au Burkina Faso étude
retrospective des activités des structures
spécialisées 1981 - 1985
th. Med. ; 11S.U.O. ESSSA ; 1986 No 58

- 8- Code de la famille et des personnes du Burkina Faso
1989
Zatu No AN VII 0013/FP/PRES du 16 Novembre 1989

- 9- CNR
Ordonnance No 83 - 021 (CNR/PRES/IS portant
réorganisation du territoire de la république de
Haute Volta.

- 10- COLLOMB H.
Psychiatrie et santé Publique en Afrique
Dévelop- civilisat- 1971, 45,46 p. 166 -1772

- 11- COLLOMB H.
Problèmes d'assistance psychiatrique en Afrique Noire
Rev. Prat. psychol. vie soc. hy ment. 1966, 7 , 19
entern soc. d'aide à la santé ment.
- 12- COLLOMB H.
Assistance psychiatrique en Afrique : expérience
Sénégalaise
psychopath . Afr. 1965 1, (1) p. 11 - 84.
- 13- Colloque IN SERM
La santé mentale comme obervale : regard sur la santé
mentale et la folie.
1989 ed. INSERM ; 557 p.
- 14- COLLANNA L. ; HORASSINS N. SKURNIK N. ; VIDON D.
la psychiatrie, rien qu'une loi
synpase No 68 septembre 1990 p. 1 - 3
- 15- COURANT R.
Code admisnistratif de l'Afrique occidentale Française
et textes usuels ; réglementation de l'A.O.F.
- 16- DESCOMBEY J. P.
D'où vient où va la psychiatrie Soviétique
synapse No 43 Avril 1988 p. 1 - 3
- 17- DESCOMBEY J.P
<<Quand la psychiatrie a faim on lui donne à bouffer
de la loi de 1838 >>
synapse No 61 Février 1990 p. 57 - 60
- 18- DUPONT C.
psychiatrie et tradition en Afrique
synapse No 60 janvier 1990 p. 51 -54
- 19- FRONT POPULAIRE
Zatu No An VII 010/FP/PRES portant organisation et
modalités de l'administration du territoire du Burkina
Faso
- 20 - GARCON E.
Code Pénal annoté 1- 294
omission volontaire de porter secours à une personne
en Péril.
livre II art 63 sect III

- 21 - GROSSAMANN F. ; LOUZOUN C.
l'esprit d'une loi : l'accueil et les droits.
synapse No 61 Février 1990 p. 66 - 68
- 22 - HOSHIMA M.
Histoire abrégée de la loi psychiatrique Japonaise
synapse No 69 octobre 1990 p. 67 - 70.
- 23 - INSD
Deuxième recensement général de la population du 10
ans
20 Décembre 1985 Données définitives.
Ministère du plan et de la coopération : Ouaga 1982
- 24 - INSTANTANES
Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations
de la politique de santé mentale.
Actualité psychiatrique administrative NO 8. 1990 XXe
Année.
- 25 - JONAS C.
Urgence psychiatrique et droit.
synapse NO 52 Mars 1989 P. 50 - 56
- 26 - JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE
Loi NO 90 - 527 du 27 juin 1990 relative aux droits
et à la protection des personnes hospitalisées en
raison de troubles mentaux et à leurs conditions
d'hospitalisation :
bulletin SPS 90/26 texte 982.
- 27 - JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DE LA HAUTE VOLTA
Loi NO 13 -A2 du 31 - Août 1959 investissant le
gouvernement de Haute Volta de pouvoir supérieur de
police en matière d'ordre public.
J O du 1- 9-59 P.2
- 28 - JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DE HAUTE VOLTA
Décret NO 17 - VPI/APA/PRES du 21 -01- 1960
donnant délégation de pouvoir au ministère de
l'intérieur pour la signature d'actes
réglementaire
J.O 13 - 2-1960 p.105
- 29 - JOURNAL OFICIEL DE LA REPUBLIQUE DE HAUTE VOLTA
Ordonnance No 70-58 bis PRES_MSPAS portant code de
santé publique JO No 3 du 21-01-71

- 30 - JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DE HAUTE VOLTA
Arrêté NO 484 IS-DI du 28 - 10 - 1961
prononçant l'admission du malade mental
K.B au quartier psychiatrique annexé à l'hôpital de
Bobo
- 31 - KAUFMANT Y. KAUFMANT A.M
La psychiatrie africaine. Le ghetto du coopérant ?
synapse n065 Avril 1990 p. 18 - 19
- 32 - MITELBERG G.
Contribution à l'étude d'une population marginalisée:
"les fous de la rue au Burkina Faso".
Mem, DEA en santé publique et pays en voie de
développement
Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) 1990
- 33 - MITELBERG G. ; SANOU Z. ; OUEDRAOGO A.
Projet de développement de la santé mentale au
Burkina Faso
psychopath. af. 1986 - 1987 XXI 1, 1, 19, 65
- 34 - NATIONS- UNIS, CES.
Rapport du groupe de travail sur les principes pour
la protection des personnes atteintes de maladie
mentale et pour l'amélioration des soins de santé
mentale.
44e session point 14 de l'ordre du jour.
- 35 - NATION-UNIS, CES.
Rapport du groupe de travail sur la question des
personnes détenues pour maladies mentales ou
atteintes de troubles mentaux.
26- Août 1988.
- 36 - OMS
Introduction d'une composante santé mentale dans les
soins de santé primaire 1990.
- 37 - OMS
Place de la santé mentale dans les soins de santé
primaire chrono OMS 1980 NO 34.
- 38 - OMS
Place de la santé mentale dans le développemt des
services de santé publique.
Bureau régional pour l'afrique (AFRO) .
Brazaville 1974.

