

# UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE



ANNEE : 2020

N° 16

**PROFILS SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE DES  
PATIENTS SUIVIS AU CENTRE PSYCHIATRIQUE EMILE  
BADIANE DE ZIGUINCHOR/SENEGAL (DU 01/01/2019 AU  
31/12/2019)**

## THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

**Le 17 OCTOBRE 2020**

Par

**Mme DIARIATOU SECK**

**Née le 01 Janvier 1993 à Diourbel (SENEGAL)**

---

### MEMBRES DU JURY

<b>Président :</b>	M.	Noël Magloire	MANGA	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	Mme	Aïda	SYLLA NDIAYE	Professeure Titulaire
<b>Directeur de Thèse :</b>	M.	Issa	WONE	Professeur Assimilé
<b>Co- directeur de Thèse :</b>	M.	Adama	KOUNDOUL	Médecin Psychiatre

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



**UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE**  
**DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

<b>Directeur</b>	<b>M. Noël Magloire MANGA</b>
<b>Vice-Directeur</b>	<b>M. Ansoumana DIATTA</b>
<b>Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles</b>	<b>M. Assane NDIAYE</b>
<b>Chef du département de Chirurgie et Spécialités</b>	<b>M. Serigne Modou Kane GUEYE</b>
<b>Chef du département de Médecine et Spécialités</b>	<b>M. Simon Joël Simamene MANGA</b>
<b>Cheffe des Services Administratifs</b>	<b>Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA</b>

**Ziguinchor, Le 05 octobre 2020**

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE  
LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2019**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL

**PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Boubacar	FALL	Urologie
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie
M. Issa	WONE	Santé Publique

**MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Yaya	KANE	Néphrologie

M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
† M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurologie chirurgicale
M. Habibou	SARR	Microbiologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie
† Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Gastro-entérologie

♦ Associé

† Titularisation

**II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ASSOCIE DE LA  
FACULTE DE MEDECINE DE DAKAR ET DES AUTRES UFR  
SANTE**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2019**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

M. Abdoulaye BA	Physiologie	UCAD
M. Abdoulaye GASSAMA	Chimie	UASZ
M. Abdoulaye LEYE	Endocrinologie	UCAD
M. Abdoulaye NDIAYE	Anatomie	UCAD
M. Abdoulaye POUYE	Médecine interne	UCAD
M. Alassane DIEDHIOU	Mathématiques	UASZ
M. Amadou TOURE	Histo-Embryologie	MALI
M. Anatole LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire	BENIN
M. André Daniel SANE	Orthopédie-Traumatologie	UCAD
Mme Anna SARR	Médecine interne	UCAD
M. Assane KANE	Dermatologie-Vénérologie	UCAD
M. Babacar FAYE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Boucar DIOUF	Néphrologie	UCAD
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Codé BA	Neurochirurgie	UCAD
+ M. Fallou CISSE	Physiologie	UCAD
M. Fatou Samba DIOGO NDIAYE	Hématologie	UCAD
M. Guata Yoro SY	Pharmacologie	UCAD
M. Ibrahima KONATE	Chirurgie générale	UGB

M. Kobor DIOUMA	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
Mme Maïmouna NDOUR	Médecine Interne	UCAD
M. Mamadou FALL	Toxicologie	UCAD
M. Mamadou MBODJ	Biophysique	UCAD
M. Modou Oumy KANE	Physiologie	UCAD
M. Mor NDIAYE	Médecine du Travail	UCAD
M. Moussa Fafa CISSE	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Moustapha NDIAYE	Neurologie Médicale	UCAD
M. Oumar NDOYE	Biophysique	UCAD
M. Papa Lamine FAYE	Psychiatrie	UCAD
M. Roger Clément Kouly TINE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Saïdou DIALLO	Rhumatologie	UCAD
M. Saliou DIOP	Hématologie	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
M. Seydou Nourou DIOP	Médecine interne	UCAD
M. Souhaïbou NDONGO	Rhumatologie	UCAD
M. Tandakha Ndiaye DIEYE	Immunologie	UCAD
M. Adama KANE	Cardiologie	UGB
M. Moussa SEYDI	Infectiologie	UCAD
Mme Sylvie Audrey DIOP	Infectiologie	UGB

† In Memoriam

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey

## PROFESSEURS ASSIMILES

M. Pape Adama DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire	UCAD
M. Amadou Lamine FALL	Pédiatrie	UCAD
Mme Arame MBENGUE	Physiologie	UT
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Chérif Mouhamed M. DIAL	Anatomie pathologique	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
M. Mamadou COUME	Gériatrie-Gérontologie	UCAD
M. Mohamed SOUMAH	Médecine Légale	UCAD
M. Papa Saloum DIOP	Chirurgie Générale	UCAD
Mme Pauline DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie	UT
M. Rokhaya NDIAYE DIALLO	Génétique	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
Mme Seynabou FALL	Hématologie	UCAD
M. Abdou Magib GAYE	Anatomie pathologique	UCAD
M. Ibou THIAM	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Joseph DIEME	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Louis BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie	UCAD
M. William DIATTA	Botanique	UCAD
M. Philippe MANYACKA	Anatomie	UGB

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Aminata TOURE	Toxicologie	UCAD
M. Atoumane FAYE	Médecine Interne	UCAD
M. Demba DIEDHIOU	Sémiologie médicale	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Magatte CAMARA	Chimie	UASZ
M. Mbaye Diagne MBAYE	Chimie	UASZ
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
Mme Sokhna SECK	Psychologie	UCAD
Mme Absa LAM FAYE	Toxicologie	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD
M. Amadou DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
Mme Armandine E. R. DIATTA	Médecine du Travail	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
M. Babacar DIOP	Anglais	UASZ
M. Clément MANGA	Mathématiques	UASZ
M. Doudou DIOUF	Oncologie	UCAD
M. Doudou SOW	Parasitologie-Mycologie	UCAD
Mme Fatoumata HANNE	Socio-Anthropologie médicale	UASZ
M. Modou TINE	Physique	UASZ
M. Mouhamed DAFPE	Ortho-Traumatologie	UCAD
M. Moustapha THIAM	Physique	UASZ
M. Abdoulaye NDIIOUCK	Epistémologie médicale	UASZ

M. Abel DIATTA	Informatique	UASZ
Mme Mame Kouna DIAW DABO	Anglais	UASZ
M. Moustapha NDIAYE	Informatique	UASZ
M. Lamine DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Amadou NDIADÉ	Histologie-Embryologie	UADB
M. Jean Pascal Demba DIOP	Génétique	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD

### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS**

M. Amadou Cambel DIENG	Management	UGB
† M. El H Amadou L BATHILY	Biophysique	UCAD
† M. Jean pierre DIAGNE	Ophtalmologie	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
Mme Fatimata BA	Physiologie	UCAD

### **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. Abbé Michel Mendy	Santé publique	UASZ
M. Jacques SENGHOR	Anatomie	UASZ
M. Karim GUARBA	TP Anatomie	UASZ
M. Malick FAYE	Soins infirmiers	UASZ
Mme Mame Kouna DiAW DABO	Anglais	UASZ
M. Abdoulaye KEITA	Secourisme	UASZ
M. Demba DIAGNE	Secourisme	UASZ

† Titularisation

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey

*Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le  
Très Miséricordieux.*

*« On a beaucoup tourmenté les fous.  
On les a brûlés, déportés, enfermés. On s'est attaqué à leur corps à  
coups de médicaments agressives, de chocs électriques. On est allé  
jusqu'à leur ouvrir le crâne. Or soigné n'est ni réprimer la folie ni  
l'exalter de manière apitoyée. Soigner, c'est consoler, soulager celui  
qui souffre ; c'est poser un baume sur ses plaies à vif et le préparer à  
se laisser guérir. »*

*Jacques Hochmann*

***A la mémoire de***

*Feu **Barry Nguirane**, mon papa de cœur, vous avez été arraché très tôt à mon affection. Mais qui suis-je pour prétendre contester la volonté divine ? Personne. J'aurai tellement aimé que vous puissiez être là. « Le véritable tombeau des morts est le cœur des vivants ».*

*A ma grand-mère paternelle et homonyme **Diariatou Aïdara***

*A mes frères **Pa Ameth et Alassane Seck**, grande sœur vous aime et ne vous oubliera jamais mes petits anges.*

*Qu'**ALLAH** vous accueille dans son éternel Paradis.*

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

*A mon père, **Mamadou Seck***

*Merci d'avoir été et d'être là pour nous, je n'ai jamais manqué du nécessaire ; tu t'es sacrifié et serré la ceinture pour nous, pour cette éducation que nous avons reçu. Ce travail est le prix de vos sacrifices... je pense que tu dois être fière de moi. En tout cas, moi je suis très fière de toi ! Qu'Allah t'accorde une longue vie, pleine de grâces auprès de nous ! Ta maman t'aime fort.*

*A ma mère, **Ndeye Marie Marone***

*Tu m'as portée, supportée, couvée, aimée toute ma vie*

*Tu as sacrifié tes ambitions et désirs pour l'avenir de tes enfants.*

*Tu es l'exemple de la générosité, de la bonté, de la dévotion et de l'amour maternel. Ce travail est le tien. Qu'Allah t'accorde une longue vie auprès de nous ! Je t'aime fort*

*A Mes frères et sœurs chéris*

*A mon grand frère **Ibrahima Seck**, tu es un exemple grand frère, tu as tracé le chemin, merci d'être autant respectueux et affectueux, merci d'être là pour moi. Je t'aime.*

*A ma grande sœur chérie, « ma meilleure » **Ndeye Mbogne Seck***

*Tu es une amie, une confidente, un modèle, une conseillère, tu m'inspires beaucoup et ton dévouement au travail, m'encourage dans mon quotidien.*

*Continue d'être aussi folle et d'avoir cette joie de vivre. Je t'aime*

*A mon petit frère **Guirane Seck**, tu m'inspire malgré ton jeune âge. Ta maturité, ton sens des responsabilités et ta générosité font que je t'admire. Prends soin de toi. Je t'aime*

*A mes petites sœurs chéries, **Fatou Seck**, **Awa Seck**, **Ndeye Maguette Seck**, la terrible et la benjamine **Ouleymatou Seck**, qu'ALLAH vous accorde une longue vie. Grande sœur vous aime super fort !*

*A mon cousin **Pa Ameth Marone**, une boule d'énergie, d'intelligence et de bêtises ! Ta cousine t'aime fort !*

*Que Dieu vous accorde une longue vie et vous garde, soyez bénis !*

*A ma famille de sang et d'accueil, la famille de feu **Ibrahima Aïdara** Vous m'avez logée, nourrie, blanchie, surtout aimée tel le membre entier (que je suis), A ma grand-mère **Aminata Diamanka**, affectueusement **Inna**, qui me voue un amour inconditionnel, à mes papas, **Mouhamadou Chamsidine, Badrouline et Hassane Aïdara**.*

*A ma badiène chérie, **Awa Aïdara**, d'une gentillesse, d'un dévouement et d'une avenance inégalée. A mes badiènes **Hassy Aïdara, Mariama Aidara, Amy Aïdara**, mention spéciale à badiène **Diariatou Aïdara** et badiène **Aîchatou Aïdara Dièye**. Cette thèse est la vôtre.*

*Sans oublier mes cousines chéries, **Diamilatou Aïdara, El Cati Cissé, El Mariama Cissé, Salimata Doucouré, Ndeye Fatou Diagne, Fatou Diouf, chaise Binetou, Haby Diamanka et Mame Fatou Aïdara**. A mes cousins **Chérif Ibrahima Aïdara, Chamsidine Diouf, Fodé Touré et Amadou Ndiaye Touré** également.*

*A mes oncles, aux aînés de la famille tontons **Ablaye et Saliou Ndour** à tata **daba** et à mes cousins **Ibrahima, Papy, pa youssou et Ndèye Marie**. Merci de votre hospitalité, merci d'avoir participé à ma formation.*

*A tonton **Mbaye Nam Marone**, à tonton **Ousmane**, tonton **Alioune**, tonton **Abdou**, tonton **Idrissa**, tonton **Bathie** et tonton **Badou**. Mention spéciale à tonton **Goudia** et tonton **Ibrahima Marone**, merci pour toute l'attention et l'affection que vous nous portez. Cette thèse est la vôtre.*

*Mention spéciale à tonton **Goudia Marone**, à sa femme oumpagne **Ndèye Loum**, à leur fils **pa Ameth marone** (chéri **Ndoya**), ainsi qu'à toute la famille **Loum**. Merci cher oncle pour ta générosité, ton sens des responsabilités et tout ce que tu fais pour toute la famille. Ta nièce t'aime fort. Cette thèse est la vôtre.*

*A mes cousins, le « taw » des petits fils, **Pape Marone** ; à mon « grand mari » **Pape Adama Marone**, mon papa chéri, « sama meilleur » **Mamadou Seck Marone**, ainsi que toute la famille **Marone**.*

*A mes badiènes, **Badiène Ndeye Mbogne Seck**, **badiène Fatou Seck**, **badiène Aminata Seck**, **Badiène Ouleymatou bèye**, **badiène Yaye Fatou Bèye**, **Badiène Isseu***

*A mon papa feu **Elhadj Dione Bèye**.*

*A mon meilleur ami **Elhadji Fall**, mon plus que frère, ma moitié, mon « xarit » au sens étymologique du mot. Merci d'être là pour moi, merci de me soutenir et de m'épauler depuis mon premier jour à Ziguinchor. Je t'apprécie pour ta joie de vivre, ta sincérité, ton altruisme, ta générosité. Puisse Allah t'accorder une longue vie auprès de ceux que tu aimes et puisse cette amitié perdurer pour l'éternité!*

*A ma « domou Ndeye » **Fanta Gnile Sané**, une sœur, une femme extraordinaire, ma compagne de guerre. Je t'apprécie pour ton optimisme, ton courage, ta bravoure, ta résilience, ta générosité, etc. Merci pour tout et merci d'être celle que tu es. Mention spéciale à ma maman chérie, **Maman Fatou Kiné Badji** et à ma grande sœur chérie **Mme Fadé**.*

*A mon parrain chéri, le **Dr Souleymane Seck**, je te connais depuis peu, mais ces mois me semblent être une éternité. Je t'apprécie pour ton humilité, ta simplicité, ta disponibilité et ta gentillesse. Merci d'être celui que tu es, merci d'être là pour moi. Puisse cette complicité perdurer.*

*A mes amis, de l'UASZ ces êtres qui me sont si chers, mon frère et « Lakal » **Issakha Ndiaye**, à mon petit frère **Alphousseynou Niabaly**, à mon collègue **Dr Pape formose Poussy**, à mes amis **Joe Arial Stéphane Corréa** et à **Mamadou yaya Diallo**. Merci de faire partie de ma vie. Puisse cette amitié perdurer.*

*A tous les membres du **dahira Siratikal Moustakhimi** de l'UASZ.*

*A Ma team, aux **Dr André Barthélémy Biagui Badiane**, **Dr Khadim Séne**, **Dr Mamadou Moustapha Diallo**, **Dr Chérif Diop**, **Dr Adiouma Tine** et **Dr Awa Dieng Mme Ciss** vous avoir dans ma vie est un énorme privilège et une bénédiction. Merci d'être là ! Qu'**ALLAH** vous garde et vous couvre de ses grâces infinies ! Soyez bénis !*

*A mes amis et collègues du CHRO, à mon Sambayelam, le **Dr Salif Diallo** d'une gentillesse et d'un altruisme hors du commun, à sa femme (ma fille) **Alimatou Diaby**, à mon taw le **Dr Babacar Sadikh Diop**, au **Dr Sara Doua Diallo**, à mon thiat **Souleymane Fall**, au **Dr Papis Diouf** et au **Dr Fatima Fouya Sadio**, à ma sister **Sokhna Dagnokho**. Vous faites partie de mes plus belles rencontres !*

*Je ne remercierai jamais assez le ciel d'être revenue ce 12/09/2019 à Ourosogui. Merci de faire partie de ma vie.*

*Au **Dr Faye** et sa famille, **Mme Faye**, **Mohamed**, **Maimouna**, **ndeye** et **Adiouma junior**.*

*A mes amis, camarades et collègues du primaire, du moyen et du secondaire*

*Au **Dr Mamadou Ba**, on a cheminé ensemble depuis le primaire, je t'apprécie et t'admire pour ta persévérance, tons sens du travail acharné et surtout bien fait, un ami, plus fou que moi ! A **Doudou Dièye Ba** le gentleman, A **Souleymane Sané**, A **Alassane Isma Thiam** « sama thiamine », à **Mohamadou Basse**, **Kaw Ismaïla Dianka**, **Sileymane Dianka**, **Aliou Ba**, **Alassane Ndiaye**, **Moctar Diallo**. Je vous souhaite le meilleur, soyez bénis mes chers amis et frères !*

*A mes collègues de la « **first promo** », nous avons cheminé durant 08 années d'aventures arborant « **un parcours inédit** ». Puisse cette fraternité perdurer. Je vous souhaite le meilleur à chacun.*

*Aux **Dr Khadidiatou Mballo Mme Kelly** qui m'a hébergée, accueillie et supportée dès mon arrivée à Ziguinchor, **Dr Antoinette Ndeye Sène Mme Van Eijden**, **Dr Mansata Diedhiou Mme Diedhiou** et **Dr Siré Sonko (2S)**, je n'oublie pas ma première année au campus, merci de m'avoir supportée.*

*A ma binôme **Dr Mame Diarra Mbaye Mme Kouma**, puisse ALLAH vous accorder le meilleur ci **Barké Cheikhoul Khadim**.*

*Au **Dr Romziath**, merci pour les moments quand on se relayait pendant quelques minutes pour dormir durant les « nuits blanches » à la RUF lors des périodes de révision ; je ne pourrai jamais oublier ! Merci*

*A ma grande sœur et collègue le **Dr Felizmina Mendes**, tu as un grand cœur, puisse le Seigneur faire de toi un grand médecin et diplomate !*

*A ma « ndieuké sama », Ndeye Thiam, merci pour ta gentillesse, ta générosité, ton altruisme et ta douceur.*

*A M. mes maris, **Jean Christophe Dionou** et **M. Emile Badiane**, à madame ma « coépouse » **Anne Marie** et à mon fils **André junior**. Merci de votre gentillesse, de votre affection et de votre attachement à ma personne. Puisse le Seigneur vous couvrir de ses grâces !*

*A ces enseignants, aînés et maîtres qui m'ont marquée d'une manière ou d'une autre :*

*A **Mme Aïda Seck** du CI, **M. Saliou Guèye** du CM2, **Mlle Mendy (Mme Faye)** du 6<sup>ème</sup>, **M. Aliou Ndiaye** maths, **M. Diedhiou PC** et **M. Mouhamadou Diop** du LEG/D.*

*Aux **Dr Barrière Moussa Diallo**, **Dr Rhétice Agbo**, **Dr Elvis Sémondji**, **Dr Baye Ndongo Diouf**, **Dr Souleymane Coulibaly**, **Dr Simon Manga**, **Dr Aboubacry Traoré**, **Dr Souleiman Nour**, **Dr Mawade Ndiaye**, **Dr Konaté** et **Dr Boris Houga**.*

*Aux **Pr Abdoulaye Pouye**, **Pr Abdoulaye Lèye**, **Pr Papa Lamine Faye** et **Pr Cambel**.*

*Merci d'avoir participé à ma formation personnelle et professionnelle. A tous mes maîtres du **CHRZ**, de l'**HPZ** et du **CHRO** ainsi que tout le personnel du **CPEB/Z**.*

*Au **Pr Alassane Diatta** merci d'avoir cru en nous dès le début et d'avoir été plus qu'un doyen, un papa pour nous.*

*Mention spéciale au **Pr Cheikh Mouhamadou Diop** directeur de l'**UFR LASHU** de l'**UASZ**.*

*A mon ami et compagnon d'écriture, **M.M.D**, puisse cette amitié et cette complicité perdurer. Merci d'être là.*

*A tonton **Elhadj Ndiaga Kane**, merci d'avoir participé à ma formation.*

*A ma maman, **Awa Fall**, je me souviens de ces moments de tendresse durant mon enfance et cet amour que me vouez. Cette thèse est la vôtre !*

***Mes remerciements***

*Au professeur Issa Wone*

*A Madame Wone pour sa gentillesse*

*Au Dr Adama Koundoul, médecin chef du C.P.E.B/Z*

*Au Dr Elhadji Fall*

*Au Dr Papa Souleymane Seck*

*A toute l'équipe du C.P.E.B/Z (Mesdames Diedhiou, Diatta, Dieng, Sagna, et Aïssatou, Major Samba, Idy, Baldé, père Las, Pa Fall, Sadia et Anatole)*

*A toute personne ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.*

**A NOS MAITRES ET  
JUGES**

***A notre maître et président de jury, le professeur Noël Magloire Manga,***

*C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.*

*Nous avons été marqués de la plus belle des manières par votre rigueur scientifique, votre humilité, votre objectivité, votre clarté et votre concision dans les salles de classe de même qu'aux chevets des patients.*

*Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de notre profond respect, notre profonde gratitude et notre très grande admiration.*

***A notre maître et juge, la professeure Aïda Sylla Ndiaye,***

*Vous nous avez fait grand honneur en acceptant de juger ce travail.*

*Votre présence ce jour, représente beaucoup pour moi, pour ma vision de la psychiatrie et celle de la vie en générale.*

*Votre rigueur scientifique, votre finesse intellectuelle et vos grandes qualités humaines sont louées jusqu'aux « oreilles » de la Casamance et bien au-delà.*

*Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond respect et de notre grande admiration.*

***A notre maître et directeur de thèse, le professeur Issa Wone,***

*Vous m'avez fait d'emblée l'honneur de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.*

*Je loue votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre grande expertise et surtout votre grande humilité et gentillesse. Vous m'avez motivée, initiée et guidée dans ce travail.*

*Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de ma grande gratitude, de mon profond respect, de ma grande admiration et de mon attachement.*

***A notre maître et co-directeur de thèse, le docteur Adama Koundoul***

*Vous m'avez fait l'honneur de co-diriger ce travail.*

*Votre rigueur scientifique, votre grande disponibilité, votre patience, votre dévouement et votre amour de la psychiatrie m'inspirent au quotidien et font de vous un modèle pour moi.*

*Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de mon profond respect, de ma grande gratitude et de mon admiration.*

*« Par délibération, l'UFR a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs  
Et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »*

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement.....	6
<b>Figure 2</b> : Cartographie du dispositif de soins psychiatriques au Sénégal .....	35
<b>Figure 3</b> : Répartition des consultants selon l'âge.....	45
<b>Figure 4</b> : Répartition des consultants selon le genre.....	46
<b>Figure 5</b> : Répartition des consultants selon l'ethnie .....	47
<b>Figure 6</b> : Répartition des consultants selon la provenance géographique .....	48
<b>Figure 7</b> : Répartition des consultants selon la profession.....	49
<b>Figure 8</b> : Répartition des consultants selon l'instruction.....	50
<b>Figure 9</b> : Répartition des consultants selon la situation matrimoniale .....	51
<b>Figure 10</b> : Répartition des patients selon la présence d'antécédents psychiatriques .....	52
<b>Figure 11</b> : Répartition des patients selon la prise de substances psychoactives .....	53
<b>Figure 12</b> : Répartition des consultants selon la nature de la substance psychoactive .....	54
<b>Figure 13</b> : Répartition des consultants selon le délai de consultation .....	55
<b>Figure 14</b> : Répartition des consultants en fonction de l'instigateur de la demande de soins.....	56
<b>Figure 15</b> : Répartition des consultants selon la nosologie .....	58
<b>Figure 16</b> : Distribution de la classe d'âge en fonction de la nosologie .....	68
<b>Figure 17</b> : Distribution du genre en fonction de la nosologie.....	69
<b>Figure 18</b> : distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de l'ethnie.....	70
<b>Figure 19</b> : Distribution de l'instruction en fonction de la nosologie .....	71
<b>Figure 20</b> : Distribution de la situation matrimoniale en fonction de la nosologie .....	72

<b>Figure 21</b> : Distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de la profession.....	73
<b>Figure 22</b> : Distribution de la nosologie en fonction de l'ethnie .....	74

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I :</b> Séparation par sexe d'aliénés sénégalais entrés à l'asile de Marseille fin 1897 à la fin de l'année 1911 .....	18
<b>Tableau II :</b> Répartition des patients en fonction des motifs de consultation ...	57
<b>Tableau III :</b> Croisement de la classe d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives .....	59
<b>Tableau IV :</b> Croisement du genre en fonction de la prise de substances psychoactives .....	60
<b>Tableau V :</b> Croisement du genre en fonction du délai de consultation (n=1429) .....	61
<b>Tableau VI :</b> Croisement de l'instruction en fonction de la prise de substances psychoactives .....	62
<b>Tableau VII :</b> Croisement de l'instruction en fonction du délai de consultation .....	63
<b>Tableau VIII :</b> Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la prise de substances psychoactives.....	64
<b>Tableau IX :</b> Croisement de la situation matrimoniale en fonction du délai de consultation.....	65
<b>Tableau X :</b> Croisement de la provenance géographique en fonction de la prise de substances psychoactives.....	66
<b>Tableau XI :</b> Croisement des antécédents psychiatriques en fonction du délai de consultation .....	67

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PREMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	4
<b>I. DEFINITIONS ET CONCEPTS DES TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT</b> .....	5
I.1. Concepts des troubles mentaux et troubles du comportement .....	5
I.2. Quelques définitions .....	7
<b>II. ASPECTS HISTORIQUES</b> .....	10
II.1. En Occident .....	10
II.1.1. L'Antiquité .....	10
II.1.2. Le Moyen Age et la Renaissance .....	12
II.1.3. Le grand renfermement .....	13
II.1.4. La révolution française .....	14
II.2. Au Sénégal .....	15
II.2.1. Pendant la colonisation.....	15
II.2.2. Après l'indépendance .....	21
<b>III. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES</b> .....	25
III.1. Dans le monde .....	25
III.2. En Afrique .....	29
<b>IV. ASPECTS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES :</b> .....	30
IV.1. Aspects Pathogéniques.....	30
IV.2. Aspects Thérapeutiques .....	32
<b>DEUXIEME PARTIE</b> .....	34
<b>I. METHODOLOGIE</b> .....	35
I.1. Cadre d'étude .....	35
I.1.1. Localisation.....	36

I.1.2. Historique, présentation et description des lieux .....	36
I.1.3. Personnel .....	40
I.1.4. Fonctionnement du CPEB/Z.....	41
I.2. Objectifs de l'étude .....	41
I.3. Méthodes.....	42
I.3.1. Type et période d'étude .....	42
I.3.2. Population d'étude .....	42
I.3.3. Critères d'inclusion .....	42
I.3.4. Critères de non inclusion .....	42
I.3.5. Collecte des données.....	42
I.3.6. variables de l'étude .....	42
I.3.7. Analyse des données .....	43
I.3.8. Contraintes et limites de l'étude .....	44
II. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....	45
II.1. Etude descriptive .....	45
II.1.1. Aspects sociodémographiques.....	45
II.1.1.1. L'âge .....	45
II.1.1.2. Le genre .....	46
II.1.1.3. L'ethnie.....	47
II.1.1.4. La provenance géographique.....	48
II.1.1.5. La profession .....	49
II.1.1.6. L'instruction .....	50
II.1.1.7. La situation matrimoniale.....	51
II.1.2. Aspects cliniques .....	52
II.1.2.1. Les antécédents de troubles psychiatriques.....	52
II.1.2.2. La prise de substances psychoactives.....	53
II.1.2.3. La Nature de la substance psychoactive.....	54
II.1.2.4. Le délai de consultation.....	55
II.1.2.5. L'instigateur de la demande de soin.....	56

II.1.2.6. Les motifs de consultation.....	57
II.1.2.7. La nosologie.....	58
II.2. Etude analytique .....	59
II.2.1. Croisement de la classe d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives.....	59
II.2.2. Croisement du genre en fonction de la prise de substances psychoactives .....	60
II.2.3. Croisement du genre en fonction du délai de consultation .....	61
II.2.4. Croisement de l'instruction en fonction de la prise de substances psychoactives.....	62
II.2.5. Croisement de l'instruction en fonction du délai de consultation.....	63
II.2.6. Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la prise de substances psychoactives .....	64
II.2.7. Croisement de la situation matrimoniale en fonction du délai de consultation.....	65
II.2.8. Croisement de la provenance géographique en fonction de la prise de substances psychoactives .....	66
II.2.9. Croisement des antécédents psychiatriques en fonction du délai de consultation.....	67
II.2.10. Distribution de la classe d'âge en fonction de la nosologie .....	68
II.2.11. Distribution du genre en fonction de la nosologie .....	69
II.2.12. Distribution de l'ethnie en fonction la prise de substance psychoactives .....	70
II.2.13. Distribution de l'instruction en fonction de la nosologie.....	71
II.2.14. Distribution de la situation matrimoniale en fonction de la nosologie ..	72
II.2.15. Distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de la profession .....	73
II.2.16. Distribution de la nosologie en fonction de l'ethnie .....	74

<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</b> .....	75
I. ETUDE DESCRIPTIVE.....	76
I.1. Aspects sociodémographiques.....	76
I.2. Aspects cliniques.....	78
II. ETUDE ANALYTIQUE.....	80
II.1. Croisement des variables sociodémographiques en fonction de la prise de substance psychoactive.....	80
II.2. Distribution des variables sociodémographiques en fonction de la nosologie.....	81
<b>CONCLUSION</b> .....	84
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	90
<b>ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

La « folie » est une préoccupation sociale et ce depuis l'Antiquité, elle a toujours fait l'objet de plusieurs représentations culturelles, sociales et même médicales. Son interprétation à travers les siècles en dit long sur l'évolution et les mutations sociales. [1]

Les pathologies mentales constituent un ensemble assez vaste de troubles pouvant intéresser les sphères intellectuelle, affective et /ou comportementale et de ce fait, elles peuvent avoir un impact sur la vie familiale, affective, professionnelle, sociale de manière générale. Les personnes atteintes, en plus de leur « souffrance » causée par la maladie, doivent faire face avec leur entourage à l'incompréhension et la stigmatisation, aux regards pesants et inquisiteurs des autres. Tous ces facteurs conduisent à un isolement social du malade mental. [2]

On estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité : or, la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé. [3]

Les affections mentales sont fréquentes et universelles. Elles s'observent dans toutes les régions, tous les pays et toutes les sociétés. Elles frappent aussi bien les hommes que les femmes à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres et la population urbaine comme celle du milieu rural. [3]

L'OMS estimait dans son rapport sur la santé mentale de 2001 que plus de 25 % de la population mondiale va souffrir un jour ou l'autre de maladie mentale. [3]

Les pays africains ont d'énormes difficultés à élaborer et à appliquer une politique de santé mentale appropriée et compatible avec nos réalités socio-culturelles. [4]

La psychiatrie telle que discipline médicale en Afrique et en particulier au Sénégal a débuté avec la colonisation. [2]

Au Sénégal les quelques rares structures psychiatriques qui existaient pendant cette période étaient concentrées à Dakar ; pourtant les pensionnaires de ces lieux provenaient des zones reculées et précaires des profondeurs du Pays.

