

Université Assane Seck de Ziguinchor



UFR : Sciences Économiques et Sociales

Département de Sociologie

Mémoire de Master

Intitulé du Master : Politiques Publiques, Cultures et Développement

Spécialité : Migration Santé et Développement

Sujet : Etude des obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux Dans la commune de Fatick : le cas du centre de santé mentale Dalal Xel

Présenté et soutenu publiquement 14 décembre 2023 par Saly Diop NDOUR

Sous la direction De Dr Ibrahima Demba DIONE (Maitre-assistant UASZ)

Sous la supervision du Pr Fatoumata HANE (Maître de conférences UASZ)

Composition du Jury :

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|------|----------------------|
| Pr Fatoumata HANE | Maître de conférences | UASZ | Présidente du jury |
| Pr Paul DIEDHIOU | Maître de conférences | UASZ | Examineur |
| Dr Abdoulaye NGOM | Maître assistant | UASZ | Rapporteur |
| Dr Ibrahima Demba DIONE | Maître assistant | UASZ | Directeur de mémoire |

Année universitaire : 2022-2023

DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

Nos deux parents Kory NDOUR et Elisabeth DIOUF, pour leur amour inconditionnel, leur confiance, leur soutien sans faille, leur présence réconfortante et leur accompagnement

Merci pour cette bonne éducation. Sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui. Vous êtes ma force et ma source d'inspiration

Bref, je ne trouverai peut-être jamais les mots assez beaux pour décrire ce que vous représentez pour moi, mais sachez que rien ne pourra effacer cet amour que j'ai pour vous,

Nos frères et sœurs, qui par leur soutien constant et leurs encouragements, ont été une grande source de motivation et d'inspiration tout au long de ce chemin,

Nos nièces et neveux pour leur amour sincère et l'estime qu'ils ont envers moi,

Notre tante Agnès DIOUF, merci de m'avoir considéré comme ta propre fille,

Notre défunte Aïcha Bâ, une de nos interlocutrices, qui nous a quitté juste 8 mois après notre phase exploratoire, paix et salut à son âme.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie ALLAH SWT de m'avoir laissée en vie et donné la force de mener à bout ce travail de recherche,

Un remerciement spécial à mon encadreur Dr Ibrahima Demba DIONE. Son soutien constant, ses conseils précieux, sa disponibilité, sa rigueur académique, sa confiance envers ma modeste personne ainsi que ses encouragements m'ont permis de mener à bien ce travail,

Je tiens également à remercier l'ensemble du corps professoral du département de sociologie pour leur formation de haute qualité et leur dévouement à l'excellence académique,

Je remercie spécialement Pr Fatoumata HANE, Pr Benoit TINE et Dr Mamadou Aguibou DIALLO. Vos orientations et vos suggestions ont été déterminantes tout au long de cette aventure,

Je suis particulièrement reconnaissante envers Dr Adama KOUNDOUL, médecin psychiatre au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor pour son soutien en termes de documentation. Merci pour la confiance, votre soutien a grandement contribué à la réussite de ce travail,

J'exprime ma profonde gratitude à l'ensemble des professionnels du centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick pour leur aide précieuse, le partage de leurs connaissances et l'accès à leur ressource sachant que ce sont des informations très sensibles. Sans vous, ce mémoire n'aurait pu voir le jour,

Merci à Samba BADIANE pour le soutien inestimable et les conseils. Depuis ma deuxième année vos orientations en tant qu'ancien dans le domaine ne cessent de me guider,

A mes amis (e), toute la promotion sociologie (2018), ma plus que sœur Fatou Bintou NOMOKO et son époux Cheickhou Omar SOW, ma sœur et homonyme Saly SECK pour les encouragements et les moments de divertissement, mon ami Mame Khar DIOUF, ma jumelle Amy SARR, mes amies Fambodj THIAM et Seynabou DIAGNE, tous les membres du groupe Amis pour toujours, tous mes frères et sœurs de l'appartement de Diabir en 2018-2019

Je ne saurais terminer ces mots de remerciements sans exprimer ma profonde gratitude envers mes différents enquêtés qui ont rendu possible ce travail de recherche. Merci pour la confiance et l'honnêteté dans vos réponses.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AOF : Afrique occidentale française

AVCI : Années de vie corrigées de l'incapacité

AVI : Années de vie d'incapacité

CHSJDF : Centre hospitalier Saint Jean de Dieu de Fatick

CHU : Centre hospitalier et Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CPEBZ : Centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor

CSM : Centre de santé mentale

CSMDX : Centre de santé mentale Dalal Xel

DSM : division de la santé mentale

ETP : Education thérapeutique du patient

FONAPS : Fonds national de solidarité pour la promotion de la santé mentale

MSAS : Ministère de la santé et de l'action sociale

ODD : Objectif du développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

SSPSM : Soins de santé primaire en santé mentale

TS : Technicien supérieur

UASZ : Université Assane Seck de Ziguinchor

UCG : Unité de coordination de la gestion des déchets solides

PNDS : Plan national de développement sanitaire et social

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES (graphiques, photographies et schémas)

| | |
|--|----|
| Figure 1 :Organigramme Dalal Xel Fatick..... | 39 |
| Graphique 1 : Diagramme combiné de la consultation en soins de santé primaire en 2020 et 2023..... | 82 |
| Photo 1: La caisse Sauveuse..... | 73 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : L'évolution de la population de Fatick..... | 34 |
| Tableau 2: Répartition des structures sanitaires de la région de Fatick | 35 |
| Tableau 3 : Les personnels du CHSJD..... | 41 |
| Tableau 4 : les tarifs pour l'hospitalisation et les tickets de consultations à Dalal Xel Fatick | 57 |
| Tableau 5 : Répartition des transferts venant des bonnes volontés selon les besoins en termes de tickets de consultation et de médicaments des patients en difficultés..... | 77 |
| Tableau 6 : Diagnostic des malades Hospitalisé au centre (Année 2023)..... | 80 |
| Tableau 7 : Nombre de consultations au centre Dalal Xel Fatick de 2020 à 2023 | 89 |
| Tableau 8 : Nombre de patients rechutés au centre de santé mentale de Fatick de 2020 à 2023 | 90 |
| Tableau 9 : L'évolution du nombre de malades consultés en SSPSM au CSMDX de Fatick . | 92 |

LISTE DES ANNEXES

| | |
|--|-----|
| Annexe 1 : Photos sur la présentation physique de centre de santé mentale de Fatick..... | 101 |
| Annexe2 : Guide d'entretiens..... | 106 |

Sommaire :

| | |
|--|------------|
| DEDICACE..... | II |
| REMERCIEMENTS..... | III |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS..... | IV |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | V |
| Sommaire : | VI |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE | 4 |
| Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel..... | 5 |
| Chapitre 3 : Cadre méthodologique | 34 |
| DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES | 53 |
| Chapitre 4 : Les obstacles d'accès | 54 |
| Chapitre 5 : Les stratégies d'adaptation aux obstacles liés à l'accès aux soins de santé mentales des patients du centre de santé mentale de Fatick | 72 |
| Chapitre 6 : les impacts de ces stratégies sur l'amélioration de l'accès aux soins | 89 |
| Conclusion : | 100 |
| Bibliographie : | 103 |
| Annexe 1 : Photos sur la présentation physique de centre de santé mentale de Fatick | 107 |

RESUME

Au Sénégal, particulièrement à Fatick, le manque d'étude sur l'accès aux soins de santé mentale limite la compréhension sur les obstacles que rencontrent les malades mentaux lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins psychiatriques. Comme dans la plupart des régions du pays, cette situation s'explique par les difficultés des systèmes de santé qui peinent à adopter l'offre des soins aux besoins réels des personnes atteintes de troubles mentaux.

Dans cette étude qui vise à analyser les obstacles qui limitent l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale de Fatick, des observations ont été faites et 30 entretiens afin de mieux comprendre ces obstacles et les stratégies d'adaptations qui sont derrière. Cependant, différents acteurs ont été interrogés par entretiens et récits de vie (2) parmi lesquels nous avons les patients, les familles des patients, les soignants et un guérisseur traditionnel.

Les résultats de cette étude révèlent que les malades du centre de santé mentale de Fatick et leur entourage qui représente les principaux pourvoyeurs connaissent beaucoup de difficultés lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins. Nos enquêtes montrent que le fardeau économique qui est un obstacle commun chez ces derniers est d'ailleurs le plus fréquent. Toutefois, le coût élevé de l'hospitalisation, de la consultation, des médicaments, le manque d'informations sur les maladies mentales, l'absence de couverture maladie et l'influence des croyances traditionnelles sont les barrières majeures qui bloquent l'accessibilité des patients. Face à ces défis, des stratégies institutionnelles et familiales/individuelles ont été mises en place afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux soins de ces personnes. Parmi ces alternatives figurent la sensibilisation, la psychoéducation, l'intégration des SSPPM, les cotisations familiales, la prise en charge sociale et le soutien des bonnes volontés. D'ailleurs, ces stratégies semblent avoir des impacts positifs sur l'accessibilité (l'augmentation du niveau de fréquentation, l'évolution des perceptions sur les maladies mentales, etc.), mais également des impacts négatifs dont la persistance de la stigmatisation dans les familles.

Mots clés : santé mentale, obstacle, maladie mentale, accessibilité, croyances traditionnelles, stigmatisation

ABSTRACT

In Senegal, particularly in Fatick, the lack of study on access to mental health care limits understanding of the obstacles encountered by mentally ill people when seeking access to psychiatric care. As in most regions of the country, this situation is explained by the difficulties of health systems that struggle to adapt the provision of care to the real needs of people with mental disorders.

In this study, which aims to analyze the obstacles that limit access to care for mentally ill people at the Fatick mental health center, observations were made and 30 interviews were conducted in order to better understand these obstacles and the adaptation strategies behind them. However, different actors were interviewed through interviews and life stories (2), including patients, patients' families, caregivers and a traditional healer.

The results of this study reveal that patients at the Fatick mental health center and their entourage, who represent the main providers, experience many difficulties when seeking access to care. Our surveys show that the economic burden, which is a common obstacle among the latter, is also the most frequent. However, the high cost of hospitalization, consultation, medication, lack of information on mental illness, lack of health coverage and the influence of traditional beliefs are the major barriers that block patient accessibility. Faced with these challenges, institutional and family/individual strategies have been put in place to reduce the obstacles that hinder access to care for these people. These alternatives include awareness raising, psychoeducation, integration of SSPSM, family contributions, social support and support from goodwill. Moreover, these strategies seem to have positive impacts on accessibility (increased level of attendance, changing perceptions of mental illness, etc.), but also negative impacts including the persistence of stigma in families.

INTRODUCTION

Les problèmes de santé deviennent de plus en plus préoccupants et constituent un défi majeur pour la quasi-totalité des pays en développement, dont le Sénégal. En effet, la question liée à la santé a toujours été un problème public, social et politique qui a donné lieu à des controverses. Toutefois, elle ne relève pas uniquement de la responsabilité des gouvernements, elle implique à la fois les acteurs politiques et territoriaux (locaux/communautaires). A ce titre, elle constitue une problématique fondamentale, tout comme les autres secteurs liés à l'éducation, à l'emploi et à la gouvernance locale.

Après les indépendances, le Sénégal a hérité d'un système de santé principalement basé sur les centres urbains, laissant le milieu rural largement dépourvu de structures médicales adéquates. Les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'emploi ont été au-dessus des préoccupations des gouvernants. Ils ont pendant longtemps occupé une place centrale dans le mode de financement du gouvernement et ont grandement bénéficié des investissements après indépendance. Ces secteurs en particulier celui de la santé ont fait l'objet de nombreuses mesures et programmes visant à améliorer et à réduire les inégalités d'accès entre les groupes sociaux.

Par ailleurs, les crises successives telles que la sécheresse de 1970, le grand échec des politiques d'ajustements structurel dans les années 1980 entre autres, ont grandement participé au dysfonctionnement économique et politique du pays affectant, lourdement, le secteur de la santé notamment la qualité et l'accessibilité des services médicaux. C'est ainsi qu'on assiste au désengagement progressif de l'Etat dans plusieurs domaines dont celui de la santé. Ces dernières ont ainsi encouragé la privatisation des services publics et la mise en place de nouvelles politiques budgétaires, faisant naître un grand déséquilibre entre l'offre et la demande en santé. Cette privatisation a jusque-là affecté les populations les plus vulnérables aux soins des services de santé. Dès lors, s'impose davantage la problématique de l'accès et d'une prise en charge de certains types de maladies.

Malgré tous ces facteurs, des efforts ont continué à émerger. Dans le but d'améliorer l'accès aux soins, des réformes ont été mises en place. On peut citer le plan national de développement sanitaire et social (PNDS) lancé en 1998 comme réforme législative touchant principalement les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies. Et plus tard, en 2013, la couverture maladie universelle est mise en place afin de garantir un accès équitable aux soins

de santé. Cependant, les efforts déployés jusque-ici sont loin de produire les résultats attendus. De plus en plus, on note des inégalités d'accès aux soins qui se traduisent par l'exclusion d'une frange de la population économiquement faible par rapport aux coûts des soins où, géographiquement, éloignées des prestations sanitaires (rapport MSAS, 2017).

Certes, le Sénégal est l'un des premiers pays de l'Afrique occidentale française (AOF) à disposer d'une structure psychiatrique, mais force est de constater que la problématique liée à l'accès aux soins demeure encore très préoccupante pour certaines pathologies comme les maladies mentales. En effet, l'offre très réduite en santé mentale (I. Diagne et al., 2023) due en partie à l'absence de politique en santé mentale (Kastler, 2011) et les faibles investissements (Saxena et al., 2007) dans ce domaine, participent largement aux obstacles que rencontrent les personnes en situation de handicap mental lorsqu'elles cherchent à accéder aux soins. A ces difficultés s'ajoutent, relativement, la cherté du traitement (frais de consultation, hospitalisations, médicaments, analyses etc.) et la résistance de la stigmatisation qui bloquent l'accès de nombreuses personnes. Ces problèmes sont visibles dans la plupart des structures psychiatriques du pays, plus particulièrement au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick.

Compte tenu des difficultés que rencontrent les patients du centre Dalal Xel, étudier les obstacles liés à leurs accès semble avoir un intérêt particulier. Il apparaît que cette problématique est commune à toutes les populations de ce pays, mais peu d'études ont été menées sur cette question notamment au centre de santé mentale de Fatick. Conscient de cette insuffisance de la littérature, il est donc nécessaire de s'y pencher pour mieux cerner les barrières qui entravent l'accès des usagers de ce centre et de saisir les stratégies institutionnelles et familiales/individuelles mises en place pour les contourner.

Cette étude qui se propose d'analyser les obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale Dalal xel de Fatick est structurée en deux grandes parties :

- Le cadre théorique et méthodologique. Cette partie est scindée en trois grands chapitres : le premier chapitre traite du cadre théorique (revue de la littérature et problématique de recherche), le deuxième chapitre porte sur la conceptualisation et le dernier chapitre se consacre au cadre conceptuel et méthodologique.

- L'analyse des résultats obtenus après les enquêtes de terrain. Cette partie comporte trois grands chapitres : le premier chapitre porte sur l'analyse des obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux au centre Dalal xel, le deuxième chapitre consiste à montrer les stratégies (institutionnelles et familiales/individuelles) qui ont été mises en place et le dernier chapitre sera consacré à l'étude des impacts de ces stratégies d'adaptation.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel

1.1 Problématique de recherche

La question sur la santé mentale n'est pas récente, et plusieurs recherches ont permis de l'aborder sur différents angles. Considérée comme une partie intégrante de la santé et du bien-être (OMS, 2013) et caractérisée par une altération majeure de la pensée, des émotions et des comportements de l'individu, la santé mentale constitue aujourd'hui un des problèmes de santé publique qui méritent une attention particulière.

Depuis 1990, les troubles mentaux et comportementaux représentaient, selon l'indice AVCI¹ (années de vie corrigées de l'incapacité), 11% de la charge mondiale totale de morbidité, et qui devrait passer de 15% dans les années à venir (OMS, 2004). Alors que beaucoup de pays accordent une très faible priorité aux maladies mentales, le nombre de personnes touchées par les troubles mentaux continue de s'accroître dans les pays développés comme dans ceux en développement.....450 millions de personnes dans le monde sont touchés par les maladies mentales(Kastler, 2011). Ce constat montre que les questions relatives à la santé mentale devraient s'imposer comme un enjeu particulier ; dans la mise en place d'actions politiques concrètes pour une meilleure prise en charge de cette problématique. Mais elles restent toujours sous-estimées(Petit, 2022) et continue de prendre une ampleur dans presque toutes les sociétés. Dans tous les pays, les prévalences des problèmes de santé mentale sont très élevées et à l'échelle mondiale, près d'une personne sur huit présente un trouble psychique (world health organization,2022). Ainsi, dans bon nombre de pays, les troubles mentaux constituent un défi majeur à cause non seulement de leur ampleur, mais également de leurs conséquences sur la vie des populations et leur impact sur le développement socio-économique. Alors que ces dernières figurent parmi les dix principales causes d'incapacité en Afrique et dans le reste du monde et occupent une place de plus en plus importante dans la charge mondiale de morbidité(Gureje & Alem, 2000) ; il serait tout à fait évident qu'on leur accorde l'attention et les ressources nécessaires. Mais, par faute de dissocier santé mentale et santé physique, la plupart des pays tardent à mettre en place des politiques adéquates capables de promouvoir la santé mentale des populations. A partir des différentes lectures faites, il est aussi important de souligner que les services de santé mentale sont très peu développés et les

¹ AVCI (années de vie corrigées de l'incapacité) : Après un constat fait par la Banque Mondiale (BM) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le fardeau de la maladie, l'indicateur AVCI a été privilégié pour comparer les estimations produites pour chaque maladie et ordonner les impacts dur l'état de santé de la population étudiée. Ainsi, cet indicateur permet aussi de quantifier la mortalité prématurée reliée aux diverses causes de décès et l'écart entre l'état de santé fonctionnelle actuel d'une population et un idéal hypothétique que l'on souhaite atteindre (Lopez et Collab., 2006).

ressources attribuées à celle-ci ont toujours été insuffisantes. Entre les années 1995 et 2015, on constate que sur 36 milliards de dollars alloués à la santé de manière générale, seulement 110 millions ont été dépensés pour la santé mentale (Charlson et al., 2017).

Certes, la notion de santé mentale a émergé depuis 1946 avec la création de l’OMS, mais elle a toujours du mal à trouver sa place dans les systèmes de santé publique. Pourtant, des années de plaidoyer scientifique international ont pu faciliter l’inclusion de la santé mentale dans les objectifs du développement durable (ODD), mais jusque-là, elle reste toujours la dernière sur la liste des priorités des responsables politiques. Le continent africain n’échappe pas à cette situation.

Comme dans la plupart des pays, le problème de santé mentale et notamment aux maladies mentales en Afrique est une question importante et complexe. La même progression du nombre de personnes affectées par les troubles mentaux dans le reste du monde est aussi notée dans presque tous les pays du continent. L’OMS estime que le nombre de nigériens souffrant de maladies mentales se situe entre quarante et soixante millions souffrant de troubles comme la dépression, l’anxiété et la schizophrénie(Lassana, 2016). A ce défi lié à l’augmentation du nombre de déficients mentaux, s’ajoute un déficit de programmes politiques en santé mentale dans presque tous les pays africains. En effet, la plupart de ces pays n’ont ni politiques, ni programmes ni plan d’action en matière de santé mentale(Gureje & Alem, 2000). Ceci nous pousse à dire que la mise en place d’actions politiques a toujours été le principal problème que rencontre la plupart des pays en particulier ceux africains. Ce n’est que vers les années « 1981 » que les Etats membres de la région africaine ont commencé à réfléchir sur la question de la santé mentale en adoptant deux résolutions visant à améliorer les services de santé mentale. Cette situation ne comble toujours pas le vide d’autant plus que le même problème se pose jusqu’à présent dans la plupart de ces pays. En effet, cela peut être expliqué par la priorité donnée aux maladies transmissibles et chroniques dans ces pays. Etant des pays fortement impactés par les maladies infectieuses et la malnutrition, les pouvoirs publics ne se rendent pas compte de l’impact des troubles psychiques. Ce qui fait que près de 66% des pays à faible revenu y compris ceux africains affectaient, au plus, 1% de leur budget total à la santé mentale (OMS 2001)².

Outre que le problème épineux lié à l’absence de mobilisation politique et financière, l’accès aux soins de santé pour les malades mentaux reste très limité dans ces pays dits moins

² OMS, 2001, Guide de politiques et services de santé mentale

développés (OMS, 2013). En Afrique, Environ 10% de la population du continent seraient aujourd'hui affectés par un trouble mental et moins de 10% ont accès à des soins de santé mentale(De Putter et al., 2020). A cet égard, il faut reconnaître qu'il existe un grand écart entre l'offre (les soins et/ou les médicaments) et la demande (les besoins thérapeutiques). De nombreuses études ont pu montrer que la plupart des personnes touchées par les troubles psychiques dans ces pays n'ont pas accès à un traitement. Entre 76 et 85% des personnes souffrantes de troubles mentaux graves dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement(OMS, 2013). A tout ce qui précède s'ajoute la rareté des ressources qui sont parfois inégalement réparties et utilisées de façon peu efficace. Ce qui limite les médicaments de base et le nombre d'agents spécialisés dans le traitement des troubles mentaux. Dans la plupart de ces pays, les médicaments pour le traitement des troubles mentaux dans les structures de soins de santé primaires sont limités en raison du manque d'agents de santé qualifiés autorisés à les prescrire(OMS, 2013). Tous ces facteurs constituent des obstacles majeurs à l'accès à des soins adéquats pour beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux. D'ailleurs, ceci montre déjà les nombreux défis que présente le système de santé mentale africain du point de vue politique, économique, social et humaine et qui s'accroissent de plus en plus suivant les différents pays.