- 39 - Forum mondial de la santé
revue internationale de développement sanitaire vol 12
No 2, 1991.
- 40 - OMS
Droit et santé mentale : vers une harmonisation
objectifs : aperçu de législation comparée.
Genève 1978.
- 41 - OMS
Les soins de santé mentale dans les pays en
développement bilan critique des résultats de la
recherche
Genève 1984
- 42 - OMS
Rapport général du directeur général
Activité de l'OMS 1988 - 1989
- 43 - OUEDRAOGO A.
Histoire d'une institution thérapeutique : le service
de psychiatrie du CHN de Ouagadougou, Burkina Faso.
(A paraître)
- 44 - OUEDRAOGO A.
Place du thérapeute traditionnel dans les soins de
santé mentale au Burkina Faso.
(A paraître)
- 45 - OUEDRAOGO A.
Intérêt de sultropide dans les états d'agitation
psychomotrice:
th. Med. Dakar, 1985 NO 74
- 46 - PICHOT P.
Un siècle de psychiatrie
Edition Roger Docosta 1983.
- 47 - PRESTXICH P.
sainte - Anne : l'asile et la communauté à la belle
époque 1897 - 1907.
Synapse NO 62 ; Mars 1990 P. 58 - 62.
- 48 - PSYCHOPATHOLOGIE AFRICAINE
Les textes législatifs et réglementaires en matière
de stupéfiant au Sénégal. Alcool et tabac.
1983, XIX, 2, 8. 176 - 191

- 49 - QUETEL G.
La loi de 1838 sur les aliénés ; l'application.
vol II , frénésie éditions paris 1988.
- 50 - QUETEL C.
La gestation de la loi 1838
synapse N0 56 septembre 1989 p. 53-55.
- 51 - REYNAUD M.
La psychiatrie à l'aube de XXIe siècle
synapse N0 51 Février 1989 p. 3-5
- 52 - REYNAUD M.
La loi qui cache la forêt
synapse N0 61 Février 1990 p.7-9
- 53 - SANOU J.J
L'internement administratif au Burkina -Faso
Mem. maîtrise de droit : option publique.
ESD. IS . 0 1986.
- 54 - SENNGER J.L
La responsabilité délictuelle de la personne sous
l'emprise d'un trouble mental.
revue Français du dommage corporel
T15 1989 N0 2 p. 173.
- 55 - SOMDA L.
proposition pour une meilleur approche de la
psychiatrie du Bukina Faso
DIP, 1985 Université Dakar.
- 56 - SYRANYAN S.
Etude des itinéraires thérapeutiques empruntés par
les malades mentaux.
th- med. UO, ESSSA ; 1988 ; n0 5
- 57 - THIOMBIANO A
Troubles mentaux et migration : contribution à
l'étude des problèmes desanté mentale des migrants
Burkinabé en Côte d'Ivoire.
th. méd. UO ; ESSSA 1991 ; N0 126.
- 58 - VIDON G.
Notes sur la nécessité d'un accès facile des malades
aux soins lors des situations urgentes.
synapse N0 61 Février 1990 p. 53 - 56

59 - ZAF IRAPOULOS M.

La deuxième Mort de Freud

synapse N0 59 décembre 1989 ; p 9-11.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'être probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Année 1992

**Olga SANKARA: Conditions pratiques et juridico -
administratives de la prise en charge
des malades mentaux
au Burkina Faso.**

Résumé:

Notre travail a consisté à une étude retrospective et prospective dans le but de déterminer les conditions pratiques et juridico-administratives de la prise en charge des malades mentaux.

Nos résultats montrent que les services spécialisés en la matière sont de type ouvert.

La procédure d'hospitalisation est la même pour tous les malades quelle que soit l'origine de la demande d'hospitalisation et le type de symptomatologie. L'admission est libre et sans formalité. Il en est de même pour la sortie; il n'y a ni contrôle administratif, ni contrôle judiciaire dans la prise en charge. Cet état de chose peut à notre avis engendrer difficultés, abus, arbitraire et parfois défaut de soins.

La législation en la matière est caduque.

C'est au niveau du code des personnes et de la famille qu'est pris en compte la protection matérielle et morale des malades mentaux.

L'élaboration d'une législation psychiatrique s'impose.

**Motsclés: Psychiatrie, Burkina, Hospitalisation, Admission,
Législation, Psychiatrique.**

**Adresse de l'auteur: ZOUNGRANA Olga M. Perpétue Epouse SANKARA
01 BP 4093 Ouagadougou 01. Tél : 36-26-55**