Aussi la nécessité d'adapter un dispositif original qui traite le malade mental dans son milieu en tenant compte de la faiblesse de ses ressources et de ses réalités socio-culturelles s'imposa. Ainsi naquirent les villages psychiatriques implantés en périphérie, comme c'est le cas du Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (CPEB/Z), dans le but de rendre accessible les soins psychiatriques.

L'objet de notre étude était de faire un bilan du fonctionnement de cette institution.

Elle se donne comme objectifs de déterminer le profil des différentes pathologies mentales au niveau du CPEB/Z sur une période d'un an allant du 01/01/19 au 31/12/19 et de décrire les profils sociodémographique et clinique des malades.

Avant de revenir sur l'histoire de la psychiatrie en Occident et au Sénégal et sur les données épidémiologiques, nous allons revisiter quelques définitions, concepts et classifications des pathologies mentales.

Les deuxième et troisième parties de notre étude seront consacrées à la méthodologie utilisée par l'étude, à la présentation, à l'analyse et à la discussion de nos résultats.

**PREMIERE PARTIE : LA REVUE  
DE LA LITTERATURE**

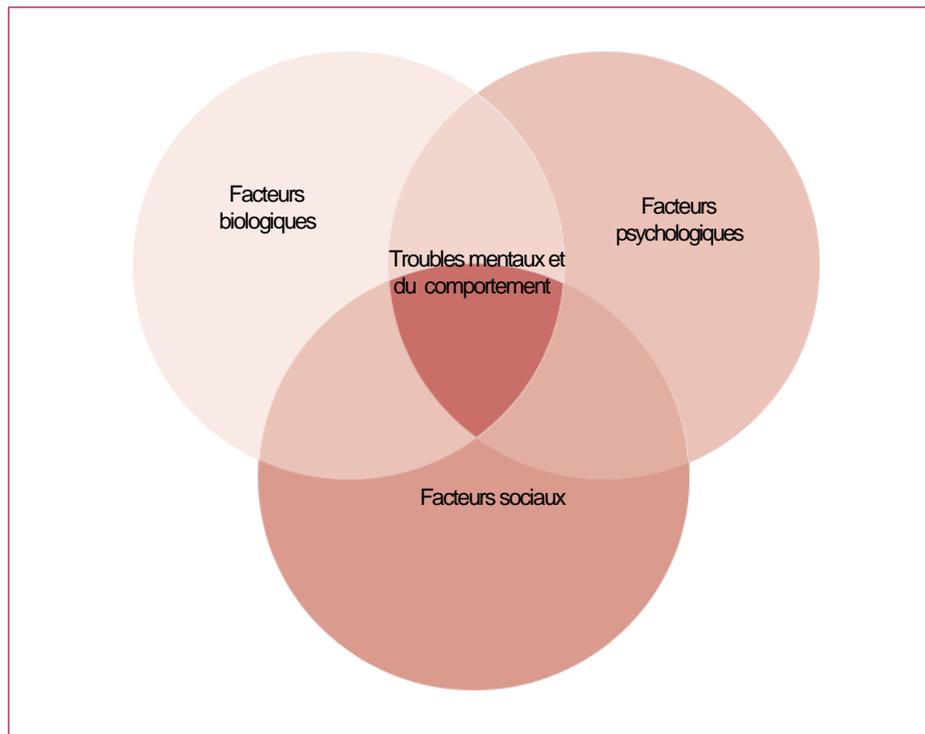
# **I. DEFINITIONS ET CONCEPTS DES TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT**

## **I.1. Concepts des troubles mentaux et troubles du comportement**

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. [5] Le bien être mental est une composante essentielle de cette définition. Une bonne santé mentale permet aux individus de s'accomplir, d'affronter les situations stressantes quotidiennes, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie commune.

La santé mentale a été diversement définie par des auteurs issus de cultures différentes. Parmi les concepts de la santé mentale figurent le bien-être subjectif, l'auto perception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance intergénérationnelle, l'auto-actualisation du potentiel intellectuel et affectif, etc. Si l'on se place dans une optique transculturelle, il est pratiquement impossible de donner une définition complète de la santé mentale. Toutefois, il est généralement admis qu'elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux. [3]

Par troubles mentaux et troubles du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. [3]



**Figure 1 : Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement [3]**

La santé mentale importe autant que la santé physique pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Environ 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux ou du comportement dans le monde. [3] Longtemps méconnus, les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent qu'à l'instar de nombreuses maladies physiques, les troubles mentaux et du comportement résultent d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Même s'il existe encore beaucoup de questions à élucider à leur sujet, nous disposons actuellement d'assez de connaissances pour améliorer ou rétablir la santé des personnes souffrant des troubles mentaux et du comportement dans le monde.

## **I.2. Quelques définitions**

### **Dépression :**

La dépression est un trouble mental courant et l'une des principales causes de handicap dans le monde. À l'échelle planétaire, 264 millions de personnes de tous âges en souffrent. Les femmes sont plus touchées que les hommes. [6]

La dépression se caractérise par de la tristesse, une perte d'intérêt ou de la notion de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, de la fatigue et des problèmes de concentration. Les personnes touchées peuvent aussi éprouver de multiples douleurs physiques sans cause apparente.

La dépression peut être durable ou récurrente, entraver sensiblement l'aptitude à travailler ou étudier et à faire face à la vie quotidienne. Au stade le plus grave, la dépression peut conduire au suicide.

### **Trouble affectif bipolaire :**

Ce trouble touche environ 60 millions de personnes à travers le monde. [7] Il se caractérise par des épisodes maniaque-dépressifs entrecoupés par des périodes d'humeur normale. Les épisodes maniaques correspondent à une période où l'humeur est exaltée, ils se caractérisent par une irritabilité, une hyperactivité, un important débit de parole, une estime de soi exagérée et une diminution des besoins de sommeil.

Les personnes n'ayant pas de troubles maniaques mais connaissant des épisodes dépressifs sont aussi classées dans la catégorie des patients atteints de trouble bipolaire.

### **Schizophrénie et autres psychoses**

La schizophrénie est un trouble mental grave, qui touche environ 23 millions de personnes dans le monde. [8] Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement.

Les expériences délirantes courantes sont faites d'hallucinations (perceptions auditives, visuelles ou autres perceptions sensorielles sans objet) et de délires (convictions ou suspicions inébranlables malgré l'existence de preuves contraires). Les personnes touchées peuvent avoir des difficultés à travailler ou à étudier normalement.

### **Démence**

La démence touche dans le monde 50 millions de personnes, dont près de 60% vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, on dénombre près de 10 millions de nouveaux cas. On estime dans l'ensemble de la population qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteints de démence à un moment donné. [9]

La démence est généralement de nature chronique ou progressive et se caractérise par une détérioration de la fonction cognitive (c'est à dire de l'aptitude à penser) au-delà de ce qui peut être considéré comme le vieillissement normal.

Elle affecte la mémoire, la réflexion, le sens de l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La dégradation de la fonction cognitive s'accompagne généralement ou est occasionnellement précédée d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation.

La démence est provoquée par toute une gamme de maladies et de lésions qui affectent le cerveau, comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick ou l'accident vasculaire cérébral.

### **Troubles du développement, y compris l'autisme**

La notion de trouble du développement est un terme générique qui désigne la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, dont l'autisme. Les troubles du développement débutent habituellement pendant l'enfance mais ont tendance à persister à l'âge adulte, provoquant une altération ou un retard des fonctions liées à la maturation du système nerveux central. Ils

se manifestent généralement en continu, non par périodes de rémission et de rechute qui caractérisent beaucoup d'autres troubles mentaux. [10]

La déficience intellectuelle se caractérise par l'altération des aptitudes figurant d'un bout à l'autre du spectre de développement comme le fonctionnement cognitif et le comportement adaptatif. Une intelligence inférieure diminue l'aptitude à s'adapter aux exigences quotidiennes de la vie.

Les symptômes des troubles envahissants du développement, comme l'autisme, se traduisent par l'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, sont spécifiques à la personne et répétitifs. On estime que, dans le monde, 1 enfant sur 160 présente un trouble du spectre autistique

Les troubles du développement remontent souvent au bas âge ou à la petite enfance. Les personnes affectées manifestent occasionnellement un certain degré de déficience intellectuelle. [10]

### **Epilepsie**

L'épilepsie est une affection neurologique, chronique qui touche près de 50 millions de personnes dans le monde. On estime que, dans la population générale, entre 4 et 10 personnes pour 1000 souffrent de cette pathologie, cependant ce chiffre serait revu à la hausse et se situerait entre 7 et 14 pour 1000 personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. [11]

L'épilepsie est une maladie organique mais du fait de la discrimination et de la stigmatisation sociale dont sont victimes les personnes atteintes, elle a été incluse dans cette liste à cause des répercussions néfastes sur la santé mentale des personnes atteintes et de leurs proches. Les troubles psychosociaux, tels que l'anxiété ou la dépression y sont plus fréquents.

Elle se caractérise par des crises récurrentes se manifestant par de brefs épisodes de tremblements involontaires touchant une partie du corps (crises partielles) ou l'ensemble du corps (crises généralisées). Elles s'accompagnent parfois d'une perte de conscience et du contrôle de la vessie et de l'évacuation intestinale.

Les crises peuvent varier en intensité, allant de brèves pertes d'attention ou de petites secousses musculaires à des convulsions sévères et prolongées. Leur fréquence est également variable, de moins d'une fois par an à plusieurs fois par jour.

Les manifestations cliniques des crises sont variables et dépendent de la localisation de la perturbation à l'origine dans le cerveau et de sa propagation. On observe des symptômes passagers, comme une désorientation ou une perte de conscience, et des troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels (visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs, et cinesthésiques), ainsi que l'humeur ou les fonctions cognitives. [11]

## **II. ASPECTS HISTORIQUES**

### **II.1. En Occident**

La maladie mentale, a toujours été perçue comme un mystère pour l'humanité tant par ses manifestations ou ses causes réelles ou supposées.

Le terme de folie à travers les âges a été rapporté par la médecine mais aussi par la religion, l'art, la philosophie, la justice etc.

En occident, son histoire peut être rapportée à travers cinq époques.

#### **II.1.1. L'Antiquité**

##### **a- Les Grecs**

Hippocrate (Vème siècle avant J.C) est à l'origine de la théorie humorale.

Selon lui, la santé dépend de l'équilibre des humeurs et sans différencier les pathologies du corps et les maladies de l'esprit. Il affirme que la folie est le résultat de l'altération du cerveau due aux troubles des humeurs (sang, bile jaune, bile noire, flegme). [12] Puis, d'autres écoles s'affirment à côté de celle Hippocratique :

**L'école dogmatique** : elle est une continuité de l'école Hippocratique.

**L'école empirique ou méthodiste** : elle s'oppose au modèle proposé par l'école d'Hippocrate. On ne travaille pas les causes de maladies mais l'art de les guérir issu de l'expérience directe entre le médecin et le malade.

**L'école pneumatiste** : considère que l'origine de la maladie est liée à une mauvaise circulation de la pneuma (produit élaboré de l'air extérieur qui circule dans le corps humain).

**L'école éclectique** : forme une synthèse des théories des différentes écoles.

En fonction des différentes écoles les thérapeutes distinguaient trois catégories diagnostiques :

*La phrenesis* : troubles mentaux aigus avec fièvre

*La manie* : agitation sans fièvre

*La mélancolie* : troubles cliniques sans agitation ni fièvre.

## **b- Les Romains**

Celse (1<sup>er</sup> siècle après Jésus Christ) : il différencie les troubles aigus et les troubles chroniques et distingue les maladies générales des maladies locales.

Galien (II<sup>e</sup> siècle après Jésus Christ) : il fonde la théorie des tempéraments (sanguin, flegmatique, colérique, mélancolique). Selon lui les maladies de l'âme sont liées à des troubles de la sensibilité et de l'intelligence.

Celius AURELIEN (Ve siècle après Jésus Christ) : il adopte une attitude caractérisée par l'observation et le positivisme.

Sur le plan juridique, le droit romain institue l'incapacité de l'aliéné :

*Le mente captus* est toujours incapable

*Le furiosus* reste capable dans les intervalles de lucidité.

Sur le plan pénal les fous et les impubères ne sont pas reconnus responsables devant le principe d'imputabilité. Le fou ne pouvant avoir d'intention ne peut donc être coupable.

Les aliénés inoffensifs peuvent rester en famille alors que ceux dangereux sont détenus dans des maisons spéciales sous surveillance pour éviter qu'ils commettent des actes insensés. [13]

### **c- Les Hébreux**

Le poids de la religion, très présente axée sur le monothéisme, fait qu'ils réfutent les pratiques polythéistes et magiques. La maladie est perçue alors telle une punition sanctionnant des péchés et fait des prêtres des guérisseurs. [14]

### **II.1.2. Le Moyen Age et la Renaissance**

La conception de la maladie mentale à cette époque bascule entre deux approches : la charité et la répression. [15]

#### **a- La charité**

L'influence de la théologie chrétienne de cette époque montre le fou comme un intermédiaire entre le monde des humains et le royaume des cieux. La pauvreté d'esprit est confondu avec la pauvreté intellectuelle ; le fou est donc secouru et respecté. Il joue un rôle social important à travers l'exercice de la charité qui assure le salut.

Parfois, assimilé à un voyant voire un prophète pour la vérité qu'il peut prêcher à l'image des enfants, des purs et des innocents ; il bénéficie d'une certaine immunité.

#### **b- La répression :**

Malgré son statut social reconnu à travers la charité dont il bénéficie et la crainte qu'il inspire, le fou n'en demeure pas moins une cible car son discours est celui de Satan, du diable. C'est le temps des conceptions démoniaques qui n'offrent aux fous que deux possibilités : l'exil à travers les nefes des fous (sortes d'embarcations qui déportaient les fous de ville en ville après les expulsions) ou l'extermination par la torture et les bûchers.

Cette répression ne prendra fin qu'au milieu du XVIIe siècle suite à de nombreux scandales politico-judiciaires. C'est à ce moment que l'hôpital général commença à accueillir ses premiers pensionnaires inaugurant ce qui est convenu d'appeler le grand renfermement.

### **II.1.3. Le grand renfermement**

Le XVIIe siècle est marqué par l'augmentation du nombre des indigents avec l'accroissement du chômage et de l'urbanisation qui créent un changement radical dans la conception de la folie. La charité est de plus en plus abandonnée au profit de l'enfermement. Ainsi naquit l'hôpital général à Paris en 1659 avec près de 5000 pensionnaires.

Dans ce lieu qui n'a d'hôpital que le nom, les pensionnaires majoritairement des mendiants et déviants, sont mis au travail au même titre que les insensés qui y sont minoritaires. [16]

**Exemple :** population de la Salpêtrière (hôpital réservé aux femmes) en 1701

- 1894 enfants de moins de 15 ans
- 329 filles de 15 à 16 ans estropiées, teigneuses
- 594 vieilles aveugles ou paralytiques
- 262 vieilles mariées de plus de 70 ans
- 380 correctionnaires, libertines, ou prostituées
- 465 gueuses ordinaires et vagabondes
- 330 femmes d'une extrême vieillesse
- 300 folles violentes ou innocentes
- 92 épileptiques de divers âges.

Ces enfermements massifs entraînèrent un encombrement rapide des hôpitaux généraux justifiant le recours à d'autres types de structures d'accueil.

#### **Les maisons de force**

Il s'agissait de lieux de correction appartenant aux communautés religieuses qui accueillait, moyennant une pension, les « correctionnaires » sous le régime du placement. [16]

## **Le placement**

C'est un acte arbitraire car ne répondant à aucune formalité administrative contrairement à la lettre de cachet tout aussi arbitraire qui est un acte souverain émanant du roi et qui ordonne l'internement.

La lettre de cachet est délivrée sur demande de la famille du malade après une enquête de l'intendance.

## **Les dépôts de mendicité**

L'échec relatif des hôpitaux généraux et l'insuffisance des maisons de force concoururent à la création au XVIIIe siècle des dépôts de mendicité, opérant un recours massif à l'enfermement.

A la veille de la Révolution française près de 230000 personnes y ont séjourné parmi lesquelles une minorité de malades mentaux. A cette période les thérapeutiques sont autant curieuses que surprenantes malgré une ébauche de démarche scientifique entamée par quelques médecins notamment Thomas Sydenham (1624-1689) et William Cullen (1710-1790). [17]

**Exemple** : « Contre la frénésie prenez le poumon d'un porc tout chaud et aussitôt faites le cuire dans de l'eau claire, puis lorsqu'il est cuit, retirez le de l'eau et le mettez tout chaud sur le chef du malade ».

« Ou prenez du sang de truie et le faite cuire et de ce faites un emplâtre qu'il faudra mettre sur la teste du malade ». [18]

### **II.1.4. La révolution française**

Marquée par la prise de la Bastille, elle a permis la libération de centaines d'aliénés qui étaient prisonniers, par la rupture des chaînes de l'arbitraire royal. Toutefois, la situation des aliénés resta précaire puisque, aux yeux des nouvelles autorités et du législateur français, le malade mental ne peut bénéficier d'une quelconque forme de liberté car il est défini par la perte du libre arbitre. [15]

Dans ce sens plusieurs lois furent votées pour maintenir les fous sous contrôle. Dont celle du 16 août 1790 demandant à l'administration « le soin de remédier

aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté ». [19]

La loi de juillet 1791 fit obligation aux familles de ne pas « laisser divaguer des insensés ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces ». L'analogie et le rapprochement faits entre les malades mentaux et les animaux est assez révélateur de la conception et de la perception de la folie à cette époque. [19] Avec l'abolition de la lettre de cachet lors de la révolution, la législation française fit face à un nouveau défi: empêcher aux aliénés de nuire tout en les soignant. [15] Avec l'apparition de la prison, une différenciation s'opéra et l'hôpital général cessa d'être un espace de punition pour devenir un cadre thérapeutique sous la forme d'asile d'aliénés, ce fut l'apparition de la psychiatrie au sens propre c'est-à-dire la médecine du psychisme, de l'âme.

## **II.2. Au Sénégal [20]**

### **II.2.1. Pendant la colonisation**

L'administration coloniale s'est très tôt préoccupée de la santé et de l'hygiène publique convaincue de l'influence positive que celle-ci pourrait avoir sur la valorisation des colonies par le biais d'une population autochtone saine.

Au Sénégal, un des plus anciens comptoirs côtiers français, à partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle naquit un régime municipal dans les agglomérations du littoral: Saint-Louis et Gorée (1872), Rufisque (1880) et Dakar (1887).

De façon chronologique, l'assistance aux aliénés remonte à 1853 environ, occasionnée par l'internement des aliénés européens ou indigènes dans des locaux anciennement destinés aux malades contagieux.

Ce fût le cas à l'hôpital colonial de Dakar « avec des barreaux de fer rapprochés recouvert de treillage métallique assez serré. Les portes pleines furent renforcées avec des serrures et des verrous extérieurs » [21] ; à l'hôpital de Gorée ; à l'hôpital civil de Saint Louis ; l'hôpital militaire de Saint Louis et l'ambulance du Cap Manuel.

Ce dernier recevait les malades mentaux européens de toute catégorie en attendant leur transfert vers la métropole ainsi que ceux indigènes ayant qualité de citoyens français. Les malades internés vivaient dans des conditions précaires, désastreuses, la promiscuité entraînait chez eux d'autres maladies.

À la fin du siècle (1895), la fédération de l'Afrique Occidentale Française (AOF) formée, la population sera victime d'un double régime de gestion : les ressortissants des quatre communes (Dakar, Saint Louis, Rufisque et Gorée) sont citoyens à part entière, les ressortissants des territoires en dehors, régis par le code de l'indigénat (1887), sont sujets français et relèvent du pouvoir arbitraire des commandants de cercle, représentants locaux tout puissants de l'ordre colonial.

Pourtant au début du XX<sup>e</sup> siècle une prise de conscience va s'opérer au sein de la communauté médicale coloniale qui s'aperçoit du retard pris par la France sur la scène internationale, comparée aux autres puissances impériales, en matière de santé mentale et dans la mise en place corrélative d'un dispositif d'assistance aux aliénés dans les territoires de l'AOF. Notons qu'à cette époque, l'empire britannique comptait 74 asiles d'aliénés. [22]

Deux grandes dates sont notées en matière de contrôle social des aliénés : 1897 et 1938. La première correspond à la mise en place de la pratique du transfert vers la métropole d'aliénés de la colonie (concernait seulement ceux issus des quatre communes) ; la seconde correspond à la création officielle d'un service d'assistance psychiatrique en AOF. Avant 1897, la gestion des aliénés était policière : l'ordonnance organique de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 qui créait les structures administratives de la colonie conférait au gouverneur des privilèges de haute police qu'il pouvait évoquer pour prendre des mesures d'internement qu'il jugeait nécessaires en raison du danger que représente le comportement d'un fou ou de tout autre contrevenant à l'ordre public. Seule autorité habilitée à prendre une telle décision, le chef de la colonie prenait avis d'un médecin.

Cette procédure sommaire et non spécifique ne se préoccupe en rien des considérations médico- sociales de la loi de 1838, elle semble avoir pour seul but au sein des colonies, le maintien de l'ordre et la répression.

Contrairement, en métropole où cette loi met en place un dispositif complet comprenant : les asiles départementaux, la constitution d'un corps spécialisé de praticiens, la définition légale et administrative des prises en charge des patients et des garanties de défense des intérêts de ces derniers.

Cette méthodologie policière va rapidement montrer ses limites et, après avoir été étudiée par le Conseil général à Saint-Louis, fin 1896, la solution de l'évacuation de ces malades vers un asile de France fit l'unanimité auprès des autorités. Monsieur le directeur de l'intérieur des colonies appuyant cette proposition déclarait : « Ils sont enfermés seul à seul dans des cellules étroites qui peuvent être comparées à des lieux d'aisance sans air. J'ai vu un indigène haletant, s'accrocher des mains aux parois de la muraille, grimper tel un singe pour aller respirer à travers les étroits barreaux de sa prison, un peu d'air frais du dehors » [23]

Le Sénégal signa un contrat d'une durée de neuf ans avec l'asile Saint Pierre de Marseille en 1897, convention renouvelée en 1905, la situation de la colonie n'ayant pas évolué entre temps. Du premier convoi de malades, jusqu'à la veille de la Première Guerre, 126 Sénégalais (dont 35 femmes) furent déportés loin de leurs foyers africains. Cette déportation forcée renouvelée à travers le temps va susciter de plus en plus d'indignation et apparaître tel un échec dont le rapport des docteurs Reboul et Régis à l'occasion du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Tunis (1912) va instruire le procès. Ainsi, sur 126 aliénés sénégalais entrés à l'asile de Marseille de fin 1897 à l'année 1911, il en est mort 94, soit une proportion de 74%. Sur ces 94 morts, 64 au moins furent décédés de tuberculose soit 55%. Durant ces quatorze années, 13 aliénés seulement sortirent de l'asile dont 08 guéris et 05 améliorés. [24]

**Tableau I : Séparation par sexe d'aliénés sénégalais entrés à l'asile de Marseille fin 1897 à la fin de l'année 1911 [25]**

	Nombre	Sorties	Décès
<b>Hommes</b>	91	13	65
<b>Femmes</b>	35	–	29
<b>Total</b>	126	13	94

Le Ministre des Colonies, par une dépêche du 26 janvier 1918 vint mettre fin au transfert des malades mentaux du Sénégal vers la France.

En Afrique occidentale, la période entre les deux guerres va être marquée par une série de projets avortés. Toujours aussi pauvres en équipements. Face à la situation le gouverneur général demande de suivre une politique de maintien des aliénés dans les cercles en les laissant à la garde de leur village.

L'absence de locaux appropriés et de textes précis vont aboutir à un jeu de renvois des aliénés par les administrateurs hors de leur cercle vers leur lieu d'origine. Dans de nombreux textes des années vingt, Cazanove observe combien la situation n'avait pas évolué depuis le rapport de Tunis. Ayant visité la colonie de placement familial de Gheel (en Belgique) où s'est développée une pratique d'accueil des malades mentaux remontant au Moyen Âge, il va envisager la possibilité de tirer profit des usages locaux africains en s'inspirant de ce modèle d'assistance qui présente l'avantage de coûter moins cher à la colonie et, à condition de les reproduire dans quelques villages de chaque région, cette mesure pourrait s'accompagner d'une surveillance médicale et administrative.[26]

Préoccupé par une assistance adaptée au milieu, s'inspirant des valeurs locales telle que la solidarité, tout en manifestant la volonté de préserver les patients considérés agressifs par la société lorsqu'ils sont rejetés ou victimes de mauvais traitements ou de moyens de contention inappropriés.

L'année de sa nomination comme secrétaire de la Commission consultative de d'Assistance psychiatrique coloniale, il va publier un important mémento de psychiatrie coloniale africaine. [27]

Une série de propositions provenant de divers services étant restée sans suite, en 1930 un plan d'asile est proposé par le service des Travaux publics (TP) du Sénégal. Transmis à l'Inspection générale des services sanitaires et médicaux (IGSSM), il fait l'objet de critiques et de nouvelles propositions de Cazanove. Bien qu'amendé et ayant recueilli l'approbation des services de la Santé et des TP, tout fut à nouveau interrompu sur décision du gouverneur général.