Au Sénégal, la maladie mentale demeure toujours un problème de santé publique. Même si une volonté de promouvoir le bien-être mental est exprimée par les autorités politiques à travers la journée mondiale de la santé mentale célébrée le 10 octobre, elle reste mal accompagnée du point de vue politique et sociale(Petit, 2019). En effet, le système de santé mentale du pays est considéré par la plupart des professionnels comme « *le parent pauvre de la médecine* », car les populations deviennent de plus en plus vulnérables en matière de santé mentale. De plus la demande devient plus importante, du moment où la majeure partie des professionnels de la santé mentale constatent que dans l'ensemble, les ressources sont plutôt insuffisantes. Entre 2018 et 2019, on est passé de 68000 à plus de 80000 cas de consultations dans les hôpitaux psychiatriques(J. A. Tine, 2019). Et en 2020 les nombres de déficients mentaux enregistrés dans les structures psychiatriques du pays atteignent 86000 avec, au plus, 3000 cas d'hospitalisation. Ceci nous permet déjà de voir que le nombre de consultations et les cas d'urgences ne cessent d'augmenter. Au moment où la demande de consultations se multiplie, le système de santé mentale tarde à recevoir les ressources nécessaires pour garantir un accès facile aux populations, particulièrement aux personnes affectées par les troubles mentaux. Toutefois, il faut rappeler que l'accès aux soins des malades mentaux a longtemps

été un problème majeur et ce, depuis la période coloniale. Pendant cette période, on peut à peine parler de santé mentale, les services de santé mentale étant presque inexistants. Dirigé par l'école de Fann sous la direction du psychiatre Henri Colomb, le centre hospitalier et universitaire (CHU) de Fann était la seule structure de santé mentale fonctionnelle dans le pays. Seule une minorité avait accès aux soins pendant cette période. Le reste de la population était laissée en rade et transformée en une main d'œuvre performante (Petit, 2019). Après les indépendances, une prise de conscience de l'autorité publique commence à voir le jour. Le gouvernement Sénégalais commence petit à petit à accorder une attention croissante aux maladies mentales en passant par un travail de « décentralisation » et/ou la création de nouveaux services de santé mentale dans certaines régions du pays. Après le vote de plusieurs lois dont la loi du 75-80-09 portant sur le traitement des maladies mentales, celle du 86-602-14 relatif à la lutte contre les maladies mentales et l'organisation de la sectorisation des villages psychiatriques et la loi du 76-06-01 portant sur l'agrément et contrôle des institutions chargées du traitement des maladies mentales (Marone, 2017), des villages et centres psychiatriques ont été mis en place. Parmi eux, nous avons le centre de santé mentale Dalal-Xél de Fatick qui accueille le présent travail de recherche et celui de Thiès qui sont des structures privées de l'église catholique, fondées par l'ordre hospitalier Saint Jean de Dieu ainsi que les autres structures implantées respectivement, dans les régions de Ziguinchor, Saint-Louis, Kaolack, Louga, Tambacounda etc. Toutefois, les années 2000 marquent aussi une étape clé dans l'évolution de la prise en charge des questions de santé mentale dans le pays avec la mise en place du Fonds National de Solidarité pour la Promotion de la Santé Mentale (FONAPS) en 2006. Cette volonté de faire de la santé mentale un enjeu public se poursuit notamment avec la création de la Division de la Santé Mentale en 2009. Des décisions publiques qui ont conduit à une meilleure coordination des efforts, un renforcement des infrastructures et dans une certaine mesure à une amélioration des ressources allouées à la santé mentale, même s'il reste beaucoup à faire. Au fur et à mesure, on constate que la santé mentale commence à gagner une place importante dans la mise en œuvre des programmes sanitaires.

Cependant, il reste beaucoup à faire. Malgré les efforts constatés, surtout sur le plan infrastructurel, il faut souligner que cette problématique demeure encore. En effet, jusqu'en 2019, le pays comptait moins d'une quarantaine de psychiatres, 38 psychiatres selon le chef de la DSM, dont 2 à Fatick et, environ 57% dans la capitale (J. A. Tine, 2019). Ceci montre à la fois l'inégale répartition des psychiatres au niveau national ainsi que les inégalités d'accès

aux soins de santé mentale. En effet, presque la moitié de la population sénégalaise n'a pas accès à un soin de santé mentale (Marone,2016). Cela peut être expliqué d'une part par la distance que doivent parcourir ces dernières pour accéder aux services de santé mentale, sachant que la plupart des structures de santé mentale sont implantées dans les zones urbaines, les autres parties de la population notamment le monde rural pourrait avoir beaucoup de difficultés pour joindre ces services. D'autre part, selon le directeur du centre Dalal Xel de Fatick, les difficultés relatives au manque de moyens financiers demeurent une barrière qui limite l'accès aux soins des malades mentaux. Au-delà des coûts directs (les médicaments), s'ajoute respectivement les coûts indirects souvent liés aux transports, à l'hospitalisation etc. A Dalal-Xél Fatick par exemple, la cherté des médicaments et les frais d'hospitalisation qui sont très élevés (7000f/jour pour une chambre collective et 10000/jour pour une chambre individuelle) pour un malade qui suit un traitement à long terme, préoccupe les familles. Vouloir payer environ 300000F en moins de deux mois semble être un fardeau pour plusieurs parents dont les conditions de vie sont déjà précaires. Cette insuffisance des moyens est selon plusieurs familles à l'origine de la rupture de traitement notée chez certains malades mentaux. En tenant en compte de tous ces aspects relatés plus haut, il est important de noter que même si un problème d'ordre politique et institutionnel se pose dans le pays, la pauvreté (le manque de moyen) reste le principal obstacle qui limite l'accès aux soins des malades dans les structures de santé mentale. Cette dernière augmente les cas d'urgence et créent le plus souvent un décrochage dans le traitement. A ces difficultés s'ajoute l'absence de statistiques officielles sur les malades mentaux (Marone,2016). Dans une étude menée sur le profil sociodémographique de consultants à Dalal-Xél Thiès, (I. Diagne et al., 2023) ont pu constater la rareté de données statistiques en Afrique et particulièrement au Sénégal. Selon eux, les données statistiques en matière de santé mentale sont rares en Afrique. Et au Sénégal, les consultations en psychiatrie ne sont pas enregistrées dans le système d'information sanitaire du ministère de la santé. Tout ceci ayant un impact sur les populations notamment les plus vulnérables qui ont du mal à bénéficier de soins de qualité et à accéder facilement aux services de santé mentale. Outre les problèmes d'ordre politique, infrastructurels et dans une certaine mesure, institutionnels, s'invitent les difficultés thérapeutiques.

Toutefois, le pluralisme thérapeutique qui caractérise le système de santé mentale du pays permet un certain choix quant aux soins, « la coexistence des deux systèmes thérapeutiques », aidant. Cependant, il faut se désoler des relations concurrentielles parfois conflictuelles qu'entretiennent les deux systèmes thérapeutiques »(B. Tine, 2021). En effet, ces rapports de

concurrences constituent un frein majeur dans la prise en charge des malades mentaux, avec un recours parfois tardif aux soins psychiatriques, recours fortement guidé par les croyances traditionnelles sur la maladie mentale. Les attitudes des populations vis-à-vis de la maladie mentale restent en effet encore largement déterminées par des croyances traditionnelles qui conduisent à des traitements inadaptés des personnes malades (Gureje & Alem, 2000). Cette méconnaissance de la maladie mentale souvent liée aux facteurs socio-culturels accentue la stigmatisation des personnes affectées par les troubles mentaux et les obstacles qu'ils traversent pendant leurs recours aux soins. Malgré les deux systèmes de santé (traditionnel et moderne) dont dispose le pays et qui se complètent dans la prise en charge des malades mentaux, les obstacles que rencontrent certains usagers dans leurs parcours de soins thérapeutiques demeurent encore dans presque toutes les localités du pays.

Au Sénégal, la santé mentale représente un problème complexe et transversal, ce qui complique la prise en charge des patients souffrants de trouble mentaux. Les situations socio-économiques difficiles auxquelles les populations sont confrontées lors de leurs recours aux soins psychiatriques rendent ces dernières plus vulnérables en matière de santé mentale. La commune de Fatick qui fait partie des localités les plus vulnérables dans la prise en charge des troubles mentaux n'échappe pas à cette situation.

Actuellement dans la commune de Fatick, les populations connaissent beaucoup de difficultés dans leurs recours aux soins thérapeutiques en santé mentale. Disposant d'un centre psychiatrique privé qui polarise plus d'une dizaine de localités avec seulement deux psychiatres pour une moyenne de plus de 23000 consultations/année (J. A. Tine, 2019) ; les populations sont exposées à de nombreuses difficultés qui limitent leur accès aux soins. Elles rencontrent de plus en plus des barrières liées aux facteurs géographiques, socio-économiques et culturels pour accéder aux soins thérapeutiques en santé mentale. En effet, ces problèmes (coût élevé de la consultation et des médicaments, problème de transports, distances etc.), persistent toujours. Cependant la littérature existante s'est peu intéressée à l'étude de ces problèmes qui entravent l'accès aux soins des malades mentaux dans la commune. Cette insuffisance de la littérature nous amène à réfléchir sur ces obstacles qui méritent d'être étudiés et expliqués. C'est d'ailleurs, ce qui motive une nouvelle interrogation autour de laquelle s'articule notre question de recherche : **Quels sont les obstacles à l'accès aux soins des malades mentaux dans la commune de Fatick ?**

Notre interrogation de recherche engendre bien d'autres questions : Comment ces obstacles affectent-ils la prise en charge et le rétablissement des malades ? Quelles sont les stratégies

mises en place par les populations de la commune de Fatick pour réduire ces obstacles ?
Quels sont les effets de ces stratégies ?

1.2 Les objectifs de recherche

Dans cette recherche, nous nous sommes fixée un objectif général et des objectifs spécifiques de recherches :

1.2.1 Objectif général :

- Etudier les obstacles à l'accès aux soins des malades mentaux dans la commune de Fatick.

1.2.2 Objectifs spécifiques :

1.2.2.1 Objectif spécifique 1

- Identifier les obstacles qui ont un impact sur la prise en charge et le rétablissement des malades mentaux.

1.2.2.2 Objectif spécifique 2

- Analyser les stratégies mises en place par l'ensemble des acteurs de la commune de Fatick pour réduire ces obstacles à l'accès aux soins des malades mentaux.

1.2.2.3 Objectif spécifique 3

- Analyser les effets découlant des stratégies mises en place.

1.3 Les Hypothèses de recherche

Pour atteindre nos objectifs, nous avons formulé une l'hypothèse générale à partir de laquelle nous allons tirer des hypothèses secondaires.

1.3.1 Hypothèse générale :

- Les obstacles qui entravent l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick sont d'ordre économique (pauvreté et/ou manque de moyens), géographique (distance), sociaux (manque de ressources humaines et insuffisance d'infrastructures en santé mentale) et culturels (croyances traditionnelles).

1.3.2 Hypothèses spécifiques :

1.3.2.1 Hypothèse spécifique 1

Les ressources humaines en santé mentale telles que le nombre de professionnels et les ressources financières sont insuffisantes pour répondre à la demande des patients et impactent la prise en charge et le rétablissement des malades mentaux de la commune de Fatick.

1.3.2.2 Hypothèse spécifique 2

La sensibilisation, la psychoéducation, la solidarité communautaire et familiale et l'optimisation des soins de santé primaire en santé mentale constituent les principales stratégies institutionnelles et familiales mobilisées par les soignants et les familles pour répondre aux difficultés d'accès aux soins des malades mentaux dans la commune de Fatick.

1.3.2.3 Hypothèse spécifique 3

La mise en place de ces stratégies est à l'origine de l'amélioration significative de l'accessibilité, de l'augmentation de la fréquentation et de l'évolution des perceptions sur les maladies mentales.

1.4 L'intérêt de l'étude :

Le choix porté sur l'étude des obstacles liés à l'accès des soins thérapeutiques des malades mentaux dans la commune de Fatick se justifie non seulement par l'intérêt que cela suscite au niveau national, international, territorial (communautaire/locale), mais également par le manque de base de données académiques constaté sur cette thématique après un aperçu sur les études antérieures.

Tout d'abord, la santé mentale est un aspect crucial de notre bien-être global, et les maladies mentales peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie des individus concernés. A cet égard, il est donc essentiel de comprendre les obstacles qui entravent l'accès aux soins thérapeutiques pour ces personnes et d'analyser les stratégies mises en place par l'ensemble des acteurs pour les surmonter. En effet, en choisissant la commune de Fatick comme cadre de l'étude, nous nous concentrons sur une zone spécifique, ce qui nous permet de faire une analyse plus approfondie et contextualisée des problèmes rencontrés par les parties prenantes. Comprendre donc les défis spécifiques auxquels sont confrontés les malades mentaux au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick, nous aidera à identifier les lacunes dans le système de santé dans afin d'inviter les acteurs dans ce domaine à mieux prendre en compte cette problématique. Les résultats découlant de cette recherche pourraient à la fin servir à améliorer l'accès aux soins des malades mentaux dans la commune et permettre aux autorités

publiques d'élaborer des interventions et des politiques appropriées afin d'améliorer la situation et garantir des soins de qualité et un accès aisé pour les personnes atteintes de maladies mentales dans cette région.

Sachant qu'une connaissance n'est jamais figée, car la science évolue par le biais de nouvelles découvertes et/ou recherches qui se complètent et se perpétuent, cette étude pourrait aussi susciter beaucoup d'intérêt autant pour les populations que pour les acteurs locaux et les professionnels de santé. Ainsi, ce sujet ne se limite pas tout simplement à retracer le fait dans la commune, elle peut aussi servir à la littérature actuelle de supplément de nouvelles données relatives à la vulnérabilité des populations de cette localité en termes d'accès aux soins de santé mentale. Au-delà de la contribution sur la littérature existante, les résultats obtenus à la fin de cette étude pourront orienter certaines décisions publiques et les recherches ultérieures sur la thématique.

1.5 Revue de la littérature :

La question de la santé mentale que ce soit en Afrique ou ailleurs a toujours été un sujet d'actualité et attire aujourd'hui l'attention de plusieurs chercheurs. Elle constitue une véritable problématique à l'échelle planétaire et a longtemps fait l'objet de plusieurs études et programmes suivant les sociétés, les lieux et les périodes. Toutefois, sa complexité, ses défis particulièrement, les difficultés d'accès aux soins de santé mentale, en font une des priorités dans les programmes national et international. Ainsi son ampleur justifie l'intérêt que porte cette thématique aux yeux de certains spécialistes ou chercheurs. Elle reste toujours d'actualité, c'est d'ailleurs ce qui explique les importantes recherches qui ont été menées sur ce thème pour mieux saisir les différents aspects de la maladie mentale ou plus globalement la santé mentale. Dans cette partie, nous allons donc passer en revue quelques travaux qui ont été faits dans le cadre de ce sujet.

1.5.1 La prise en charge de la maladie mentale

La santé mentale est un aspect essentiel de la santé globale d'une personne. La prise en charge de l'état mental englobe tous les moyens et services qui visent à prévenir, diagnostiquer, traiter et soutenir les personnes qui souffrent de troubles mentaux ou de problèmes de santé mentale. La prise en charge de la maladie mentale est un domaine complexe qui nécessite une approche multidimensionnelle pour répondre aux besoins individuels des patients. Ainsi, il implique diverses composantes, de la promotion de la santé mentale à la prévention, au traitement et à l'accès aux soins. Bien qu'elle se manifeste comme un enjeu particulier du système de santé public, la santé mentale n'arrive toujours pas à se faire voir comme une priorité dans certains pays où n'est pas bien définie une politique liée à la santé mentale. Nombreux sont les pays particulièrement, ceux à faible revenu qui ont longtemps consacré la plupart de leurs programmes aux maladies cardio-vasculaires et chroniques, semblant ignorer la santé mentale qui devrait être une priorité si l'on se souvient que l'OMS souligne que « *pas de santé sans santé mentale* ». Ainsi, on remarquera qu'avec certains auteurs, les maladies mentales font parties des cinq maladies non contagieuses majeures avec les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les maladies chroniques respiratoires et le diabète (Petit, 2022), mais elles ne bénéficient pas, jusqu'à présent, d'une politique capable de promouvoir la santé mentale dans les pays dits sous-développés. C'est particulièrement vrai pour l'Afrique puisque moins d'un quart des pays y disposent d'un programme en santé mentale. Dans leur étude axée sur les politiques de santé mentale, (Gureje & Alem, 2000) soulignent aussi cette absence de politiques, de programmes et de plans d'actions en santé mentale dans les pays

africains. En effet, ceci peut être expliqué par la priorité accordée à la santé dite physique notamment aux maladies infectieuses et cardiovasculaires, faisant ainsi de la santé mentale un domaine largement négligé dans le système de financement des besoins sanitaires. Beaucoup de pays ont toujours eu du mal à consacrer plus de 1% de leur budget de santé à la santé mentale. On retiendra que depuis les années 2000, plus de 40% des pays n'avaient pas de politique de santé mentale, plus de 30% n'avaient pas de programmes spécifiques et près de 25% n'avaient aucune législation dans ce domaine ; 66% des pays affectaient au plus 1% de leur budget total de la santé à la santé mentale (OMS, 2011). Le bien-être mental passe toujours au second plan, alors que le nombre d'individus atteints de troubles mentaux continue d'augmenter, ce qui constitue un frein pour le développement. Nombreux sont les pays qui enregistrent chaque année des pertes de productivité causées par les troubles psychiques. On constatera qu'en 2020, 15% des années de vie d'incapacité (AVI) perdues ont eu pour cause, les troubles mentaux (Funk et al., 2014). Ceci montre que les problèmes liés à la santé mentale font parties des principales causes mondiales d'incapacité. Cette situation pourrait ainsi avoir des impacts sur le développement et l'accroissement de la productivité. Pour dire que la santé mentale constitue en l'occurrence un enjeu de développement fondamental, car l'économie globale perd chaque année environ US \$ 1 trillion de productivité du fait des troubles mentaux (Kleinman et al., 2016). Ainsi, l'individu avant d'être un malade mental était d'abord un individu, un citoyen, un travailleur capable de participer à la croissance économique de son pays. Donc sa santé déficiente participera à la réduction du capital humain qui constitue un frein majeur dans le processus de développement. Par contre sa bonne santé surtout son bien-être mental pourrait favoriser la croissance économique. En effet, le système de santé mentale du monde entier présente des carences et déséquilibres importants en termes de gouvernance mais, aussi, de ressources humaines et de services. Près de la moitié de la population mondiale vit dans une zone où l'on compte à peine un psychiatre pour 200 000 personnes, voire plus (rapport sur la santé mondiale, 2022). Cette insuffisance des ressources humaines et financières constitue un obstacle majeur pour un accès à des soins de qualité dans les structures de santé mentale.

L'offre de médicaments de base reste aussi très limitée dans les pays à faible revenu (OMS, 2013), avec une couverture insuffisante assurée par les services existants qui aggrave la baisse du niveau de la qualité des soins. A cela s'ajoute le coût élevé des soins qui bloque l'accès des personnes affectées par ces troubles mentaux et accentue la stigmatisation qu'elles subissent pendant leurs recours aux soins. Les troubles mentaux constituent un fardeau considérable

pour les malades mais aussi leurs familles du fait des difficultés économiques et sociales. En effet, les impacts des troubles mentaux vont bien au-delà des coûts du traitement direct de la maladie elle-même. Certes ces coûts sont le fardeau économique le plus visible (Funk et al., 2014), mais aussi les coûts indirects sont difficilement quantifiables et constituent des barrières liées à l'accès aux soins pour les malades. Ces derniers, souvent liés aux frais d'hospitalisation, de transports, à la capacité de travail des malades et à leur contribution à l'économie nationale, sont aussi d'autres obstacles que rencontrent les malades et leurs familles pour accéder à des soins adéquats. Au-delà de ces facteurs soulignés précédemment, la santé mentale présente aussi des défis liés à la recherche et aux données épistémologiques.

Faute de données épistémologiques concernant les situations de base, les ressources, les évaluations des indicateurs, il leur est difficile d'élaborer une politique de santé efficace (Wone, 2018). En à croire Wone, beaucoup de pays Africains sont dans l'incapacité d'assurer des soins de qualité aux personnes affectées par les troubles psychiques, ce qui peut être expliqué par un manque de mobilisation politique. Le déficit de données épistémologiques et d'informations statistiques, le manque de ressources et l'impossibilité d'inclure les soins en santé mentale dans la santé primaire constituent un frein majeur dans la prise en charge des déficients mentaux dans ces pays. Le Sénégal n'échappe pas à cette situation d'autant plus que jusqu'à présent la prise en charge pose problème et le manque d'informations statistiques en santé mentale est toujours d'actualité. En Afrique les données épistémologiques sont rares en matière de santé mentale et au Sénégal les consultations en psychiatrie ne sont pas enregistrées dans le système d'information sanitaire du ministère de santé (I. Diagne et al., 2023). Avec cette situation, il est impossible de mesurer l'impact des troubles mentaux au niveau national et de pouvoir y mettre les ressources nécessaires pour promouvoir la santé mentale des populations et garantir un accès facile aux soins de santé mentale.

Cependant, dans la plupart des pays en développement, notamment ceux d'Afrique, la prise en charge de la maladie mentale a toujours été un défi majeur. Au Sénégal, en raison du système psychiatrique dont dispose le pays et qui est reconnu à travers l'école de Fann héritée de la colonisation (Becker & Collignon, 1999), la prise en charge et les soins n'étaient destinées qu'à une minorité à savoir les colons et l'administration coloniale. Ainsi, comme nous l'avons souligné précédemment, une partie de la population était laissé de côté pour être transformé en une main-d'œuvre efficace. En effet, « que ce soit dans l'empire colonial français, anglais ou hollandais, institutions et pratiques psychiatriques ont été disséminées

dans une double perspective : offrir un recours aux colons et aux membres de l'administration coloniale souffrant de leurs nouvelles conditions de vie et contribuer à transformer les populations colonisées en une main d'œuvre performante à des travers des politiques de santé »³. Aujourd'hui on se retrouve avec la même situation. En effet, l'ensemble des structures psychiatriques du pays étant concentrées dans les zones urbaines (Dalal Xel Fatick, 2019), les habitants du milieu rural deviennent de plus en plus vulnérables en matière d'accès aux soins de santé mentale. A cet égard, les inégalités d'accès se présentent comme l'actuel problème du système de santé sénégalais.

1.5.2 Maladies mentales et représentation

Dans de nombreux pays, le système de santé mentale pose problème surtout en matière de prise en charge et d'inégalité d'accès. Mais ces défis deviennent beaucoup plus visibles à partir des représentations associées à la maladie mentale que l'on retrouve dans presque toutes les sociétés humaines. Ces représentations peuvent être individuelles (qui peuvent être variables) ou collectives (qui sont stables) comme le souligne Emile Durkheim dans son étude menée sur les religions et les mythes (Durkheim, 1912), partagée par un sous-groupe qui est une composante de la communauté (Moscovici, 1961), ou un groupe d'individus (Jodelet, 1989). En Afrique, les maladies mentales sont souvent stigmatisées, mal comprises et négligées en raison de nombreux facteurs, tels que les croyances culturelles, les contraintes socio-économiques, les contextes et les systèmes de santé précaires. Toutefois, chaque personne, groupe d'individus ou société ainsi que chaque pays, peuvent se faire une représentation des troubles psychiques.