En 1933 l'heure est à une logique décentralisatrice renvoyant chaque territoire à ses responsabilités et ressources propres (chaque chef de territoire est invité à mettre à l'étude la création de services pour aliénés incurables et dangereux annexés à l'hôpital de son chef-lieu). C'est à Cheneveau (1938) que l'on doit le rapport qui va mettre fin à cette série de projets inaboutis. [20] Après une synthèse des études antérieures, ce médecin, qui a expérimenté pendant deux ans au Togo un quartier psychiatrique fonctionnant avec des infirmiers spécialisés qu'il a formés.

Il sera le premier en AOF à attirer l'attention sur l'intérêt des études de psychologie collective, il initia une rencontre entre psychiatrie et ethnologie, et peut être considéré comme un des pères de l'ethnopsychiatrie en Afrique noire. Il va préconiser ce type de structure à l'échelon du territoire. Ces formations sans autonomie propre, situées à proximité des villes, sont rattachées aux hôpitaux urbains ; un hôpital psychiatrique fédéral, doté d'une pleine autonomie administrative, venant compléter l'action de ces quartiers des territoires. L'idée du dispositif à deux degrés, introduite à Tunis en 1912, s'est finalement imposée ici également. [20]

Par la signature le 28 juin 1938 de l'arrêté créant en AOF un service d'Assistance psychiatrique [28], le gouverneur général de Coppet vient mettre fin à un long vide juridique, un siècle précisément après le vote de la loi du 30 juin 1838 en France. Ce texte qui reprend les recommandations de Cheneveau, approuvées par l'IGSSM, définit les modalités d'entrée et de sortie de l'hôpital fédéral (prévu à Thiès, Sénégal) en s'inspirant de la loi de 1838 qui distingue placement d'office et placement volontaire ; le procureur de la République qui a libre accès à tout moment à l'hôpital psychiatrique (HP) est chargé d'assurer le contrôle du bon fonctionnement de ces dispositions. [20]

Désormais tout est en place pour une ère nouvelle, médico-sociale, de la gestion moderne de la folie, telle qu'elle fut réclamée et pensée depuis 1912 par les médecins les plus informés des besoins en la matière. Tout était en place... sauf la pièce maîtresse du système : l'HP fédéral de Thiès n'a jamais vu le jour. La guerre une nouvelle fois, et les problèmes budgétaires vont empêcher cette réalisation. [29]

Toutefois la guerre permit un constat clinique nouveau : celui du rétablissement très favorable (jusqu'à la guérison), après rapatriement au pays de militaires africains suivis à l'hôpital Michel Lévy à Marseille, réformés pour démence précoce, suite au tableau de dissociation sévère qu'ils ont présenté en France. Gallais, qui fait ce constat, observe par ailleurs à Dakar une prédominance de troubles secondaires ou associés à des étiologies toxi-infectieuses ou parasitaires ; il mettra en place une approche neuropsychiatrique et physiologique de la pathologie mentale [20]. L'après-guerre voit apparaître dans les rapports les noms des premiers médecins africains de la division neuropsychiatrique de l'hôpital central africain de Dakar : les Dr Seydou Tall à partir de 1951, Amoussou à partir de 1954. Leurs rapports font toujours état de l'exiguïté des locaux et de la précarité de leurs conditions de travail, les aliénés étaient enfermés à Dakar (hôpital le Dantec et Cap Manuel), à Kaolack (camp Koutal), Saint Louis (lazaret) à côté d'autres marginaux et raflés (lépreux, vagabonds,

mendiants). C'est dans le cadre du Deuxième plan du Fonds d'investissement de développement économique et social (FIDES) que fut créé le service de neuropsychiatrie, premier élément du futur hôpital d'isolement pour contagieux et mentaux à Fann (banlieue de Dakar) qui reçoit ses premiers malades en octobre 1956. Mise en place pendant la période transitoire de la Loi-cadre des Territoires d'outre-mer, Fann va perdre peu après son statut fédéral avec l'indépendance des divers territoires pour constituer la base du dispositif psychiatrique sénégalais moderne naissant que le professeur Henri Collomb, neuropsychiatre, militaire français arrivé au Sénégal en 1959, marquera fortement de son empreinte pendant une vingtaine d'années d'activité (1959-1978) à la tête de la première chaire de psychiatrie de l'université et de la clinique psychiatrique de Fann.

Avec ses collaborateurs d'alors, ceux le Docteur Moussa Diop et le professeur Babakar Diop, ils vont jeter les bases fondamentales de « l'école psychiatrique de Fann ». [30] où se développera une expérience originale de collaboration entre cliniciens et chercheurs en sciences sociales. [20]

### **II.2.2. Après l'indépendance**

En 1960, avec l'accession à l'indépendance du Sénégal, les nouveaux dirigeants tentent de rompre avec le modèle asilaire. Cette nouvelle approche est illustrée par le modèle de Fann. Celui-ci au début avait revêtu la forme de la psychiatrie occidentale mais elle était pratiquée sous un climat et dans un contexte socio-culturel différent.

Sous l'impulsion de Collomb, une véritable mutation s'est opérée. Cette évolution s'est faite grâce aux profitables leçons que les pionniers de la psychiatrie moderne sénégalaise ont su tirer de la thérapie traditionnelle de la maladie mentale.

Les psychiatres du service travaillaient en étroite collaboration avec les psychologues cliniciens, les psychanalystes et les psychosociologues constituant une équipe pluridisciplinaire qui se consacrait à la recherche. Ce groupe de recherche en psychologie clinique et en ethnopsychiatrie s'est intégré au service de Fann en 1962. [4]

Les observations issues de ces recherches permirent des aménagements institutionnels au sein de Fann qui ont abouti vers une psychiatrie plus ouverte, plus sociale. La dimension essentiellement communautaire de ces projets thérapeutiques est soulignée par son initiateur, le professeur Henri COLLOMB qui affirma : « la thérapeutique est essentiellement fondée sur la vie communautaire dans un lieu où le malade est écouté, reconnu dans sa personne. Chaque habitant peut être par son écoute et l'attention qu'il prête aux autres, un thérapeute pour chaque malade. » [31]

Cette évolution a pu donner des acquis considérables avec notamment :

- L'introduction du « pënc » (réunion communautaire faisant intervenir le malade, la famille et le soignant) en 1966 avec Bartoli dont l'institutionnalisation a été acceptée par tous,
- L'introduction de la présence obligatoire d'un parent accompagnant le malade (depuis 1972) et qui s'est révélée très bénéfique concernant l'adhésion de la famille dans la prise en charge. [32]
- L'introduction dans la vie institutionnelle de repas communautaires, de fêtes, de séances de thé, de danse, de théâtre, de cinéma, d'activités diverses qui constituent autant de facteurs de dynamisation et de vie de toute communauté humaine,
- La liberté de circulation des malades entre le dedans et le dehors des services rompant définitivement avec l'image asilaire et carcérale,
- La distribution des médicaments sur un mode communautaire avec présence du personnel soignant, des malades et des accompagnants,

- Les visites à domicile des travailleurs sociaux qui permettent de ne pas couper le lien avec le malade mais aussi de mieux appréhender la réalité familiale sur place,
- Les contacts fréquents avec les thérapeutes traditionnels favorisant la confiance mutuelle ainsi qu'une collaboration fructueuse. [30]
- La création de diverses structures institutionnelles de formation et de recherche telles que l'institut d'études pédagogiques et psychosociales, la société de psychologie de Dakar remplacée en 1965 par la société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar, la revue psychopathologie africaine, le centre de recherches psychopathologiques, le Certificat d'études spécialisées en psychiatrie et l'internat en psychiatrie en 1972, confortent la volonté manifeste de formation.
- Les propositions diverses d'octroyer un statut et une reconnaissance officielle aux thérapeutes traditionnels avaient dévoilé des difficultés et des contradictions avec la création de l'ordre des médecins en 1966. [33]

En 1970, un grand réaménagement s'opère au sein du service de neuropsychiatrie de Fann : la partie psychiatrie du service prend son autonomie en se séparant de la neurologie.

En 1961 fut créé l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et à partir de 1965 les villages psychiatriques commencèrent à être créés avec celui de Djimkoré, celui de Kénia en 1972 et celui de Botou en 1978. [34] Une série de textes : arrêtés, décrets, circulaires, lois, situent le nouveau statut du Sénégal depuis son accession à l'indépendance. Toutefois, la décision majeure et déterminante au Sénégal reste l'adoption de la loi 75-80 du 09 juillet 1975 « relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés » [35] qui régit désormais la pratique psychiatrique au Sénégal, ainsi que la création d'un comité national de lutte contre l'envahissement de Dakar par les mendiants, colporteurs, aliénés et lépreux [36].

Toujours dans le cadre de la psychiatrie sociale, on assista à la concrétisation du projet « sortir de l'hôpital » conçu et élaboré par l'école de Dakar intitulé Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux (DIAMM). Il s'agissait d'une consultation itinérante hebdomadaire en zone rurale, assurée par une équipe médicale venant de Dakar et composé d'un psychiatre qualifié ou en formation, d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un chauffeur. Ce dernier fut un véritable programme de santé communautaire, cinq ville de la région de Thiès furent régulièrement visitées (Thiès, Mbour, Khombole, Tivaouane, Mékhé) et exista durant 03ans (1977-1980). [37]

Après le départ du professeur Collomb en fin 1978, suivi par les derniers coopérants étrangers, l'institution va reposer sur un personnel quasi exclusivement africain. [2]

Toutefois, une réévaluation critique de l'école d'ethnopsychiatrie de fann sous forme d'un document publié par l'Association des Chercheurs Sénégalais, concernant la folie au Sénégal, permit le constat d'une crise au sein de l'institution. Ces chercheurs soulignèrent la nécessité de réinscrire la psychiatrie dans la médecine. [38] Avec une insistance sur le caractère scientifique de la formation sanctionnée par un diplôme légal. [39] Il n'était plus question pour le thérapeute d'être dans l'absolu d'une approche « traditionnelle » sourde face aux mots du patient ou d'une approche « moderniste » avec négation de son discours. Une nouvelle ère, basée sur l'écoute, la compréhension et le respect du discours du patient s'inscrivit dans la thérapeutique. [40]

Sur le plan juridique, la loi du 17 juin 1990 réforma de Manière significative la question de la santé mentale au Sénégal. Au niveau de la terminologie, l'appellation « aliénés » est substitué par « personnes atteintes de troubles mentaux » ; on parle « d'hospitalisation libre » au lieu de placement libre lorsque le malade est consentant pour son hospitalisation. Celles sans consentement sont appelées Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT), remplaçant le placement volontaire et le placement d'office. Cette loi encourage les

hospitalisations libres et promeut la réadaptation et la réinsertion du malade après son internement ouvrant une nouvelle approche de la psychiatrie sur le plan juridique.

### **III. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES**

#### **III.1. Dans le monde**

Des études réalisées dans des pays développés et ceux en développement montrent que plus de 25 % des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie [41, 42, 43]

Les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Les troubles graves sont à peu près aussi fréquents chez les deux sexes, à l'exception de la dépression, plus courante chez la femme, et les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales plus courants chez les hommes. [3]

Des études effectuées par l'OMS dans plusieurs pays sur les structures de soins primaires, montrent que environ 24 % des patients souffraient d'un trouble mental et dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou du comportement. [3] En 2000 les troubles mentaux et neurologiques représentaient 12,3 % du nombre total d'année de vie corrigé de l'incapacité (AVCI), toutes maladies et tous traumatismes confondus. Cinq pathologies mentales figurent parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbi-mortalité chez les 15-44 ans : dépression, alcoolisme, troubles auto agressifs dont le suicide, schizophrénie et trouble bipolaire [3].

Les troubles mentaux sont responsables d'une forte mortalité : 12 000 morts par suicide auxquels s'ajoute la surmortalité non suicidaire (accidentelle, comorbidité somatique, consommation d'alcool, de tabac ou de drogue...) et d'un important retentissement socioéconomique.

## **Epidémiologie des psychoses délirantes chroniques**

Les taux de prévalence annuelle des troubles psychotiques délirants sont différents selon les données de la littérature internationale et peuvent même varier au sein d'un même pays : exemple aux Etats-Unis, elle varie entre 0,52 % et 0,80 % selon les études. [44, 45]

Les taux rapportés, en population générale adulte dans le monde, se situent dans une fourchette comparable de 0,5 à 1,5 % en utilisant les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) pour les psychoses délirantes chroniques (troubles schizophrénique, schizophréniforme, schizo-affectif, troubles délirants principalement paranoïaques et autres psychoses délirantes atypiques). [46] La schizophrénie ne représenterait que la moitié, voire le tiers de ces troubles psychotiques délirants. Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 et 0,70 pour mille avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 pour mille, en population générale [47]. La population à risque est principalement composée de sujets jeunes ou d'âge moyen puisque les troubles schizophréniques débutent entre 15 et 25 ans et que l'espérance de vie de ces sujets est relativement réduite. Donc, la prévalence des troubles psychotiques est d'environ 1 % [46] en population adulte, soit environ 400 000 sujets malades (en phase processuelle ou en rémission) et environ 10 000 nouveaux cas par an.

## **Epidémiologie du trouble bipolaire (TB)**

La prévalence annuelle, en population générale, du TB se situe dans les études internationales entre 0,1 et 1,7 %, selon les critères du DSM. [48].

Ces études concernent majoritairement le trouble bipolaire de type I (accès maniaques francs alternant éventuellement avec des épisodes dépressifs). La prise en compte du TB type II (hypomanie) et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,15 %) [49].

Le trouble bipolaire touche aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur statut social ou leur provenance géographique ; il débute autour de

l'âge de 20 ans, la population à risque pour le dépistage est de 15 à 25 ans. Les taux d'incidence varient selon les études et surtout les méthodes utilisées. On peut la situer entre 10 et 40 pour 100 000 habitants, soit 5000 à 15 000 nouveaux cas par an. [48].

### **Epidémiologie des troubles dépressifs**

La prévalence, en population générale, des épisodes dépressifs majeurs se situe entre 1 % (Taïwan) et 7 % (Suisse) avec des taux médians de 3 à 5 % aux Etats-Unis, au Canada et en Italie. [47]

La prévalence du trouble dysthymique est plus homogène dans la littérature internationale, soit un taux médian de 3 %. La prévalence globale des troubles dépressifs (épisodes dépressifs majeurs plus trouble dysthymique) est donc d'environ 9 %. La population à risque est surtout féminine (deux femmes pour un homme), indépendamment de l'âge et du milieu social (mais surreprésentée dans les milieux socioéconomiques défavorisés). Au total la prévalence annuelle est de 5 % dans la population adulte ; soit 2 000 000 sujets déprimés (supérieur à 18 ans) [46]

Les données épidémiologiques sur le suicide estiment que 40 à 80 % des suicides sont attribuables aux troubles de l'humeur (uni et bipolaire) ; soit environ les deux tiers des 12 000 décès annuels par suicide pour les troubles dépressifs, donc 8000 morts. A cela s'ajoute les décès dont la dépression est indirectement responsable, que ce soit lorsqu'elle induit des conduites addictives ou lorsqu'elle est un facteur de mauvais pronostic d'une affection organique (exemple, le taux de survie d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale cardiaque est de moitié inférieure chez les déprimés par rapport aux non déprimés). [47]

## **Epidémiologie des troubles névrotiques et anxieux [47]**

Le trouble panique (TP) a une prévalence de 1,5 % en population générale ; on retrouve les mêmes chiffres dans différentes études internationales. Les troubles phobiques ont une prévalence hétérogène selon les sous-types (agoraphobie, phobie sociale, phobies simples). L'agoraphobie (A) a des taux de prévalence compris entre 1 et 7 %, les phobies sociales (PS) entre 0,5 et 4 %. Si l'on ne considère que les troubles phobiques handicapants, la prévalence est de 4 à 5 % pour l'ensemble des phobies.

Le trouble « anxiété généralisée » (TAG) souffre également d'une évaluation hétérogène de sa prévalence dans la littérature internationale (3,5 à 10,5 % en population générale). Une valeur médiane de 4 % est une estimation raisonnable.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a une prévalence d'environ 2 % dans la majorité des études en population générale.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) concerne environ 0,5 % de la population ; les taux sont, bien entendu, beaucoup plus élevés chez des populations sinistrées [50]. Au total : compte tenu de la comorbidité entre troubles névrotiques et anxieux (par ex. : TP + A ou TAG + TP), leur prévalence totale est d'environ 10 % (12,6 %) [45] surtout si l'on prend en compte les troubles somatoformes (conversion hystérique, psychalgies, hypocondrie...), soit quatre millions de personnes en France.

Le nombre de décès attribuables aux seuls troubles névrotiques et anxieux est difficile à estimer car ils agissent plus en augmentant le risque suicidaire en cas de comorbidité. Par exemple, le risque est multiplié par cinq chez un déprimé souffrant de trouble panique. Les troubles névrotiques et anxieux sont un facteur de baisse de la qualité de vie.

Les troubles anxieux non traités se chronicisent et entraînent des conduites addictives ou des troubles dépressifs. [51]

### **III.2. En Afrique**

En Afrique, la santé mentale est un domaine où les ressources font cruellement défaut et les données épidémiologiques relativement rares. En Ethiopie, on estime que 20 millions de personnes ont des problèmes de santé mentale, mais seulement 10 % de ces personnes ont accès à un traitement et moins de 1 % reçoivent des soins spécialisés. [52]

Environ 5 % des moins de 15 ans, souffre de troubles mentaux. La moitié des maladies mentales commence à l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas ne sont pas détectés et traités, avec de graves conséquences à long terme pour la santé mentale [53]

À l'échelle mondiale, près de quatre suicides sur cinq surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces pays, les taux de suicide sont semblables chez les hommes comme chez les femmes. [52]

Si le suicide est un sujet sensible et généralement tabou, Là où des études ont été effectuées, c'est le cas en Côte d'Ivoire, en Guinée équatoriale et au Lesotho, les taux de suicide sont supérieurs à 20 cas pour 100 000 personnes chaque année. [52]

Les études montrent également une augmentation de l'utilisation de substances addictives par les adolescents occasionnant les comportements à risque comme la violence, les rapports sexuels non protégés et la conduite dangereuse. Souvent, les enfants et les adolescents qui souffrent de troubles mentaux sont stigmatisés et leur accès aux soins de santé et à l'éducation est limité, en violation de leurs droits humains. [53]

Une étude réalisée au Sénégal, au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye sur 3683 patients, révèle la prévalence proportionnelle des troubles suivants : schizophrénie (22,35%) ; les psychoses toxiques (21,31%) ; la bouffée délirante aiguë (9,12%) et la dépression (8,86%). Concernant la dépression toutes les tranches d'âge sont touchées avec un pic entre 45 et 55 ans.

La prédominance féminine est notée avec plus de 72% des cas. Plus de 20% ont des idées suicidaires et 6% ont tenté de se suicider. Et on constate une comorbidité avec l'anxiété (15%). [54]

Toujours au Sénégal, une étude menée au Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor, sur 797 patients hospitalisés, la prévalence des troubles psychiatriques était de : la bouffée délirante aiguë (39,89%), la schizophrénie (26,97%), les troubles de l'humeur (16,42%), la toxicomanie (17,81%), l'épilepsie (7,15%) et l'hystérie (3,26%). [2]

#### **IV. ASPECTS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES :**

##### **IV.1. Aspects Pathogéniques**

Malgré la diversité ethnique et culturelle, nous retrouvons globalement en Afrique noire, et particulièrement au Sénégal à quelques rares différences les mêmes formes de représentations culturelles de la maladie mentale. En effet quels que soient les groupes ethniques ou la religion, la maladie mentale est perçue comme étant la résultante d'une agression à l'endroit de l'individu malade ou du groupe social auquel il appartient. Ainsi, la représentation traditionnelle de la maladie mentale s'identifiait en quatre grands registres que sont :

##### **La sorcellerie anthropophagie :**

Selon l'interprétation traditionnelle, les sorciers ou *demm* sont des êtres maléfiques qui dévorent les autres humains de manière sournoise. L'attaque s'effectuant d'abord à distance par la captation du *fiit* (courage) « L'attaque par les sorciers peut entraîner des troubles variés allant de la crise d'angoisse de type névrotique à la crise psychotique avec des réactions délirantes. Le sorcier choisit sa victime, la guette, la piège. L'attaque peut se faire dans les lieux publics le plus souvent ou en situation de solitude ». [55] Ils sont des mangeurs d'âmes, quand la victime meurt, la nuit venue, ils changent d'aspects, de formes, disparaissent et vont dévorer leur victime par l'exhumation et la consommation

de son cadavre « ressuscité ». Le « repas » se mange, pratiquement, toujours en collectivité suivant le mode du partage. Le sorcier qui n'obéit pas à cette règle du partage de la victime avec d'autres sorciers de sa collectivité court de graves dangers. [56]

### **Le maraboutage ou *liggéey* :**

C'est une action maléfique dirigée contre une tierce personne ; décidée par une personne donnée et orchestré par un « spécialiste du maraboutage », le marabout. Elle est souvent sous tendue par des situations conflictuelles interpersonnelles, de compétitions, de rivalités conjugales, professionnelles etc. [57] Le marabout peut aussi bien protéger que nuire en utilisant divers moyens tels que les pratiques fétichistes ou magiques. Le maraboutage (*liggéey*) peut se manifester par des tableaux dépressifs, névrotiques, psychotiques ou des conduites médico-légales, raison pour laquelle certains marabouts s'abstiennent de nuire pour des raisons éthiques.

### **L'attaque par des génies :**

Les génies sont des êtres surnaturels bons ou mauvais. Leurs actions peuvent être très polymorphes et se confondent ou s'allient parfois aux méfaits des sorciers. L'attaque par les génies se manifeste en général par une crise confusionnelle (sidération visuelle), par des crises d'angoisse aiguë avec hallucinations visuelles et auditives, ou parfois par des crises convulsives. La plupart du temps, ces êtres invisibles se manifestent par des attaques ponctuées de possession dont l'individu serait victime. Ce sont des êtres solitaires qui peuvent se métamorphoser sous divers aspects, des plus effroyables aux plus insolites possibles en passant par l'apparence humaine. Ils sont en général inoffensifs, tant qu'ils ne sont pas dérangés, quand ils le sont ; ils peuvent se fâcher et attaquer l'intrus. Pour l'interprétation traditionnelle, la peur sidérante qui saisit sa victime à sa vue entraîne inévitablement la maladie mentale. Au Sénégal, Les *jinee* (djinnns) et *seytanane* (suppôts de Satan) sont des génies maléfiques qui peuvent attaquer et chercher à faire mal par leur simple volonté

ou quand ils sont sollicités par des marabouts ou des guérisseurs animés de mauvaises intentions. [56]

### **L'action des esprits ancestraux :**

Le culte des esprits occupe une grande place dans la représentation culturelle africaine de la maladie mentale. Les esprits ancestraux sont des doubles de l'ancêtre ou des représentants de celui-ci sur terre. Cette croyance fait appel aux ascendants et à leurs exigences, ces dernières vont dans le sens du respect du contrat tacite d'engagement pacté avec l'ancêtre fondateur. S'ils ne sont pas satisfaits par négligence des humains auxquels ils sont liés ou lorsque ces humains transgressent certaines lois ou règles sociales alors les esprits peuvent engendrer des désordres mentaux variés, allant de la névrose à la psychose. Cependant les troubles qu'ils favorisent sont plus volontiers du registre de la névrose et de la maladie psychosomatique ou somatique. Les esprits sont le plus souvent invisibles ou alors prennent l'apparence des formes familières d'animaux, d'oiseaux et vivent dans la concession familiale ou dans le voisinage immédiat. [57]

Au Sénégal, les *raab*, les *tuur* représentent les esprits ancestraux. [58]

La relation entre les hommes et les esprits est celle d'un accomplissement de la loi des ancêtres, elle est réitérée et renforcée par des cérémonies rituelles, périodiques au déroulement strictement établi

## **IV.2. Aspects Thérapeutiques**

Ces moyens de prise en charge traditionnelle découlent logiquement des représentations culturelles de la maladie mentale.

Ainsi dans les attaques perpétrées par des individus physiquement identifiables (sorciers anthropophages, marabouts), la prise en charge fait appel au même type de pratiques. Les moyens utilisés sont divers : prières et incantations, usage d'objets de protection (amulettes), substance et produits variés (eau bénie,

poudre, décoction, feuilles ou racines) à usage interne (breuvage, inhalation sous forme d'encens) ou usage externe (frictions, bain).

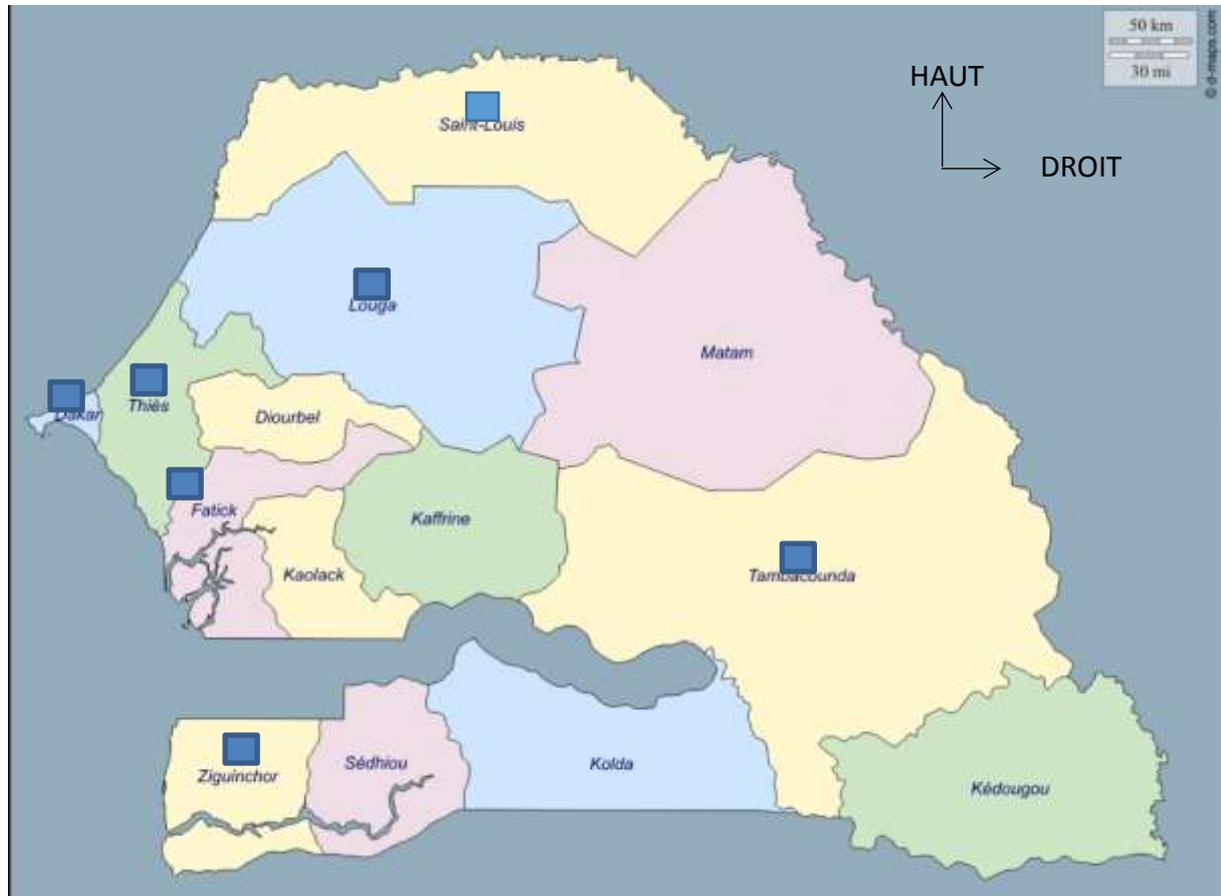
Dans le cadre des agressions par les « esprits », la prise en charge est ritualisée à travers une cérémonie (*tuur, ndëp*).

L'échec de ces tentatives de prise en charge conduit le plus souvent à une impasse thérapeutique qui déclare le malade incurable et par conséquent le condamne à une vie d'errance ou une contention physique à perpétuité dans une arrière-cour. [37] La contention a été longtemps utilisée dans les villages traditionnels africains où elle est un moyen de « fixer » le malade dans le groupe social, permettant de le soustraire à la force des esprits qui l'oblige à fuir dans la brousse. [59]

Ces pratiques ont essentiellement disparu, abandonnées au profit de méthodes plus modernes. Cependant la prise en charge traditionnelle occupe une place très importante dans la représentation mentale de la maladie ainsi le malade mental est reçu à l'institution psychiatrique avant, pendant ou après son itinéraire thérapeutique traditionnel.

## **DEUXIEME PARTIE**

Cette figure ci-dessous (**figure 2**) représente la cartographie du dispositif de soins psychiatriques au Sénégal.



■ **Régions abritant les structures de soins psychiatriques**

**Figure 2: Cartographie du dispositif de soins psychiatriques au Sénégal [60]**

Les structures de soins psychiatriques sont essentiellement concentrées dans la partie ouest du Sénégal du nord au sud. 08 régions sur les 14 du pays, abritent des structures de soins psychiatriques. L'intérieur du pays (le centre, le nord-est et le sud-est) est moins fourni en structures de soins psychiatriques.

## **I. METHODOLOGIE**

### **I.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (CPEB/Z).

### **I.1.1. Localisation**

Il est situé dans la région sud-ouest du Sénégal, dans la commune de Ziguinchor au quartier Kénia à 05 kilomètres du centre-ville. Par rapport à son environnement urbain il est limité à l'Est par le quartier de Kandialang, à l'Ouest par le quartier Diabir, au Sud par Brofaye et au Nord par le quartier de Néma II. Le centre se trouve entre la caserne des sapeurs-pompiers et l'université Assane Seck de Ziguinchor (UASZ).

### **I.1.2. Historique, présentation et description des lieux**

#### **Historique**

Depuis 1970, les autorités sénégalaises en particulier celles de la région de Casamance se souciaient de la prise en charge des malades mentaux. C'est ainsi que fut implanté à Ziguinchor à proximité de l'aéroport un lazaret (dans l'enceinte de l'actuelle Centre Régional de Formation en Santé, CRFS de Ziguinchor), qui servait à isoler les malades mentaux qui pouvaient troubler l'ordre public. Les malades mentaux y étaient attachés et contraints de prendre un traitement chimique. Cette pratique inadaptée interpella certainement le professeur Henri Collomb qui fréquentait Ziguinchor dans le cadre des activités du Rotary Club. Il décida alors de mettre sur pied une structure adéquate dédiée à la prise en charge des malades mentaux de la région et même au-delà.

Conformément à sa vision très humaine de la psychiatrie, le professeur Collomb voulu reproduire la structuration traditionnelle des villages d'Afrique avec des cases aux toits en paille. En effet il ne voulait pas soustraire le malade mental à son unité (la société). Il proposa un cadre où les patients seraient hospitalisés sans pour autant être séparés de leurs familles, de leurs valeurs traditionnelles d'où l'appellation « village psychiatrique ». L'absence de clôture et le système de parrainage des pensionnaires par des familles du quartier Kénia vient conforter cette idée. Les travaux commencèrent en 1972, Financés par le Rotary Club avec l'appui du ministère de la santé, Monsieur Emile Badiane (ancien

ministre de l'agriculture) décida d'octroyer une partie du terrain de l'école nationale de formation des techniciens en agriculture. L'année 1974 marqua l'ouverture officielle du village de Kénia. Le professeur Collomb effectua des rotations hebdomadaires à Kénia dans le souci de prodiguer une assistance psychiatrique de qualité. En 1975 il proposa à l'infirmier major, Antoine Badiane originaire de la Casamance de retourner « au pays » et de servir au village thérapeutique de Kénia. Toutefois des internes en psychiatrie du service de Fann y étaient affectés régulièrement dans le cadre de leur formation (six à douze mois). Au niveau structural, le village comptait à ses débuts huit (08) cases puis a connu une expansion avec l'aide du Rotary Club aboutissant à vingt-sept (27) cases où logeaient le personnel soignant, les patients et leur famille. L'infirmier major, Antoine Badiane servit au village de Kénia pendant seize (16) ans de 1974 à 1990 (année de sa retraite). Le Rotary a assuré l'approvisionnement en médicaments et en nourriture gratuitement jusqu'en 1980, année à laquelle il se désengagea au profit du ministère de la Santé. Cette même année les rotations des internes de Fann, et celles du professeur Collomb, un an plus tôt cessèrent. Le dernier infirmier pris sa retraite en 1998, année à laquelle le village psychiatrique entra en ruine avec une dégradation des toitures en pailles et un délabrement des murs. En 1998 refusant la mort du village psychiatrique, les riverains de Kénia mirent sur pied un comité de santé dont le but premier était de reprendre les activités du village ; ils firent appel à l'infirmier retraité, Antoine Badiane moyennant une motivation prélevée sur les recettes de consultations. Quelques années plus tard en 2006 le village fut réhabilité et rouvert par l'Agence Nationale pour la Relance des Activités économiques et sociales de la Casamance (ANRAC) passant de village psychiatrique à centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor. En Décembre 2008 l'affectation d'un psychiatre entraîne le redémarrage des consultations ambulatoires ainsi que l'affectation d'un personnel qualifié, étatique, et du personnel d'appoint communautaire.

## Présentation et description des lieux

La photo ci-dessous représente la porte d'entrée du CPEB/Z



La photo ci-dessous représente l'entrée du centre avec vue sur la cour, la salle d'accueil à droite et en face un bâtiment de trois bureaux (les bureaux du médecin-chef, du médecin-adjoint et le secrétariat)



La photo ci-dessous montre un couloir menant aux cabines d'hospitalisations.



La photo ci-dessous montre une cabine d'hospitalisation avec ses deux lits, l'un pour le patient et l'autre pour l'accompagnant «obligatoire».



Ayant conservé l'aspect originel de son architecture, il est la pérennisation de l'ancien village psychiatrique.

Actuellement, le CPEB/Z comprend :

- Un service d'accueil
- Un service social
- Un bâtiment de trois bureaux (bureau du Médecin-Chef, secrétariat, bureau du Médecin-Adjoint)
- Un bloc de quatre salles (bureau de l'infirmier major, salle de garde, salle d'électroencéphalographie et une salle pour le laboratoire)
- Un dispensaire pour les consultations générales, la vaccination dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination et la santé de la reproduction
- Une pharmacie
- Dix-huit cabines d'hospitalisation et une grande case (pour les activités sociales des patients et leurs accompagnants)
- Un bloc de deux bâtiments à l'entrée pour le concierge et le gardien
- Un logement du Médecin-Chef et un garage

### **I.1.3. Personnel**

Le personnel du Centre Psychiatrique de Kénia est divisé en quatre catégories, il s'agit :

- du personnel étatique : il comprend le Médecin-Chef, le Médecin-Adjoint, le Major du service (un Infirmier Diplômé d'Etat) et un chauffeur.
- du personnel communautaire : composé d'un concierge, d'une assistante de direction et comptable, d'un aide-pharmacien, de deux chauffeurs, de trois techniciens de surface, de deux agents de sécurité, d'un agent de facturation, d'un laborantin, d'un aide-soignant et de cinq assistants infirmiers.

- du personnel contractuel du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : il s'agit de l'assistant social
- du personnel stagiaire : il comprend les internes en formation de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, les étudiants en médecine de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé de l'UASZ, les étudiants du département de sociologie de l'UASZ, les élèves infirmiers et d'autres encore.

#### **I.1.4. Fonctionnement du CPEB/Z**

Le Centre est sous la tutelle de la région médicale de Ziguinchor. C'est un établissement public médico-social. Ses activités comprennent :

- Les consultations ambulatoires et la prise en charge des urgences : elles sont sous la responsabilité des médecins aidés dans cette tâche par les infirmiers.
- Les hospitalisations
- Une consultation mensuelle au Centre Hospitalier Régional de Sédhiou dans le cadre de la décentralisation des soins psychiatriques.

#### **I.2. Objectifs de l'étude**

Cette étude nous permettra de décrire la nature et la distribution des pathologies mentales rencontrées en consultation au sein du Centre Psychiatrique Emile BADIANE de Ziguinchor sur une année.

Il s'agira de :

- Dresser le profil sociodémographique des patients du CPEB/Z
- Etablir le contour épidémiologique descriptif des affections mentales rencontrées au CPEB/Z
- Analyser les données recueillies (sociodémographiques et cliniques) pour une meilleure connaissance des affections mentales qui sévissent dans la région.

### **I.3. Méthodes**

#### **I.3.1. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale couvrant une période d'un an allant du 01 Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

#### **I.3.2. Population d'étude**

Notre travail a concerné les patients ayant bénéficié d'une consultation au CPEB/Z durant notre période d'étude et répondant aux critères de sélection.

#### **I.3.3. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus tous les patients ayant consulté pour la première fois au CPEB/Z en 2019.

#### **I.3.4. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas retenu dans notre étude les patients dont les données sociodémographiques et cliniques étaient incomplètes et ceux n'ayant pas bénéficié de l'ouverture d'une fiche de suivi. Les patients consultés au niveau du dispensaire du CPEB/Z ne sont pas retenus dans cette étude.

#### **I.3.5. Collecte des données**

Nous avons exploité les données inscrites sur le registre de consultations ainsi que sur les fiches de suivi des patients. Ceci nous a permis de définir les variables de l'étude et de procéder à un travail informatique en utilisant le logiciel Excel 2013. Ce dernier mentionné :

#### **I.3.6. variables de l'étude**

##### **❖ Variables sociodémographiques**

- Le sexe
- L'ethnie

- L'instruction
- L'âge
- La situation matrimoniale
- La provenance géographique
- La profession : 7 items
  - Salarié
  - Informel
  - Elève/Étudiant
  - Commerçant
  - Cultivateur/Éleveur
  - Retraité
  - Sans emploi

#### ❖ Variables cliniques

Les diagnostics ont été posés par les médecins traitants du CPEB/Z et l'infirmier major selon une liste non exhaustive mais précise de diagnostics. Nous avons fait le choix de ne pas utiliser d'échelle diagnostique, ni de référence au DSM ni à la Classification internationale des maladies (CIM).

#### Quelques paramètres cliniques

- Motifs de consultation
- Délai de consultation
- Instigateur de la demande de soin
- La présence ou non d'antécédents psychiatriques
- La prise ou non de substances psychoactives

#### I.3.7. Analyse des données

Les données une fois collectées ont été saisies sur tableur Excel. Elles ont été ensuite traitées pour une analyse statistique avec le logiciel Epi info 7. Les résultats ont été présentés sous forme de proportions.

Les limites de confiance n'ont pas été rapportées vu qu'il s'agissait d'une étude exhaustive. Les liens entre variables qualitatives ont été appréciés par le test KHI 2 ( $X^2$ ) au seuil de signification de 5%. Les forces d'associations éventuelles étaient appréciées par l'Odds Ratio (OR).

### **I.3.8. Contraintes et limites de l'étude**

Cette étude est une première au CPEB/Z. Elle a été menée avec très peu de temps et de moyens financier et humain. L'analyse exhaustive des données a été limitée.

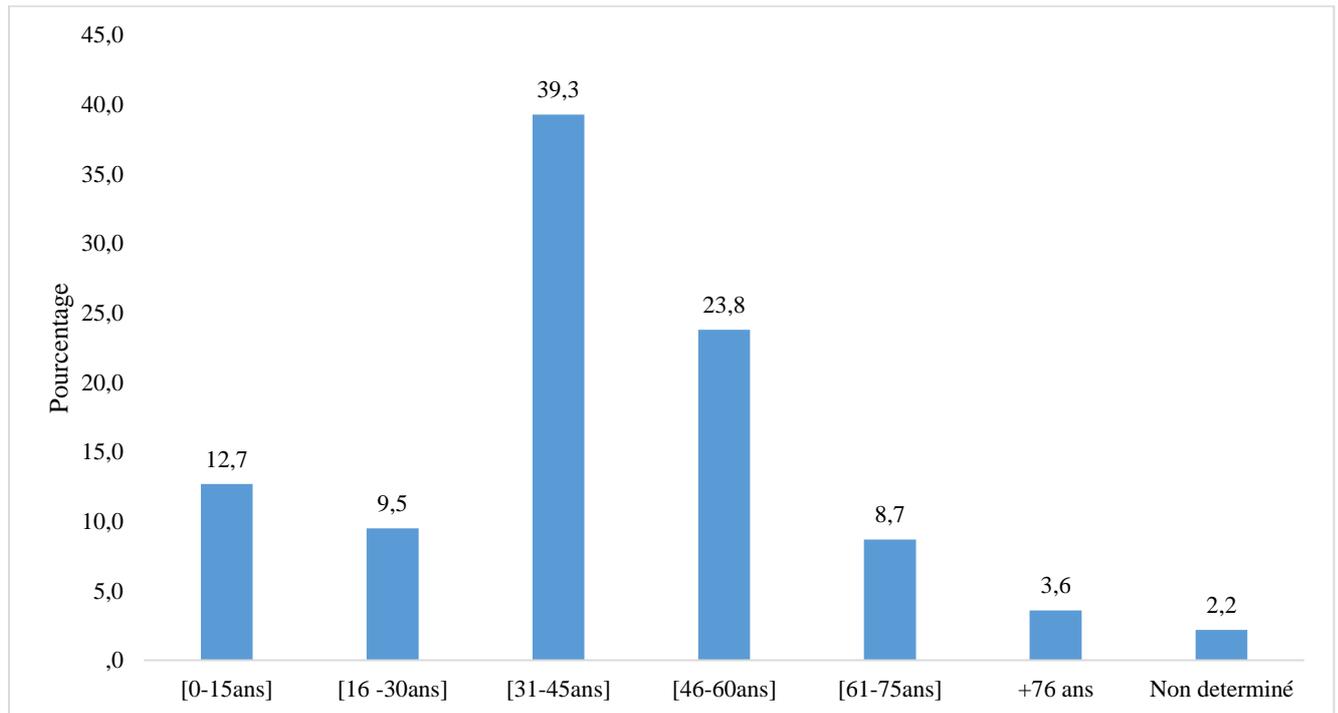
## II. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

### II.1. Etude descriptive

#### II.1.1. Aspects sociodémographiques

##### II.1.1.1. L'âge

La figure ci-dessous (**figure 3**) représente la répartition des consultants selon l'âge.

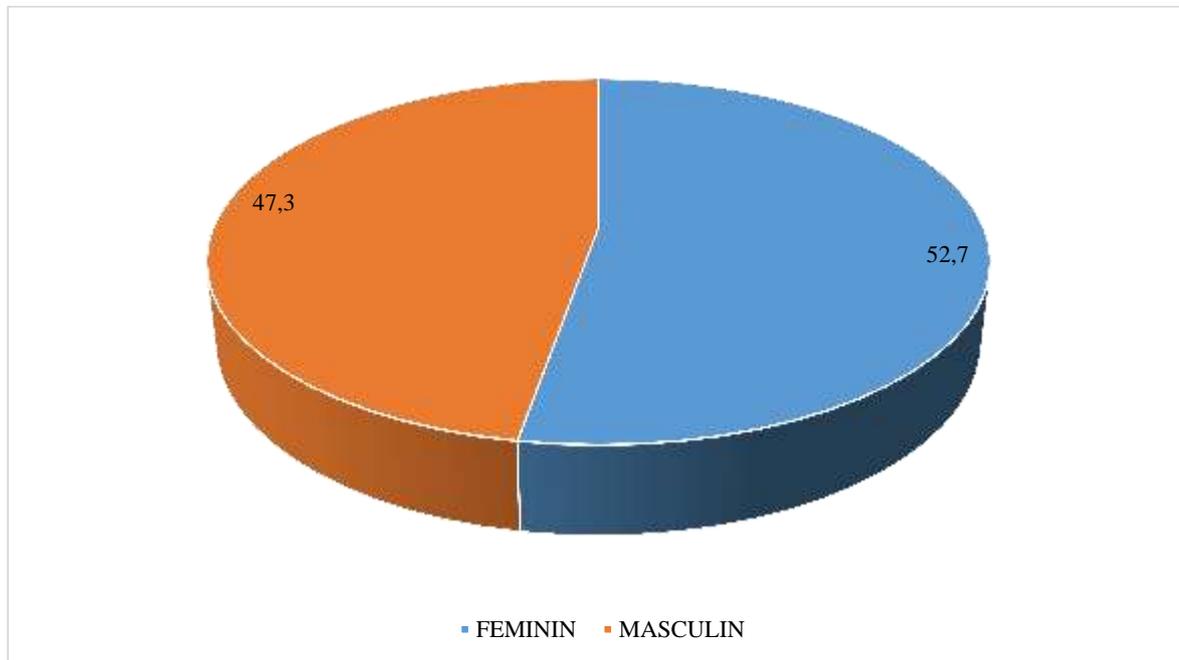


**Figure 3 : Répartition des consultants selon l'âge (N= 1456)**

L'âge moyen des patients était de 35,1 ans  $\pm$  18,8 avec des extrêmes de 1 à 99 ans. La médiane était de 31 ans. Les tranches d'âge de [35-45 ans] et [46-60 ans] étaient les plus représentées avec respectivement 39,3% et 23,8% de l'effectif. Les patients de moins de 31 ans représentaient 22,2% de la population de l'étude.

### II.1.1.2. Le genre

La figure ci-dessous (**figure 4**) représente la répartition des consultants selon le genre.

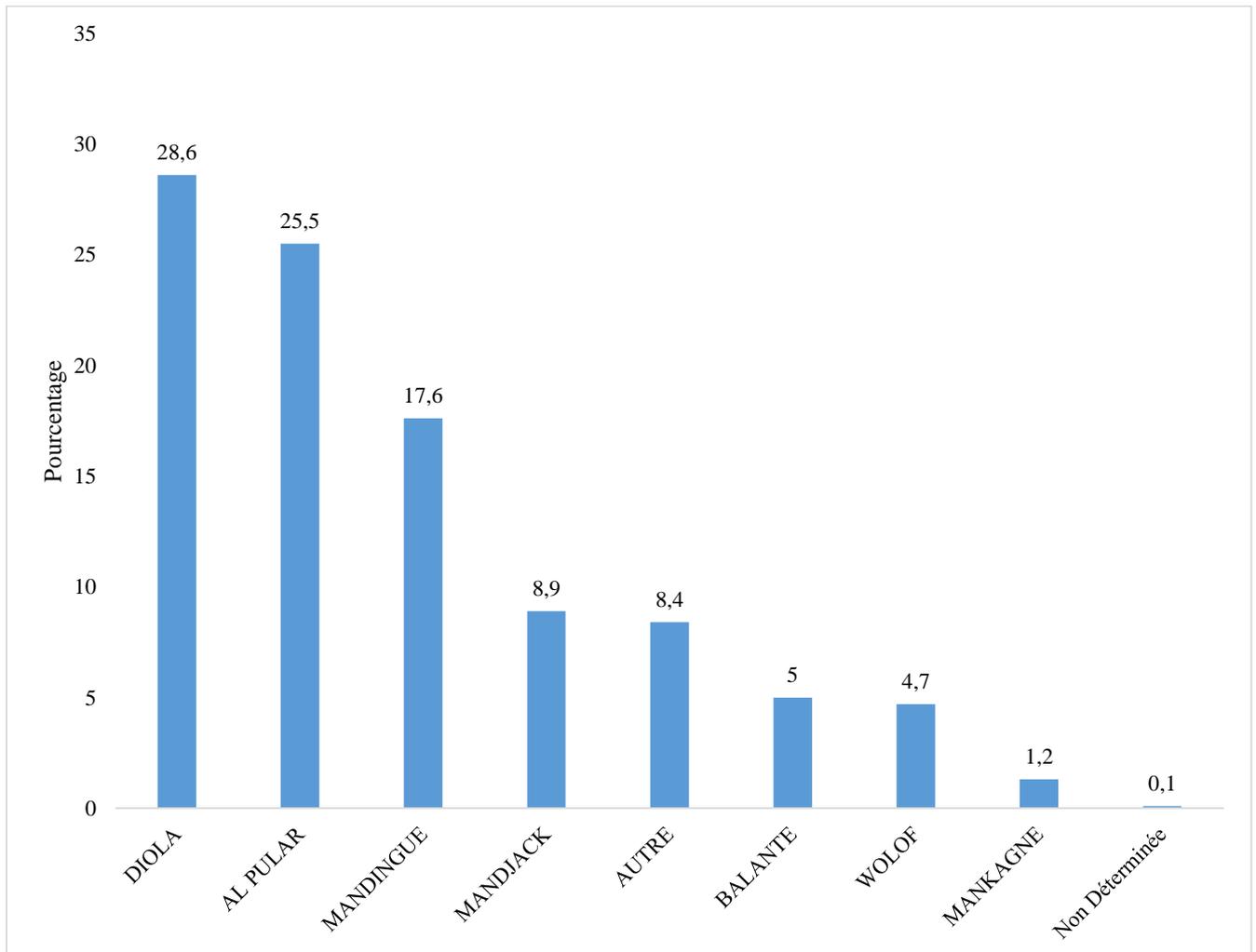


**Figure 4 : Répartition des consultants selon le genre (N=1456)**

Les sujets du genre féminin étaient majoritaires avec 52,7% de l'effectif contre 47,3% de sujets du genre masculin, soit un sex-ratio de 0,9.

### II.1.1.3. L'ethnie

La figure ci-dessous (**Figure 5**) représente la répartition des consultants selon l'ethnie.

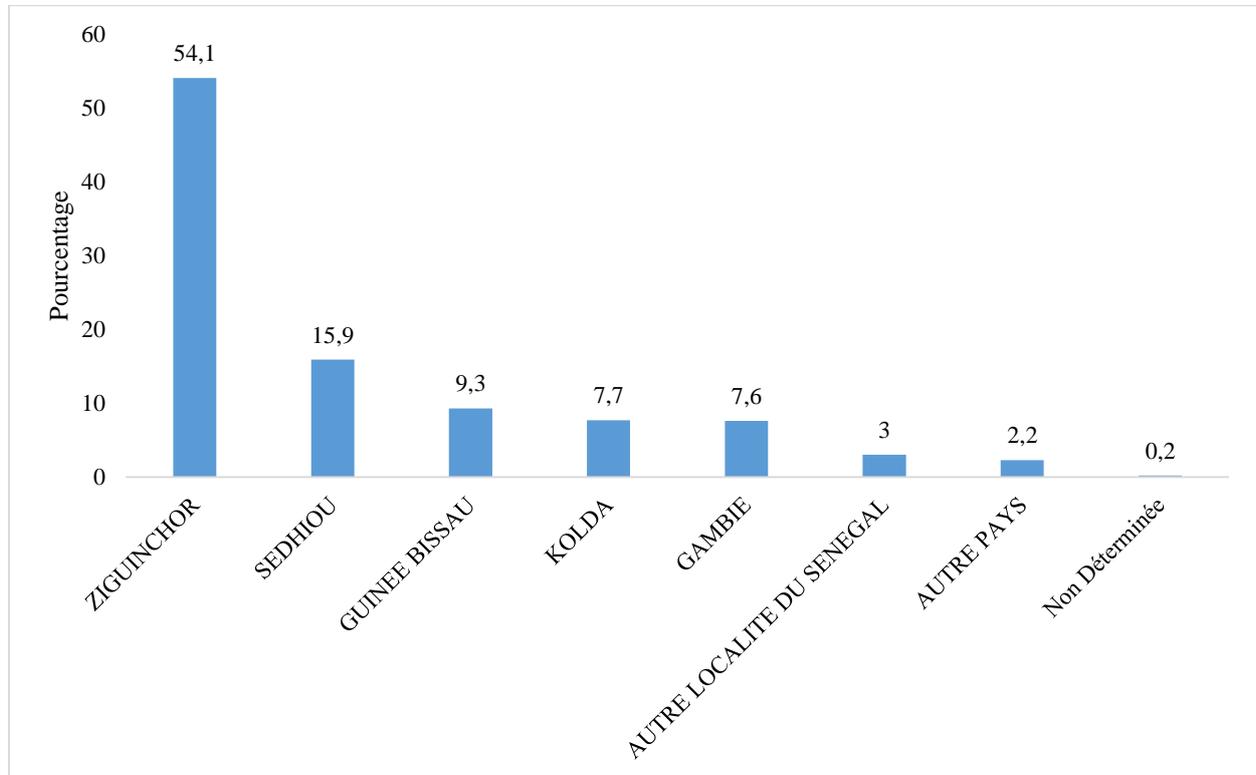


**Figure 5 : Répartition des consultants selon l'ethnie (N=1456)**

La majorité des patients ayant consulté était d'ethnie diola 28,6%, suivie de l'ethnie Al pular (25,5%) et celle mandingue (17,6%). La catégorie autre était représentée par les peuples minoritaires de la Casamance et de ses pays limitrophes (Les Soninké, les Malinkés, les Bambara du Mali, les Pepels de la Guinée, les Baïnouk et Karoninkas de la Casamance)

#### II.1.1.4. La provenance géographique

La figure ci-dessous (**figure 6**) représente la répartition des consultants selon la provenance géographique.

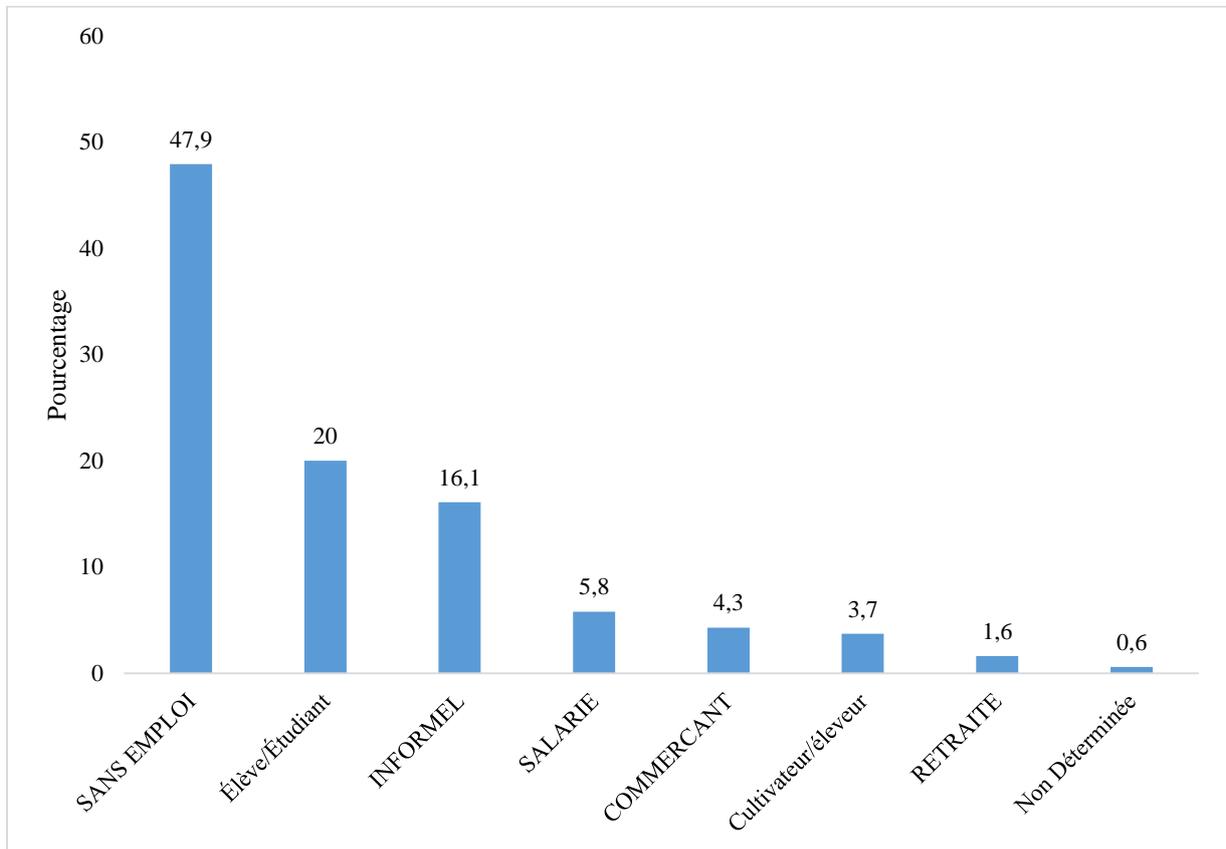


**Figure 6 : Répartition des consultants selon la provenance géographique (N=1456)**

Plus de la moitié des consultants venaient de la région de Ziguinchor, soit 54,1%. Ceux provenant de Sédhiou, de la Guinée Bissau et de Kolda suivaient avec chacun respectivement 15,9% ; 9,3% et 7,7%. Certains patients provenaient des autres localités du Sénégal (Kaolack, Dakar, Thies, Matam etc.) ou d'autres pays (République de Guinée, Mali, Mauritanie, France etc.)