Le droit à la mobilité fait qu'aujourd'hui beaucoup de personnes quittent leur propre territoire pour se rendre dans un autre en utilisant souvent la voie illégale. Prenant la pirogue ou la voie terrestre vers le désert, qui les mène parfois à des situations de troubles mentaux qu'ils peuvent vivre après leur arrivée à destination ou à leur retour au pays d'origine. Cette forme de maladie mentale pourrait avoir des représentations différentes chez un ou une immigré (e) à une autre. D'ailleurs, c'est dans ce sens qu'il faut comprendre (Levesque & Rocque, 2019) qui campent leur analyse sur la façon dont les migrants (es) de la première génération francophone de l'Afrique subsaharienne subissent les troubles mentaux tout en insistant sur leurs effets. A partir de l'analyse de Levesque & Rocque, nous pouvons déduire que la

³ Véronique Petit, « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », Revue francophone sur la santé et les territoires [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 16 décembre 2019, consulté le 26 octobre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/374> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.374>

manière de voir, de percevoir ou de se représenter la maladie mentale, particulièrement les troubles mentaux, diffère selon les individus et le contexte dans lequel ils se trouvent, la situation ou encore même le lieu. Selon eux, plus de la moitié des participants (es) à leur enquête conçoivent les troubles mentaux comme une déviation des normes sociales et font tous références au terme « folie » ou aux troubles psychotiques en mettant l'accent sur les comportements déviants comme l'agression et le niveau de raisonnement conscient.

Lire Levesque & Rocque nous a permis de comprendre que chaque individu se représente les troubles mentaux en fonction de son environnement c'est-à-dire le milieu où il est et selon le contexte où il se trouve.

Historiquement, la signification de la maladie mentale a été longtemps associée à la culture qui rend ainsi invisible l'approche médicale et biomédicale de la santé mentale. Dans presque tous les pays, la maladie mentale ou les types de maladies mentales ainsi que leurs représentations ont fortement évolué. Dans le contexte occidental, on passe de la folie largement dominé par le spirituel à la maladie mentale orienté vers le biologique. Dans son ouvrage Histoire de la folie à l'âge classique, Foucault (1972) essaye de nous montrer cette évolution de l'antiquité à l'âge classique en passant par le moyen âge. Par contre, en Afrique, la maladie mentale a été longtemps considérée comme un phénomène social fondé sur les croyances, moins qu'un phénomène biologique ou psychologique. Les attitudes des personnes vis-à-vis de la maladie mentale étaient largement déterminées par leurs appartenances culturelles. Traditionnellement, le milieu africain avait toujours ses considérations, ses conceptions et ses croyances vis-à-vis de la maladie mentale. Et aux termes de toutes ses activités liées à la santé mentale, on accordait un sens à la maladie mentale et même un mécanisme de prise en charge particulière. Et cette prise en charge se faisait de façon collective et communautaire avec une certaine réconciliation avec les forces surnaturelles pour aider le malade mentale à sortir de cette difficulté⁴. Dans ces sociétés où régnait, en quelque sorte, une « solidarité mécanique » (Durkheim, 1893), c'est donc toute la communauté qui devait se mobiliser pour aider la personne affectée à franchir ce stade de malade. Par le soutien de tout le monde, y compris les guérisseurs traditionnels, les malades parvenaient à réintégrer facilement la société.

A cette période, les personnes affectées par la maladie mentale se dirigeaient le plus souvent vers les guérisseurs traditionnels ou les marabouts. Elles (les personnes affectées) ont été

⁴ Propos tirés dans l'émission Idées du 1^{er} septembre 2018 sur la santé mentale en Afrique sur ITV avec le sociologue Djiby Diakhaté

successivement prises en charge par divers types de guérisseurs : shamans, hommes de loi, gardiens, religieux, neurologues, psychiatres (Dorvil, 1990). Ainsi Dorvil ajoute que le traitement moral et le traitement religieux ont précédé l'arsenal neuroleptique ou antipsychotique d'aujourd'hui. Ceci montre que le poids qu'exerce le culturel dans la prise en charge des troubles psychiatriques, et, fait qu'aujourd'hui beaucoup de pays Africains ont du mal à se débarrasser de la médecine traditionnelle qui est le plus souvent source de traitement inadapté selon certains spécialistes en santé mentale. Mais cela peut être compris si l'on considère les pays africains comme des sociétés très ancrées dans leurs valeurs. Ce qui mène beaucoup de personnes vers la médecine traditionnelle qui est pour eux un héritage qui permet, selon eux, de trouver les vraies causes de la maladie mentale.

Dans presque tous les pays africains y compris le Sénégal, l'appellation de la maladie mentale permet déjà de se faire une représentation qui guide le plus souvent les parcours de soins. Même si les parcours psychiatriques connaissent aujourd'hui une évolution du point de vue de la prise en charge, les représentations culturelles et religieuses constituent encore un levier déterminant dans le recours aux soins des patients. Celles-ci (les représentations) associent l'affection mentale à des causes impliquant les esprits ancestraux, les maraboutages, la sorcellerie anthropophagie et les génies islamiques (Zempléni, 1985). Zempléni ne se limite pas à ça, car il conçoit aussi qu'il peut exister une « pluralité de causes » pour une maladie, autrement dit, une possibilité de faire coexister plusieurs causes pour une même maladie. Selon lui, différents niveaux permettront d'appréhender une maladie : de l'identification à l'origine de la maladie en passant par la cause et l'agent producteur. Il pense ainsi que la cause de la maladie peut relever « non pas d'une simple coexistence mais d'un véritable partage du champ pathologique, [...] les actions rituelles qui relèvent du registre étiologique et les actions médicales pragmatiques, qui relèvent du traitement symptomatique ». Zempléni, 1985), toujours lui, fait la distinction entre le traitement symptomatique et le traitement étiologique. Par contre, (Augé 1986) va largement contester cette conception en se basant sur la notion de multiplicité des univers. Pour lui, l'expérience de la maladie doit être appréhendée sous diverses approches (diagnostiques et thérapeutiques), qui peuvent coexister et se compléter. Toutefois, ces deux auteurs nous permettent de comprendre la représentation de la maladie à travers deux approches qui relèvent respectivement du biomédical et du traditionnel. Si le premier pense que les deux approches doivent être distinguées, l'autre soutient tout à fait le contraire, car il conçoit qu'elles ne se confondent pas. Elles sont complémentaires. Par ailleurs, (Kleinman 1980) va donner une vision beaucoup plus claire

des systèmes de représentation de la maladie à travers une classification selon deux approches elles aussi, complémentaires. Cependant, il définit ces dernières en se basant sur deux termes : « *disease* » qui renvoie à la maladie au **sens médical** et « *illness* » faisant référence **au point de vue du malade** par rapport à la maladie.

Aujourd'hui, même si les populations deviennent de plus en plus réceptives par rapport à la médecine moderne, beaucoup ont du mal à consulter un spécialiste du trouble mental le font tardivement. Ils se fient toujours à l'expérience traditionnelle et croient que la principale source de la maladie mentale relève d'un sort mystique (le maraboutage) ou des esprits surnaturels malintentionnés (les djinns)⁵. Ces mêmes réalités se retrouvent dans beaucoup de pays africains plus particulièrement, le Sénégal.

Au Sénégal, on retrouve les mêmes conceptions dans presque toutes les localités même si l'on constate des variations selon les groupes sociaux. Chez les *Wolofs* et les *Lébou*, on parle de *liguey* (maraboutage), de *rab* (esprits ancestraux), de *deum* (anthropophagie) et de *tuur* (rite mystique) pour ce qui est de la nosographie des religions traditionnelles et de *djinns*, de *thiat* ou *lamigne* (mauvaise langue), de *seytané* (diable), en concordance avec l'islamisation des populations. Selon ces groupes ethniques, tous les aspects cités peuvent être à l'origine de la maladie mentale, des troubles de la mémoire ou de ce qu'elles appellent fébaru *xël*, *dof*, *daanu rab* (B. Tine, 2021). Et, pour autant, une possibilité de guérison ne peut être espérée qu'auprès des guérisseurs traditionnels ou des tradipraticiens. Dans la même logique que (P. M. Diagne, 2016), passe par une catégorisation classificatoire de la santé mentale dans le contexte Sénégalais. Ainsi, il distingue quatre grandes catégories : *feebaru xel* est subdivisée en quatre sous-catégories classificatoires et interprétatives du trouble mental dans le champ local : *feebaru rab* (maladie due aux esprits ancestraux), *feebaru dëmm* (maladie attribuée aux sorciers), *feebaru ligéey* (maladie consécutive au maraboutage), *feebaru jinne* (maladie rattachée aux génies).

Par contre, en milieu sérère, précisément dans la région de Fatick, on retrouve les mêmes conceptions qu'en milieu wolof, mais la maladie mentale de manière générale se résume en un seul mot « Ndof », qui renvoie au fou, folle ou encore à la personne touchée par les troubles psychiques. Comme chez les wolofs, les représentations sociales de la maladie

⁵« Djinns » : Les « djinns » sont des créatures surnaturelles de la mythologie islamique, des esprits maléfiques qui sont souvent associés à des phénomènes mystérieux ou inexplicables. Dans certaines cultures plus particulièrement la culture sérère, les « djinns » sont parfois liés à des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale. Les croyances populaires sont parfois attribuées des troubles mentaux à l'influence ou à l'attaque de ces esprits

mentale en milieu sérère tournent autour du surnaturel, considérant ainsi le malade comme une personne victime de mauvais esprits ou attaquée par des personnes mal intentionnées. On continue de croire que les forces surnaturelles sont parfois à l'origine du déséquilibre mental que peut subir la personne. En effet, le non-respect des normes culturelles et l'inacceptation de certaines charges destinées à la personne venant des forces surnaturelles comme les « pangols »⁶, peuvent rendre fou/folle. Autrement dit, la personne qui est choisie par les « pangols » de son lignage matrilineaire a souvent deux options : soit elle accepte et devient un sage qui par la suite, peut guérir les malades mentaux en chassant les sorts, soit elle refuse et devient en quelque sorte une malade mentale ou affectée psychologiquement. Tout ceci pour dire que les représentations sociales de la maladie mentale en milieu sérère peuvent être influencées par divers facteurs sociaux-culturels historiques. Elle peut être perçue à travers le prisme de croyances traditionnelles et de valeurs collectives.

Aujourd'hui, ce milieu a connu un certain nombre de métamorphoses. Il y a eu des changements qui se sont produits et ces derniers expliquent une nouvelle conception et/ou perception de la maladie mentale qui est différente de la façon dont on la concevait traditionnellement. En effet, quand la personne souffre d'un trouble mental, le premier réflexe pour les proches était d'aller voir un prêtre, un pasteur, un imam ou un guérisseur traditionnel. Mais depuis l'intégration de la santé mentale dans les objectifs du développement durable (ODD), la considération et les croyances autour de la maladie mentale ont grandement évolué. Malgré la prise en compte de la réalité culturelle et l'attachement spirituelle, certaines personnes ont commencé à concilier médecine traditionnelle et médecine moderne (psychiatrie). Il faut se réjouir que pour identifier les causes de la maladie, certains préfèrent consulter un professionnel et tente de suivre ce type de traitement.

1.5.3 L'accès aux soins de santé mentale et ses défis

Le système de santé et la prise en charge de la maladie mentale en Afrique comme, dans d'autres continents sont confrontés à des défis importants. L'existence de services psychiatrique et de ressources humaines ne permet pas d'éradiquer les obstacles qui entravent l'accès aux soins des personnes touchées par les problèmes mentaux. Même si l'on sait que

⁶ « Pangols » : Les « pangols » sont des esprits ancestraux vénérés dans la culture sérère. Ces esprits sont considérés comme des protecteurs et des guides spirituels. Dans certaines croyances sérères, les maladies mentales peuvent être attribuées à des interactions négatives avec les « pangols ». Toutefois, il faut admettre que ces pangols peuvent être propre à une famille, une communauté, un lignage matrilineaire, un village etc. et attaque le plus souvent la personne sous forme de rêves. Ainsi, la personne choisie par les pangols devra lui-même choisir entre être un sage et guider à vie per ces esprits ou devenir le restant de sa vie une personne anormale avec un esprit toujours dérèglé d'où être affecté mentalement par ces pangols (*paroles tirées auprès du guérisseur traditionnel retrouvé à Malango Fatick, le 16 septembre 2023*)

« chaque société produit et consomme ses fous »(Foucault, 1972), tous les besoins en matière de santé mentale dont l'accès aux soins, demeurent prépondérants dans la plupart des pays du monde entier. Comme nous l'avons bien souligné précédemment, dans la première partie de cette revue, la plupart des pays sont dépourvus de politiques et programmes liés à la santé mentale (Petit, 2022), ce qui accentue les barrières d'accès aux services psychiatriques. Malgré les efforts qui ont été consentis et des évolutions notées en terme de politique mise en œuvre par les Etats, l'accès aux soins reste toujours difficile pour les personnes affectées par les troubles mentaux. Ainsi, les barrières qui bloquent l'accès aux soins des malades mentaux ont toujours été identifiées non seulement par les organisations internationales comme l'OMS mais également par des chercheurs.

Dans de nombreux pays, il existe encore une forte stigmatisation sociale associée aux maladies mentales, qui entraîne souvent un retard dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. De nombreux travaux, ont fait de cet aspect le problème majeur qui bloquent l'accès aux soins des malades. (OMS, 2004) estime que la plupart des patients, dont 25% qui souffrent, au moins, d'un trouble mental et qui utilisent les services de santé, ne sont pas diagnostiqués ou traités. Faute de diagnostic et de plans systématiques de santé mentale, les malades mentaux souffrent de la stigmatisation sociale, ce qui constitue un immense obstacle au traitement et à l'accès aux services (Bloom et al., 2011), alors que l'accès aux soins reste un droit humain dans les pays développés comme dans ceux en développement. Dans certains pays, le respect de ces droits pose problème : les uns sont marginalisés et parfois exclus de la sphère sociale, les autres ne reçoivent aucun soin au bon moment. A cet égard, on peut s'approprier l'avis de (Kastler, 2011) qui conçoit que 75 à 85% des individus atteints de troubles mentaux graves dans les pays en développement n'y reçoivent aucun soin, alors que ces pathologies affectent l'ensemble des catégories sociales et que ces personnes sont fréquemment atteintes dans l'exercice de leurs droits. A cela s'ajoute le problème lié au manque de personnel de santé mentale qualifié dans plusieurs pays africains y compris le Sénégal. Selon (Gureje & Alem, 2000), il y a une pénurie importante de psychiatres en Afrique subsaharienne, avec une moyenne d'un psychiatre pour 1,5 million d'habitants. Ceci limite considérablement l'accès aux soins spécialisés et conduit souvent à une surcharge des hôpitaux psychiatriques.

Au vu de tout ce qui vient d'être évoqué, on peut déjà lire les lacunes que présentent le système de santé mentale des pays africains à travers les écrits de ces différents auteurs. A ce stade, la persistance de la stigmatisation, l'insuffisance ou la pénurie de professionnels et dans

une certaine mesure le non-respect des droits des personnes vivantes avec un trouble psychique, constituent des obstacles qui bloquent leurs accès aux soins.

En plus de ce qui vient d'être évoqué, les soins thérapeutiques pour ces personnes qui souffrent de troubles psychiques sont souvent coûteux, ce qui exclut les personnes ayant des ressources financières limitées des traitements nécessaires. En effet, les services psychiatriques étant concentrés dans les zones urbaines, l'accès aux soins devient un obstacle majeur pour ceux qui vivent dans les zones rurales éloignées. La même situation est retrouvée au Sénégal où des structures spécialisées sur la prise en charge des malades mentaux n'existent encore que dans 8 régions, dans des communes, ce qui limite l'accès aux soins des habitants du monde rural. Cependant, (Eaton et Al., 2011), dans leur étude sur l'extension des services de santé mentale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, ont pu distinguer cinq causes majeures qui freinent l'amélioration des systèmes de soin et limitent l'accès aux soins des malades mentaux tel que:

- L'absence de ressources financières et d'engagement du gouvernement,
- Une très forte centralisation,
- Les difficultés d'intégration de soins de santé mentale dans les structures de soins primaires,
- Une pénurie de personnel qualifié en santé mentale,
- Le manque d'expertise en santé publique chez les responsables de la santé mentale.

A la question d'un déficit de ressources financières et humaines (le manque de spécialités qualifiées), s'ajoute, relativement, le problème de transport lié à l'éloignement les établissements psychiatriques. En effet, « la spécialisation médicale renforce la concentration de médecins dans les centres de urbains de l'ouest notamment dans la capitale Sénégalaise (...). Fortement défavorisées, les autres régions sont soumises à la double contrainte d'une offre médicale éloignée, d'un déficit de médecins et de plateaux techniques spécialistes (Niang Diene, 2019). De plus, les problèmes de transports, le manque d'assurance santé, les difficultés à planifier des périodes de repos, la peur de perdre un emploi, la distance géographique, ainsi que le coût élevé des soins(Carlos, 2016), constituent un ensemble d'obstacles qui rendent difficile l'accès des personnes atteintes de maladies mentales.

En somme, l'ensemble des écrits consultés sur la problématique de la santé mentale nous ont permis d'avoir un aperçu sur les obstacles que rencontrent les populations en milieu psychiatriques à travers le monde et dans les pays Africains. Malgré les peu d'effort qui ont

été déployés à cet égard, le problème lié à l'accès aux soins psychiatriques demeure encore dans plusieurs pays notamment au Sénégal. Malgré les nombreuses études effectuées sur cette problématique, l'accès pose toujours problème dans la plupart des centres psychiatriques du pays. Au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick, qui est un milieu où les réalités sont différentes des autres localités, les difficultés continuent à persister et aucune étude n'a été faite sur cette thématique. A cet égard, la prise en compte de ces obstacles nous paraît essentiel tout en insistant sur les stratégies qui sont mises en place pour les atténuer. C'est dans cette perspective que s'inscrit cette étude qui cherche à analyser les obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale de Fatick pour montrer à la limite les stratégies mises en place et les effets constatés

Chapitre 2 : Cadre conceptuel

Cette partie se donne comme objectif d'éclairer les différents concepts utilisés dans notre mémoire. Ce travail de conceptualisation nous permettra de mieux comprendre le sens donné à ces concepts dans le cadre de cette recherche. Pour ce faire les concepts suivants seront éclairés : Maladie mentale, obstacles, accessibilité, itinéraires thérapeutiques, soins thérapeutiques, stratégie, représentation sociale.

Après l'éclairage conceptuel, nous allons procéder à la décomposition de deux concepts fondamentaux pour mieux appréhender ce travail de recherche : Maladie mentale, représentation sociale et d'accessibilité avant de présenter le modèle d'analyse.

- **Maladie mentale**

La maladie mentale est une notion complexe et multidimensionnelle, et elle a été abordée par de nombreux auteurs dans différents domaines.

Dans ses travaux, (Freud, 1951) a proposé une vision psychodynamique des maladies mentales. Selon lui, les conflits inconscients, les traumatismes précoces et les mécanismes de défense sont à l'origine des troubles mentaux. Il a mis l'accent sur l'importance de l'inconscient dans la compréhension et le traitement des maladies mentales.

Dans cette même logique de mieux comprendre la maladie mentale, Foucault a étudié le concept de maladie mentale en relation avec le pouvoir et la société. Il a critiqué l'institution psychiatrique et sa capacité à exclure et à normaliser les individus. Selon (Foucault, 1972), la

maladie mentale est un construit social influencé par des facteurs politiques, économiques et culturels

A cet égard, on peut déjà voir que la maladie mentale regroupe plusieurs dimensions, psychologique qui examine mes processus mentaux et cognitifs liés à la maladie mentale, sociale qui se concentre sur les facteurs sociaux et environnementaux qui influencent la manifestation des maladies mentales et comportementale qui fait référence aux comportements observables associés à la maladie mentale. A cela s'ajoute la dimension biologique qui se base sur les aspects biologiques de la maladie mentale.

Dans le cadre de ce travail de recherche, on retiendra que la maladie mentale fait référence à un large éventail de troubles mentaux qui affectent la santé mentale et le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental d'une personne. Ces troubles peuvent avoir diverses origines, notamment des facteurs génétiques, environnementaux, sociaux et neurochimiques. Les maladies mentales comprennent ainsi des conditions telles que la dépression, l'anxiété, la schizophrénie, le trouble bipolaire et bien d'autres.

- **Obstacles**

Elisabeth Blackwell, est la première femme médecin aux Etats-Unis à souligner l'importance de surmonter des obstacles liés aux inégalités de genre dans le domaine médical (Blackwell & Blackwell, 2022). Elles ont lutté contre les préjugés et les barrières sociales pour ouvrir la voie aux femmes dans la pratique de la médecine. Dès lors on peut voir que les obstacles se présentent comme des défis ou encore des barrières qui peuvent empêcher un individu ou un groupe d'atteindre un objectif spécifique.

Cette étude sera orientée sur les obstacles d'accès aux soins de santé plus particulièrement les soins de santé mentale. Dans ce contexte précis, ils peuvent être considérés comme des défis pouvant empêcher aux individus d'obtenir des soins de santé efficaces. A cet égard, ils peuvent donc se référer à des difficultés tels que des problèmes d'accès aux soins, des barrières culturelles, des coûts élevés, des problèmes de transport, des préjugés et des stigmates sociaux. Autrement dit, ce sont les facteurs qui limitent la capacité des individus à obtenir les soins dont ils ont besoin pour leur bien-être psychologique, qui peuvent être liés aux difficultés géographiques, économiques, culturelles, sociales et structurelles. Ceci nous servira donc comme une définition globale tout au long de ce travail de recherche.

- **Accessibilité**

Dans la plupart des pays notamment ceux africains, l'accessibilité aux soins de santé reste un débat récurrent sur la toile. Il est tantôt utilisé pour rendre compte de l'universalité des soins, tantôt pour évoquer les manquements en termes d'accès aux soins tels que les différentes formes d'inégalités.

Ainsi, plusieurs auteurs ont essayé de se prononcer sur cette notion. On retiendra avec (Ndonky et al., 2015) dans leur étude sur la « *mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar* » que l'accessibilité renvoie à la notion d'obstacle à l'accès d'un service ou d'une infrastructure. En outre, Amartya Sen souligne aussi l'importance de l'équité dans l'accès aux soins de santé. En inventant la notion de « *capabilité* », il considère que l'accessibilité renvoie aux « *capacités* » qui traduisent le potentiel des individus à mener une vie épanouie. A partir de ces deux idées, il est déjà clair que la question de l'inégalité en termes d'accès aux soins reste au centre de la compréhension de l'accessibilité et se présente comme un obstacle qui limite l'accès des individus aux services et soins de santé. Toutefois, l'accessibilité est souvent décrite à travers trois dimensions (accessibilité physique ou géographique, accessibilité financière, accessibilité culturelles).

Dans le cadre de cette étude on restera sur le fait que l'accessibilité vise à garantir que tous les individus puissent avoir accès à des services de santé mentale de qualité quel que soit leur origine ethnique, leur statut socio-économique, leur sexe, leur âge ou d'autres caractéristiques qui se présentent sous formes de barrières devant eux.