### II.1.1.5. La profession

La figure ci-dessous (**figure 7**) représente la répartition des consultants selon la profession.

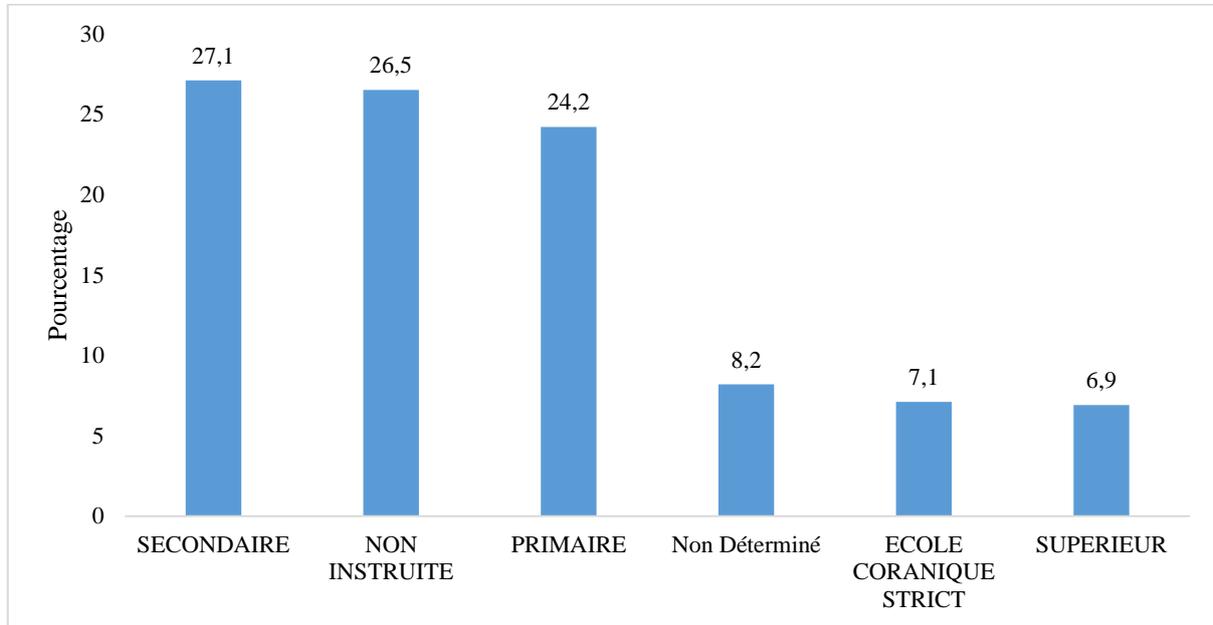


**Figure 7 : Répartition des consultants selon la profession (N=1456)**

Près de la moitié des patients ayant consultés étaient sans emploi soit 47,9%. La catégorie élève/étudiant et ceux du secteur informel (professions libérales) suivaient avec respectivement 20% et 16,1%.

### II.1.1.6. L'instruction

La figure ci-dessous (**figure 8**) représente la répartition des consultants selon l'instruction.

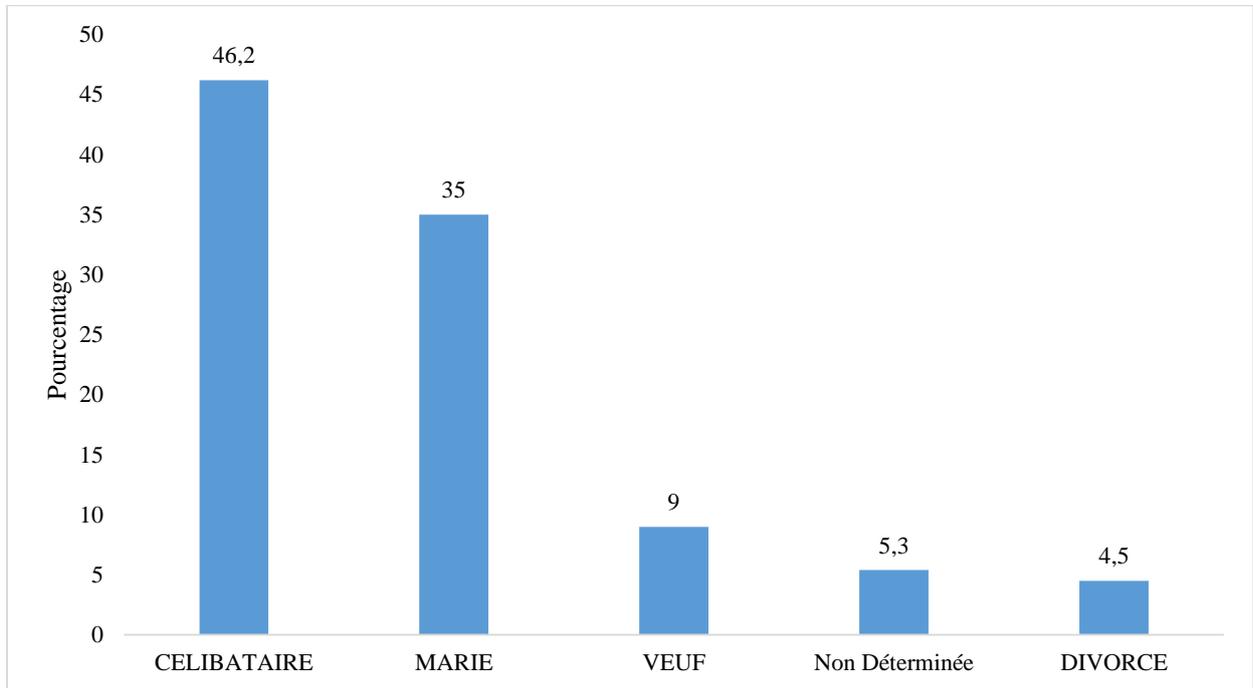


**Figure 8: Répartition des consultants selon l'instruction (N=1456)**

Dans notre étude 27,1% des consultants avaient atteint le cycle secondaire ; 26,5% étaient non scolarisés et 24,2% n'avaient pas dépassé le cycle primaire.

### II.1.1.7. La situation matrimoniale

La figure ci-dessous(**figure 9**) représente la répartition des consultants selon la situation matrimoniale.



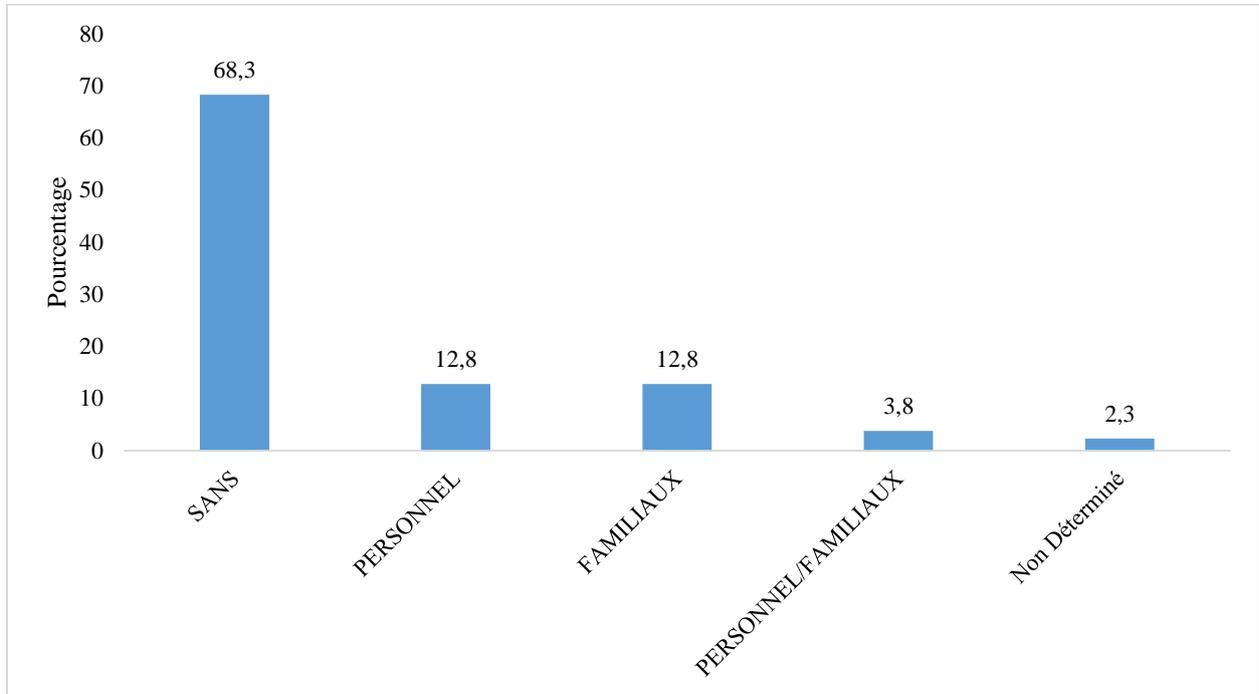
**Figure 9 : Répartition des consultants selon la situation matrimoniale**

Près de la moitié des patients ayant consulté étaient des célibataires, soit 46,2% suivi par les mariés 35% et les veufs 9%.

## II.1.2. Aspects cliniques

### II.1.2.1. Les antécédents de troubles psychiatriques

La figure ci-dessous (**figure 10**) représente la répartition des consultants selon la présence d'antécédents psychiatriques.

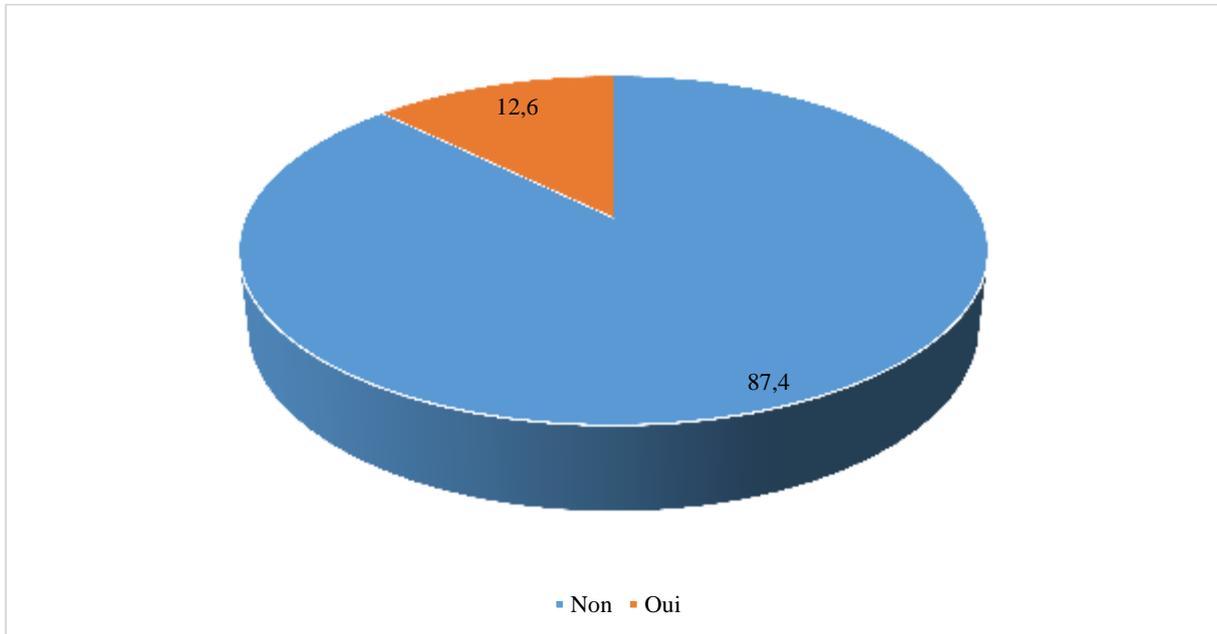


**Figure 10 : Répartition des patients selon la présence d'antécédents psychiatriques (N=1456)**

Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ont été retrouvés chez 12,8% des consultants, les antécédents personnels ont été également notés chez 12,8% des consultants.

### II.1.2.2. La prise de substances psychoactives (SPA)

La figure ci-dessous (**figure 11**) représente la répartition des patients selon la prise de substance psychoactive.



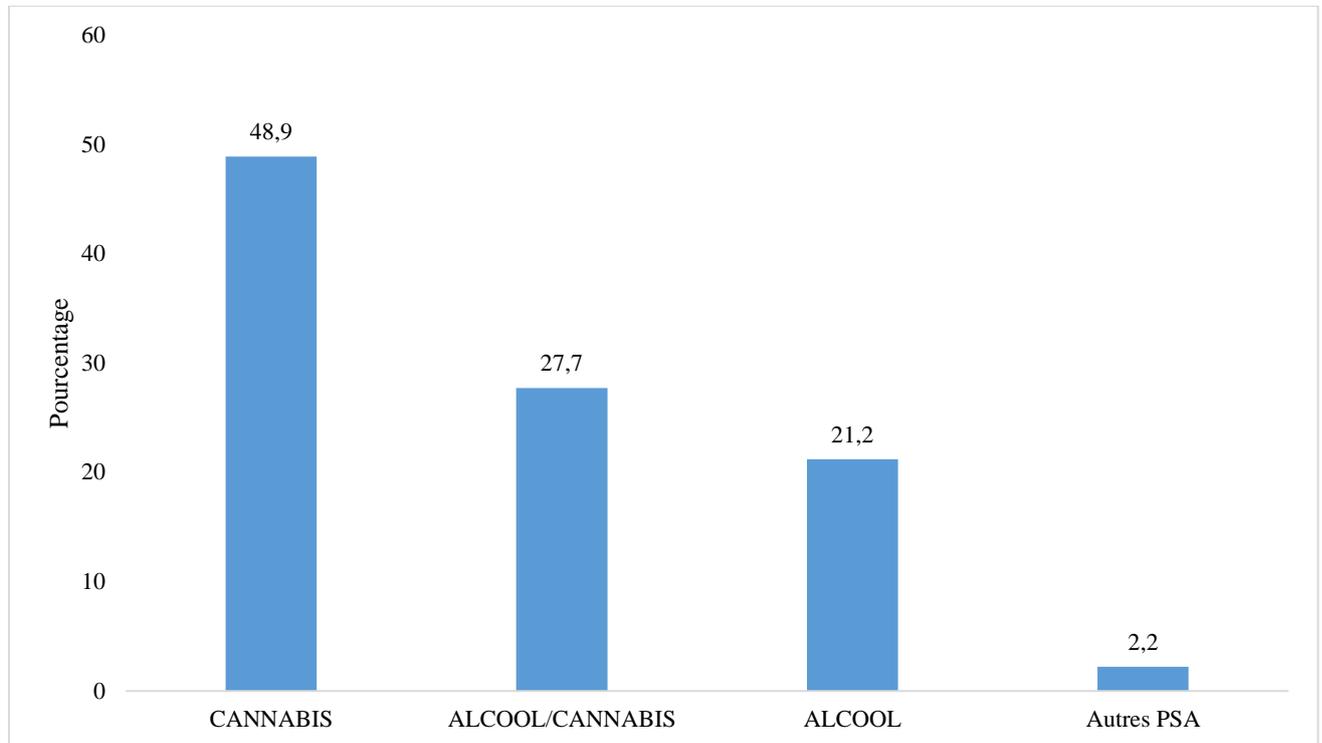
**Figure 11 : Répartition des patients selon la prise de substances psychoactives (N=1456)**

Les patients ayant consulté et qui consommaient une substance psychoactive représentaient 12,6% de l'effectif.

Le tabac n'a pas été pris en compte.

### II.1.2.3. La Nature de la substance psychoactive

La figure ci-dessous (**figure 12**) représente la répartition des consultants selon la nature de la substance psychoactive.

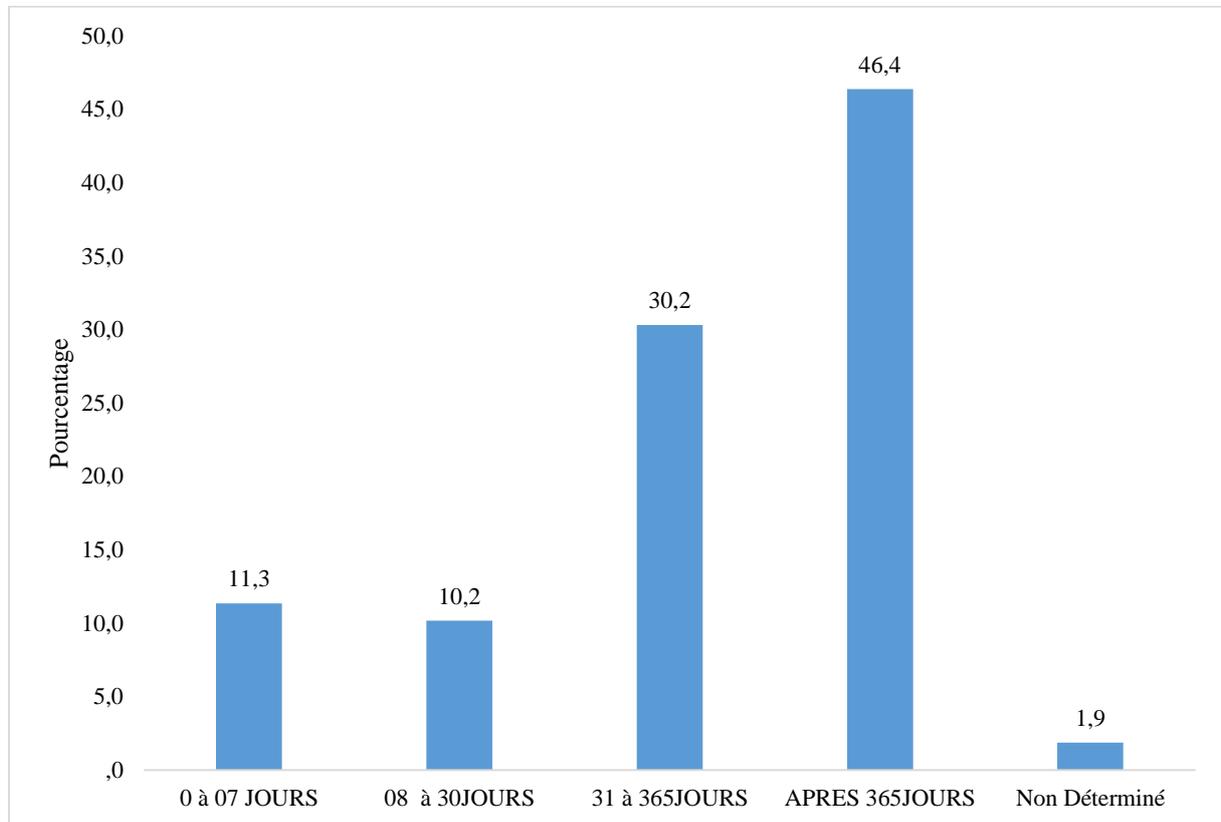


**Figure 12 : Répartition des consultants selon la nature de la substance psychoactive (n=184)**

Le cannabis était la substance psychoactive la plus consommée (48,9%), suivi de l'association alcool/cannabis (27,7%) et de l'alcool 21,2%. Les autres SPA étaient représentées par les solvants organiques et les médicaments (codéine, benzodiazépine et tramadol).

#### II.1.2.4. Le délai de consultation

La figure ci-dessous (**figure 13**) représente la répartition des consultants selon le délai de consultation.

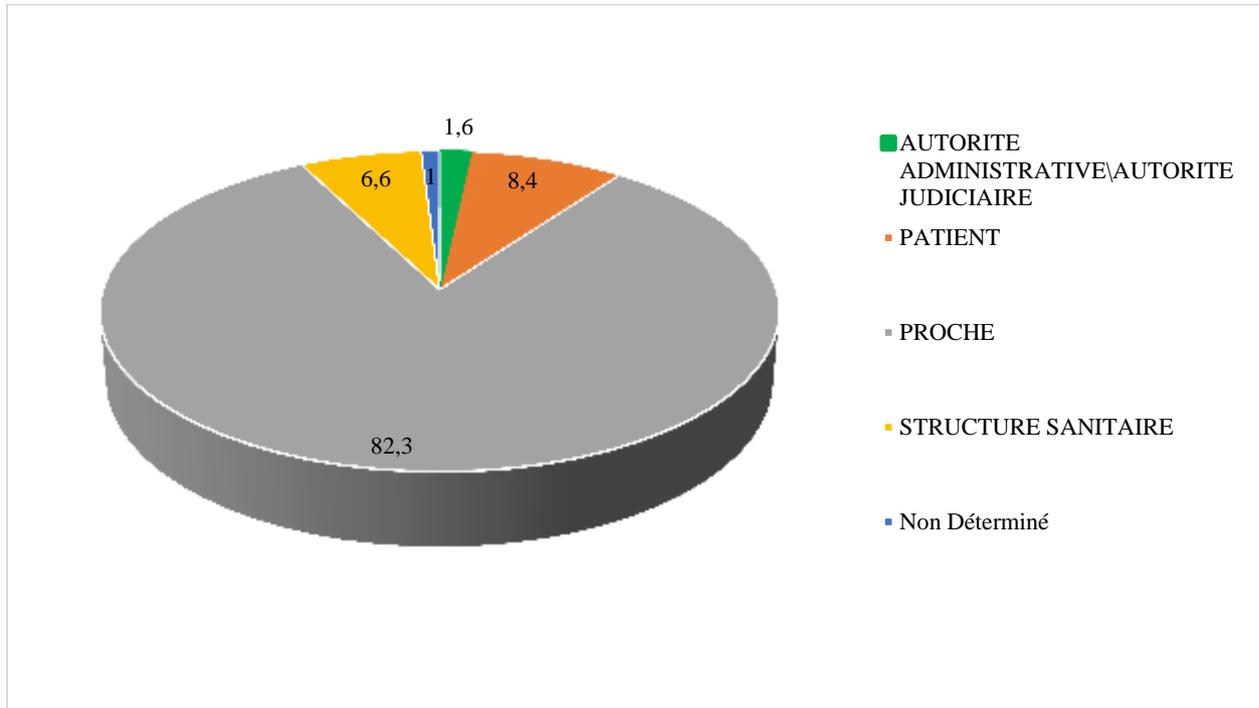


**Figure 13 : Répartition des consultants selon le délai de consultation**  
(N=1456)

Près de la moitié des patients, soit 46,4% avaient consulté un an après le début des troubles. 11,3% des patients l'avaient fait dans la première semaine et 10,2% entre la deuxième semaine et le premier mois qui avaient suivis l'éclosion des troubles.

### II.1.2.5. L'instigateur de la demande de soin

La figure ci-dessous (**figure 14**) représente la répartition des consultants en fonction de l'instigateur de la demande de soin.



**Figure 14 : Répartition des consultants en fonction de l'instigateur de la demande de soins (N=1456)**

La majorité des patients, soit 82,3% consultait sur la demande d'un proche (ami, famille, voisin, collègue), suivie des patients qui venaient consulter sur décision propre (8,4%) et ceux envoyés par les structures sanitaires représentaient 6,6% des demandes de soins psychiatriques.

### II.1.2.6. Les motifs de consultation

Le tableau ci-dessous (**tableau II**), représente la répartition des patients en fonction des motifs de consultation.

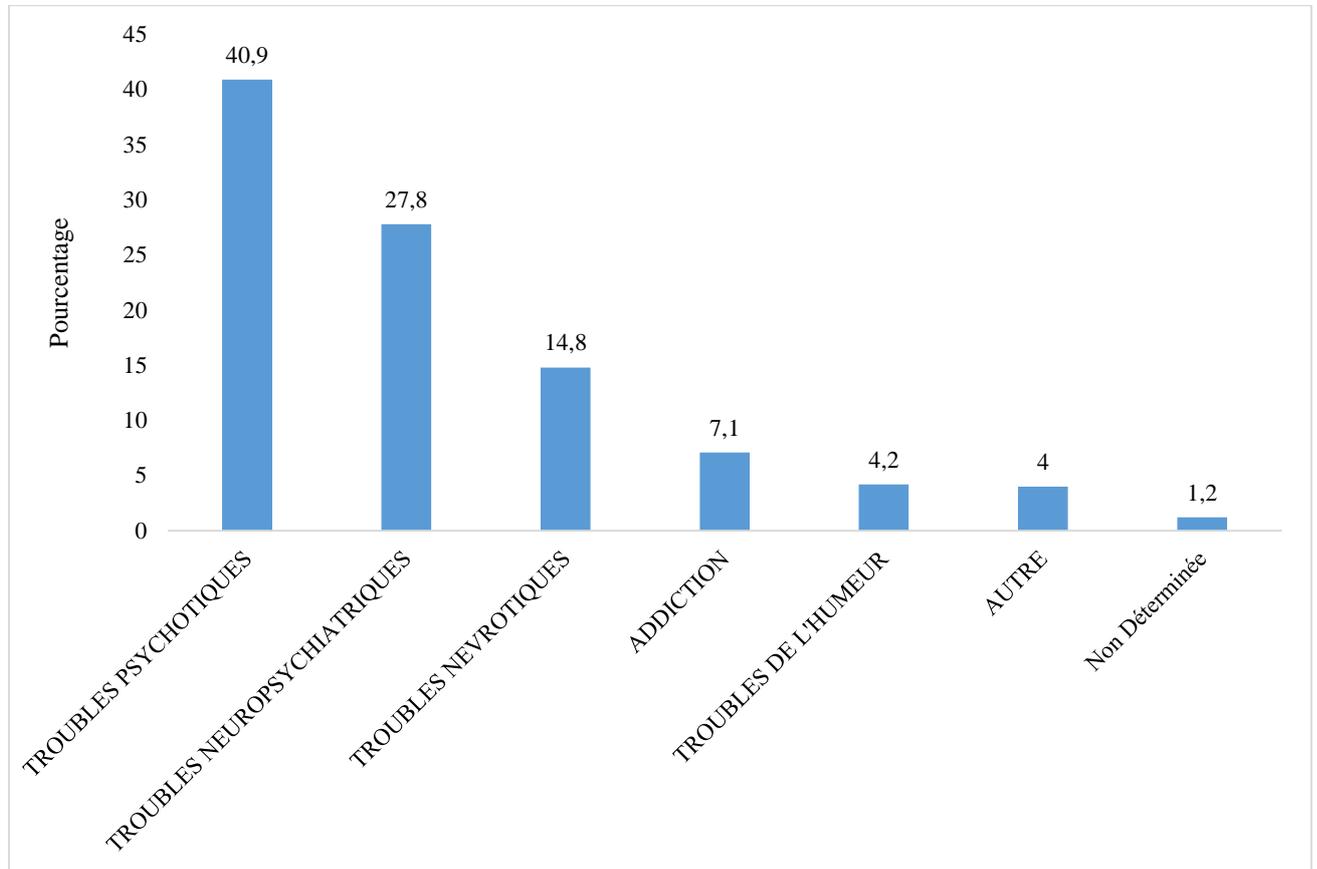
**Tableau II : Répartition des patients en fonction des motifs de consultation  
(N=1456)**

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage %
<b>Incohérence verbale</b>	274	18,8
<b>Crises convulsives</b>	247	17,0
<b>Agitation avec hétéro-agressivité</b>	196	13,4
<b>Agitation sans agressivité</b>	118	8
<b>Plaintes somatiques multiples</b>	113	7,7
<b>Bizarrierie du comportement</b>	96	6,6
<b>Céphalées</b>	83	5,7
<b>Autre</b>	67	4,6
<b>Logorrhée</b>	59	4,1
<b>Troubles de la mémoire</b>	59	4,1
<b>Perte de connaissance</b>	52	3,6
<b>Insomnie</b>	35	2,4
<b>Anxiété</b>	32	2,2
<b>Retrait social</b>	13	0,9
<b>Non déterminé</b>	11	0,8
<b>Abus sexuel</b>	1	0,1
<b>Total</b>	1456	100,0

Les principaux motifs de consultation retrouvés étaient: l'agitation avec et sans agressivité 21,6% suivie de l'incohérence verbale 18,8% et les crises convulsives 17%.