- **Itinéraires thérapeutiques**

Le concept d'itinéraire thérapeutique est multidimensionnel et plusieurs chercheurs ont l'abordable sous différents angles. Dans « *Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui* », (Massé, 1997) nous parle de « *cheminement thérapeutique* » qu'il considère comme une série de choix fait dans le contexte d'une pluralité d'alternatives et dont la forme finale n'est pas prévisible. Par ailleurs, dans leur étude portant sur « *représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe* », (Joly et al, 2005) définissent les itinéraires thérapeutiques en faisant référence « *au parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre* ». Ainsi, la définition de Kleinman sur laquelle nous allons nous baser dans ce travail semble être plus englobante. Il conçoit les itinéraires thérapeutiques comme étant les comportements de recherche de soins ou de stratégies de recours aux soins (health care

seeking behaviour). Cependant, pour rendre plus visibles ces itinéraires thérapeutiques, il a vulgarisé le concept de « health care system » qui renvoie aux systèmes de recours aux soins afin de rendre compte des réponses humaines entraînées par la maladie, notamment liées aux différences selon les croyances traditionnelles, les valeurs socio-culturelles, les choix de traitements, les réseaux et les statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade. Cette définition va nous permettre de mieux comprendre les raisons qui se cachent derrière les choix thérapeutiques des patients du centre Dalal Xel, sous l'influence de leur entourage ainsi que les facteurs qui déterminent leurs itinéraires thérapeutiques

- **Soins thérapeutiques**

De manière générale, les soins thérapeutiques peuvent être considérés comme des interventions visant à aider les individus à surmonter les problèmes de santé qu'ils soient physiques ou mentaux. Revenir sur ce qu'est un soin thérapeutique nous permettra ainsi de voir certains auteurs qui ont avancé leurs idées pour une meilleure compréhension du concept.

En étudiant les troubles mentaux, (Freud, 1951), le fondateur de la psychanalyse a développé l'idée de l'importance des soins thérapeutiques centrés sur la compréhension et l'exploration de processus mentaux inconscients. Il a ainsi souligné l'importance de la relation thérapeutique et de l'exploration des conflits internes pour favoriser le bien-être psychologique. Ceci montre que les soins thérapeutiques sont centrés sur les malades mentaux, visant ainsi à promouvoir leur guérison, leur bien-être et équilibre dans leur corps et esprit.

Dans le cadre de ce travail de recherche, on retient que les soins thérapeutiques englobent à la fois les interventions et les traitements qu'ils soient modernes ou traditionnels pour promouvoir la santé, le bien-être et la guérison des individus souffrants de troubles mentaux, émotionnels ou physiques. Ces derniers prennent en compte les besoins, les préférences et les valeurs individuelles des patients.

- **Stratégie**

Ce concept de stratégie est totalement historicisé. Il est à la croisée de plusieurs domaines militaire, mathématique, sociologue etc. D'après la littérature existante, le concept trouve son origine dans le domaine militaire, où il renvoyait à l'art de conduire des troupes armées en tant de guerre et de paix. Mais le concept a évolué en suivant les époques, c'est ainsi qu'on le

retrouve aujourd'hui aussi bien dans la sphère politique que celle économique et sociale, il devient ainsi un concept transdisciplinaire

Selon(Lalèyê, 1992), la stratégie renvoie à « l'art de coordonner des forces pour atteindre un but bien déterminé, les forces peuvent être militaires, politiques, intellectuelles, morales ou opérationnelles ». Cette définition qui regroupe un certains nombres d'éléments sélectifs est peu englobante dans le sens où les volets économiques et social qui sont des éléments phares dans la mise en œuvre d'une stratégie sont moins pris en compte.

En sociologie, ce concept a été déjà retrouvé dans les travaux de Pierre Bourdieu. Dans le sens pratique qu'il a écrit en 1980, il définit la notion de stratégie comme « toutes les actions qui sont raisonnables sans être le produit d'un dessein raisonné ou, à plus forte raison, d'un calcul rationnel »(Bourdieu, 1980)

En étudiant le phénomène de la reproduction sociale, Bourdieu s'appuie sur l'héritage et l'analyse comme un vecteur de la reproduction de la hiérarchie sociale. Il considère que cet héritage fait l'objet de stratégies, qui à leur tour permettent de maintenir et d'améliorer la position sociale des membres d'une famille donnée. Ceci revient à dire que la position sociale se manifeste par des stratégies que les membres d'une famille mettent en place à travers des calculs rationnels.

Cette même notion sera retrouvée chez (Crozier, 1977) dans l'ouvrage « l'acteur et le système » en 1997. Dans cet ouvrage, Crozier et Friedberg s'intéressent aux relations de pouvoir et aux stratégies qu'élaborent les différents acteurs dans une organisation. Certes, cette notion ne fait pas partie de leurs concepts fondamentaux, mais pour comprendre les logiques d'actions collectives et individuelles dans les organisations, ces deux acteurs se basent ainsi sur les stratégies que les individus mettent en place pour atteindre leur objectif personnel et/ou collectif. Les comportements des acteurs des acteurs deviennent un moyen pour eux de pouvoir saisir ces stratégies.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous utilisons le concept de stratégie comme une combinaison de moyens, d'actions élaborées par les populations de la commune de Fatick pour un recours plus facilement aux soins thérapeutiques en santé mentale. L'intérêt porté à ce concept nous permettra de voir les différentes stratégies individuelles et collectives qu'ils mettent en place, la manière dont ils les développent et les différents moyens qu'ils y mettent.

- **Représentation sociale**

La représentation sociale est un concept transdisciplinaire différemment abordé dans plusieurs disciplines. Pour mieux situer ce concept dans le cadre de notre étude, il est évident de le définir en suivant différents acteurs qui ont eu à développer leurs idées, ce qui nous permettra de mieux saisir son sens.

En sociologie, le concept de représentation a été utilisé pour la première fois par Emile Durkheim lorsqu'il étudiait les religions et les mythes (Durkheim, 1912). Pour lui, « les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est faits du monde et de lui-même sont d'origines religieuses ». C'est dans ce sens même qu'il identifie deux types de représentations à savoir les représentations individuelles (qui peuvent être variables) et celles collectives (qui sont stables). La représentation est donc l'image qu'une personne a sur quelque chose et celle-ci peut être partagée par toute une communauté donnée

Le concept sera repris par (Moscovici, 1961) qui va utiliser le terme de représentation sociale. Si pour Durkheim les représentations collectives sont partagées par une communauté, pour Moscovici les représentations sociales sont justement partagées par un sous-groupe qui est une composante de la communauté. Ainsi, pour définir la représentation sociale, il nous parle « d'un système de valeurs, notions et pratiques relatives à des objets, des aspects ou dimensions du milieu social, qui permettent non seulement d'établir le cadre de vie des individus et des groupes, mais constituent également un instrument qui aide à l'orientation de la perception d'une situation et à l'élaboration des réponses ».

Dans le même sens, (Jodelet, Les représentations sociales, 1989) conçoit la représentation sociale comme un ensemble d'opinions partagées par un groupe d'individus, élaboré par le biais de la communication. Pour lui les représentations sociales dépassent le cadre individuel, elles sont purement collectives. C'est ainsi qu'il les définit comme « une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal ».

Dans le cadre de ce travail de recherche, les définitions de Moscovici et Jodelet attribuées à la notion de représentation sociale vont nous permettre de voir comment les populations et les professionnels de santé perçoivent la maladie mentale dans le but de mieux saisir les logiques d'actions et ce qui motive leurs recours aux soins thérapeutiques.

- **Décomposition des concepts**

| Concepts | Dimensions | Indicateurs |
|------------------------|-------------------|--|
| Maladie mentale | Biologique | -Variations génétiques associées - Les niveaux hormonaux comme le cortisol (associé au stress) -Dysfonctionnements neuronaux |
| | Psychologique | -Les pensées - les symptômes psychotiques ou psychologiques -les troubles de l'humeur - Discours incorrect (délire) |
| | Sociale | -Représentation de la maladie -niveau de soutien social -Conditions de vie |
| Représentation Sociale | Cognitive | -Les connaissances et les croyances -les informations partagées au sein d'un groupe social - les discours et les récits |
| | Socioculturelle | -Les jugements - les comportements individuels et collectifs |
| Accessibilité | Géographique | -distance parcouru - le temps/durée - les moyens de transports |
| | Financière | -les coûts associés aux soins (frais de |

| | | |
|--|--------------|---|
| | | consultation, les médicaments) -les coûts liés aux transports -le manque d'assurance maladie couvrant les soins de santé |
| | Culturelle | -les barrières linguistiques -Degré de méfiance envers les systèmes de santé moderne |
| | Sociale | -la perception sociale de la maladie mentale ou croyances populaires - la stigmatisation - la discrimination -la peur du jugement social |
| | Structurelle | -longue file d'attente -pénurie de professionnels qualifiés -fragmentation et manque de services |

2.1. Modèle Théorique d'analyse

La santé mentale est aujourd'hui au prisme de plusieurs disciplines scientifiques : médecine, histoire, géographie, psychologie, sociologie. Dans les sciences sociales, elle devient de plus en plus un angle où se mobilisent différents chercheurs qui produisent de nouvelles connaissances scientifiques et théoriques. Pour une meilleure compréhension des réalités de la santé mentale et plus particulièrement la maladie mentale elle-même, nous nous sommes rangés dans une des théories sociologiques qui va nous permettre d'expliquer les obstacles qui entravent l'accès aux soins thérapeutiques des malades mentaux dans la commune de Fatick.

Dans cette étude, nous nous inspirerons de l'approche anthropologique de la santé qui étudie les questions de santé en les examinant à travers les structures sociales, les relations et les processus sociaux. En effet, elle se concentre sur les facteurs sociaux, économiques, culturels et politiques qui influencent l'accès aux soins et les expériences des individus et des communautés en matière de santé. Cette approche nous permettra de comprendre les obstacles liés à l'accès aux soins thérapeutiques des malades mentaux dans la commune de Fatick en

mettant surtout l'accent sur les différents facteurs. Pour ce faire, nous allons nous baser sur les travaux d'Arthur Kleinman qui s'inscrit dans une perspective anthropologique de la maladie et de la guérison. Ainsi, (Kleinman, 1978), met l'accent sur l'importance de comprendre les aspects culturels et sociaux de la santé et de prendre en compte les dimensions sociales de la maladie et les contextes économiques. Son approche nous permettra non seulement de saisir les facteurs socio-culturels qui peuvent influencer la manière dont les acteurs impliqués dans la prise en charge des malades mentaux au centre de santé mentale de Fatick vivent et réagissent face à la maladie mentale, ainsi que les options de traitement disponible mais, également d'analyser les obstacles qui bloquent l'accès aux soins thérapeutiques des malades mentaux dans la commune.

En outre, l'interactionnisme symbolique d'Anselm Strauss nous servira comme approche théorique de référence. En effet, elle examine les questions de santé à travers le prisme des structures sociales, les interactions et les processus sociaux. Cependant, cette approche repose sur trois idées principales dont la société comme le produit d'une action collective, les relations intersubjectives à travers le langage et la relation dialectique entre réflexions et action. En se basant sur l'ordre social, Anselm Strauss tente de nous expliquer à travers cette approche que les structures sociales ne sont pas figées, elles se construisent dans une dynamique interactionnelle complexe. En ce sens, elle devient plus englobante en prenant en compte plusieurs aspects notamment le système d'organisation et les interactions entre les individus au niveau de ces structures. Cette approche va nous permettre de mieux saisir les interactions entre les prestataires de soins en santé mentale, des malades et des familles dans le cadre de l'accessibilité aux soins psychiatriques. Elle nous permet ainsi d'aller au-delà du système d'organisation du centre de santé mentale de Fatick afin de mieux comprendre les interactions sur l'accessibilité des malades mentaux aux services du centre. Toutefois, A. Strauss examine largement les divergences d'intérêts, les conflits et les négociations mises en place au sein des structures sociales pour l'atteinte d'un objectif. Bien vrai que la structure est composée de différents acteurs, il est important de reconnaître que la réalisation de l'objectif qui est commun à ces derniers ne dépend pas simplement de l'organisation de la structure, mais, surtout des interactions entre les professionnels, les patients et leur entourage. Après avoir montré les obstacles qui bloquent l'accès aux soins des malades du centre de santé mentale de Fatick à travers l'approche d'A. Kleinman, l'interactionnisme symbolique d'A. Strauss va nous aider à montrer les stratégies mises en place pour les surmonter suivant les logiques de négociations et d'ajustement de façon structurelle et collective.

Chapitre 3 : Cadre méthodologique

3.1 Présentation du cadre d'étude :

Dans cette partie, il sera question de mettre en évidence la spécificité de notre cadre d'étude tout en mettant l'accent sur un ensemble d'éléments porteurs de sens qui nous permettront de rendre visible la problématique étudiée. Cependant, certains aspects comme la présentation de l'environnement externe qu'est la région et celui de la structure ainsi que son approche historique seront mis en exergue.

3.1.1 Cadre général de l'étude

Avec une superficie de 6849 km² en 2023, la région de Fatick est située au centre Ouest du Sénégal et possède une façade maritime sur l'océan atlantique. Elle est limitée à l'Est par la région de Kaolack, au Nord et au Sud-Est par les régions de Thiès, Diourbel et Louga, au Sud par la Gambie

La population de Fatick est estimée à 908.858 habitants avec une population masculine de 50,03% et une population féminine de 49,96%.

Tableau 1 : L'évolution de la population de Fatick en 2023.

| Indicateurs | Fatick | Pourcentage (%) | Source |
|----------------------|---------------|------------------------|---------------|
| Population totale | 908.858 | 5,01 | ANSD/2023 |
| Population masculine | 454.783 | 50,03 | ANSD/2023 |
| Population féminine | 454.075 | 49,96 | ANSD/2023 |

Cette population généralement rurale continue d'augmenter suivant les années. Son économie repose principalement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche et elle constitue également un pôle commercial régional. De plus, la région abrite un potentiel touristique riche et diversifié. En outre, la situation de pauvreté qui sévit dans cette région fait que les dépenses nécessaires pour survivre au quotidien prennent le pas sur celles qui pourraient garantir le bien-être à long terme dont les dépenses sanitaires. Ce qui peut entraîner un accès limité aux services de santé, aux médicaments et aux soins médicaux de qualité. Touchée par les maladies mentales tout comme les autres régions du pays, Fatick ne dispose que d'une seule structure psychiatrique qui prend en charge toute sa population et celle des régions environnantes. Les autres établissements sanitaires de la région se spécialisent tout simplement aux soins de santé primaire.

Tableau 2: Répartition des structures sanitaires de la région de Fatick

| Région | Départements | |
|--------|--------------|--|
| | Fatick | Centre Hospitalier régional |
| | Fatick | Centre de santé mentale Dalal Xel |
| | | Districts sanitaires |
| | Fatick | Fatick : région médicale, district sanitaire |
| | Fatick | Diofior |
| | Fatick | Niakhar Diakhao |
| | Foundiougne | Passy |
| | Foundiougne | Foundiougne |
| | Foundiougne | Sokone |
| | Gossas | Gossas |
| | Fatick | Case de santé = 10 |
| | Fatick | Cabinet Médical = 0 |
| | Fatick | Cabinet de soin infirmier = 0 |
| | Fatick | Cliniques privées = 1 |

Source : Rapport Dalal Xel Fatick 2020

Ce tableau nous fait part de la répartition des structures sanitaires dans la commune de Fatick, rendant ainsi visible l'existence d'un seul centre de santé mentale privé dans la région. A partir de ce tableau nous pouvons déjà voir que le centre Dalal Xel est l'unique établissement spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales dans la région, polarisant ainsi d'autres localités proches de la zone. Ce qui est à l'origine des difficultés majeurs que rencontre la plupart des usagers du centre de santé mentale. L'ensemble de ces difficultés seront largement analysées dans les parties qui suivent.

3.1.2 Cadre institutionnel : Historique

Pour ce qui est de cette partie, il sera question de revenir sur l'histoire de la création du centre hospitalier Saint Jean de Dieu de Fatick en accentuant notre réflexion sur les éléments suivants : sa présentation, son fonctionnement et la gestion du personnel et des services.

L'établissement de santé Dalal Xel de Fatick est une institution religieuse de l'Ordre hospitalier des Frères de Saint Jean de Dieu. En 2003, il est fondé par les Frères du Sénégal sous la direction du Frère Jésus Labarta VAL, représentant de la délégation Saint Benoit Menni.

Effectivement, les deux seules institutions publiques de santé mentale au Sénégal (le centre psychiatrique CHU de Fann et le centre psychiatrique de Thiaroye) étaient situées à Dakar, dans la capitale du pays. Mais étant conscient du grand manque de structures de santé mentale et des difficultés que rencontrent les autres localités du pays pour joindre ces établissements, le gouvernement sous la présidence de L.S Senghor avait mis en place des villages psychiatriques. Cependant, ces derniers n'ont pas réussi jusqu'à nos jours à résoudre ce problème. De plus, l'arrivée du professeur Colomb fut une époque marquante dans l'évolution de la psychiatrie et de ces villages dans le pays. Mais force est de constater que le problème est toujours resté le même. Ce fut alors l'intervention des frères du Sénégal pour essayer d'apporter leur pierre dans l'édifice. Ainsi, leur objectif consistait à combler ce manque remarqué dans la prise en charge des patients en santé mentale au Sénégal. Ainsi fut créé le centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès, rendu possible grâce à un arrêté du ministre de l'Intérieur qui l'a reconnu comme une structure et un établissement de santé public sous la responsabilité du Ministre de la santé. C'est dans cette perspective qu'est aussi né Dalal Xel de Fatick, mais en tant qu'établissement privé de santé mentale contrairement à Dalal Xel Thiès. Tout comme son frère jumeau Dalal Xel Thiès, la mission de cette structure tourne autour des points suivants :

- Accueillir tous les malades mentaux sans distinction ;
- Assurer une Assistance et Suivi médicosocial ;
- Rendre accessible les soins de santé Primaire en Santé Mentale ;
- Sensibiliser le monde de la Santé Mentale ;
- Mettre en place un système performant de communication pour lutter contre la stigmatisation et le déni de la maladie ;
- Se doter d'une structure ayant un minimum d'examen complémentaires, notamment un électroencéphalogramme, un mini-laboratoire pour les bilans biologiques et ceci pour la performance et la qualité des soins.

3.1.3 Cadre Physique : Présentation du CSMDX

Situé sur la route nationale, juste après la gare routière de Fatick, le centre de santé mentale Dalal Xel est bâti sous une surface de 31654 m² avec une architecture de type pavillonnaire. Actuellement CHSJD/F comporte :

- Un case d'accueil ;
- Deux bureaux de médecin ;
- Deux salles de consultation ;
- Une pharmacie ;
- Quatre pavillons d'hospitalisation (pavillon Benoit, pavillon Saint-Jean, pavillon Saint-Richard, pavillon Notre Dame ;
- Trois cabines individuelles avec une cabine d'une catégorie plus avancé avec plus de confort dotée de trois lits ;
- Une salle d'ergothérapie où se déroulent les différentes activités initiées avec les malades pour mesurer leurs états d'évolution ;
- Une salle de réunion pour les personnels où sont accueillis au besoin, les autorités, les partenaires et les familles ;
- Une communauté des frères ;
- Une villa des médecins stagiaires et une villa d'accueil ;
- Un garage des véhicules ;
- Une cuisine, une buanderie et une ferme avec plusieurs arbres fruitiers.

3.1.4 Fonctionnement de la structure

Le centre hospitalier Saint Jean (CHSJD) de Fatick est dirigé par un directeur. Il est le supérieur provincial et se charge de superviser l'ensemble des activités de la structure et de coordonner le travail des différentes équipes. Il gère également les affaires administratives, financières et celles d'aspect médical. Mais pour le bon fonctionnement de la structure, il est aussi assisté par l'ensemble des personnels du centre. Cependant, l'analyse du fonctionnement de cette institution se fera sur le plan organisationnel et sur le plan financier.

3.1.4.1 Sur le plan organisationnel

En tant que supérieur du centre, le directeur est entouré d'un ensemble de personnels qui l'accompagnent dans l'administration du travail. Le personnel se décompose en différentes catégories. Le service médical regroupe les médecins, le psychologue, les infirmiers, l'assistant social, les aides-soignants et l'ergothérapeute. Le service comptable et

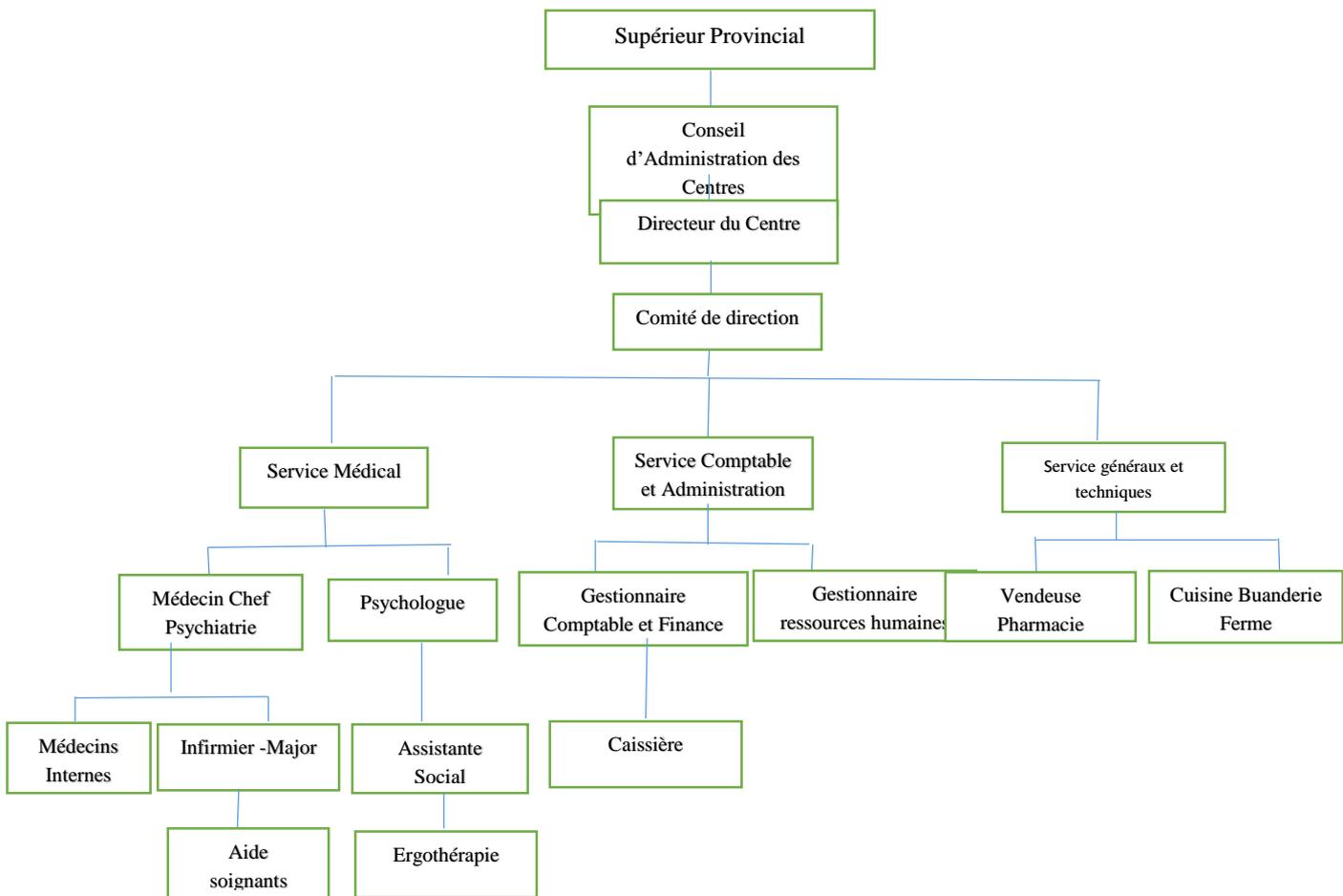
d'administration est composé d'une gestionnaire de la comptabilité et des finances, un gestionnaire des ressources humaines et d'une caissière. Enfin, les services généraux et techniques englobent la pharmacie, la cuisine, la buanderie et la ferme.