### II.1.2.7. La nosologie

La figure ci-dessous (**figure 13**) représente la répartition des consultants selon la nosologie.



**Figure 15 : Répartition des consultants selon la nosologie (N=1456)**

Les différentes pathologies rencontrées dans notre étude étaient dominées par les troubles psychotiques qui représentaient 40,9% des diagnostics, soit près de la moitié suivis par les troubles neuropsychiatriques (27,8%), les troubles névrotiques (14,8%) les addictions (7,1%) et les troubles de l'humeur (4,2%).  
**(Cf. annexes)**

## II.2. Etude analytique

### II.2.1. Croisement de la classe d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives

La moyenne d'âge chez les consommateurs de substances psychoactives était de 33,01 ans  $\pm$ 11,99 la médiane était de 30ans avec des extrêmes de 16 à 75 ans.

Le tableau ci-dessous (**Tableau III**) montre le croisement de la classe d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives.

**Tableau III : Croisement de la classe d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives (n=1422).**

	Effectif	SPA		Total	OR
		Oui	Non		
<b>0 - 15</b>		0	138	138	1
<b>16 - 30</b>	572	98	474	572	1,86 [1,36-2,54]
<b>31 - 45</b>	347	60	287	347	1,61 [1,15-2,26]
<b>46 - 60</b>	185	18	167	185	1
<b>61 - 75</b>	127	7	120	127	0,37 [0,17-0,80]
<b>76+</b>	53	0	53	53	1
<b>Total</b>	1422	183	1239	1422	

Il existait une liaison entre l'âge et la prise de SPA. La tranche d'âge [16-30 ans] était 1,86 fois plus exposée à consommer une SPA que les autres ([0-15 ans] et [31 à +75 ans]), la tranche d'âge [31-45 ans] était également 1,61 fois plus exposée à consommer une SPA que les autres ([0 à 30ans] et [46 à +75ans])

### II.2.2.Croisement du genre en fonction de la prise de substances psychoactives

Le tableau ci-dessous (**tableau IV**) représente le croisement du genre en fonction de la prise de substances psychoactives.

**Tableau IV : Croisement du genre en fonction de la prise de substances psychoactives (N=1456)**

Genre		SPA		Total	X2	p	OR
		Oui	Non				
<b>Masculin</b>	Effectif	177	511	688	202,41	<0,01	37,65[17,54-80,80]
	%	25,7%	74,3%	100%			
<b>Féminin</b>	Effectif	7	761	768			
	%	0,91%	99,09%	100%			
<b>Total</b>	Effectif	184	1272	1456			
	%						

Il existait une liaison entre le genre et la prise de substances psychoactives. Le genre masculin était 37,65 fois plus exposé à la prise de SPA que le genre féminin.

### II.2.3. Croisement du genre en fonction du délai de consultation

Le tableau ci-dessous (**tableau V**) montre le croisement du genre en fonction du délai de consultation.

**Tableau V : Croisement du genre en fonction du délai de consultation (n=1429)**

Genre		Délai de consultation		Total	X2	P
		Après 365 jours	Avant 365 jours			
<b>MASCULIN</b>	Effectif	312	359	671	0,276	>0,5
	%	46,5%	53,5%	100%		
<b>FEMININ</b>	Effectif	363	395	758	0,276	>0,5
	%	47,9%	52,1%	100%		
<b>Total</b>	Effectif	675	754	1429	0,276	>0,5
	%					

Le genre et le délai de consultation étaient indépendants.

## II.2.4. Croisement de l’instruction en fonction de la prise de substances psychoactives

Le tableau ci-dessous (**tableau VI**) montre le croisement de l’instruction en fonction de la prise de substances psychoactives.

**Tableau VI : Croisement de l’instruction en fonction de la prise de substances psychoactives (n=1336)**

L’instruction		SPA		Total	X2	p	OR
		Oui	Non				
<b>Instruite</b>	Effectif	162	788	950	41,40	<0,01	5,08[2,95-8,75]
	%	17,1	82,9%	100%			
<b>Non instruite</b>	Effectif	15	371	386			
	%	3,9%	96,1	100%			
<b>Total</b>	Effectif	177	1159	1336			
	%						

L’instruction et la prise de substances psychoactives étaient liées. Les patients instruits (primaire, secondaire, supérieur et école coranique stricte) étaient 5,08 fois plus exposés à consommer des SPA que les patients non instruits.

## II.2.5. Croisement de l'instruction en fonction du délai de consultation

Le tableau ci-dessous (**tableau VII**) montre le croisement de l'instruction en fonction du délai de consultation.

**Tableau VII : Croisement de l'instruction en fonction du délai de consultation (n=1335)**

Instruction		Délai de consultation		Total	X <sup>2</sup>	p
		Après 365 jours	Avant 365 jours			
<b>Instruite</b>	Effectif	463	486	949	3,05	>0,05
	%	48,8%	51,2%	100%		
<b>Non instruite</b>	Effectif	168	218	386		
	%	43,5%	56,5%	100%		
<b>Total</b>	Effectif	631	704	1335		

L'instruction et le délai de consultation étaient indépendants.

## II.2.6. Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la prise de substances psychoactives

Le tableau ci-dessous (**tableau VIII**) montre le croisement de la situation matrimoniale en fonction de la prise de substances psychoactives.

**Tableau VIII : Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la prise de substances psychoactives. (n=1377)**

Situation matrimoniale		SPA		Total	X2	P	OR
		Oui	Non				
<b>Marié</b>	Effectif	39	470	509	20,78	<0,01	0,42[0,29-0,62]
	%	7,6%	%	100%			
<b>Autres</b>	Effectif	141	727	868			
	%	16,24%		100%			
<b>Total</b>	Effectif	180	1197	1377			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

La situation matrimoniale et la prise de substances psychoactives étaient liées. Le fait d'être marié était un facteur protecteur, les mariés étaient 2,38 fois moins exposés à la prise de SPA que les autres (célibataires, veufs et divorcés)

## II.2.7. Croisement de la situation matrimoniale en fonction du délai de consultation

Le tableau ci-dessous (**tableau IX**) montre le croisement de la situation matrimoniale en fonction du délai de consultation.

**Tableau IX : Croisement de la situation matrimoniale en fonction du délai de consultation (n=1377)**

Situation matrimoniale		Délai de consultation		Total	X2	P	OR
		Après 365 jours	Avant 365 jours				
<b>Marié</b>	Effectif	317	192	509	28,69	<0,01	1,83[1,26-2,29]
	%	62,3%	37,7%	100%			
<b>Autres</b>	Effectif	411	457	868			
	%	47,3%	52,7%	100%			
<b>Total</b>	Effectif	728	649	1377			
	%						

La situation matrimoniale et le délai de consultation étaient liés. Les mariés étaient 1,83 fois plus exposés à consulter tardivement, soit plus d'un an après le début des troubles que les autres (célibataires, divorcés et veufs).

## II.2.8. Croisement de la provenance géographique en fonction de la prise de substances psychoactives

Le tableau ci-dessous (**tableau X**) montre le croisement de la provenance géographique en fonction de la prise de substances psychoactives.

**Tableau X : Croisement de la provenance géographique en fonction de la prise de substances psychoactives (n=1453)**

Provenance géographique		SPA		Total	X2	P	OR
		Oui	Non				
<b>Sénégal</b>	Effectif	125	1050	1175	22,77	<0,01	0,44[0,31-0,62]
	%	10,6%	89,4%	100%			
<b>Autres</b>	Effectif	59	219	278			
	%	21,2%	78,8%	100%			
<b>Total</b>	Effectif	184	1269	1453			

La provenance géographique et la prise de SPA étaient liées. Le fait de résider au Sénégal, était un facteur protecteur. Les consultants qui provenaient du Sénégal étaient 2,27 fois moins exposés à consommer des SPA que les autres (consultants provenant de la Gambie, de la Guinée Bissau et des autres pays).

## II.2.9. Croisement des antécédents psychiatriques en fonction du délai de consultation

Le tableau ci-dessous (**tableau XI**) montre le croisement des antécédents psychiatriques en fonction du délai de consultation.

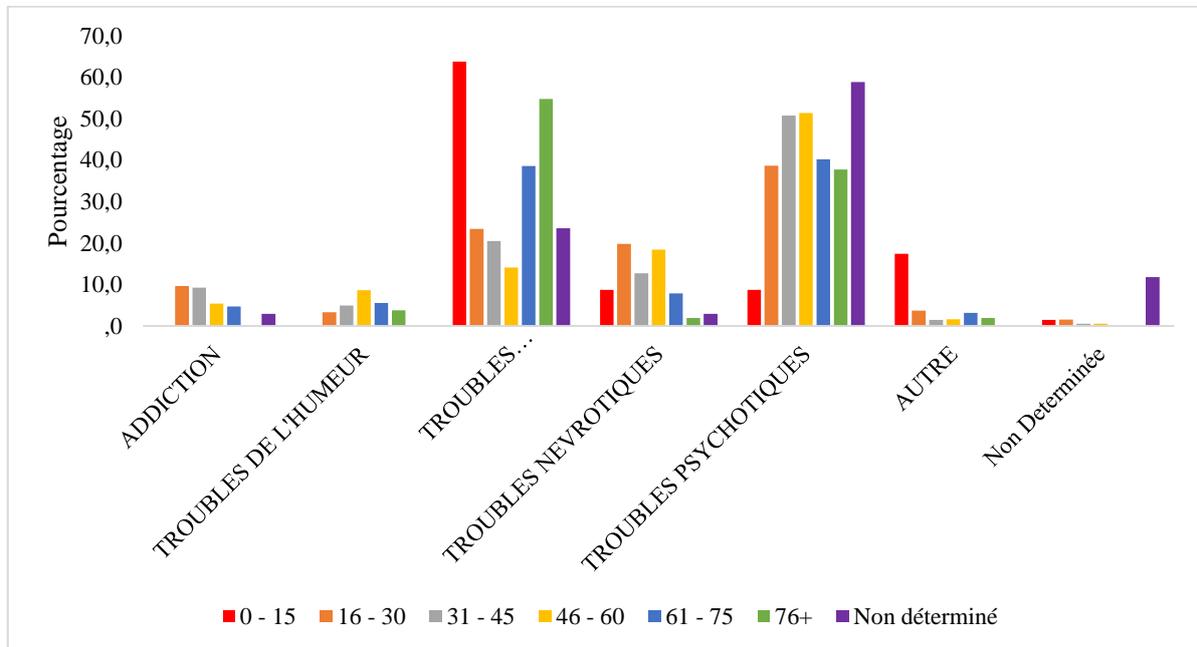
**Tableau XI : Croisement des antécédents psychiatriques en fonction du délai de consultation (n=1429)**

Antécédents psychiatriques		Délai de consultation		Total	X2	P	OR
		Après 365 jours	Avant 365 jours				
<b>Oui</b>	Effectif	158	263	421	22,56	<0,01	0,57[0,45-0,72]
	%	37,5%	62,5%	100%			
<b>Non</b>	Effectif	517	491	1008			
	%	51,3%	48,7%	100%			
<b>Total</b>	Effectif	675	754	1429			

La présence d'antécédents psychiatriques et le délai de consultation étaient liés. Les consultants qui avaient des antécédents personnels et/ou familiaux de pathologies psychiatriques étaient 1,75 fois moins exposés à consulter tardivement, soit au minimum un an après le début des troubles.

## II.2.10. Distribution de la classe d'âge en fonction de la nosologie

La figure ci-dessous (**figure 16**) montre la distribution de la classe d'âge en fonction de la nosologie.



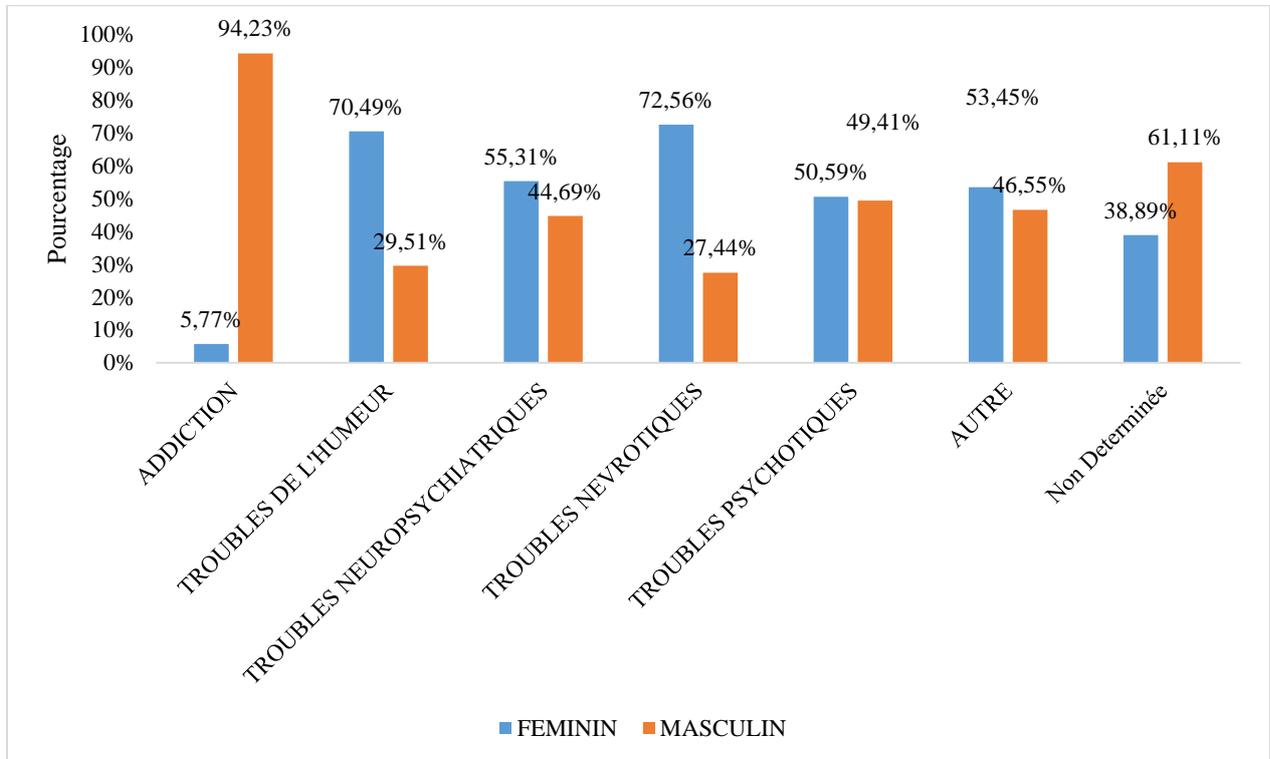
$X^2 = 341,077$   $p < 0,01$

**Figure 16 : Distribution de la classe d'âge en fonction de la nosologie (N=1456)**

En dehors des addictions et des troubles de l'humeur où les [0-15 ans] étaient absents, les pathologies mentales touchaient toutes les tranches d'âges. Les âges extrêmes étaient plus représentés dans les troubles neuropsychiatriques.

## II.2.11. Distribution du genre en fonction de la nosologie

La figure ci-dessous (**figure 17**) montre la distribution du genre en fonction de la nosologie.



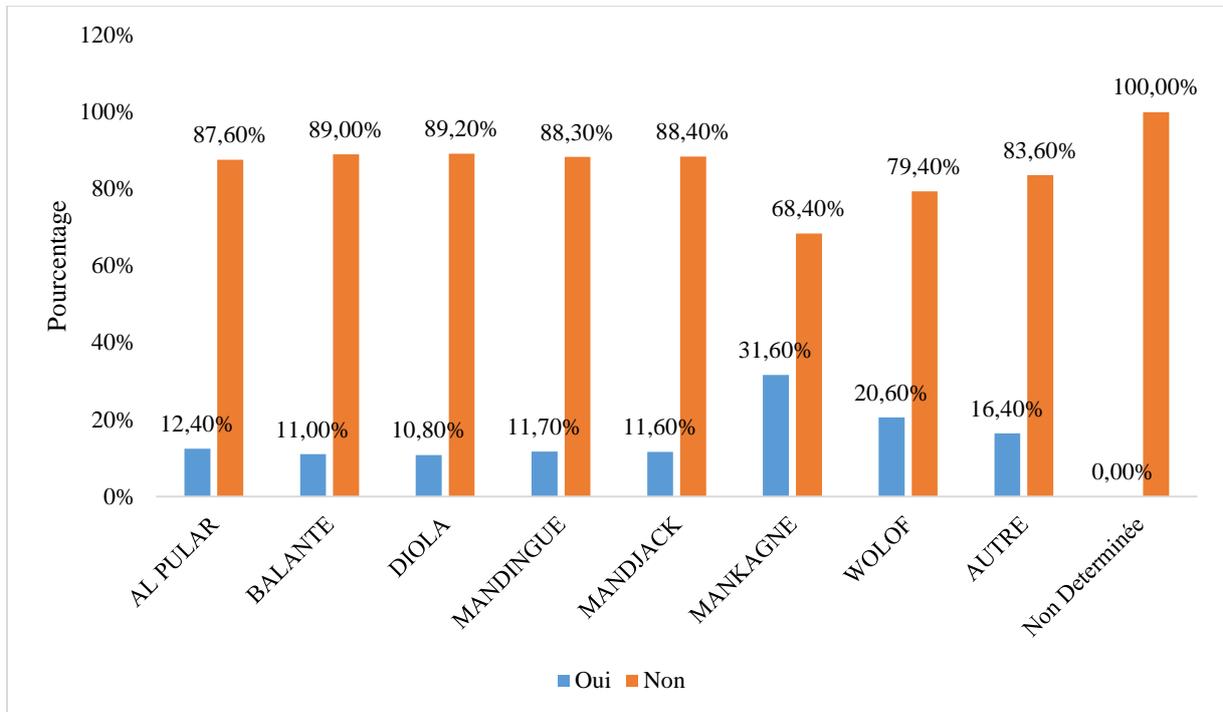
$X^2=137,22$   $p < 0,01$

**Figure 17 : Distribution du genre en fonction de la nosologie (N=1456)**

En dehors des addictions, les femmes étaient majoritaires dans toutes les pathologies. Cette prédominance était plus marquée dans les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques.

## II.2.12. Distribution de l'ethnie en fonction la prise de substance psychoactives

La figure ci-dessous (**Figure 18**) montre la distribution de l'ethnie en fonction de la prise de substance psychoactive.



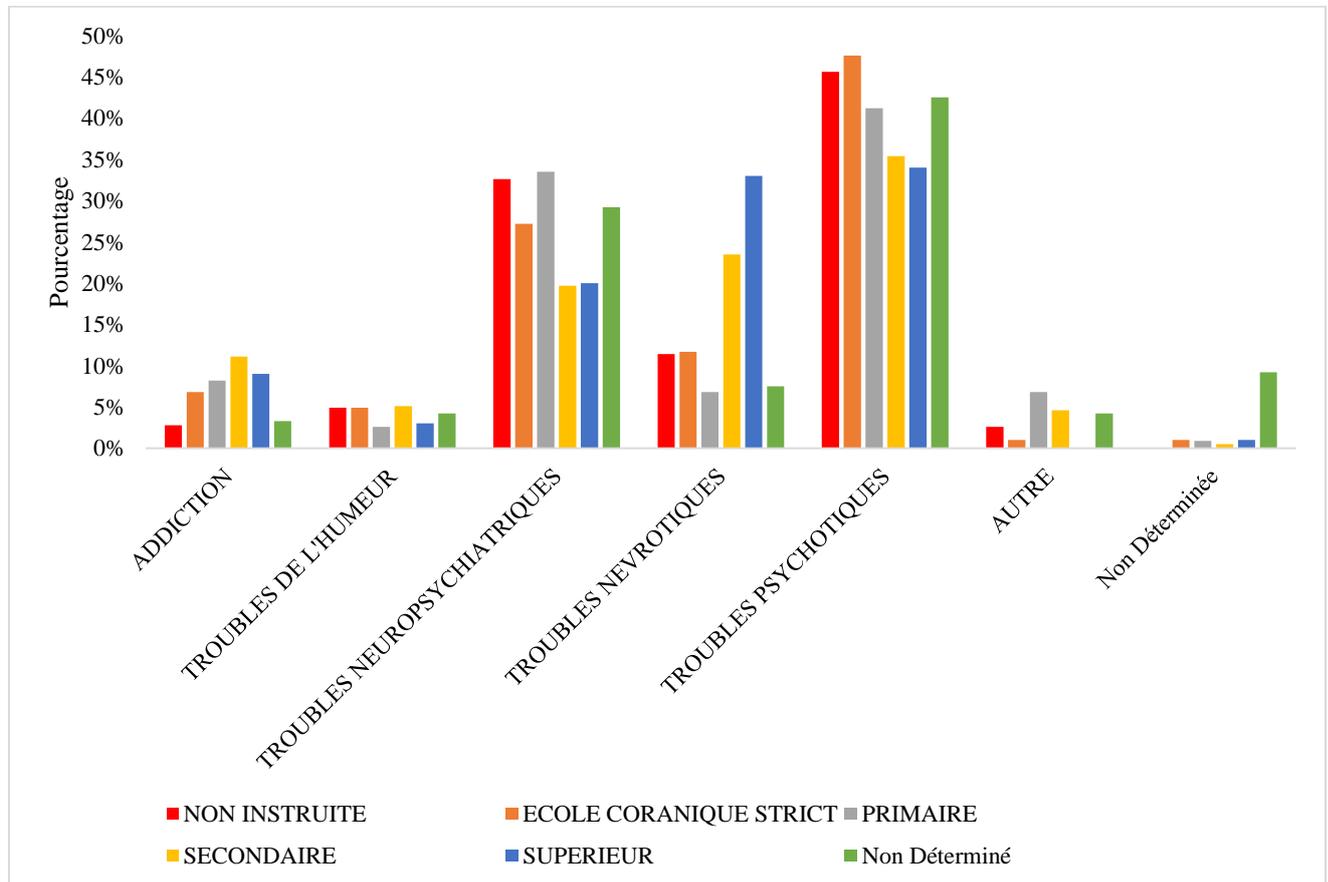
$$X^2 = 13,68 \quad p > 0,05$$

**Figure 18 : distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de l'ethnie (N=1456)**

La prise de substances psychoactives et l'ethnie étaient indépendants.

### II.2.13. Distribution de l’instruction en fonction de la nosologie

La figure ci-dessous (**figure 19**) représente la distribution de l’instruction en fonction de la nosologie.



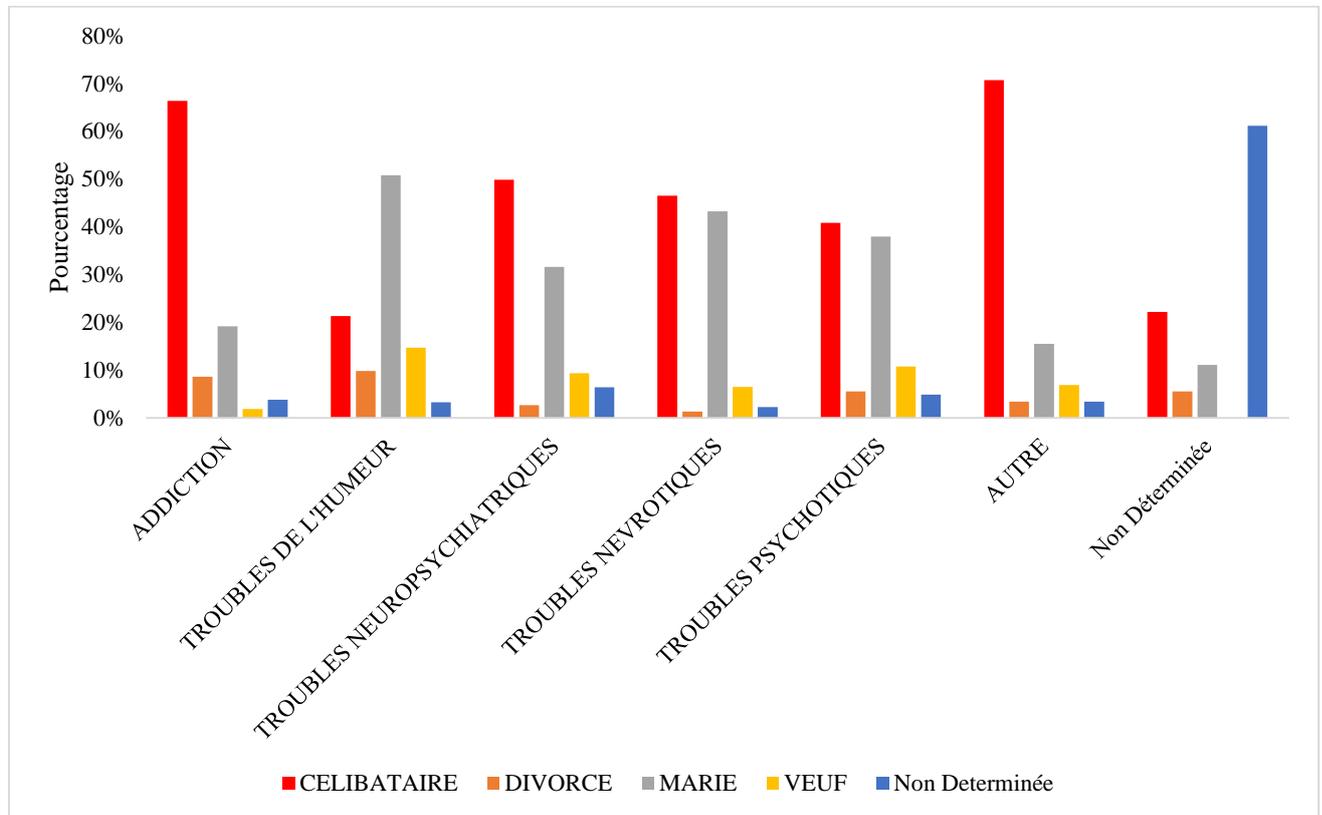
$X^2 = 202,252, p < 0,01$

**Figure 19 : Distribution de l’instruction en fonction de la nosologie (N=1456)**

Les patients non instruits étaient plus touchés par les troubles psychotiques et les troubles neuropsychiatriques. Ceux qui ont été instruits quant à eux, développaient plus les troubles névrotiques, les troubles de l’humeur et les conduites addictives

## II.2.14. Distribution de la situation matrimoniale en fonction de la nosologie

La figure ci-dessous (**figure 20**) représente la distribution de la situation matrimoniale en fonction de la nosologie.