2.1.4.2 L'organigramme

L'organigramme du centre hospitalier Dalal Xel de Fatick est une représentation visuelle de la structure hiérarchique et des relations entre les divers services et membres du personnel de l'établissement. Ainsi, il est établi en fonction de la disponibilité des services de responsabilités mais également du personnel. A la tête de cette structure, le directeur coordonne l'ensemble des activités administratives et financières. Il est suivi du corps médical à la tête duquel, un médecin chef psychiatre et un médecin interne, les autres professionnels tels que l'infirmier-major, les aides-soignants, la psychologue qui n'intervient que les lundis de 08h à 18h, l'assistante sociale, et l'ergothérapeute. Le personnel du service comptable et administration composé d'une gestionnaire en comptabilité et finance, d'un gestionnaire en ressources humaines et d'une caissière. Le personnel des services généraux et techniques est composé d'une vendeuse en pharmacie, une cuisinière, d'un chargé de la buanderie, du chargé de la ferme et, pour le personnel d'appui, deux accompagnantes. Les accompagnantes ne sont au tableau de l'organigramme mais, force est de reconnaître qu'elles jouent un rôle inestimable dans la prise en charge des malades. Elles sont recrutées par la structure, mais payées par les familles. En général, elles s'occupent des malades de sexe féminin la base, le personnel en charge de l'internement étant au début plutôt masculin. L'intégration de dames dans ce personnel a été la dernière innovation.

Figure 1 :

Organigramme Dalal Xel Fatick



Source : Enquête de terrain du (20 août au 21 septembre 2024)

2.1.4.3 Sur le plan financier

Le centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick fonctionne à travers deux types de ressources : les ressources internes et les ressources externes.

Pour ce qui est des ressources propres à la structure (les ressources internes), elles proviennent généralement de la population et plus précisément des usagers. En tant qu'établissement privé à but non lucratif, le centre ne compte que sur la contribution de ses usagers pour faire fonctionner ses services et la structure elle-même. Toutefois il est important de noter qu'on ne ressent en aucun moment la main de l'Etat dans le fonctionnement cette structure, sauf pour la question de l'hygiène qui est gérée par l'inspection du travail de la région. Il a été mis en place un comité d'hygiène et de sécurité en 2020 et la mairie s'occupe du ramassage des ordures. Le directeur du centre Dalal Xel de Fatick, le **Frère Léopold FAYE** le confirme à travers ses propos « *dans la psychiatrie, les gens ne donnent pas les moyens. C'est parce que ce centre est privé qu'il fait des choses, mais sur le plan public, à part ce que nous faisons, l'Etat ne fait pas quelque chose dans la région de Fatick sur le domaine psychiatrique, il ne donne pas quelque chose alors que personne ne travaille plus que nous en santé mentale* ». Mais concernant les ressources internes, l'institution ne compte que sur la contribution des usagers, notamment sur les services médicaux (achats des tickets de consultation, de médicaments, les frais d'hospitalisation etc.), lui permettant de capter des fonds pour assurer son fonctionnement. Il faut noter que ces ressources sont directement injectées dans :

- Le paiement des salaires ;
- La continuité des soins et des services pour garantir un financement stable et prévisible ;
- L'investissement, le recrutement et la formation continue des professionnels du centre
- Les programmes de sensibilisations ;
- Le paiement des factures d'eau et d'électricité.

Il y a aussi des ressources externes dont bénéficie la structure et qui participent à son fonctionnement. Ces dernières proviennent des partenaires et se présentent sous forme de subventions, de contributions ou de partenariats avec des organisations privées. D'ailleurs, le centre a des partenaires traditionnels avec lesquels il chemine depuis son installation. Parmi elles, les Mains unies (ONG, Espagne), Afmal (France), Sanbou (ONG, Espagne), Madrid Madressa (Hôpital psychiatrique, Espagne) ... appuient le centre par des dons de

médicaments, des denrées alimentaires, des matériels médicaux et paramédicaux et le financement de bâtiments ou de locaux.

Cependant, la gestion et le fonctionnement du centre ne se limite pas au plan organisationnel et financier, elle tient aussi en compte la gestion du personnel et des services de la structure.

3.1.5 Gestion du personnel et des services de la structure :

Tout comme les autres structures psychiatriques, le personnel du centre Dalal Xel est géré en fonction de la disponibilité de ses services. Cette gestion repose sur une approche holistique visant à offrir des soins de qualité aux patients. Ainsi, la communication et la collaboration entre les différents membres du personnel permet certes d'assurer une coordination efficace du centre, mais force est de constater que depuis son existence, Dalal Xel est toujours confronté à un manque de ressources humaines. Pour un nombre total de 34 agents, le centre n'a que 2 médecins psychiatres qui se relayent au travail. Etrangers au Sénégal, ils sont obligés de faire beaucoup de déplacements pour des raisons professionnelles, ce qui pousse le directeur à assurer pour la suppléance pour les consultations, une surcharge de travail. Le manque de personnel médical se fait aussi ressentir à Dalal Xel. Cette insuffisance est plus visible au niveau du personnel infirmier à tel point qu'on utilise les aides-soignants pour compenser

Tableau 3 : Les personnels du CHSJD

| Professionnels | Nombres |
|-----------------------|----------------|
| Médecin psychiatre | 02 |
| Infirmier d'Etat | 02 |
| Aides-soignants | 09 |
| Agents de soutien | 17 |
| Comptable | 01 |
| Administrateur | 01 |
| Travailleur social | 0 |
| Assistant social | 01 |
| Psychologue | 01 |
| Total | 34 |

Source : Rapport centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick (2023)

Pour répondre de manière adaptée aux besoins des patients dans un environnement propice à leur rétablissement en les offrant des soins complets, le centre met en leur disposition différents services tels que :

2.1.5.1 Accueil

C'est le service le plus important car c'est à partir de là que le patient et ses accompagnants obtiennent les premières informations pour accéder aux personnes soignantes. La première personne avec qui les patients sont en contact est le gardien qui, dès leur entrée dans la structure les oriente au niveau de la case d'accueil (Phot en annexe). Après, ce sont les aides-soignants qui se chargent du reste notamment, la prise de constantes, les renseignements sur le patient s'il est venu pour une consultation ou un rendez-vous et l'orientation vers les infirmiers avant le médecin psychiatre.

2.1.5.2 Consultation

Les consultations sont généralement assurées par les médecins psychiatres et parfois par l'infirmier-major qui gère les patients qui sont en phase de stabilité. Par ailleurs, il y a des jours où c'est le directeur du centre même qui s'occupe de la consultation surtout lorsque les médecins sont en déplacement ou en congé. Cependant, les médecins sont toujours assistés soit par l'infirmier-major qui les aide dans le diagnostic, soit par l'assistante sociale qui joue le rôle d'intermédiaire ou de traductrice pour faciliter le dialogue et la compréhension entre les patients qui ne comprennent pas le français et le soignant.

Par contre, pendant les années 2005-2006 qui marquent le début du fonctionnement de la structure, la consultation était gratuite. Les agents ramassaient les malades errants dans la rue pour les prendre entièrement en charge. C'est en 2007 qu'on a initié des tarifs pour la consultation avec le ticket qui était de 7000f pour un cas jugé moins grave et de 12500f pour les urgences. Mais étant conscient que cette somme limitait l'accès aux soins des populations surtout celles du monde rural, le coût de la consultation a été ramené à 5000f pour une consultation simple mais la consultation en urgence reste à 12500f. Ainsi, la consultation se fait à la fois en interne et en externe ou en ambulatoire. La consultation interne est réservée aux cas d'urgence et aux internés. Elle se fait le plus souvent une fois dans la semaine. Chaque jeudi, les internés sont auscultés par le psychiatre afin d'évaluer leur état. C'est en ce moment qu'il décide si le malade est libéré ou maintenu. Par contre les autres jours sont réservés à la consultation en ambulatoire sauf le samedi et le dimanche qui sont prévus pour les jours de repos.

2.1.5.3 Hospitalisation

L'hospitalisation est gérée par les deux médecins psychiatres, l'infirmier-major et son adjoint qui sont souvent assistés des aides-soignants qui sont généralement des stagiaires venant d'autres pays et l'ergothérapeute.

Elle se fait à court (30 jours) et long (plus de 30 jours) terme. Mais, il y a parfois des cas particuliers, des malades qui peuvent être internés au-delà de 6 mois parce qu'exclus voire écartés par leur famille ou encore par désengagement de la famille à cause d'un manque de ressources financières pour des soins à long terme. Selon le directeur, cela est à « *l'origine des maladies chroniques qui ont un faible pourcentage de guérison ou de stabilité comme la schizophrénie qui devient de plus en plus reconnue dans le monde de la psychiatrie* ».

Les frais d'hospitalisation s'élèvent à 9000f/J pour les chambres communes et à 10000f/J pour une chambre individuelle. C'est au moment de l'hospitalisation que l'on se rend réellement compte de l'importance du rôle des accompagnants. Faute de salle d'urgence, toutes les malades sont internées dans le même local même si l'on a pu remarquer pendant nos observations que les cas d'urgence occupent une chambre à part, au niveau des pavillons.

2.1.5.4 Thérapie occupationnelle

Dans le but de faciliter l'autonomie et la réintégration sociale des malades, le centre propose des activités thérapeutiques autrement appelées thérapie occupationnelle qui se déroule suivant un calendrier (photo en annexe) bien déterminé. Cependant, tout ce qui tourne autour de la thérapie est gérée par l'ergothérapeute en compagnie de certaines bénévoles. Tous les lundis, ces derniers organisent des activités sous formes d'ateliers d'arts, de musique, des jeux de société et débats où chaque malade a le droit de prendre la parole et de donner son opinion sur le thème choisi. A cela s'ajoutent les sorties au stade (photo en annexe), à la plage, piscine ou autres endroits de loisirs avec des jeux à l'appui afin de se rendre compte de leur état d'évolution mentale et émotionnelle tout en développant leurs compétences. Ces activités quotidiennes visent aussi à mesurer la capacité intellectuelle des malades à travers des ateliers de productions écrites (voir photo en annexe) qui leur permettent de retracer leur vécu, les moments de bonheur ou de malheur qu'ils ont dû vivre dans leur entourage ou exprimer leurs émotions.

2.1.5.5 Soins de santé primaire délocalisés

Etant donné qu'elle est la seule structure spécialisée dans la prise en charge des personnes en situation de handicap mental dans la région, ses personnels se déplacent parfois dans certaines zones éloignées où la demande est très forte et dont les patients ont difficilement accès aux soins de santé mentale. Cette délocalisation des soins est selon le directeur une approche efficace pour améliorer l'accès aux services de santé essentiels, notamment dans le monde rural. Le directeur pense aussi que c'est un autre moyen de réduire les dépenses d'autant plus qu'en voulant rejoindre le centre, certains familles ou accompagnants pourraient dépenser plus de 15000f pour le transport sans compter les frais de consultation et les médicaments. Ainsi, les personnels se déplacent une ou deux fois par mois dans certaines collectivités comme Nioro, Kaffrine, Sokone, Diofior, Kaffrine, Mbour, Kounguel et Kaolack etc. pour trouver sur place les patients. En outre, cette initiative est aussi selon l'infirmier major un moyen de renforcer la sensibilisation sur les problèmes de santé mentale dans ces lieux.

2.1.5.6 Sensibilisation et médiation familiale

La sensibilisation et la médiation familiale sont également des composantes essentielles des soins de santé mentale à Dalal Xel. La sensibilisation reste pour les soignants un moyen de conscientiser les patients et leur famille sur les troubles mentaux afin de réduire la stigmatisation, la réticence à aller voir les spécialistes ainsi qu'à promouvoir la compréhension et le soutien envers les personnes affectées. A travers la sensibilisation et la médiation, les professionnels aident les familles à mieux comprendre les troubles mentaux ainsi qu'à renforcer les relations familiales pour soutenir les malades dans leur rétablissement. A cet égard, le centre organise parfois des pratiques culturelles à l'image du « Penc » qui regroupe à la fois les personnels de santé, les familles, les malades et un « Djaraf » qui dirige la séance et la prise de parole. Cette pratique qui se fait à l'interne est initiée dans le but de permettre aux familles de mieux se familiariser avec la pathologie et de s'engager dans la prise en charge de leurs patients. Il arrive au personnel dont, le directeur et quelques soignants, de descendre dans les différentes localités de la région pour sensibiliser les populations qui assimilent toujours les causes de la maladie mentale aux facteurs surnaturels.

2.1.5.7 Visites à domicile

Au-delà de la sensibilisation et la médiation, le personnel du centre fait de temps en temps des descentes dans les familles des malades pour en savoir plus sur leur suivi et leurs conditions de vie. Les visites à domicile leur permettent d'évaluer l'état de santé des patients dans leur

environnement habituel, ce qui peut leur fournir des informations précieuses pour le suivi du traitement.

2.1.5.8 L'hygiène

La question de l'hygiène et la sécurité a toujours été au cœur des préoccupations du centre d'autant plus qu'il s'occupe des personnes qui peuvent s'aventurer dans les poubelles du fait de leur état mental. Avant même la collaboration du centre avec l'inspection du travail pour la mise en place d'un comité d'hygiène, des programmes de formation du personnel sur l'hygiène et la sécurité avaient déjà été initiés. En 2020, ils ont reçu deux formations importantes. L'une était sur la sécurité et a été réalisée par les sapeurs-pompiers tandis que l'autre portait sur la question d'hygiène qui a été faite par un technicien supérieur (TS) en la matière. C'est dans la même année que l'inspection du travail a commencé à prendre en charge ce volet avec un comité de 3 agents dont le directeur, le délégué du personnel et le médecin. Ce comité se charge de nettoyer l'ensemble des locaux du milieu, collecter les ordures hospitalières pour les déposer dans les poubelles qui seront par la suite enlevées par la mairie notamment par les membres de l'UCG (photo 6 en annexe).

Cependant, un bon fonctionnement ne peut être possible que s'il y a une bonne entente et une parfaite collaboration entre les soignants et les soignés ainsi qu'avec le monde extérieur. Ceci nous permet de revenir largement sur les types de relations que le personnel entretient avec les patients et celles du centre avec l'extérieur pour bon fonctionnement de la structure.

3.1.6 Relation soignants/soignés

Chaque soignant dans cette structure essaie de respecter son travail, mais force est de constater qu'avec les suppléances spontanées, leurs relations avec les patients et les accompagnants sont parfois tendus. En effet, certains personnels, souvent, pour renforcer le staff ou combler le gap dans d'autres services, laissent, momentanément un vide dans le leur. Ce qui peut jouer sur les relations qu'ils entretiennent avec les patients surtout pour ceux n'ayant pas reçu de formations préalable dans le domaine où ils sont sollicités en suppléance. Certains, surtout des aides-soignants, ne maîtrisent pas encore les changements d'humeur des patients et n'arrivent pas à faire face aux obstacles qui s'invitent lors du service de thérapie.

3.1.7 Les difficultés du CSMDX de Fatick

- Insuffisance du nombre du personnel qualifié ;
- Insuffisance du nombre des employés ;
- Absence d'offre de formation pour le personnel à raison des niveaux professionnels ;

- Absence de financement des projets d'objectivités ;
- Pas d'appareil électroencéphalogramme (EEG) ;
- Pas de laboratoire et de salles d'accueil des urgences ;
- L'inexistence d'un psychologue fixe ;
- Déficit de bailleurs ;
- Indisponibilité d'une résidence des accompagnants ;
- Manque de soutien de la part de L'Etat ;
- Non n'implication des autorités locales dans les activités pour un bon fonctionnement du centre.

3.2 Méthodes d'enquête :

Pour atteindre les différents objectifs que nous nous sommes fixés, tout en permettant à ce travail de recherche d'avoir une validé scientifique ; nous avons jugé nécessaire d'utiliser l'approche hypothético-déductive qui nous semble être la plus pertinente.

L'ensemble des informations seront donc recueillies par entretien. Ce qui nécessite l'utilisation de certains outils méthodologiques que nous jugeons comme étant les plus appropriés pour la collecte des données. Ainsi, cette approche s'articule autour de trois parties.

La recherche documentaire, l'enquête exploratoire et l'enquête proprement dite, nous ont servi comme point de départ pour pouvoir orienter notre sujet de recherche.

3.3 Histoire et itinéraire de la collecte

Cette étude a pour objectif principal d'analyser les obstacles liés à l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick. Basée sur le modèle de l'interactionnisme notamment sur la théorie de la négociation d'Anselm Strauss, elle examine les facteurs économiques, géographiques et socioculturels qui bloquent l'accès aux soins de ces malades. Pour aboutir à des résultats vérifiables, l'approche qualitative a été utilisée. Pour la collecte de données, nous nous sommes basée sur les méthodes d'entretien bien structuré à partir d'un grille d'entretien, d'observation et de récit de vie. Au total, 30 entretiens ont été effectués. Cependant, la collecte de données s'est déroulée à la fois pendant la phase exploratoire sur une période d'un mois (du 05 septembre au 06 octobre 2023) et pendant l'enquête proprement dite qui s'est déroulée (du 20 Août au 21 Septembre 2024). Pendant l'enquête proprement dite, nous avons séjourné deux fois dans les sites pour les SSPSM, notamment à Kaolack (le 10 Septembre 2024) puis à Kaffrine (le 21 Septembre 2024). Par

ailleurs, les données recueillies sur le terrain ont été analysées à l'aide de l'analyse par contenu. Cependant, les résultats ont montré que le manque de moyens financiers liés à la pauvreté, la distance géographique, le manque d'assurance, l'influence des croyances traditionnelles ou les valeurs socioculturelles, le manque d'information sur les problèmes de santé mentale et la stigmatisation sont les principaux obstacles qui bloquent l'accès de la quasi-totalité des malades aux services du centre de santé mentale de Fatick. Face à ces barrières, des stratégies à la fois institutionnelles et individuelles ou familiales ont été mises en place par les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des malades mentaux au niveau de ce centre.

3.4 La recherche documentaire

La recherche documentaire est une phase incontournable dans un travail de recherche sociologique. Elle reste non seulement le point de départ de la recherche, mais nous permet également de faire le point sur ce qui a été déjà produit sur la question dans toute sa globalité. Cette analyse documentaire nous permet aussi de mieux comprendre le contexte général de la santé mentale au Sénégal et particulièrement dans la commune de Fatick, en examinant les politiques de santé, les ressources disponibles et les données statistiques sur les troubles mentaux. Après avoir consulté un ensemble de documents disponibles sur le net (articles, thèses et mémoires, débat sur YouTube etc....) selon leur intérêt par rapport à notre sujet de recherche, nous nous sommes tournée vers d'autres alternatives de recherches. En plus de ces documents bénéfiques, nous nous sommes rendue à la bibliothèque de l'UASZ, celle du CHSJDF et dernièrement celle du CPEBZ, afin d'avoir les informations nécessaires qui nous permettent de plonger dans notre problématique de recherche. Parallèlement à ces écrits, nous avons pu ainsi consulter des rapports des organismes nationaux et internationaux tels que le DSM, L'OMS et un ensemble de documents publiés dans le site du ministère de la santé et sur sa page Facebook. L'ensemble de ces documents constituent un intérêt capital pour ce travail de recherche car c'est à travers ces lectures que nous avons pu soulever une nouvelle problématique.

3.5 L'enquête exploratoire

Cette étape constitue le premier contact avec le terrain ; celle-ci est une phase très importante dans un travail de recherche. Toutefois, nous nous sommes rendue compte que cette étude exploratoire est d'une importance capitale car elle nous a permis d'une part de voir les réalités de notre terrain et d'autre part de repositionner notre problématique de recherche, redéfinir

notre question de recherche et les objectifs, la découverte de nouvelles idées ont permis un développement plus clair des concepts. Cette étude à petite échelle, faite pendant une courte durée (du 05 septembre au 06 octobre 2023) nous a également permis de tester nos outils de collecte de données auprès de certains individus de notre population cible et de réajuster notre guide d'entretien avant la réalisation de l'enquête proprement dite.

3.6 L'enquête proprement dite

L'enquête proprement dite a été effectuée pendant un mois ; plus précisément dans la période du 21 Août au 22 septembre 2024. Elle est faite suivant les directifs et conseils des deux médecins psychiatriques, afin de choisir le moment favorable pour interviewer les patients et la disponibilité du personnel. Par ailleurs, les entretiens avec les familles, entourages ou accompagnants des malades ont été effectués pendant les moments de visite des patients et selon la disponibilité des accompagnantes interviewés. Par contre, les entretiens hors de la structure c'est-à-dire ceux faits à domicile des répondants ont été effectués à travers des prises de rendez-vous. Enfin, les professionnels ont été interrogés selon leur disponibilité.

3.7 La méthode qualitative

Elle est d'une importance capitale pour ce travail de recherche qui se veut autant qualitative que quantitative. Cette approche est non seulement utile pour recueillir des informations complexes à saisir sans étude de terrain, mais nous permet également de comprendre de façon beaucoup plus claire les obstacles que traversent les malades et leurs familles pour recourir aux soins de santé mentale. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons utilisé trois techniques de collectes de données qualitative à savoir : l'observation, l'entretien et le récit de vie.

3.7.1 L'observation

Cette technique de collecte de données qualitatives est bénéfique dans le cadre de ce travail de recherche, car elle va nous permettre de compléter et d'enrichir les autres sources de données. Dans le cadre précis de cette étude, l'observation nous permet de documenter les comportements des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des malades mentaux à Dalal Xél tels que les patients, les professionnels de santé, les autorités locales et les familles ainsi que d'identifier les barrières physiques, sociales et économiques qui entravent

l'accès aux soins thérapeutiques des malades. Dans cette structure, certes les lieux de traitements ont été privilégiés pour nos observations, mais il est indispensable de garder l'œil sur les services de consultations qui, à la limite nous permettent de mieux comprendre le mode d'organisation de cette structure, les interactions, les entrées et sorties ainsi que toutes formes de fonctionnement ou dysfonctionnement. De la première phase (au moment de la phase d'exploration) jusqu'à la seconde phase (pendant l'enquête proprement dite) l'ensemble des observations effectuées, nous ont permis de participer à certaines activités au même rythme que les personnels afin de mieux saisir les comportements des malades et leurs relations avec les soignants. Cette technique de collecte nous a aussi permis d'obtenir des informations précieuses sur les obstacles rencontrés par les malades mentaux, les comportements des acteurs impliqués et les dynamiques des services de santé mentale. Ces informations nous permettent de compléter les données recueillies dans les deux autres techniques de collectes utilisés dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Cependant, pour ce travail de recherche, nous ne nous sommes pas limitée à un seul outil de collecte ; en effet, au-delà des observations, nous avons pu ajouter les entretiens structurés autour d'un guide d'entretien.

3.7.2 L'entretien

Dans le cadre de l'étude des obstacles liés à l'accès aux soins thérapeutiques des malades mentaux dans la commune de Fatick, l'utilisation de l'entretien offre des perspectives riches et nuancées pour appréhender cette réalité complexe. L'entretien avec les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des malades mentaux nous a permis de recueillir les informations essentielles sur les obstacles rencontrés. A travers cette technique, les professionnels de santé, les membres de la famille, les responsables communautaires, ainsi que les patients nous ont partagé leur expérience et leur point de vue, offrant ainsi une vision globale des défis rencontrés en matière d'accès aux soins psychiatriques. Vu que cette question qui attire notre attention en tant que chercheur, regroupe plusieurs types d'acteurs, nous avons élaboré trois guides d'entretien administrés respectivement auprès de trois populations ciblées : les patients (les malades mentaux) qui ont presque retrouvé leur stabilité, les familles des malades et les personnels soignants de la structure ciblée. Chacun de ces différents guides cherche à appréhender les facteurs qui bloquent l'accès aux soins des malades mentaux pour ensuite analyser les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour les atténuer.

Les grilles d'entrevues utilisées afin d'orienter nos entretiens sont préétablies à partir de thématiques (six thématiques pour les grilles administrées auprès des patients et des familles et sept thématiques pour celle des soignants). Au total, 30 entretiens sont faits et répartis comme suit :

- Huit entretiens avec les personnels (Directeur, les deux médecins psychiatres, un infirmier, l'ergothérapeute, l'assistante sociale et deux accompagnantes qui travaillent pour la structure).
- Dix entretiens auprès des familles des malades dont 03 rencontrées à leur domicile et les autres à l'intérieur de la structure
- Onze malades interviewés dont deux récits de vie
- Un guérisseur traditionnel

Cependant, il est important de souligner que les entretiens avec les malades ne concernaient que ceux qui ont déjà reçu leur exeat. Autrement dit ceux qui sont sur le point de sortir ce qui fait que la majorité de nos entretiens sont effectués le jour même où le patient doit quitter la structure pour rejoindre son domicile, le psychiatre ou l'assistante sociale nous annonçant, en amont, la sortie de ces catégories de patients. En effet, notre présence pendant les jours de consultations en interne, nous a permis de noter à chaque fois les malades qui devraient sortir. C'est en ce moment qu'on parvenait à faire une sélection des patients à enquêter après avec l'aide de l'assistante sociale. Ainsi, l'assistante nous aider surtout à faire le bon choix sur les malades qui sont capables de prononcés un discours cohérent. Toutefois, les débats organisés pendant nos séjours de terrain et les moments passés avec ces derniers ont été aussi bénéfiques pour faire une bonne sélection puisqu'on discuter le plus souvent avec eux. Par contre, l'ensemble des soignants ont été interrogé en suivant leur rythme et leur disponibilité. Pour les familles des malades, 7 ont été rencontrés au niveau du centre surtout pendant les jours de consultations ou les moments de visites et les 3 autres ont été retrouver dans leur propre domicile à travers des prises de rendez-vous. Par ailleurs, le guérisseur traditionnel a été retrouver à Malango Fatick. Ainsi, il est important de souligner qu'au cours de nos entretiens, nous avons pu constater que les mêmes réponses revenaient, d'où l'atteinte du seuil de saturation, ce qui justifie les 30 entretiens effectués.

3.7.3 Le récit de vie

Il constitue le dernier outil que nous avons utilisé dans le cadre de notre étude il est utilisé seulement auprès des malades. Cet instrument de collecte de données qualitatives nous a permis de saisir de manière plus approfondie leur vécu, leurs difficultés et leurs besoins spécifiques en matière de prise en charge thérapeutique. En essayant de comprendre leurs parcours, leurs interactions avec le système de santé avec leur environnement socio-familial, il est possible d'identifier les points de blocage et les stratégies pour améliorer l'accès aux soins. Cette méthode puissante pour explorer l'accessibilité en santé mentale nous a également permis de recueillir les expériences de ces derniers à travers des récits détaillés. Cela nous a ainsi permis de saisir les défis auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins de santé mentale. Dans le cadre de ce travail, 2 récits de vie sont faits. Ces entretiens par récit de vie ont été effectués le jour même où ces deux patients ont reçu leur exeat pour s'assurer de la cohérence de leurs discours.

3.8 Analyse des données existantes :

Selon Bernard Berelson, « l'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et qualitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter » (Berelson, 1952). Cet auteur a fortement inspiré cette étude, qui après la transcription des entretiens, la méthode d'analyse de contenu a été adoptée. Ainsi, l'ensemble des données recueillies ont été analysées en se basant sur les discours et les récits des entretiens tout en tenant en compte aux objectifs fixés et les hypothèses.

3.9 Difficultés rencontrées :

Mener un travail de terrain en sociologie comporte inévitablement des défis. Cependant, ces défis peuvent varier en fonction du contexte spécifique de l'étude et des populations étudiées. Dans le cas précis de cette étude, notre difficulté majeure était surtout liée à la résistance de certains prestataires de soins à nous accorder un entretien. Certains arguent n'avoir pas le temps au moment où d'autres disent n'avoir jamais été interviewés. Après plusieurs journées de négociation pour les convaincre et avec l'intervention du directeur qui a essayé de leur faire comprendre l'intérêt de l'étude, nous sommes parvenus à les interroger. Sachant que c'est très difficile de faire une étude sur le domaine sanitaire, il nous a fallu beaucoup de

patience pour rencontrer un à un les professionnels tout en suivant leur rythme et leur disponibilité. Toutefois, il est important de souligner que nous avons rencontré des cas de refus de la part des malades. En effet, certains d'entre eux étaient catégoriques sur leur refus de partager leurs expériences sur leur maladie avec nous. Cependant, nous avons pu comprendre cette attitude aussi grâce aux explications du médecin « certains malades refusent de parler avec les gens même s'ils sont plus ou moins stables parce que tout simplement c'est comme ça que se manifeste la maladie chez eux »

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES

Chapitre 4 : Les obstacles d'accès

Ce chapitre portant sur les obstacles d'accès aux soins de santé mentale à Dalal Xel comporte trois sous-parties à savoir : les barrières financières, les barrières socio-culturelles et les physiques ou géographiques et dans certaines mesures le manque d'informations/connaissances et la stigmatisation qui touche toujours certains patients.

4.1 Les barrières financières

Dans cette sous-partie, il sera question de revenir sur l'ensemble des éléments qui nous permettent de mieux saisir les contraintes financières qu'ont les populations de cette commune pour pouvoir accéder à des soins de santé mentale adéquats.

L'importance des difficultés financières dans l'utilisation des services de santé mentale laisse voir elle-même la pauvreté comme un déterminant contextuel dans l'accès aux soins de santé mentale. Souvent associée à un manque de ressources financières, tantôt à la précarité des conditions de vie, la pauvreté se maintient toujours comme le facteur chronique qui limite pour la plupart du temps l'accès aux soins de santé mentale des personnes nécessiteuses. L'impact qu'elle a sur les ressources financières, fait de cette pauvreté un facteur qui, à la limite nous permet de mieux comprendre les contraintes financières qui constituent un obstacle majeur limitant l'accès, à certains malades. Cependant, la pauvreté apparaît donc comme un frein à l'accès aux soins de plusieurs personnes surtout celles qui sont en situation de grande précarité. Sans moyens financiers, il est difficile pour certains d'aller vers un professionnel ou une thérapie surtout lorsqu'il s'agit d'une structure privée. Notons que 08 sur les 14 régions du Sénégal disposent d'un service psychiatrique et plus de 46% de ces structures sont concentrées à Dakar (J. A. Tine, 2019). Ainsi, parmi les 15 structures, il y en a que 04 qui sont des centres de santé mentale dont l'un (Dalal xel Fatick) est le seul établissement privé du pays. Ainsi, les habitants de la commune de Fatick sont donc dans cette situation où trouver les moyens nécessaires pour accéder à des soins psychiatriques adéquats restent un fardeau pour beaucoup de familles du moment où Dalal Xel fonctionne en tant qu'une structure privée. Rappelons que Fatick fait partie de ces régions du pays majoritairement rurales avec 699917 habitants dont 207002 citadins (ANSD, 2023). Ces habitants en zone rurale, avec souvent leurs revenus limités sont parfois dans l'impossibilité de pouvoir s'investir entièrement dans des soins de santé mentale nécessaire. Leur lutte au quotidien pour la nourriture, le logement etc. font qu'il leur est difficile de se payer les soins de santé mentale généralement coûteux. Dans un tel contexte marqué surtout par le développement de la pauvreté, les dépenses de subsistances prennent ainsi le dessus sur celles

de santé (rapport annuel Dalal xel, 2020). Toutefois, la charge financière que doit supporter l'entourage des malades reste alors la première barrière qui limite leur accès. Nos études de terrain ont pu montrer que beaucoup d'entre eux ont du mal à s'engager totalement dans le processus thérapeutique du moment où ils considèrent que la recherche de soins de santé mentale exige beaucoup d'investissements parce que la maladie mentale ne se guérit pas du jour au lendemain. En effet, différents éléments ont été évoqués par la plupart des participants comme étant des contraintes économiques pouvant ainsi nous permettre de mieux comprendre les barrières financières liées à leur accès aux soins psychiatriques. Ainsi, le coût élevé des médicaments, les difficultés à payer les consultations médicales et l'hospitalisation, le manque d'assurance santé sont généralement les réponses qui revenaient pendant nos enquêtes, représentant ainsi des charges financières importantes pour les familles déjà confrontées à des difficultés économiques. A Fatick, le centre psychiatre Dalal xel reste certes une structure accessible pour toute personne nécessiteuse, mais pour la population, le moyen pour y accéder laisse encore à désirer. Ces barrières financières sont certes causées par ces éléments cités précédemment, mais force est de reconnaître que selon le directeur du centre « *la privatisation de la structure fait que le gouvernement sénégalais s'est totalement désengagé sur les services du centre et ce dernier n'a jamais reçu, ne serait-ce qu'une modeste somme venant de l'Etat pour un appui quelconque* ». Ce qui fait que les services de la structure sont coûteux et constituent un frein pour ceux qui cherchent à accéder aux soins. C'est à cet égard qu'il faut comprendre (Eaton et al., 2011) lorsqu'ils citent l'absence de ressources et d'engagement du gouvernement parmi les cinq causes qui freinent l'amélioration des systèmes de soins et limitent l'accès aux soins des malades mentaux dans leur étude sur l'extension des services de santé mentale.

Les dépenses directement liées aux frais médicaux induisent des coûts financiers importants sous la charge des proches du malade. Ces charges financières deviennent plus pesantes lorsqu'elles sont rattachées à l'hospitalisation, qui dans une certaine mesure, oblige les patients à être accompagnés. En plus de porter ce fardeau économique, les proches du malade devront aussi supporter les coûts imprévisibles qui peuvent être liés aux frais d'analyses ou de traitement d'une autre maladie découverte au cours du traitement psychiatrique et les répercussions sociales dont la stigmatisation et la marginalisation.

4.2 Coût élevé des soins Médicaux (consultation, examen, traitement)

L'ampleur des problèmes de santé liés aux coûts de consultations, d'examens, d'analyses et de traitements) est de plus en plus préoccupant, surtout pour les habitants en milieu rural. Au fur et à mesure, on se rend compte que les populations, plus particulièrement, celles de Fatick traversent d'énormes difficultés lorsqu'elles cherchent à accéder aux soins de santé mentale. De telles difficultés souvent liées aux coûts prohibitifs des soins médicaux que les familles et/ou les proches des personnes touchées par les troubles mentaux trouvent très coûteux et se présentent comme des barrières les empêchant d'avoir accès à des soins de qualité.

Selon le directeur du centre, les familles peuvent dépenser plus de 25000f par jour pour faire soigner un patient. A Fatick, étant donné que le centre Dalal Xel reste la seule structure spécialisée dans la prise en charge des problèmes psychiques et devient ainsi comme un sas de protection aussi bien pour la commune que pour les autres localités environnantes, les populations sont obligées d'aller vers ses services surtout lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. Pour la plupart des familles et les malades rencontrés, le problème lié aux frais médicaux les pousse à passer d'abord par une mobilisation de ressources financières pour pouvoir accéder au centre de santé. Une telle situation qui, selon eux, retarde parfois le diagnostic et le traitement de leurs patients. Les enquêtes menées auprès de l'entourage des malades ont montré que ces derniers ont autant de mal à prendre en charge le traitement complet des soins psychiatriques compte tenu de leur situation financière. Cette maman, accompagnante de sa fille exprime son souci qui est aussi largement partagé par certaines familles et même des patients qui sont presque stables :

« Je savais que cette structure est privée mais, je ne m'attendais pas à dépenser autant d'argent pour une seule journée sachant que ma situation financière n'est pas aussi favorable. Dès notre premier jour au centre on a dépensé plus de 27000f rien que pour la consultation et les premiers soins comme les piqûres et certains médicaments alors qu'on venait à peine de voir avec le marabout qui avait commencé le traitement traditionnel et nous avons aussi perdu beaucoup d'argent pour les soins traditionnels, mais vu que sa situation continuait à s'aggraver, on était obligé de la ramener ici à Dalal xel pour la calmer ».

En effet, l'aller-retours entre la biomédecine et la médecine traditionnelle accentue les dépenses déjà énormes sur les soins médicaux. De plus, quelle que soit la nature de la maladie, dès le premier jour, beaucoup d'entre eux sont obligés de s'adapter à la cherté des

soins du moment où ils sont dans le besoin. Ce patient partage ses débuts à Dalal xel « *je suis un cultivateur vivant dans une situation défavorable avec deux femmes et 5 enfants (deux garçons et trois filles). Mon premier jour dans ce centre était très difficile parce que je ne savais pas qu'il fallait autant de ressources pour des frais médicaux. J'ai dû dépenser tout ce que j'avais pour ensuite demander de l'aide auprès de mes proches. Certes ça n'allait pas bien mais je pouvais suivre le traitement sans hospitalisation, mais les médicaments, la consultation tout ça c'est trop cher pour une personne démunie* ».

D'ailleurs, ces difficultés économiques qui se trouvent être des obstacles d'accès pour les patients ont été également soulignées par les professionnels de santé interrogés. Le médecin psychiatre du centre affirme : « *l'accès aux médicaments psychotiques surtout pour ceux qui ont atteint l'état chronique est difficile pour la plupart de nos usagers sachant que les familles qui nous viennent ici sont majoritairement des familles pauvres même s'il y a des exceptions. Or que les médicaments coûtent très cher et ils sont obligés de renouveler régulièrement les ordonnances pendant des mois voire des années* »

Cette situation préoccupe la plupart des usagers surtout ceux du milieu rural, vivant dans des conditions très précaires. En effet, plus de 80% des 10 familles interviewées affirment que le ticket de consultation normale qui est à 5000f est coûteux avant d'arriver aux médicaments et au traitement qui les englobe et qui peut durer des mois voire des années. Et avec la consultation en urgence le coût du traitement devient encore plus cher surtout lorsque les frais d'hospitalisation s'y rajoutent.

Tableau 4 : les tarifs pour l'hospitalisation et les tickets de consultations à Dalal Xel Fatick

| Services | Montant à payer |
|--------------------------------------|------------------------|
| Consultation normale | 5000 FCFA |
| Consultation en urgence | 12500 FCFA |
| Rendez-vous pour consultation ratée | 6000 FCFA |
| Consultation SSPSM | 6000 FCFA |
| Hospitalisation chambre commune | 9000 FCFA/jour |
| Hospitalisation chambre individuelle | 10000 FCFA/jour |

Source : Enquête de terrain du (20 Août au 21 Septembre 2024)

Ce tableau reflète la tarification des services de consultation et d'hospitalisation du centre Dalal Xel. A première vue, nous pouvons remarquer qu'aucun de ses services ne peut être dispensé en deçà de la somme de 5000. Toutefois, il laisse apparaître le caractère prohibitif

des services les plus importants de la structure. Cette tarification qui doit impérativement être respectée par les utilisateurs ou toutes personnes voulant bénéficier des services du centre, reste la barrière majeure qui bloque l'accès aux soins. Même s'il y a des exceptions, beaucoup d'entre les proches, familles, accompagnants ou le malade lui-même ont parfois du mal à se payer un ticket de consultation. Si le coût du ticket de consultation constitue déjà une charge pour de nombreuses familles, l'hospitalisation, avec des coûts encore plus élevés, représente un obstacle financier considérable pour l'accès aux soins.

4.3 Les frais d'hospitalisation : un fardeau pour les malades et leur entourage

L'hospitalisation qui est une partie intégrante dans la prise en charge des malades constitue aussi un obstacle qui bloque l'accès aux soins des personnes affectées. Parallèlement aux frais de consultations et des médicaments, le service demande aussi la disponibilité de ressources autrement dit beaucoup de moyens ou de capacités de la part des usagers. A Dalal xel l'hospitalisation s'effectue sur proposition du médecin psychiatre tout en tenant en compte l'accord de la famille du malade ou de son accompagnant car les frais d'hospitalisations qui sont d'ailleurs plus coûteux que les autres types de soins sont toujours à leur charge. Les résultats du terrain ont montré que certaines familles acceptent rarement d'hospitaliser directement leur patient sans avoir mobilisé au préalable les ressources nécessaires. Et quelle que soit la nature de la maladie, la famille ou la personne en charge des frais d'hospitalisation doit obéir à bon nombre de critères pour pouvoir bénéficier du service. Avant l'internement, la structure demande le paiement d'une caution d'une valeur de 270000 FCFA qui équivaut à 30 jours, la durée minimale de l'hospitalisation, couvrant ainsi le lit et les 3 repas ainsi que la disponibilité d'une accompagnante qui est obligatoire pour les patients de sexe féminin. Cette faveur donnée aux patientes s'explique par le fait qu'au début, le centre était concentré que sur l'hospitalisation des hommes souffrant de maladies mentale, d'où le masculinisation de l'hospitalisation. Mais au fil des années, il s'est trouvé que le même besoin a été remarqué chez les femmes qui devenaient de plus en plus nombreuses à être affecté par les troubles psychiatriques. Et vu que leur besoins en tant malade mentale étaient plus particuliers que ceux des hommes, tout en voulant veiller sur l'intimité de ces dernières, le centre a commencé à exiger des accompagnantes pour les patientes qui doivent être internées. Ce qui explique cette particularité liée au genre. Cependant, ces modalités à respecter poussent beaucoup de parents à rester pendant des jours sans faire hospitaliser leur patient car peinant à rassembler la somme sans oublier que la consommation de l'accompagnante s'y rajoute. Cette maman

exprime son inquiétude sur les frais d'hospitalisation *« depuis qu'on est arrivé dans ce centre, il y a de cela trois semaine 4 jours nous avons payé environ 380000 si ça ne fait pas plus même et tout ça pour l'hospitalisation. J'ai vraiment eu la chance d'avoir un fils qui est au Maroc et c'est lui qui a pratiquement pris en charge tous les frais d'hospitalisations et même les autres soins pour sa petite sœur. Si c'était à moi de mettre tout ça sur mon dos je pense qu'on aller continuer à faire des allers et retours auprès des tradithérapeutes, on ne pourrait pas accéder ici parce que c'est très couteux »*. Ceci montre que la quête thérapeutique a tellement d'incidences économiques allant jusqu'à pousser les familles à s'endetter devant leurs parents immigrants ou ceux qui sont dans des situations un peu plus favorable, leurs amis ou encore même leurs voisins. Cette tante qui est avec sa nièce au centre Dalal xel nous avoue ne pas avoir le courage de demander de l'argent à ses proches *« en ce moment j'ai même honte de demander encore et encore de l'argent auprès de certains parents qui ont déjà assez dépensé pour nous. Je me sens actuellement comme une mendiante auprès de ces derniers parce que l'hospitalisation est tellement chère à tel point que je ne suis pas en mesure de porter toute seule ce fardeau. Nous n'avons pas encore fait un mois ici alors que la somme qu'on n'a dépensée pour le moment a atteint les 500000 FCFA sans compter ma nourriture au quotidien parce la structure ne nourrit pas les accompagnantes. Actuellement je n'ai plus d'argent mon fils est le seul espoir qui me reste, c'est vraiment très difficile »*. Pour montrer que l'hospitalisation n'est pas une question qui peut se résoudre d'un seul coup surtout pour ceux qui doivent faire toute une routine entre proches, amis, voisins pour mobilisation les ressources nécessaires. De plus, ces coûts élevés dissuadent certaines familles à chercher un soutien financier en amont, retardant complètement les soins ou le diagnostic. Et pour la plupart du temps, cela entraine une détérioration de la santé mentale de la personne concernée nécessitant encore une hospitalisation beaucoup plus longue et plus coûteuse. A cet égard, le médecin psychiatre affirme clairement que *« la plupart de nos patients arrivent ici tardivement, à un stade où la maladie a déjà fait effet et devient de plus en plus chronique. Et cela est causé d'une part par le recours à la médecine locale ou traditionnelle avant l'accès aux services psychiatriques et d'autre part par le coût de l'hospitalisation qui reste un fardeau pour beaucoup de familles »*.

En examinant de plus près cette problématique liée aux coûts élevés associés à d'hospitalisation, on se rend compte que ces derniers contribuent à creuser les inégalités d'accès aux soins de santé mentale. En effet, nos enquêtes révèlent que les familles à faible revenu et sans assurance santé sont généralement celles qui se trouvent dans une situation

difficile, leur empêchant de faire hospitaliser leurs malades lorsqu'ils piquent une crise grave qui mérite une prise en charge interne. Ainsi affirme le directeur du centre « *pour la même maladie, deux patients peuvent avoir des soins différents et cela dépend de la disponibilité des moyens financiers. C'est à ce stade que l'on peut voir les inégalités en termes d'accès. Généralement les familles les moins aisées sont dans ces situations où faire hospitaliser leurs malades jusqu'à ce qu'ils soient stables reste un problème pour eux du moment où les moyens manquent* ».