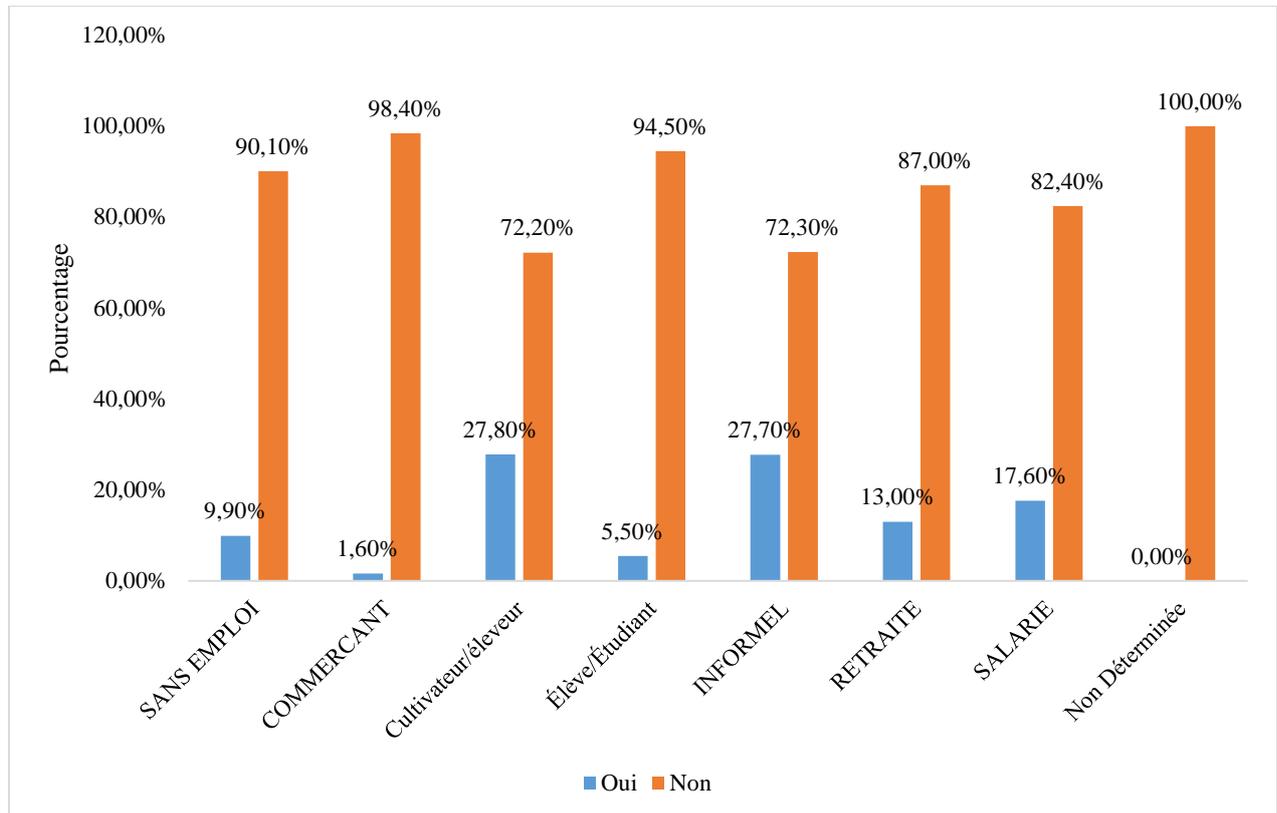
$$X^2 = 199,819 \quad p < 0,01$$

**Figure 20 : Distribution de la situation matrimoniale en fonction de la nosologie (N=1456)**

En dehors des troubles de l'humeur où les mariés étaient plus représentés, la prédominance des célibataires était nette dans toutes les pathologies mentales.

## II.2.15. Distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de la profession

La figure ci-dessous (**figure 21**) représente la distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de la profession.



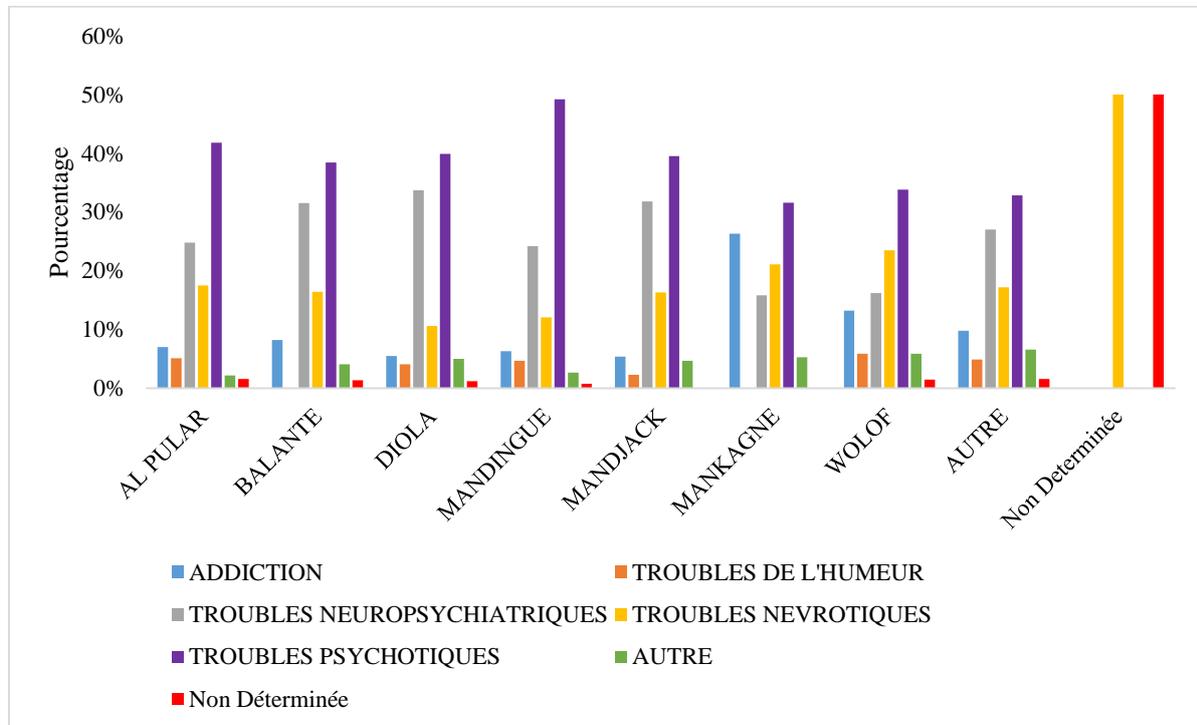
$$X^2 = 87,47 \quad p < 0,01$$

**Figure 21 : Distribution de la prise de substances psychoactives en fonction de la profession (N=1456)**

Les substances psychoactives étaient plus consommées par les cultivateurs et/ou éleveurs, les employés du secteur informel et les salariés suivait respectivement.

## II.2.16. Distribution de la nosologie en fonction de l'ethnie

La figure ci-dessous (**figure 22**) représente la distribution de la nosologie en fonction de l'ethnie.



$$X^2 = 110,134, p < 0,01$$

**Figure 22 : Distribution de la nosologie en fonction de l'ethnie (N=1456)**

Les troubles psychotiques étaient les pathologies mentales les plus représentées quelle que soit l'ethnie.

**TROISIEME PARTIE :  
DISCUSSION**

## **I. ETUDE DESCRIPTIVE**

### **I.1. Aspects sociodémographiques**

La moyenne d'âge des consultants était de 35,1 ans  $\pm$  18,8 et la médiane se situait à 31 ans. Les patients de moins de 31 ans représentaient 22,2% de La population de notre étude.

Les consultants étaient relativement jeunes, ce qui concorde avec les données des études réalisées à Ziguinchor [2, 61], et à Thiaroye [1]. Cette forte représentativité des jeunes a été retrouvée au niveau international [62]. La tranche d'âge la plus représentée était de [31-45 ans] et représentait 39,3% de l'effectif total. Cette tranche d'âge est au-dessus de celle prévalente dans une étude récente, effectuée à Louga [60] qui était de [15-29 ans]. En somme ces données montrent que les troubles mentaux sont plus fréquents chez les sujets jeunes.

Selon le genre, les femmes (52,7%) sont les plus touchées par les troubles mentaux contre 47,3% chez les hommes.

**Karambé et al.** [63] avaient rapporté une légère prédominance féminine au Mali. Une étude menée par **Sarr** [64] au CHNU de Fann ainsi que celle d'**Allonier** [65] qui s'est déroulée à Paris avait également trouvé une prédominance féminine.

Au Canada, la prévalence générale de la maladie mentale selon le genre était à peu près la même [66]. Contrairement aux données des études africaines moins récentes [67, 68, 69] où La prédominance masculine était nette. Cette dernière tend à se renverser. Les femmes ont de plus en plus recours aux soins.

Selon l'ethnie La majorité des consultants était d'ethnie diola (28,6%), l'ethnie Al pular suivait (25,5%) et celle mandingue (17,6%). Cela s'explique par le fait que mis à part l'ethnie Al pular qui représente 24% de la population totale du Sénégal, ces ethnies sont essentiellement présentes au sud du Sénégal, dans la région naturelle de la Casamance. [70]

Selon la provenance géographique, Plus de la moitié des consultants venaient de la région de Ziguinchor, soit 54,1% suivi de ceux provenant de Sédhiou (15,9%) et de Kolda (7,7%), les consultants provenant des pays limitrophes constituaient une part non négligeable de l'effectif (Guinée Bissau 9,3% et Gambie 7,6%). Ces données concordent avec celles retrouvées par l'étude de **Diakhaté** réalisée au CPEB/Z [2].

Ceci serait lié à l'accessibilité du service mais aussi à la proximité par rapport à leur lieu de résidence. L'absence de service de psychiatrie dans les régions de Kolda et Sédhiou, ainsi que les consultations mensuelles effectuées au Centre Hospitalier Régional de Sédhiou justifient ces résultats. La proximité avec les frontières de la Gambie et de la Guinée Bissau et l'existence de liens de parenté entre les populations vivant dans l'espace géographique regroupant la Casamance, la Gambie et une partie de la Guinée Bissau expliquent en grande partie le pourcentage considérable des étrangers dans les consultations du CPEB/Z. En outre, certaines personnes satisfaites de leur suivi, recommandent le service à leurs proches qui habitent ailleurs.

Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées dans notre étude. Les couches sociales défavorisées étaient les plus touchées avec 47,9% de consultants sans emploi. Nos résultats sont en accord avec ceux de **Bâ** qui avait recueilli 50% de patients sans emploi aux consultations externes. [71]

Des études plus récentes montrent une plus grande prévalence des troubles mentaux au-delà de 60% chez les sans-emplois. C'est le cas de **Lindsey** à Fann, [72], de **Barrimi** à Fès [73] et de **Seck** à Louga [60].

Les raisons peuvent être liées au manque d'emploi, à l'absence de formation des patients et au génie évolutif de certaines maladies mentales qui entraînent une désinsertion socio-professionnelle progressive du sujet atteint. Les malades mentaux rencontrent également d'énormes difficultés à trouver un emploi du fait de la discrimination et de la stigmatisation.

Dans notre étude, 63,5% des consultants étaient instruits, ces données concordent avec celles de **Amoussa [61]**. Ce taux est largement inférieur à celui retrouvé dans l'étude de **Lindsey [72]** qui s'était déroulée dans la capitale. Seul 6,9% des consultants poursuivaient leurs études jusqu'au cycle secondaire, ces données sont proches des résultats de l'étude de **Seck [60]** qui avait retrouvé 9,5%.

Le manque de moyens ainsi que la maladie mentale semblent constituer un frein à la poursuite des études.

Enfin la situation matrimoniale des consultants nous a semblé significative : près de la moitié de l'effectif soit 46,2% était célibataire contre 35% de mariés, cette prédominance est en accord avec l'étude de **Seck [60]** avec 45,73% de célibataires.

Il ressort également des études réalisées au Sénégal et dans d'autres pays d'Afrique que la pathologie mentale touche beaucoup plus les célibataires. Des taux de 68% ont été rapportés par **Diakhaté [2]** à Ziguinchor ; 57,4% avaient été avancé par **Tognon [74]** au Bénin, de même **Mbassa [62]** au Cameroun avait trouvé une fréquence de 65,15%.

## **I.2. Aspects cliniques**

Dans notre étude, il s'avère que 82,3% des patients avaient été amenés à la consultation sur décision de leurs proches, contre 8,4% qui venaient consulter d'eux même. Ces résultats sont en accord avec ceux de **Lindsey [72]**, contrairement aux résultats de l'étude de **Norroy et al. [75]** effectuée aux urgences psychiatriques de Nancy qui révélaient que dans leur contexte, plus de la moitié, soit 52,4% étaient amenés par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ou les sapeurs-pompiers contre 15,12% amenés par l'entourage. Ces résultats témoignent du poids de la famille dans la vie du malade mental dans notre contexte.

Les principaux motifs de consultation recueillis dans notre étude étaient l'agitation avec ou sans (hétéro) agressivité, l'incohérence verbale, les crises convulsives et les plaintes somatiques multiples. Tandis qu'à Thiaroye, d'après l'étude de **Sarr [64]**, les motifs les plus fréquents étaient comportements dangereux (agitation, risque de passage à l'acte), trouble à l'ordre public et/ou errance et refus de soins.

Près de la moitié des patients (46,4%) ont consulté pour la première fois au minimum un an après le début des troubles, seul 11,3% des patients ont consulté dans la première semaine après le début des troubles. Ces données sont en accord avec celles retrouvées par **Amoussa [61]** à Ziguinchor, chez qui la majorité (31,05%) des patients consultait pour la première fois entre 1 à 5 ans après le début des troubles. Cette tendance avait également été retrouvée chez les travaux de **Din** au Mali [76]. Ce retard de la première consultation peut s'expliquer par la crainte de l'entourage de la stigmatisation dont sont victimes les malades mentaux mais également de l'errance thérapeutique du fait d'une tentative de prise en charge traditionnelle qui est de première intention chez les populations du sud du Sénégal. [2]

Près du tiers, 29,4% des consultants de notre étude avaient des antécédents personnels et/ou familiaux de pathologies psychiatriques. Un taux similaire a été retrouvé dans l'étude de **Loucar [77]**, soit 32,14%. Ce taux est largement inférieur à celui retrouvé par **Sarr [64]**, soit 87,5%. La notion d'hérédité des troubles mentaux pourrait dans une certaine mesure contribuer à l'explication de ce pourcentage.

La consommation de substances psychoactives a été retrouvée chez 12,6% des consultants, la drogue la plus consommée restait le cannabis (48,9%) ; suivi de l'association alcool/cannabis (27,7%) et l'alcool seul représentait 21,2% des consommations. Un taux assez proche, soit 14,77% a été retrouvé dans l'étude de **Amoussa [61]**. Un taux légèrement à la hausse de 17% a été retrouvé dans les travaux de **Sarr [64]** à Thiaroye et de **Diakhaté [2]** à Ziguinchor.

Ces résultats pourraient s'expliquer du fait que la Casamance est une région productrice de cannabis [78]

Dans notre travail, les diagnostics les plus fréquemment posés ont été : les troubles psychotiques (40,9%), les troubles neuropsychiatriques (27,8%), les troubles névrotiques (14,8%), les addictions (7,1%) et les troubles de l'humeur (4,2%). Cette prédominance des troubles psychotiques est en accord avec les travaux de **Sarr [64]** à Thiaroye, selon l'OMS les troubles neuropsychiatriques sont à l'origine de 17,6 % de toutes les Années de Vie corrigées de l'Incapacité en Afrique (AVCI). [3]

Cette forte prévalence des pathologies mentales s'explique par le fait que notre étude a été effectuée en milieu hospitalier et non dans la population générale. Les données de la littérature internationale font état d'une prévalence des troubles psychotiques de 1% en population générale [47], de 1,2% pour les troubles bipolaire, un taux médian de 3% pour la dépression [48] et une prévalence des troubles névrotiques de 12,6% selon l'étude de **Epidemiologic Catchment Area (ECA)**. [45]

## **II. ETUDE ANALYTIQUE**

### **II.1. Croisement des variables sociodémographiques en fonction de la prise de substance psychoactive**

Notre population d'étude était composée d'une majorité de femmes mais les hommes étaient nettement plus représentés chez les consommateurs de SPA, ils étaient 37,65 fois plus exposés à la prise de SPA que les femmes. Chez les consommateurs de SPA, la moyenne d'âge à la première consultation était de 33,01 ans  $\pm$ 11,99. L'instruction était associée à la prise de SPA et y exposait 5,08 fois. Les cultivateurs/éleveurs, les travailleurs du secteur informel et les salariés étaient plus exposés à la prise de SPA. Le mariage et le fait de vivre au Sénégal étaient des facteurs protecteurs.

Nos données sont en rapport avec celle d'une étude menée au centre médical Marmottan (CMM) en France dans un centre d'addictologie [79] où l'échantillon était composé : d'une majorité d'hommes (79 %), dont la moyenne d'âge à la première consultation au CMM était de 36,5 ans, la moitié était célibataire. L'OMS dans son rapport sur la santé mentale ajoutait que l'usage de substances illicites est une activité essentiellement masculine et concerne plus les jeunes. Cette tendance est également retrouvée dans plusieurs études [2, 80, 81]. **Daouk et Masse** affirmaient que l'addiction est la conséquence d'une rencontre sur un terrain particulier, des situations déclenchantes et un produit. Elle permet de « compenser » le sentiment d'incomplétude. [82]

Au total, les liens entre les différentes données de notre étude peuvent être retenus. En effet, dans notre contexte, la précarité des conditions de vie, le stress de la situation professionnelle, la fragilité de la personnalité à un certain âge, les difficultés individuelles, les pressions sociales [83] ainsi et surtout la disponibilité du produit toxique notamment l'accessibilité du cannabis contribuent à l'explication de la prévalence de la consommation de SPA chez les malades.

## **II.2. Distribution des variables sociodémographiques en fonction de la nosologie.**

Les différentes pathologies rencontrées dans notre étude étaient dominées par les troubles psychotiques, suivis par les troubles neuropsychiatriques, les troubles névrotiques, les addictions et les troubles de l'humeur. La prédominance des célibataires était nette dans toutes les pathologies mentales sauf pour les troubles de l'humeur où les mariés étaient plus représentés.

En dehors des addictions, les femmes étaient majoritaires dans toutes les pathologies. Cette prédominance était plus marquée pour les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques.

Nos résultats sont en accord avec plusieurs travaux, la prédominance des célibataires dans les troubles mentaux a déjà été signalée dans divers travaux [84, 85, 86], de même que la prédominance des femmes pour les troubles de l'humeur (notamment la dépression) et les troubles névrotiques, celle des hommes pour les conduites addictives, cette tendance a déjà été décrite par **Thiam** [87] et d'autres auteurs [84, 88]. **Lovell** [89] attribuait « une fragilité psychologique aux femmes », et affirmait que les femmes auraient plutôt tendance à souffrir de troubles « internalisés » (affectifs ou anxieux) tandis que les hommes seraient plus touchés par les troubles « extériorisés » (de la personnalité et des conduites addictives). **Rouillon** ajouta que : « les troubles névrotiques et anxieux concernent deux fois plus les femmes que les hommes, plutôt les sujets jeunes d'âge moyen, vivant seul(e) et appartenant plutôt aux classes sociales les moins favorisées » [47].

Les célibataires étaient majoritaires dans toutes les pathologies citées dans notre étude à l'exception des troubles de l'humeur où les mariés prédominaient (notamment pour la dépression), ces résultats sont confortés par les travaux de **Fall** et **Bague** [54, 81]. Dans les travaux de **Bague** 63,7% des sujets déprimés étaient mariés. **Karfo** [90] avait trouvé des résultats similaires au Burkina, les femmes mariées représentaient 55,3% de l'échantillon. Ces résultats diffèrent des conclusions de certaines études qui ont trouvées que les personnes vivants seules c'est-à-dire séparées, divorcées ou veuves présentaient plus d'épisodes dépressif [91, 92].

D'une manière générale, la quasi-totalité des enquêtes concernant les troubles dépressifs montre que leur prévalence est une fois et demie à deux fois plus élevée chez les femmes [93, 94].

Le pourcentage élevé des femmes mariées parmi les consultants qui ont des troubles de l'humeur peut s'expliquer par la part des déprimés.

En effet le pourcentage élevé des déprimés parmi les femmes mariées peut être le résultat des conflits conjugaux, les conditions difficiles et les exigences du mariage chez la femme africaine dans un contexte socioculturel qui invite la femme à rester endurente dans sa vie de couple, assumer les souffrances et les privations pour en récolter le bénéfice au travers de la réussite de sa progéniture. En dehors des addictions et des troubles de l'humeur où les [0-15 ans] étaient absents dans notre étude, les pathologies mentales touchaient toutes les tranches d'âges. Les âges extrêmes étaient plus représentés dans les troubles neuropsychiatriques. La même tendance a été relevé dans l'étude de **Diakhaté [2]** où le diagnostic de psychose maniaco-dépressive était absent des âges extrêmes (moins de 15 et plus de 55ans) ; **Fall K. [81]** dans son étude chez des déprimés à Thiaroye avait retrouvé une population d'étude avec des âges extrêmes allant de 17 à 72 ans. Rappelons que dans notre étude, les âges extrêmes étaient moins de 15 ans et plus de 75 ans. Contrairement aux résultats de **Camara et Ka [95]** qui avaient trouvé une prévalence de 57% de la dépression au niveau du service de psychogériatrie, de même que les résultats de **Thiam et al. [96]**.

Nous pouvons en conclure la survenue habituellement tardive des troubles de l'humeur. L'étude de **Bellivier et al.** , reproduite par plusieurs équipes internationales, a précisé les âges de début des troubles de l'humeur avec des pics : à 25 et 40 ans. **[97]** et le fait que les pathologies mentales touchent les personnes de tous les âges. **[3]**

# **CONCLUSION**

Depuis l'introduction de la psychiatrie, en tant que discipline médicale au Sénégal jusqu'au lendemain des indépendances les rares structures psychiatriques qui existaient se situaient dans la capitale. Cependant, les patients venaient de toutes les régions du pays. Ainsi naquirent les villages psychiatriques dans le souci de prendre en charge le malade mental dans son environnement social mais également de « décharger » les services de psychiatrie de la capitale. Ce fut le cas du village psychiatrique de Kénia qui a ouvert en 1974 et qui fut réhabilité en 2006 en tant que centre psychiatrique.

Il est la seule structure psychiatrique qui couvre toute la partie sud-ouest du pays. Au Sénégal, nous ne disposons pas d'assez de données, d'études, concernant la santé mentale, surtout en milieu décentralisé.

Ainsi, les objectifs de ce travail ont été de dresser le profil épidémiologique des patients suivis au CPEB/Z et de faire une étude descriptive et analytique des différents aspects sociodémographiques et cliniques des troubles mentaux et des troubles du comportement chez les patients reçus dans le centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons réalisé une étude transversale couvrant la période allant du 01 Janvier au 31 Décembre de l'année 2019 au Centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor. Le registre de consultations et les fiches de suivi des patients nous ont permis de renseigner notre base de recueil de données. La saisie des données a été effectuée sur tableur Excel (version 2013) et leur analyse a été réalisée avec le logiciel Epi Info version 7. Au total 1456 patients ont été répertoriés.

La population d'étude était composée d'une majorité de femmes (52,7%), la moyenne d'âge des patients était de 35,1 ans  $\pm$  18,8. Les ethnies les plus représentées étaient celle Diola (28,6%), suivie par celles Al pular et Mandingues qui représentaient respectivement 25,5% et 17,6% de l'effectif.

Les patients provenaient essentiellement des régions de Ziguinchor (54,1%), Sédhiou (15,9%) et des pays limitrophes notamment la Guinée Bissau et la Gambie avec respectivement 9,3% et 7,6%. Les sans-emploi représentaient près de la moitié de l'échantillon avec un pourcentage de 47,9, suivis par la catégorie élève/ étudiants qui représentait 20% de l'effectif. 27,1% des consultants avaient été scolarisés jusqu'au niveau secondaire. Les célibataires étaient majoritaires et représentaient 46,2 % de l'effectif.

29,4% des patients ayant consulté avaient des antécédents personnels et/ou familiaux psychiatriques. Les consommateurs de substances psychoactives représentaient 12,6% des consultants. La drogue la plus consommée par les patients restait le cannabis avec 48,9% des consommations. Près de la moitié (46,4%) des patients ont consulté au minimum un an après le début des troubles, amenés par leurs proches dans 82,3% des cas. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient : une agitation dans 21,6% des cas, une incohérence verbale dans 18,8% des cas et des crises convulsives dans 17% des cas. Les diagnostics fréquemment rencontrés étaient par ordre décroissant : les troubles psychotiques (40,9%), suivis par les troubles neuropsychiatriques (27,8%), les troubles névrotiques (14,8%), les addictions (7,1%) et les troubles de l'humeur (4,2%).

Les addictions constituaient le seul groupe nosologique où les hommes étaient nettement plus représentés, ils étaient 37,65 fois plus exposés à la prise de substance psychoactive que les femmes.

Chez les consommateurs de substance psychoactive, la moyenne d'âge à la première consultation au CPEB/Z était de 33,01 ans  $\pm$ 11,99. La tranche d'âge des [16-30 ans] était 1,86 fois plus exposée à la consommation de substance psychoactives que les autres.

L'instruction était associée à la prise de SPA et y exposait 5,08 fois.

Le fait d'être marié était lié au retard de consultation et y exposait 1,83 fois.

Le mariage et le fait de vivre au Sénégal étaient des facteurs protecteurs pour la prise de substances psychoactives et y protégeaient respectivement 2,38 et 2,27 fois.

Les patients qui avaient des antécédents personnels et/ou familiaux de pathologies psychiatriques étaient 1,75 fois moins exposés au retard de consultation.

Les femmes étaient majoritaires dans toutes les pathologies en dehors des addictions. Cette prédominance féminine était plus marquée dans les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques.

En dehors des addictions et des troubles de l'humeur où les [0-15 ans] étaient absents, les pathologies mentales touchaient toutes les tranches d'âges.

Les patients non instruits étaient plus touchés par les troubles psychotiques et les troubles neuropsychiatriques. Ceux qui ont été instruits quant à eux, développaient plus des troubles névrotiques, des troubles de l'humeur et des conduites addictives.

En dehors des troubles de l'humeur où les mariés étaient plus représentés, la prédominance des célibataires était nette dans toutes les pathologies mentales.

A l'issue de ce travail nous constatons que le profil épidémiologique du sujet atteint de troubles mentaux dans notre étude est en règle général de genre féminin, jeune, célibataire, sans emploi n'ayant pas poursuivi ses études.

En définitive, notre étude nous permet de formuler les recommandations suivantes :

Recommandations à l'endroit de	Court terme	Moyen terme	Long terme
La communauté	<p>1- Dénoncer toute activité/vente illégale de substances psychoactives.</p> <p>2- Sensibiliser les jeunes sur les méfaits des drogues</p>	1- Sensibiliser dans les écoles, les « daara » et « les espaces jeunes » sur les méfaits de la drogue.	1- Mettre sur place des associations d'aides aux personnes « addictes ».
Du centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor		1- Mener des études épidémiologiques plus approfondies (analytiques et évaluatives).	<p>1- Organiser des ateliers de formation à des métiers pour les malades mentaux.</p> <p>2- Construire de locaux adaptés pour les patients « agités »</p>
L'unité de formation et de recherche en sciences de la santé	1- Mener des campagnes de sensibilisation sur les pathologies mentales.	1- Elaborer et administrer des questionnaires de dépistage pour les pathologies mentales à l'Université Assane Seck de Ziguinchor à chaque rentrée	1- Ouvrir un Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de psychiatrie
La région médicale de Ziguinchor		1- Mener des campagnes de sensibilisation sur les pathologies mentales dans les écoles.	1- Construire un centre de prise en charge intégrée des addictions à Ziguinchor.
La division de la santé mentale du Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal		1- Commanditer des études épidémiologiques plus approfondies (évaluatives et analytiques) dans les structures de soins psychiatriques.	1- Créer des centres de formation pour la réinsertion professionnelle des malades mentaux à Ziguinchor.

		<p>2- Commanditer des études épidémiologiques psychiatriques dans la population générale.</p>	<p>2- Former les enseignants et maîtres coraniques de la région à reconnaître les symptômes précoces des pathologies mentales.</p> <p>3- Organiser des campagnes de sensibilisation au niveau des zones frontalières de Ziguinchor sur les méfaits de la drogue.</p> <p>4- Former et affecter des relais communautaires sur la santé mentale au niveau des postes de santé de la région de Ziguinchor</p>
--	--	---	---

**REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

**1. Sarr O. (2009)**

Les internements provisoires au centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye : évaluation sur cinq ans.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n°33

**2. Diakhaté A. (2015)**

Bilan des hospitalisations au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor : Approche épidémiologique et sociodémographique des pathologies les plus fréquentes.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n°53

**3. Organisation mondiale de la santé (2001)**

Rapport sur la santé mentale dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS

**4. Collignon R. (1978)**

« Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar »

In *psychopathologie africaine*, XIV, 2-3, pp. 133-324

**5. Conférence internationale de la santé (1946)**

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

Consultée le 14 juillet 2020

**6. Organisation mondiale de la santé (2020)**

Dépression. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Consultée le 15 juillet 2020

**7. Organisation mondiale de la santé (2019)**

Troubles mentaux. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Consultée le 15 Juillet 2020

**8. Organisation mondiale de la santé (2019)**

Schizophrénie. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

Consultée le 15 Juillet 2020

**9. Organisation mondiale de la santé (2019)**

Démence. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Consultée le 15 Juillet 2020

**10. Organisation mondiale de la santé (2019)**

Trouble du spectre autistique. [En ligne] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Consultée le 15 Juillet 2020

**11. Organisation mondiale de la santé (2018)**

Epilepsie. [En ligne]

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>. Consultée le 15 Juillet 2020

**12. Pelicier, Y. (1994)**

Histoire de la psychiatrie : que sais-je ?

Paris : Presses Universitaires de France : 98

**13. Patris, M. (2001)**

« Psychiatrie et justice : quel avenir pour ce couple infernal ? »

*ERES, XIII, 2*

**14. Morel, P. Quétel, C. (1985)**

Les médecines de la folie

Paris : Hachette

**15. Hochmann, J. (1994)**

La consolation

Paris : Odile Jacob

**16. Foucault, M. (1976)**

Histoire de la folie à l'âge classique

Paris : Gallimard

**17. Lemay, M. (2009)**

Le passage à l'acte

Paris : Masson

**18. Ducourthial G. (2007)**

Recueil de recettes pour remèdes et autres secrets : un manuscrit inédit du XVIII<sup>e</sup> siècle.

Paris : Belin

**19. Benaissi, A. (2001)**

Réflexions sur les lois du 30 juin 1838 au 27 juin 1990 régissant l'internement psychiatrique.

Mémoire pour le CES de psychiatrie, Dakar, p. 74

**20. Collignon, R. (2006)**

« La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. La santé mentale dans le rapport nord-sud. »

*Tiers-Monde*, XLVII, 187 :p527-526

**21. Diouf M., Mbodj M. (1997)**

: « L'administration coloniale du Sénégal et la question de l'aliénation mentale »  
*In la folie au Sénégal*, Association des Chercheurs Sénégalais, CODESRIA, p.22.

**22- Collignon R. (1997)**

« Folie et ordre colonial, les difficultés de mise en place d'une assistance psychiatrique au Sénégal et en AOF »

In, *AOF : réalité et héritages, sociétés ouest africaines et ordre colonial 1895-160*, tome 2, Dakar, DAS, p. 1152

**23. Cazanove F. (1928)**

«Note sur l'assistance des aliénés européens en Afrique Occidentale Française»  
*In bulletin de la société de pathologies exotiques XXI*, 5. pp 335

**24. Cazanove F. (1928)**

op. cit. , p. 337

**25. Diouf M., Mbodj M. (1997)**

Op. cit. , pp. 28

**26. Cazanove F. (1927)**

« Compte rendu des travaux du Congrès... Bruxelles »  
*Med. Pharm colo.* , 25, p. 338-363

**27. Cazanove F. (1927)**

« Mémento de psychiatrie coloniale africaine »  
*Bull. Comité Et. Hist scient. AOF*, p. 133-177

**28. *Journal Officiel de l'AOF***, n 11783, p. 860-862

**29. Diop A. (2016)**

Aliénés et asiles en AOF et au Sénégal de 1895 aux années 1990

Mémoire de master département d'histoire Université Cheikh Anta Diop

**30. Diongue L. (2001)**

Bilan de six ans de fonctionnement du dispositif itinérant d'assistance aux malades mentaux à Mbour (juin 1995- juin 2001)

Thèse doct. médecine Université Cheikh Anta Diop n° 52

**31. Collignon R. (1983)**

« A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire, les dispositifs villageois d'assistance, élément pour un dossier »  
*In psychopathologie africaine, XIX, 3, pp. 300*

**32. Diop B., Dores M. (1961)**

« L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique »  
*Perspectives Psy. 59 : 359-68*

**33. Collignon R. (1976)**

« Quelques propositions pour une histoire de la psychiatrie au Sénégal »  
*Psychopathologie africaine, XII, 2 : 245-73*

**34. Osof P., Collignon R., Sylla O. (1977)**

« Thiaroye ou les avatars d'une institution. »  
*Psychologie Africaine. XIII, 1, p. 81-111.*

**35. Journal officiel rs, n° 4436, 25 septembre 1971**

**36. Arrêté 10878 DU 26 aout 1971, JORS , n°4186, 25 septembre 1971**

**37. Sylla A (1998)**

Historique des structures de soins de santé mentale au Sénégal et étude d'un modèle décentralisé : le centre « Dalal Xel » de Thiès,  
Dakar, UCAD- Fac med mémoire CES

**38. Ba M., Sylla O. (1997)**

« Eléments de réflexion sur les perspectives d'avenir de la psychiatrie au Sénégal »  
In : D'Alméida et al. (eds). *La folie au Sénégal*. Dakar : ACS :305-23

**39. Sarr D., Gueye M. (1994)**

« L'école d'ethnopsychiatrie de Fann : mythe ou réalité ? »  
*SYNAPSE, 108 : 33-40*

**40. Sy A. (2009)**

Profil épidémiologique des usagers de cannabis en milieu psychiatrique sénégalais.  
Thèse Doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n°112 :97

**41. Regier D. A., et al. (1988)**

« One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic catchment Area sites »

*Arch gen. psychiatry*, 45,11 : 977-86

**42. Wells K, et al. (1989)**

« Functional status and well-being of patients with chronic conditions : results from the Medical Outcomes Study »

*Journal of the American Medical Association*, 262, 7 : 907-913

**43. Almeida-Filho, et al. (1997)**

« Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity : methodological features and prevalence estimates »

*The British journal of psychiatry*, 171, 524

**44. Kessler C., et al. (1994)**

«Life time and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in US. Results from the National Comorbidity Survey. »

*Arch Gen Psychiatry*, 51: 8–19.

**45. Regier D .A., Kaelber CT. (1995)**

« The Epidemiological Catchment Area (ECA) Program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology »

*In psychiatric epidemiology*, New York : John Wiley and Sons Inc.1995. p. 35–155.

**46. Roger C., et al (1988)**

« Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton »

*Acta Psychiatrica Scandinavica* LXVII, 338 :24-32

**47. Rouillon, F. (2008)**

« Epidémiologie des troubles psychiatriques »

*Annales médico-psychologiques*, revue psychiatrique, CLXVI, 1 :63-70

**48. Rouillon F. (2009)**

« Epidémiologie du trouble bipolaire. »

*Annales médico-psychologiques*, revue psychiatrique, CLXVII, 793-795

**49. Angst J., et al. (2003)**

« A redefinition of subthreshold bipolarity disorders and hypomania »

*Journal Affect Disord*, 73, 133-146

**50. Prieto N., Rouillon F. (2005)**

« Importance de l'enjeu en terme épidémiologique. »

Rapport de Psychiatrie. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Paris: Masson

**51. Rouillon F. (2004)**

« Long term treatment of generalized anxiety disorder. »

Eur Psychiatry 2004, 19: 96–101.

**52. Organisation mondiale de la santé (2019)**

Message de la Dr Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale 2019. [En ligne]

<https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/message-de-la-dre-matshidiso-moeti-directrice-regionale-de-2> consultée le 10/08/20

**53. Organisation mondiale de la santé (2018)**

Message du Dr Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale célébrée le 10 octobre 2018. [En ligne]

<https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/message-du-dr-matshidiso-moeti-directrice-regionale-de-loms-9> consultée le 10/08/20

**54. Bague B. (2013)**

Aspects cliniques et épidémiologiques de la dépression au centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye.

Thèse Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar N° 201 : 61

**55. Seck A.M., Sarr D. (1997)**

« Approche thérapeutique de la folie au Sénégal »,

*in la folie au Sénégal*, Association des Chercheurs Sénégalais, Dakar, CODESRIA, pp. 264.

**56- Zempleni A. (1968)**

L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolofs et les lébous (Sénégal)

Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle en psychologie-université de Paris-faculté de lettres et sciences humaines. pp.543

**57. Seck A.M., Sarr D. (1997)**

op. cit., pp.265.

**58. Collomb H. (1997)**

« L'art des guérisseurs de l'Afrique noire »  
*in Congres of mental health, Vancouver, p. 5-6.*

**59. Collomb H. (1971)**

Agressivité et individualisation.

*In Excerpta Medica International Congres, Séries n 274 World Congress of Psychiatry, Mexico,*

**60. Seck P. S. (2020)**

Epidémiologie des troubles mentaux au service de psychiatrie au centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga : étude de 796 cas sur une période de six mois.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n°13

**61. Amoussa M. (2005)**

Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la schizophrénie au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n° 103

**62. Mbassa M. D., et Al. (2010)**

« Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des psychoses aiguës au Cameroun ».

*Perspectives Psy*, 49, 3: 213-9

**63. Karambe M et coll. (2010)**

Manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH. *Mali Médical*, XXV, 4 : 32-35

**64. Sarr MLWT. (2010)**

Fréquence des troubles psychiques chez les personnes vivants avec le VIH/SIDA et les facteurs de risque associés : étude longitudinale auprès de cinquante patientes du centre de traitement ambulatoire du CHNU de Fann.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop

**65. Allonier C., Dourgnon P. (2010)**

Enquête sur la santé et la protection sociale à Paris.

Rapport IRDES

**66. Rapport d'appréciation de performance du système de santé et des services sociaux (2012)**

[en ligne] <http://racorsm.com/le-rapport-dappreciation-du-commissaire-la-sante-et-au-bien-etre-pour-plus-dequite-et-de-resultats> consulté le 22/08/20

**67. Collomb H. , Zwingelstein J. (1965)**

« Les états dépressifs en milieu Africain »  
L'inf. Psy VI, 6 : 515-528

**68. Seck A.M., Sarr D. (1997)**

Approche thérapeutique de la folie au Sénégal  
In : D'almeida et al. (eds) la folie au Sénégal, Association des Chercheurs Sénégalais, Dakar, 273-276.

**69. Niang Y. (2001)**

Dix années d'hospitalisation à la clinique Moussa Diop, Aspects épidémiologiques.  
Mémoire pour le C.E.S de psychiatrie Dakar n°44

**70. La population du Sénégal en 2020**

[En ligne] <http://www.zakweli.com/population-senegal> consulté le 22/08/2020

**71. Ba I. (2000)**

Les urgences psychiatriques et leur prise en charge au service du CHU de Fann  
Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n° 3

**72. Lindsay MBP. (2011)**

Evaluation du fonctionnement de la garde en psychiatrie au CHNU de Fann après une année d'activité.  
Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. No 163 :50

**73. Barrimi M. (2013)**

La psychiatrie de liaison au CHU Hassan II de Fès: étude transversal de 36 mois  
Mémoire pour le C.E.S de psychiatrie Université Sidi Mohammed Ben Abdallah Fès

**74. Tognon F.T (2009)**

La schizophrénie au centre hospitalier départemental de Borgori : Aspects épidémiologiques et pronostiques.  
1<sup>er</sup> congrès de neurosciences de Bamako du 15-16-17-18 Novembre 2009.

**75. Norroy B., Pichene C., Pinette C. (1993)**

Bilan de l'activité de l'unité d'accueil des urgences à l'hôpital général de Nancy.  
*Psychologie médicale*, XXV, 6 : 529-532

**76. Din O. (2010)**

Approche épidémiologique de la schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du point G.

Thèse doctorat Med. Faculté de médecine de Bamako

**77. Loucar S. (2016)**

Un an de psychiatrie de liaison au service des maladies infectieuses de Fann

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n°31

**78. Marut J.C. (2010)**

Le conflit de la Casamance. Ce que disent les armes

Paris, Karthala : 150-55

**79. Brenon E., Lebreton J. (2013)**

Quelle hospitalité pour la folie en addictologie ?

*Psychotrope*, I, 19 :81-102

**80. Fall L. (2008)**

Evaluation de six mois d'activités de consultations d'une structure psychiatrique au Sénégal : Le pavillon des consultations externes du Centre Hospitalier National psychiatrique de Thiaroye.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. n°87 :97

**81. Fall K. (2010)**

Etude transversale de 2392 hospitalisations à la clinique psychiatrique Moussa Diop du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann sur une période de 05 ans.

Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. n°168

**82. Daouk O., Masse G. (2002)**

« Psychologie et handicap Addictions-Nouvelles addictions-Troubles addictifs »

*J. Readopt. Med.*, XXII,4 :131

**83. Bailly D., Bailly-Lambi I. (1999)**

Consommation de substances et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent ; données épidémiologiques et stratégies de prévention

Encyclo Med. Chir, Paris, Elsevier, Pédiatrie, IV-103

**84. Lemperiere T., Feline A., Gutman A., Ades j., Pilate C. (1996)**

Psychiatrie de l'adulte

Paris, Masson, p414

**85. Ailam L., Rchidi M., Tortelli A., Skurnik N. (2009)**

« Le processus de désinstitutionnalisation »

*Annales médico-psychologiques*, CLXVII, 6 : 455-58

**86. Yao Y., Yeo-tenena Y., Assi-sedji C., Tetchi E., Ngongi P., Delafosse R. (2009)**

« Itinéraire thérapeutique des schizophrènes à Abidjan »

*L'information psychiatrique*, LXXXV, 5 :461-69

**87. Thiam M.H. (1996)**

L'hystérie au Sénégal, à propos de 121 cas suivis à la clinique psychiatrique du CHU de Fann

Thèse Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar N°32

**88. Weis I. (2007)**

Assistance psychiatrique au Sénégal

Mémoire pour le C.E.S de psychiatrie Dakar Université Cheikh Anta Diop

**89. Lovell A.M. (2007)**

Sociologie des troubles psychiatriques

In : Guelfi J-D Rouillon F. Manuel de psychiatrie- Elsevier-Masson

**90. Karfo K., Sanou A., Yaogo A., Ouango J.G., Ouedrago A. (2009)**

« Aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez la femme au CHU Yalgado Ouédrago de Ouagadougou, Burkina Faso »

*Perspectives Psy*, VIII, 4, p342-347

**91. Weissman M., Bland R., Canino G., Faravelli C., Greenwald S., Hwu H. et al. (1996)**

« Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder »

*JAMA*. CCLXVI, 4 : 293-299

**92. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K, Rush A. et al. (2003)**

«The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity survey Replication »

(NCR-R). *JAMA*. CCLXXXIX ,23 :3095-105

**93. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H. Et al. (2004)**

Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project  
*Acta psychiatrica Scandinavica*, supplementum, 420: 21-27

**94. Patten S.B., Wang J.L., Beck C.A/, Maxwell C.J. (2005)**

Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic Disease In anada*, XXVI, 4 : p 100

**95. Camara M., Ka O. (2011)**

« La dépression de la personne âgée au Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam Dakar, Sénégal »  
*Psychopathologie africaine*, XXXVI, 1 :3-28

**96. Thiam M. H., Touré K., Faye P.L., Ba A., Ba I., Coumé M. et al. (2011)**

« Evaluation de la prévalence de la dépression chez les sujets âgés au Sénégal : étude préliminaire sur une série de 304 sujets avec l'échelle de Dépression Gériatrique »  
*Psy Cause*, LIX 16-20

**97. Bellivier F., Golmard J.L., Rietschel M., Schulze T.G., Malafosse A., Preisig M. et al. (2003)**

« Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three Subgroups»  
*Am J Psychiatry*, CLX , 5: 999-1001

# **ANNEXES**

**Tableau XII : Répartition des consultants selon la nosologie**

Nosologie	Effectifs	Pourcentage
Bouffée délirante aiguë	379	26,03
Epilepsie	247	16,96
Schizophrénie	172	11,81
Trouble anxiété généralisée	136	9,34
Démence	79	5,43
Migraine	78	5,36
Conversion hystérique	63	4,33
Autre	61	4,19
Addiction cannabis	46	3,16
Dépression	40	2,75
Addiction alcool/cannabis	36	2,47
Addiction a l'alcool	20	1,37
Enurésie	13	0,89
Accès maniaque	11	0,76
Troubles bipolaires épisode maniaque	10	0,69
Confusion mentale	7	0,48
Déficience mentale	7	0,48
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité	5	0,34
Etat de stress aigu	4	0,27
Syndrome parkinsonien	3	0,21
Troubles caractériels	3	0,21
Addiction aux médicaments	2	0,14
Etat de stress post traumatique	2	0,14
Syndrome subjectif des traumatisés crâniens	2	0,14
Abus sexuel	1	0,07
Autisme	1	0,07
Accident vasculaire cérébral ischémique	1	0,07
Conversion somatique	1	0,07
Hémorragie méningée	1	0,07
Méningite	1	0,07
Psychose épileptique	1	0,07
Tableau organique	1	0,07
Trouble du comportement/ déficience mentale sévère	1	0,07
Troubles caractériels	1	0,07
Trouble de la personnalité antisociale	1	0,07
Tumeur cérébrale (méningiome)	1	0,07
Non déterminée	18	1,24
Total	1456	100,0

**Tableau XIII : Répartition des consultants selon le groupe nosologique**

Groupe nosologique		Effectifs	Pourcentage
Addictions	Addiction a l'alcool	20	19,2
	Addiction alcool/cannabis	36	34,6
	Addiction aux médicaments	2	1,9
	Addiction cannabis	46	44,2
	Total	104	100,0
Troubles de l'humeur	Accès maniaque	11	18,0
	Dépression	40	65,6
	Trouble bipolaire épisode maniaque	10	16,4
	Total	61	100,0
Troubles neuropsychiatriques	Démence	79	19,5
	Epilepsie	247	61,0
	Migraine	78	19,3
	Autre	1	0,2
	Total	405	100,0
Troubles névrotiques			
	Conversion hystérique	63	29,3
	Trouble généralisée anxiété	136	63,3
	Autre	16	7,4
	Total	215	100,0
Troubles psychotiques	Bouffée délirante aiguë	379	63,5
	Schizophrénie	172	28,9
	Autre	45	7,6
	Total	595	100,0
Autre	Abus sexuel	1	1,7
	Autisme	1	1,7
	Accident vasculaire cérébral ischémique	1	1,7

Confusion mentale	7	12,1
Conversion somatique	1	1,7
Déficiência mentale	7	12,1
Enurésie	13	22,4
Etat de stress aigu	4	6,9
Etat de stress post traumatique	2	3,4
Hémorragie méningée	1	1,7
Méningite	1	1,7
Psychose épileptique	1	1,7
Syndrome parkinsonien	3	5,2
Syndrome subjectif des traumatisés crâniens	2	3,4
Tableau organique	1	1,7
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité	5	8,6
Trouble du comportement/ déficiência mentale sévère	1	1,7
Troubles caractériels	1	1,7
Trouble de la personnalité antisociale	1	1,7
Troubles caractériels	3	5,2
Tumeur cérébrale (méningiome)	1	1,7
Total	58	100,0

## **Loi n° 75-80 du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés**

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du vendredi 27 juin 1975 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — Le traitement des maladies mentales est suivi en cure libre et en milieu ouvert.

Toutefois, le régime d'internement peut être ordonné par décision de justice lorsque le malade mental a commis une infraction pénale ou que son comportement constitue un danger pour lui-même ou pour la sécurité publique ou qu'il ne suit pas le traitement ordonné.

Art. 2. — Le traitement des maladies mentales en cure libre et en milieu ouvert s'effectue :

1° au sein de la famille du malade ;

2° auprès d'un thérapeute traditionnel autorisé par décision du Ministre chargé de la Santé publique ;

3° dans les établissements de soins ou dans les villages psychiatriques en dépendant ;

4° dans des institutions agréées qui ne peuvent être créées ou ne peuvent poursuivre leur activité, quel que soit leur mode d'action, qu'après autorisation administrative.

Art. 3. — Il est créé auprès de chaque chef-lieu de Région un ou plusieurs villages psychiatriques dépendant de l'hôpital régional et fonctionnant dans les conditions prévues par décret.

Sont déclarés d'utilité publique les opérations nécessaires à l'installation des villages psychiatriques.

Art. 4. — Les établissements de soins et les institutions agréés tiennent un registre mentionnant :

1° l'identité du malade ;

2° le diagnostic justifiant son traitement en cure libre ;

3° le lieu où le malade doit recevoir ses soins ;

4° le résultat des visites mensuelles de contrôle médical.

Des fiches individuelles reproduisent les renseignements consignés sur le registre.

Art. 5. — Le préfet et le procureur de la République sont tenus de visiter chaque semestre les établissements de soins et les institutions agréées de leur ressort et, chaque année, les villages psychiatriques rattachés aux établissements de soins.

À l'occasion de ces visites ils contrôlent et émargent les registres et fiches prévus à l'article précédent.

Art. 6. — Les malades mentaux soignés dans les hôpitaux, centres ou villages psychiatriques ainsi que dans des institutions agréées ne peuvent être contraints d'y résider que durant le temps nécessaire aux soins et consultations périodiques.

En cas d'agitation extrême ou de dépression grave et lorsque le malade se soustrait aux prescriptions médicales, les parents, les personnes vivant habituellement avec lui ou tout agent de la force publique peuvent s'assurer de sa personne et le conduire à l'établissement de soins le plus proche pour y subir les examens et traitements nécessaires.

Art. 7. — Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article premier sont internés dans un établissement spécialisé de type fermé qui sera créé par décret.

L'admission, le séjour, les conditions de sortie ont lieu conformément aux dispositions ci-après de la présente loi.

Art. 8. — Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article premier, en provenance de toutes les régions du Sénégal, sont internés provisoirement dans l'infirmerie spéciale dépendant de l'établissement de type fermé visé à l'article 7, où ils sont conduits par les autorités médicales et de police ou de gendarmerie sur ordre écrit et motivé du préfet du lieu où ils sont été appréhendés.

Lorsque le malade mental a commis une infraction pénale, le préfet est saisi par les autorités judiciaires.

Art. 9. — Le procureur de la République du lieu d'installation de l'établissement est immédiatement avisé du transfèrement et de l'internement provisoire du malade mental. Les pièces officielles concernant ce dernier lui sont transmises sans délai.

Il saisit par requête motivée le président du tribunal de première instance qui statue dans le délai maximum de quinze jours, en chambre du conseil, sur la nécessité de l'internement du malade dans l'établissement de type fermé.

La décision judiciaire est motivée en relevant soit l'infraction pénale, soit les faits et conclusions des rapports de police ou de gendarmerie et des certificats médicaux établissant que le malade mental présente un danger pour lui-même ou pour autrui ou qu'il est réfractaire aux soins.

Elle est exécutoire par provision.

Art. 10. — Le magistrat saisi se déplace à l'infirmerie spéciale et voit l'intéressé avant de se prononcer sur les mesures demandées.

Art. 11. — Si la décision d'internement n'est pas intervenue dans les quinze jours du dépôt à l'infirmerie spéciale ou si le tribunal n'a pas prononcé la mesure d'internement requise, les chefs, directeur ou préposé responsable sont tenus, sous peine d'être poursuivis conformément aux dispositions de l'article 16 ci-après, de conduire le malade mental interné provisoirement à l'établissement de soins le plus proche pour y recevoir en cure libre les soins appropriés à son état.

Art. 12. — Dès que la décision du tribunal ordonnant l'internement est parvenue au secrétariat de l'infirmerie, le malade mental doit immédiatement quitter cette formation pour être interné dans l'établissement spécial de type fermé.

Art. 13. — Si le malade mental interné paraît pouvoir se conformer aux exigences de la cure libre prescrite par le médecin traitant ou estimée suffisante par l'expert éventuellement désigné, le médecin-chef de l'établissement de type fermé, toute personne intéressée ou le procureur de la

République peut demander au tribunal qui a statué d'ordonner, après vérifications, soit la sortie à l'essai du malade, soit sa sortie immédiate en interdisant qu'il soit à nouveau contraint à l'internement sans nouvelle procédure judiciaire.

La décision est rendue sur simple requête, en chambre du conseil, après audition du directeur, du chef de l'établissement ou du préposé responsable, et conclusions du Ministère public.

La requête, le jugement et tous les actes nécessaires à la procédure et à l'exécution sont visés pour timbre et enregistrés gratis.

Art. 14. — Il est tenu au secrétariat de l'établissement spécialisé de type fermé et à celui de l'infirmerie spéciale, un registre particulier des malades admis. Ce registre, coté et paraphé par le président du tribunal de première instance, contient les mentions suivantes qui sont obligatoirement inscrites à leur date et répertoriées sur une fiche réservée à chaque malade :

- 1° les prénoms, nom, âge, profession et domicile du malade interné ;
- 2° la référence de la décision judiciaire ayant prononcé l'internement ;
- 3° les renseignements concernant l'évolution de l'état de santé du malade interné ;
- 4° les décisions de justice intervenues depuis l'internement ;
- 5° la date et les causes de sortie et de décès.

Le procureur de la République ou son substitut visite chaque trimestre l'infirmerie spéciale et l'établissement de type fermé. À l'occasion de cette visite, chaque registre est émargé et la tenue des fiches est contrôlée.

Le procureur de la République ou son substitut, le président du tribunal, le préfet ou son représentant, les délégués du Ministre chargé de la Santé publique peuvent à tout moment contrôler inopinément cet établissement et son infirmerie spéciale. Art. 15. — Les malades mentaux relevant de la présente loi sont ceux visés à l'article 342 du Code de la famille.

Art. 16. — Les dispositions des articles 345 et suivants du Code de la famille sont applicables aux majeurs faisant l'objet d'une décision d'internement conformément à la présente loi.

Art. 17. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, institutions ou infirmerie spéciale visés aux articles précédents sont punis d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 francs s'ils retiennent une personne en violation des dispositions prévues par la présente loi.

Art. 18. — Des décrets fixeront les modalités d'application de la présente loi, notamment les conditions d'agrément des institutions, l'installation des villages psychiatriques et les conditions de contrôle du fonctionnement des divers établissements et institutions.

Art. 19. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi, notamment l'arrêté général du 28 juin 1938 créant un service d'assistance psychiatrique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Dakar, le 9 juillet 1975

Par le Président de la République :

Léopold Sédar Senghor

Le Premier Ministre, Abdou Diouf

(JORS, 1975, 4436 : 1008 et ss.)

Cité d'après René Collignon, “ Quelques propositions pour une histoire de la psychiatrie au

Sénégal ”, Psychopathologie africaine, XII, 2 : 259-269

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un 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 le crime.

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

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. >>

## PERMIS D'IMPRIMER

---

VU :

LE Président du jury

VU :

Le Doyen de ....

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

**PROFILS SOCIODEMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE DES PATIENTS SUIVIS AU  
CENTRE PSYCHIATRIQUE EMILE BADIANE DE ZIGUINCHOR/SENEGAL (DU  
01/01/2019 AU 31/12/2019)**

**RESUME**

Les pathologies mentales constituent un ensemble assez vaste de troubles pouvant intéresser les sphères intellectuelle, affective et /ou comportementale.

Au sud-ouest du Sénégal, les pathologies mentales ont été prises en charge à partir de 1974 au village psychiatrique Kénia, réhabilité depuis 2006 en Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor.

Notre travail consistait à évaluer le fonctionnement de ladite structure. Pour cela, une étude transversale, couvrant une année (du 01/01/2019 au 31/12/2019) a été conduite. Elle a concerné 1456 patients.

Les résultats ont montré une proportion plus importante de sujets jeunes, de sexe féminin, pour la plupart sans emploi, célibataires et n'ayant pas poursuivi leurs études secondaires. Ils provenaient essentiellement de Ziguinchor, et étaient majoritairement d'ethnie Diola. Une part assez importante possédait des antécédents personnels et/ou familiaux de pathologies psychiatriques (29,4%), consommait de la drogue (12,6%), notamment le cannabis. La plupart des patients consultaient tardivement (46,4%), amenés par leurs proches (82,3%), pour agitation (21,4%) et incohérence verbale (18,8%). Les diagnostics fréquemment rencontrés étaient par ordre décroissant : les troubles psychotiques (40,9%), suivis par les troubles neuropsychiatriques (27,8%), les troubles névrotiques (14,8%), les addictions (7,1%) et les troubles de l'humeur (4,2%).

Notre étude nous a permis de mettre en évidence des associations entre la prise de substances psychoactives et les variables suivantes : l'âge, le genre, l'instruction, la situation matrimoniale, la provenance géographique, la profession. De même, il existait un lien significatif entre la situation matrimoniale, les antécédents psychiatriques et le délai de consultation. Il existait également un lien entre la nosologie et l'âge, le genre, l'instruction, la situation matrimoniale, l'ethnie.

Les données de la littérature montrent en général, une prédominance des pathologies mentales chez le sujet jeune, de sexe féminin, célibataire et sans emploi.

Le centre CPEB/Z permet une prise en charge spécialisée des pathologies mentales au niveau de la Casamance et des pays limitrophes. Des recommandations pour le court, le moyen et le long terme, adressées aux différents intervenants en santé mentale, ont été formulées pour mieux promouvoir l'hygiène et la santé mentale des populations de la Casamance.