Par ailleurs, ces frais à la charge des familles sont importants et ne peuvent être assurés de façon continue. Ils représentent un obstacle important à l'accès aux soins pour de nombreuses personnes. Non seulement cette situation met les familles dans des moments de stress lié à l'incapacité d'assumer les dépenses mais également exacerbe les disparités économiques qui entravent la prise en charge précoce de la maladie. Or, plus la personne évolue avec la maladie, plus ça devient chronique et la durée de l'hospitalisation sera plus longue et les dépenses plus importantes. A Dalal xel, la plupart des malades qui sont internés pendant plus de 5 mois sont souvent abandonnés par leurs familles parce qu'elles sont découragées ou ont peur d'être violentées davantage par ce dernier. L'orientation par leurs entourages vers la médecine locale dans le but d'alléger les dépenses aggrave l'état des patients

Cependant ces dépenses, souvent sous la charge des familles, pouvaient être beaucoup plus légères avec une couverture maladie, mais tel n'est pas le cas pour la plupart des patients de Dalal Xel.

4.4 L'absence de couverture maladie : un obstacle qui limite l'accès des malades

L'accessibilité universelle aux soins de santé de manière générale est certes un principe fondamental du système de soins au Sénégal mais reste toujours un problème pour beaucoup de personnes, dans certaines parties du pays. Améliorer l'accès aux soins a, pendant longtemps, été une préoccupation majeure des décideurs dans le secteur de la santé, mais jusqu'à là, l'accès aux soins de santé mentale des populations notamment celles de Fatick, pose toujours un certain nombre de défis. Le manque d'assurance en santé mentale est un de ces éléments phares qui limite toujours l'accès aux soins de plusieurs personnes. A Dalal xel la plupart des participants à notre enquête révèlent n'avoir jamais bénéficié d'une quelconque assurance lorsqu'ils cherchent à accéder aux services de cette structure. Cette absence d'assurance est le second facteur occasionnant des coûts énormes des soins. Cet élément aussi

important dans la prise en charge accompagne les patients et leurs familles pendant l'identification des services jusqu'à la phase de stabilité du patient. En effet, le recours précoce aux services et aux soins est non seulement retardé par le manque de moyens financiers, mais également par l'absence d'une assurance maladie. Par manque d'assurance, certaines familles voient l'économie de leur ménage fortement ébranlée par le coût élevé de la maladie mentale (Petit, 2019).

Par ailleurs, ces dépenses énormes chez les utilisateurs, occasionnées en grande partie par le manque de couverture, créent des disparités d'accès touchant ainsi les personnes les plus défavorisées économiquement. Selon le directeur du centre la plupart des patients n'ont pas d'assurance et cela rend encore plus difficile leur accès aux soins surtout pour les familles moins aisées où payer les soins qui sont excessivement chers, est difficile. Il ajoute que cela est dû au fait que *« la santé mentale est toujours mis au second plan et que le gouvernement sénégalais ne soutient jamais les services privés en psychiatrie notamment le centre Dalal xel de Fatick. Et cela explique en réalité la cherté de nos services qui sont autant difficiles à être pris en charge complètement par certains utilisateurs surtout, ceux qui quittent le public pour le privé, les poussant ainsi à recourir tardivement aux soins »* Ceci montre de part et d'autre que les personnes sans couverture ou assurance sont les plus vulnérables en termes d'accès au centre en raison de leur incapacité à se payer l'ensemble des frais médicaux. A défaut d'assurance ou de couverture, les utilisateurs sont contraints de faire face aux coûts directs des soins pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale au complet. La plupart des répondants révèlent que *« le manque d'assurance rend beaucoup plus compliqué l'accès car une part des dépenses liés aux soins qui devrait être pris en charge par les décideurs en santé reviennent aux familles qui s'endettent davantage pour payer les frais médicaux de leurs patients »*.

Par ailleurs, l'absence d'assurance a un poids énorme sur les besoins de soins qui sont le plus souvent non comblés voire insatisfaits. Cette situation est parfois à l'origine du décrochage financier en matière des soins ou encore même le non-respect des rendez-vous. Ce répondant discute du prix des soins sans assurance *« peut-être que si on avait une assurance la situation de notre patient allait changer parce que sans assurance, il nous est vraiment impossible de payer tous les soins, ce qui fait que nous sommes obligés de recourir à des emprunts auprès de nos parents, amis ou voisins qui contribuent à nous appauvrir davantage »*. Ainsi, elle constitue d'une part une barrière d'accès et d'autre part un facteur déclencheur des coûts élevés des soins de santé. A défaut d'obtenir une couverture maladie, bon nombre de

personnes renoncent facilement au traitement psychiatrique, évitant toute association avec un professionnel de la santé mentale. A cet égard, ils mettent en place des stratégies d'usage pouvant permettre de recourir à une thérapie facilement accessible et moins coûteuse, une thérapie souvent orientée vers les croyances culturelles. Le fait de ne pas bénéficier d'une couverture ou d'un quelconque soutien, pouvant alléger les dépenses médicales, pousse beaucoup d'entre eux à s'orienter vers la médecine traditionnelle même si ce type de recours n'est pas toujours efficace et n'apporte pas des résultats satisfaisants.

Par contre, il est essentiel de reconnaître aussi que certains de nos enquêtés, surtout ceux qui ont un niveau de scolarisation un peu élevé, confirment l'existence de couverture en santé mentale dans certains services publics mais, difficilement accessibles en termes de procédure et présentent souvent des dysfonctionnements qui peuvent être à l'origine de la gravité de l'état du malade.

4.5 Les barrières socio-culturelles

Dans la plupart des sociétés, plus particulièrement en Afrique, la perception des troubles mentaux est toujours sous l'influence des croyances culturelles. Malgré les évolutions observées autour la biomédecine ou le traitement professionnel des problèmes mentaux (traitement psychiatrique), la maladie mentale reste perçue par la plupart des populations du Sénégal, notamment, ceux de Fatick comme le fait de forces surnaturelles ou de mauvaises actions passées. Ces causes autres que sur le plan psychiatrique attribuées aux problèmes de santé mentale, sont aussi des facteurs significatifs qui limitent le recours ou le besoin de recevoir les soins du service Dalal xel. Au fur et à mesure, on se rend compte que les familles évitent de consulter un service psychiatrique qui les assigne à la folie de la personne malade dans le contexte social (Petit, 2019). Afin d'éviter la stigmatisation, la honte et le déshonneur, les parents responsables du malade cherchent toujours à préserver leur apparence en faisant recours à la médecine traditionnelle tout en évitant une quelconque association avec les professionnels en santé mentale. Ils ne se rendent dans un service psychiatrique qu'après avoir expérimenté pendant plusieurs années tous les types de guérisseurs traditionnels qu'ils connaissent et auxquels ils ont accès (marabouts, religieux dont les prêtres ou imams, guérisseurs, tradithérapeutes etc.). Cette orientation thérapeutique vers la médecine traditionnelle s'explique par les représentations et les perceptions qu'ils ont sur les maladies mentales, largement dominées par leurs valeurs socio-culturelles. En effet, comme l'ont si bien confirmé certains professionnels au centre Dalal xel, le médecin psychiatre mentionne aussi cet obstacle que traversent les populations de Fatick « *Ici à Fatick, comme d'ailleurs*

dans plusieurs parties du pays, la santé mentale est toujours sous l'influence des pratiques culturelles, traditionnelles et ancestrales. Ce qui fait que les familles nous viennent ici généralement à un moment où le patient a atteint un stade avancé voire même chronique de la maladie. Leur parcours thérapeutique commence généralement au niveau traditionnel, s'en suit après, le niveau religieux et arrive, un peu plus tard, au niveau psychiatrique ». A cet égard, il est déjà clair que la thérapie traditionnelle est en quelque sorte le premier recours choisi par la plupart des malades sous l'influence de leur entourage moins attiré par le traitement par la médecine biomédicale. Le plus souvent, les parents les plus proches du malade (Chef de famille ou l'oncle du patient, les enfants et surtout les femmes si le malade est un peu âgé etc.) choisissent l'itinéraire thérapeutique à suivre. Ce que montre (Diagne & Lovell, 2021), qui confirment l'implication de plusieurs acteurs comme les parents, les frères et les sœurs dans le type de thérapie à suivre pour le malade. Cependant, même s'ils s'attardent sur la décision genrée de la thérapie à suivre, souvent dominée par la figure masculine, force est de reconnaître que dans le cas précis de cette étude, cette décision provient des deux côté (masculin et féminin). Et l'aspect culturel a toujours une forte influence sur cette décision. Ainsi, cette influence accrue des croyances traditionnelles qui durent et perdurent favorise le recours tardif au diagnostic et aux soins psychiatriques et accentue les frais déjà très coûteux à la charge des familles pour les soins médicaux. Nombreux sont ceux qui ne se rendent au centre qu'après avoir expérimenté une succession de marabouts, occasionnant plusieurs conséquences telles qu'une aggravation de l'état du malade ou des crises successives accompagnées d'actes agressifs. Cette maman, avec son recours marqué par une forte influence de la médecine traditionnelle, partage son expérience « ça fait plusieurs années que mon fils est tombé malade. Depuis lors on fait des va et vient chez les marabouts qu'on connaît et d'autres qui nous ont été recommandés par les voisins. Après des tours chez plusieurs guérisseurs, on avait constaté une évolution de son état. Mais ces trois dernières années, il tombé tout le temps en crise et devient de plus en plus agressif avec nous. Un jour j'en ai parlé avec une dame qui habite dans le quartier et qui travaille à Dalal Xel Fatick. Elle m'a recommandé de le faire interner là-bas. Cependant, je n'avais pas pris ses paroles au sérieux parce que je croyais que sa maladie était provoquée par des personnes mal intentionnées et que seuls, les tradithérapeutes pouvaient le guérir mais, je me suis trompée parce que nos derniers jours avec lui avant d'avoir accepté de le faire interner étaient vraiment très difficiles. Puisqu'on avait plus le choix car il était plus agité et agressif et on ne pouvait plus rester avec lui dans la maison, on a décidé enfin de le faire interner au centre »

De plus, la honte et la stigmatisation, associées à la maladie, poussent à une succession de consultations de guérisseurs traditionnels par les parents des malades. Contrairement au recours à la psychiatrie qui est toujours associée à la folie, la décision de se rendre chez un tradithérapeutes est fortement reconnue et acceptée par beaucoup d'entre eux. Ils l'inscrivent dans la normalité des pratiques de soins et une étiologie partagée, contrairement à celle de la psychiatrie (Petit, 2019). Par contre, certains acceptent d'une manière ou d'autre, de faire interner leurs patients au centre, malgré eux, tout en continuant les pratiques traditionnelles. Ces derniers cherchent toujours à le faire de la façon la plus discrète possible du fait du regard que la société a sur les structures psychiatriques : « *soigner les fous* ». C'est ce qui fait dire à l'assistante sociale que les parents de nos patients nous disent parfois qu'ils ne veulent même pas que les gens sachent qu'ils ont amené leurs malades à Dalal xel à cause de la perception qu'ils ont sur le centre « *begouniou sax nit gni xam ni fi lagne ko andi* ».

Par ailleurs, l'influence des croyances traditionnelles va même jusqu'à créer des situations très tendues entre les utilisateurs et le personnel de Dalal xel. En effet, fidèles aux principes du centre, les agents du centre s'opposent toujours contre le recours aux soins traditionnelles par les patients qui est formellement interdit au sein de la structure. Les divergences entre proches du malade et personnels naissent donc à partir du moment où les agents de Dalal xel interdisent à ces derniers d'effectuer des bains rituels à l'intérieur de l'établissement ou de prendre un autre type de soin en même temps que les soins de la médecine biomédicale. Ce qui semble parfois être impossible pour certains qui ne peuvent pas totalement se débarrasser de leurs croyances, même en internant leur malade. C'est pour cette raison que la plupart d'entre eux finissent par arrêter le traitement et renoncer à l'hospitalisation en signant une décharge. Nous avons pu constater un cas pareil pendant nos séjours de terrain à Dalal xel. Une Dame a tout de suite signé la décharge pour sa fille internée parce qu'elle avait refusé d'arrêter les médicaments traditionnels qu'elle utilisait au sein même des pavillons d'hospitalisation. En effet, il s'est trouvé que ce jour-là, les personnels qui se chargent de faire la visite des différentes chambres l'ont trouvée avec deux bouteilles pour des bains rituels. L'infirmier a noué le dialogue :

Infirmier : bonjour

La Dame : Bonjour docteur

Infirmier : A qui sont ces bouteilles ?

La Dame : C'est à moi

Infirmier : Ah oui c'est pour vous madame. Donc vous utilisez aussi ce traitement ?

La Dame : Oui docteur. Notre tradithérapeutes nous a recommandé de le faire tous les jours

Infirmier : Ah oui ! mais saviez-vous que c'est formellement interdit au sein de notre structure ?

La Dame : non je l'ignore totalement.

Infirmier : Ok ! Maintenant il faut que vous arrêtez ces médicaments parce qu'ici, nos médicaments ne se cumulent pas avec d'autres.

La Dame : Ok je comprends mais je ne peux pas arrêter ces médicaments. Laissez-moi faire s'il vous plait parce que c'est une bonne chose pour moi.

Infirmier : Non ! je suis vraiment désolé mais c'est impossible. Si vous n'acceptez pas d'arrêter ces autres types de soins, vous allez devoir quitter ici en signant une décharge et sans possibilité de revenir ici.

Ainsi, la dame réfléchit pendant un moment et suit ensuite l'infirmier pour signer la décharge. Malgré l'intervention de l'infirmier et du médecin psychiatre, la dame résista et, un peu plus tard, elle rangea ses bagages et partit avec sa fille.

Cette scène prouve davantage le poids que les croyances ont sur le choix du recours aux soins de santé mentale des populations de cette localité. La confiance aveugle et la perception qu'ont ces derniers sur la médecine traditionnelle et la maladie mentale fait que beaucoup d'entre eux tardent à voir les professionnels de la santé mentale ou finissent souvent par renoncer au traitement.

Par ailleurs, il est important de souligner que les professionnels du centre de santé mentale de Fatick sont assez réticents par rapport à l'utilisation au sein de leur structure des médicaments prescrits par les tradithérapeutes ou les guérisseurs traditionnels. Selon le médecin psychiatre, les empêcher de faire prendre les médicaments traditionnels à leurs patients n'était pas l'objectif visé, mais il est formellement interdit au centre de prendre un autre traitement différent de celui prescrit par le médecin. A ce titre, il nous fait savoir que les interactions médicamenteuses pourraient entraîner des effets indésirables ou même réduire l'efficacité du traitement moderne. Le manque de preuve scientifique avec les médicaments traditionnels et le dosage peut être à l'origine de complications et mettre le patient dans état peu maîtrisable. Tous ces facteurs semblent être des raisons qui poussent les professionnels de ce centre à

empêcher la prise des médicaments traditionnels au sein de leur établissement. Cependant, l'infirmier ajoute que « *c'est pour s'assurer de l'efficacité des médicaments ou du traitement dans sa globalité afin d'aider le patient à atteindre rapidement la phase de stabilité* ».

Au-delà de ces obstacles culturels, le retard de diagnostic ou mieux, l'accès difficile aux services de ce centre peut être d'ordre physique ou géographique.

4.6 Les barrières géographiques

Outre que les barrières financières et socioculturels, le déséquilibre entre les régions du pays en terme de répartition des infrastructures et de personnels spécialisés en santé mentale révèle aujourd'hui beaucoup d'inégalités dans l'accès et accentue les barrières géographiques. Il faut rappeler que l'ensemble des structures psychiatriques du pays qui sont d'ailleurs d'un nombre limité et réparties dans 8 régions se concentrent dans les centres urbains. Ceci constitue un obstacle pour les populations éloignées qui cherchent toujours à les rejoindre. En effet, cet éloignement des services psychiatriques retarde le plus souvent le recours aux soins des populations. Etant la seule structure spécialisée dans la prise en charge des troubles mentaux, le centre Dalal xel Fatick polarise à la fois la commune, les villages et même les régions environnantes en recevant chaque jour plus d'une centaine de personnes en consultation. Certes les habitants de la commune ont moins de difficultés pour joindre l'établissement car il leur suffit de prendre un taxi pour s'y rendre mais, force est de constater que ces barrières physiques sont plus visibles pour les zones environnantes plus particulièrement pour ceux qui résident dans les autres régions. Certains usagers sont confrontés à une double contrainte, un déficit de médecins et de plateaux techniques spécialisés et une offre médicale éloignée (Niang Diene, 2019, 466). Dans ce contexte où ces populations sont contraintes de parcourir des kilomètres pour atteindre les services de soins, les dépenses s'élargissent si l'on sait que les frais de transports s'ajoutent directement aux frais médicaux qui sont encore plus coûteux. Beaucoup de familles qui résident à l'extérieur de la commune, ont parfois du mal à accéder à Dalal Xel surtout pour le malade en crise très agressive. Dans de telles situations, l'entourage a tous les problèmes pour trouver un moyen de transport, les conducteurs devenant plutôt méfiants. « *Notre première fois ici pour hospitaliser mon frère était un véritable calvaire pour nous. Déjà, en cette période d'hivernage, c'est assez difficile d'avoir une voiture qui quitte Touba pour Fatick, moment où il était très agité. La plupart des conducteurs refusaient de nous prendre parce qu'ils avaient peur que le malade ne leur fasse mal. Nous dûmes attendre des heures durant avant que notre grand frère ne trouve un chauffeur* ». S.B. Ces

propos mettent en exergue la difficulté à accéder à cette structure surtout pendant certaines périodes. Que de temps perdu du fait de l'état du malade !

Par ailleurs, cet éloignement très contraignant pour certaines populations, rend plus difficile l'accès au centre et entraîne un coût de transport exorbitant qui retarde les consultations et cause fortement des retards successifs de rendez-vous, rendant plus préoccupante la maladie. Au-delà du coût de la consultation, de l'hospitalisation et des médicaments, ils dépensent beaucoup plus pour accéder au centre. La plupart des utilisateurs venant de l'extérieur de la région discutent de la cherté du transport qui se présente pour eux comme le premier fardeau qui limite leur accès *« rien que pour le transport, on a dû dépenser plus de 40000 FCFA pour arriver ici parce qu'on est passé d'abord par Kaolack, chez un guérisseur traditionnel mais il était incapable de calmer ma fille. Par la suite il nous a proposé de venir à Dalal Xel »*.

Il faut rappeler que la plupart des personnes qui rencontrent ces problèmes résident dans les régions (Dakar, Saint-Louis, Kaffrine, Kédougou...) où il faudra parcourir plusieurs kilomètres pour atteindre le centre Dalal Xel. Certains ont déjà visité, au moins, un ou deux établissements psychiatriques, sans résultats satisfaisants parfois, plus proches mais, moins fonctionnels. Aux résultats négatifs après plusieurs consultations et hospitalisations dans ces hôpitaux psychiatriques plus proches, s'ajoute la stigmatisation que peut subir le malade et son entourage dans leur propre lieu de résidence. Cet accompagnant juge plus discret d'interner son neveu à Dalal xel qu'au service hospitalier de Saint-Louis, plus proche *« C'est vrai que la distance entre Saint-Louis et Fatick est énorme et coûteuse mais ça vaut la peine parce qu'on a déjà essayé plus de deux fois à Saint-Louis et ça n'a pas marché ce qui fait qu'un ami m'a recommandé de l'emmener ici à Fatick et en plus je ne veux plus que les voisins nous regardent autrement à cause de sa maladie »*. Pour cela, se faire consulter dans une autre localité que celle où l'on réside est beaucoup plus discret pour certaines familles. Ainsi, certains d'entre eux vont même jusqu'à suspendre le traitement de leurs patients parce que ne pouvant plus tenir les coûts du déplacement pour des rendez-vous rapprochés sans compter les frais de médicaments et tickets de consultation.

Il est quand même heureux que certains tiennent le coup et sont prêts à faire des allers et retours entre leur lieu de résidence et le centre, déjà très cher surtout lorsque les frais de traitement s'y rajoutent. Pourvu qu'ils constatent l'évolution tant espérée. Ceci leur permet d'accompagner leurs patients tout au long du processus de guérison tout en le faisant dans la discrétion pour éviter la stigmatisation que continue de subir beaucoup d'entre eux. A cet égard, il faut reconnaître que malgré son caractère privé, le centre de santé mentale de Fatick

offre des services disponibles et accessibles à tous avec des traitements plutôt efficaces. Le soupçon de haute qualité des soins inspire confiance et encourage. Ils sont nombreux à souligner, pendant les entretiens, avoir reçu des soins de qualité et être satisfaits du traitement, une bonne communion des professionnels du centre aidant. Les propos de M.D le confirment *« je continue à faire suivre régulièrement le traitement parce que j'ai pu percevoir que ce centre offre vraiment des soins de qualité. Ce n'est ma première fois ici, donc je peux confirmer l'évolution de mon état après avoir été hospitalisé dans d'autres structures comme à Fann avant de venir ici. Depuis que j'ai commencé mon traitement ici à Dalal Xel, je vois que mon état s'améliore davantage par rapport à ma situation d'avant. C'est vrai que c'est la deuxième fois qu'on m'hospitalise ici, mais je peux avouer que ce n'est par inefficacité du traitement. Au contraire, il y a eu de ma part, un non-respect du traitement prescrit. J'ai entièrement confiance à leurs soins et c'est ce qui détermine largement la décision avec le soutien de ma mère de continuer le suivi ici dans ce centre »*. A travers cet extrait nous comprenons que la qualité des soins du centre de santé mentale de Fatick motive certains patients et leur entourage à revenir ou utiliser régulièrement les services de cet établissement.

4.7 Le manque d'information/connaissances sur les maladies mentales

Au-delà du déficit d'établissements psychiatriques et de professionnels de la santé mentale, l'accès aux soins des personnes touchées par les troubles psychiques devient assez compliqué à cause de la stigmatisation qui gagne de plus en plus du terrain et le manque d'informations sur la santé mentale. Etant le dernier recours des patients et leurs familles, ils arrivent le plus souvent dans les services psychiatriques en état d'urgence. En effet, l'entourage tente dans un premier temps plusieurs démarches avant d'arriver avec le patient dans les hôpitaux psychiatriques. Ils sont parfois peu ou mal informés et ne savent pas quoi faire lorsque leur malade tombe en crise. A ce stade où ils ignorent tous des attitudes adaptées à la situation du patient, ils se fient toujours aux explications populaires qui ne sont en rien médicales, orientant leur choix thérapeutique vers la médecine traditionnelle. Ce sont alors les allers et retours entre les guérisseurs et les tradithérapeutes, premières solutions, la méconnaissance de la maladie et les fortes croyances traditionnelles étant très partagées. Ce manque d'informations en matière d'accès au centre psychiatrique a toujours été réel, persiste et demeure un risque et un obstacle majeur pour les utilisateurs, tout en enfonçant dans la vulnérabilité. Le manque de sensibilisation et d'éducation, la désinformation sur les ressources disponibles, les mythes, les idées fausses et les croyances sur les troubles mentaux fortement ancrées sur la tradition dissuadent certaines familles à chercher de l'aide auprès des

professionnels de la santé mentale. Cela peut être compris parce que les problèmes de santé mentale sont rarement médiatisés, comparés aux autres types de maladies qui font beaucoup débat sur de nombreux plateaux. La santé mentale n'est pas assez prise en charge dans les soins de santé primaire, ce qui fait que les populations tardent à se familiariser très rapidement au domaine de la santé mentale, retardant ainsi le diagnostic précoce de la maladie. Ce qui fait dire au médecin psychiatre « *la méconnaissance, l'ignorance, les jugements et les fausses idées sur troubles mentaux, le plus souvent orientés sur nos croyances religieuses ou traditionnelles, retardent le recours précoce à la psychiatrie et accentuent les cas d'urgences et les maladies chroniques* ». Cependant, il faut comprendre aussi que l'indisponibilité d'une base statistique solide sur la santé mentale au Sénégal explique aussi la non-inclusion dans les soins de santé primaire. En effet, autorités et décideurs publics parlent très rarement de la santé mentale tout en y investissant très peu. Ceci n'aide ni les personnels de la santé mentale dans le bon fonctionnement de leur travail, ni les personnes touchées par des troubles mentaux et leurs proches qui en subissent, plus, les conséquences. Depuis 2019, il n'y a pas aucun rapport publié sur la santé mentale renseignant sur son évolution pour permettre aux populations de comprendre la gravité de ces pathologies afin de recourir, à temps, aux services compétents (psychiatriques). Jusque-ici, le financement des services de santé mentale reste plutôt insuffisant par rapport à celui des soins de santé physique, limitant ainsi les ressources disponibles pour une intégration efficace des SSPSM. Cette faible inclusion de la santé mentale dans les soins de santé primaires peut être aussi expliquée par le manque de formation continue des professionnels. La plupart des professionnels de la santé mentale ne sont pas suffisamment formés. Leur capacité à identifier et traiter les troubles mentaux est parfois faible, limitant ainsi leur participation aux SSPSM. Malgré ces défis, des évolutions ont été notées sur ce point au centre de santé mentale de Fatick, si l'on se réfère à ces deux dernières années. Pendant longtemps, le centre a été confronté à des problèmes de manque de personnels impactant le bon fonctionnement des SSPSM. A ce titre, le médecin psychiatre ajoute « *Il n'y a pas de protocole initié en santé mentale, ce qui fait que même les soignants, les infirmiers n'ont pas de formation requises pour l'encadrement des patients en psychiatrie. Raison pour laquelle le psychiatre est le seul pourvoyeur ici. On ne voit pas beaucoup de techniciens dans le suivi des patients et même ceux qui sont là ne sont pas assez formés sur les questions de santé mentale* ». Ce gap de ressources humaines, cumulé à l'interruption des activités du centre causé par la pandémie du covid19 et l'indisponibilité d'une base de données complète en 2018 et 2019, ont impacté négativement sur l'avancement des SSPSM dans cette structure.

4.8 la stigmatisation : un facteur qui bloque l'accès aux soins des malades

En outre, la stigmatisation apparaît aussi comme un enjeu majeur en matière d'accès aux soins pour les malades et leurs familles. Souvent associée à un sentiment à l'origine de honte et d'infériorité, la stigmatisation est autant vécue par le malade, son entourage, ses proches (amis et voisins) que beaucoup d'autres personnes en lien avec le malade. Cette stigmatisation envers les personnes souffrantes de maladies mentales a toujours existé et évolue suivant les époques. Aujourd'hui, elle résiste aux changements et continue de prendre place dans le tissu social avec des natures différentes. Les malades continuent de vivre cette stigmatisation qui est devenue beaucoup plus forte dans la sphère familiale qu'au niveau des services psychiatriques. Comme dans la Grèce Antique, en ce 21^{ème} siècle, le malade mental est toujours évité dans sa propre famille, parfois enfermé et se sent totalement exclu dans les débats familiaux. A Dalal Xel, la plupart des personnes interviewées partagent entièrement le fait que la stigmatisation des malades se perpétue et est plus visible au niveau des familles. L'ergothérapeute considère que *« les cas de stigmatisation des personnes souffrantes de troubles mentaux deviennent de plus en plus importants et interviennent juste après la sortie du patient. Après l'hospitalisation, la famille regarde le malade d'un autre œil, il n'est plus considéré comme une personne normale et l'exclusion et la marginalisation commencent à prendre place. Ce dernier n'a donc plus de responsabilités encore moins de droit à la parole pour les prises de décision du moment où la famille considère qu'il tient un discours incohérent et est totalement sorti du monde réel »*. L'assistante sociale à son tour ajoute *« dès qu'il sort de l'hôpital, cette personne vivant avec un trouble mental a du mal à récupérer sa place dans sa famille et dans la société, il n'est plus considéré comme avant, surtout les consommateurs de substances psychoactives et le plus souvent n'a plus de soutien social »*. Elle ajoute à ce propos *« pendant les moments de discussions en familles, le malade est totalement ignoré et quand il veut prendre la parole, on la lui refuse ou bien même on s'acharne toujours à le corriger pour le déstabiliser »*. Ces propos confirment la stigmatisation que subissent les malades au niveau de leur entourage. Ainsi, la famille qui devrait d'ailleurs être la première source de soutien du malade, semble être le premier à l'isoler, à l'exclure des rapports sociaux et à le mépriser à cause de sa situation, même si elle se stabilise (tendance vers la guérison de la personne touchée). Sa réintégration dans la société devrait être facilitée, d'abord, par l'entourage.

Chapitre 5 : Les stratégies d'adaptation aux obstacles liés à l'accès aux soins de santé mentales des patients du centre de santé mentale de Fatick

Ce chapitre est destiné à l'analyse des différentes stratégies pour lutter contre les obstacles qui bloquent l'accès aux soins des malades au centre Dalal Xel de Fatick. Ces stratégies seront analysées sous deux grandes parties avec chacune différentes sous-parties. Dans un premier temps, nous allons parler des stratégies institutionnelles et dans un second temps nous analyserons les stratégies individuelles ou familiales.

5.1 Les stratégies institutionnelles

Dans cette partie, nous allons analyser l'ensemble des stratégies qui sont mises en place par le centre Dalal Xel pour diminuer les barrières que rencontrent les utilisateurs lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins.

5.1.1 La psychoéducation avec le personnel de la structure

La psychoéducation apparaît dans les années 1970 et a comme objectif majeur d'aider les enfants souffrants de problèmes de santé mentale à surmonter le fardeau lié aux difficultés d'apprentissage. Dès 1980, elle se voit comme un moyen de transmission de savoir sur les troubles psychiques en prenant le sens d'une thérapie éducative pour les personnes touchées par la schizophrénie et leurs familles ou proches. Puis, plus tard dans les années 1990, elle commence à s'étendre dans les autres formes de troubles psychiques comme les troubles bipolaires, le stress et prend au fur et à mesure une place importante dans la prise en charge des troubles mentaux. Aujourd'hui, son efficacité en tant que thérapie non médicamenteuse, justifie son intégration rapide dans la liste des différents types de thérapies en milieu psychiatrique et son intérêt pour les professionnels de la santé mentale pour un traitement plus global et un suivi plus intégré des personnes vivant avec un handicap mental. C'est ainsi que pour (Goldman, 1988), la psychoéducation consiste en l'éducation et la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychique, dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées aux troubles psychiques). Dans la même logique, (Bonsack et al., 2015) résume donc la psychoéducation en une intervention didactique et psychothérapique systémique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.

Par ailleurs, la plupart des études orientées sur la psychoéducation ont été certes abordées sous différents angles mais force est de constater que ses dimensions restent toujours les mêmes. A cet égard, la psychoéducation implique une dimension pédagogique qui consiste à donner l'information de façon claire et explicite sur la maladie, les comportements du malade et ses émotions. Elle se base en quelque sorte sur la transmission de connaissances sur la forme de trouble dont souffre le patient pour permettre à ce dernier et ses proches de mieux l'appréhender. Elle permet au professionnel de revenir sur certains aspects tels que la nature de la maladie, ses causes, ses symptômes, le type de traitement, la prévention pour éviter les rechutes, l'importance de l'accompagnement de la famille etc. Il y a aussi la dimension psychologique qui est liée à l'acceptation et à la reconnaissance de la maladie ainsi qu'au renoncement. C'est à partir de là qu'un diagnostic et un traitement sont proposés. Ensuite une dimension comportementale et cognitive qui favorise le développement de compétences tout en mettant l'accent sur l'attribution d'un sens à la maladie et l'engagement. Et enfin la dimension réadaptation qui se base sur la mobilisation de ressources et la restauration des compétences.

Au centre Dalal xel, la psychoéducation devient un moyen efficace dans la prise en charge et le suivi des patients. En effet, elle permet aux personnels de recueillir les informations essentielles sur le malade et sa famille afin de l'aider à surmonter la maladie et les obstacles qu'ils rencontrent en termes d'accès et dans la prise en charge et le suivi de la personne affectée. Ces interventions de thérapie éducative ont été intégrées dans la prise en charge des malades depuis 2018 et sont pratiquées par les personnels de la structure plus particulièrement par les deux médecins psychiatres, l'assistante sociale, la psychologue et parfois par quelques infirmiers. Elles sont généralement réalisées auprès des patients stables, ceux qui sont sur le point de sortir et leurs proches et se font pour la plupart du temps dans un setting individuel. Par contre, il est important de souligner que l'assistante sociale le fait parfois de façon groupée avec les patients uniquement car selon elle « le groupe permet aux patients de partager des expériences diversifiées, de renforcer les liens entre eux, ce qui constitue un moment idéal pour se donner des conseils les uns des autres ». Et pour le médecin psychiatrique, « les interventions en psychoéducation ne se résument pas tout simplement à une transmission d'information, elles deviennent des outils parfaits pour agir de façon positive sur les attitudes et les comportements des patients et leurs familles et favorise ainsi l'augmentation du soutien social ».

Par ailleurs, les entretiens psychoéducatifs s'effectuent le plus souvent dès le premier jour de consultation ou bien pendant la dernière semaine d'hospitalisation avant juste la sortie du patient. Cependant, puisque c'est l'assistante sociale qui est toujours en contact avec les malades et leurs proches, elle se charge généralement des entretiens avant la sortie du patient. En effet, elle le fait en présence d'un membre de la famille pour avoir une certitude sur ce que l'un ou l'autre va donner comme information. Pendant ce moment de dialogue, elle cherche à creuser davantage sur le vécu du malade, ses conditions de vie et plus concrètement celles de sa famille, de la provenance des ressources mobilisées pour le processus de guérison, le suivi et la continuité du traitement, le respect des rendez-vous et de la prise des médicaments etc. Le recensement de ces informations qu'elle va directement rapporter au médecin leur permettra d'entrer, directement le jour de la sortie, sur les éléments essentiels qui servent d'enseignement au malade et ses proches. Ces éléments enseignés se basent globalement sur l'évolution de la maladie, la question du soutien social, l'importance du traitement et de sa continuité, la prévention des crises et des cas de rechutes. Par contre si c'est une consultation en ambulatoire c'est le médecin qui s'en charge. Cette thérapie éducative contribue à la déstigmatisation des troubles mentaux et à la modification des croyances et des représentations autour de la maladie. A partir de ces entretiens éducatifs, le personnel recense tous les problèmes ou difficultés du patient et de sa famille allant de la quête thérapeutique jusqu'à l'après hospitalisation. Si toutefois il y a blocus dans la recherche de soins ou en terme d'accès comme les barrières financières, physiques ou d'autres formes d'obstacles, des interventions y seront faites surtout à travers le suivi par l'assistante sociale.

5.1.2 Le suivi par l'assistante sociale

Étant une structure entièrement privée, l'accès aux services du centre Dalal Xel demande beaucoup de moyens qui sont difficilement accessibles pour de nombreuses familles surtout les plus démunies. Alors qu'il reste le seul établissement spécialisé sur les questions de santé mentale dans toute la région, les populations de cette localité n'ont pas d'autres choix que d'y aller surtout lorsque leur patient pique une crise grave qui mériterait des interventions rapides. Cependant, le coût élevé des soins médicaux devient ainsi l'obstacle majeur qui bloque leur accès. Conscient de cette situation assez fréquente chez les utilisateurs, le corps administratif de ce centre décide de mettre en place des stratégies pour aider ces derniers à surmonter les difficultés d'accès. Parmi ces stratégies figure le suivi par l'assistante sociale qui est l'un des

moyens d'intervention plus important et plus efficace pour agir de la meilleure manière sur les problèmes que rencontrent les familles et leurs patients en accédant aux services de soins. Pour assurer le suivi et soutenir ceux qui font face à des difficultés, elle passe par des interrogations par entretiens. Cependant, pour recueillir les informations nécessaires pouvant lui permettre d'agir sur la situation du malade, l'assistante sociale a mis sur place un grille d'entretien qui est toujours administrée auprès des malades selon l'évolution de leur état de santé. Ce guide repose sur trois grands thèmes (Identification du patient, information sur la maladie et son mode d'évolution, dynamique familiale) avec des sous questions plus englobantes permettant d'avoir toutes les informations sur la personne affectée. Cette approche centrée sur le patient permet en général d'obtenir des réponses sur l'assistance ou l'accompagnement psychologique et social du patient surtout après l'hospitalisation, sa dépendance ou indépendance économique, le respect du suivi des rendez-vous et de la prise des médicaments si c'est un ancien patient. En effet, ces moments de dialogue restent une opportunité pour le malade et même ses proches plus particulièrement l'accompagnant de pouvoir partager leurs soucis et leurs difficultés avec cette personne. C'est d'ailleurs à ce stade que submergent la plupart des problèmes que rencontrent ces derniers, dont les plus fréquents sont les difficultés à prendre en charge, toutes les dépenses médicales notamment les tickets de consultations pour chaque rendez-vous et les médicaments qui peuvent être très chers pour certains. Pour régler ce problème crucial remarqué chez beaucoup de familles, l'assistante sociale procède à chaque fois par une collecte de médicaments restants, après hospitalisation des patients. Puisqu'à chaque consultation en interne le médecin psychiatre est censé diminuer ou augmenter la dose que devait prendre le patient ; la collecte et la gestion des médicaments des patients anciennement hospitalisés restent, pour l'assistante, un moyen pour favoriser le soutien en traitement médicamenteux des patients dont les familles sont dans l'incapacité de les acheter. L'ensemble des médicaments recensés sont mis dans une grande caisse que nous avons nommée « *la caisse sauveuse* » initiée pour aider les plus défavorisés.

Photo 7 : Caisse de soutien médicamenteux ou Caisse Sauveuse



Source : Enquête de terrain du 20 Août au 21 Septembre 2024

Cette caisse contient généralement les médicaments les plus utilisés par les patients et a pour objectif d'appuyer les plus vulnérables en termes de médicaments. Elle a été initiée par l'assistante sociale cette année après avoir pris conscience des difficultés financières que rencontrent la plupart des familles pour accéder aux traitements. Elle permet non seulement d'aider les patients défavorisés mais limite également le gaspillage en réduisant les déchets médicaux qui peuvent avoir un impact positif sur l'environnement.

Au-delà de cette caisse sauveuse, l'assistante sociale fait parfois recours aux bonnes volontés qui apportent leur soutien à travers des transferts d'argent qui servent à la limite à acheter les tickets et les médicaments pour ceux qui éprouvent des difficultés d'en acheter.

Tableau 5 : Répartition des transferts venant des bonnes volontés selon les besoins en termes de tickets de consultation et de médicaments des patients en difficultés

| Initial du malade soutenu | Service prise en charge gratuitement | Somme | Date |
|---------------------------|---|--------------------|------------|
| A.T | Médicaments | 6000 ^F | 14/02/2024 |
| N.S | Médicaments | 27000 ^F | 26/02/2024 |
| M.L.A | Médicaments | 7600 ^F | 06/03/2024 |
| N.S | Médicaments | 4200 ^F | 18/03/2024 |
| M.L.A | Médicaments | 7600 ^F | 20/03/2024 |
| P.M.D | Médicaments | 8500 ^F | 17/04/2024 |
| M.L.A | Médicaments | 20000 ^F | 07/05/2024 |
| A.F | Médicaments | 7600 ^F | 07/05/2024 |
| B.T | Ticket de consultation | 5000 ^F | 17/05/2024 |
| N.S | Complément du ticket de consultation pour cas urgence | 6500 ^F | 23/05/2024 |
| F.D | Médicaments | 25000 ^F | 27/05/2024 |
| A.D | Médicaments | 2100 ^F | 27/05/2024 |
| L.F | Médicaments | 2100 ^F | 05/06/2024 |
| M.L.A | Médicaments | 11400 ^F | 06/06/2024 |
| I.F | Ticket de consultation | 5000 ^F | 26/06/2024 |
| M.B | Ticket de consultation | 5000 ^F | 02/08/2024 |

Source : Enquête de terrain du (20 Août au 21 Septembre 2024)

Ces éléments qui figurent sur ce tableau montrent de façon beaucoup plus claire le soutien apporté aux patients nécessiteux, pour lesquels les proches sont incapables de couvrir le traitement médicamenteux. En effet, toutes ces dépenses ont été prises en charge par une seule personne qui fait toujours de bonnes actions au sein de cette structure avec un statut anonyme. Ses actions en tant que bonne volonté a commencé suite à l'internement de son fils au centre

Dalal xel. Son entretien avec une l'assistante sociale lui a permis de comprendre la situation que vivent certains utilisateurs et a ainsi compati aux difficultés que rencontrent certaines familles pour acheter un ticket de consultation ou des médicaments pour leurs patients. A travers ces moments d'échange, il a communiqué son numéro à l'assistante sociale afin qu'elle puisse le contacter en cas de besoin. Plus tard, ces moments de partage ont ensuite été à l'origine de plusieurs transferts d'argent pour soutenir. Ainsi, il a pu transférer à l'assistante des sommes conséquentes entre les mois de février et Avril 2024 dans le but de couvrir les frais de médicament de certains patients. Les malades ou les familles qui rencontrent des problèmes pour compléter ou acheter leurs médicaments peuvent directement saisir l'assistante qui se charge de régler le problème avec cet argent. Les frais de transport en cas de rupture médicamenteuse sont aussi pris en charge. On remarquera que la même personne peut revenir de façon répétitive pour un besoin de soutien en termes de médicaments. C'est le cas pour M.L.A qui apparait plus de 3 fois sur le tableau ci-dessus, bénéficiaire d'une somme totale de 46600 F pour la prise en charge de ses médicaments en un espace de trois mois. Cette dernière est issue d'une famille démunie.

5.1.3 Sensibilisation et éducation

Malgré l'évolution des connaissances en psychiatrie, la stigmatisation, les problèmes en santé mentale persistent toujours, entraînant ainsi des conséquences sur le patient et son entourage. Les croyances associées aux maladies mentales sont toujours guidées par nos valeurs socioculturelles et constituent un obstacle majeur qui empêche beaucoup de personnes d'aller voir un professionnel dès l'apparition des premiers signes. Tout comme les représentations de la maladie mentale peuvent constituer des barrières, le caractère stigmatisant de la psychiatrie peut aussi retarder le traitement et le diagnostic précoce. Pour faire face à cette situation, le personnel du centre Dalal xel a mis en place une stratégie axée sur la sensibilisation et l'éducation en milieu psychiatrique. En effet, cette sensibilisation/éducation se fait d'abord au niveau interne à travers des formations pour le personnel de la structure avant de descendre au niveau externe plus particulièrement dans les domiciles et en milieu scolaire.

Pour que tout le personnel soit au même niveau pour un bon accompagnement du patient, des séances de formations sont initiées selon la disponibilité des ressources de la structure. Ces formations cherchent non seulement à briser la stigmatisation qui entoure les problèmes de santé mentale et lutter contre l'influence des croyances traditionnelles, mais également à combler le manque de formation et augmenter les connaissances de certains professionnels

sur les troubles psychiques. Ainsi, après les dysfonctionnements causés par la pandémie du Covid19 qui a pendant longtemps impacté l'ensemble des activités de la structure, l'équipe professionnelle a pu subir une première séance de formation en éthique et bioéthique en Août 2023. Cette formation avait comme thème central « la relation d'aide au client (patient) » et consistait à renforcer les capacités du corps professionnel sur la reconnaissance et le traitement des troubles mentaux. Ceci les aide à déconstruire les mythes et les idées fausses associées aux troubles mentaux afin d'avoir la capacité à mieux prendre en charge les malades et les familles pour leur permettre de faire face à la stigmatisation et à la honte et la peur d'être jugé en cherchant de l'aide chez les spécialistes. La plupart de ces personnels ont pu confirmer que cette formation est un atout aussi bien pour eux que pour les patients. Selon une des infirmières, cette formation leur a permis d'apprendre encore à écouter attentivement et à comprendre les préoccupations des patients tout en développant une certaine empathie envers eux pour les rassurer et leur montrer qu'ils peuvent compter sur leur soutien. Elle leur a aussi permis de développer plus de compétences en communication pour mettre à l'aise les patients à exprimer leurs besoins et leurs émotions. Ce qui, selon elle, leur permet d'identifier les obstacles à leur bien-être et négocier avec eux afin de trouver des solutions efficaces. Une deuxième séance de formation sur la question « du moral et du spirituel » a été faite par le médecin psychiatre pour tout le personnel dans le but de le conscientiser sur le respect des droits du malade sur tous les plans (humain, social, culturel etc.). Selon le médecin psychiatre, « cette séance de formation donne aux personnels les compétences et la capacité d'intégrer la dimension spirituelle du patient dans le plan de traitement global et de veiller à leur dignité ».

En résumé, ces formations permettent d'établir des relations de confiance entre le personnel et les soignés en se basant sur l'écoute active, l'empathie et la communication efficace. Cette confiance permet aux patients et à leurs proches de se sentir en sécurité et les encourage à recourir le plus tôt possible aux soins psychiatriques et de continuer leur traitement sans crainte. Ce qui participe à la réduction de la stigmatisation associée aux troubles mentaux et favorise le soutien pour permettre à ces derniers de pouvoir surmonter les situations contextuelles.

Au-delà de cette forme de sensibilisation en interne, la structure organise aussi des campagnes de sensibilisation en externe marquées par des descentes au niveau des domiciles de leurs patients. Pour le corps professionnel du centre, les sensibilisations à domicile sont à la fois un acte de compassion et une stratégie efficace pour améliorer la qualité de vie des patients. Ces visites à domicile souvent effectuées par l'assistante sociale ou les aide-infirmiers visent à

réduire les stigmates, à offrir aux patients un environnement plus favorable en permettant aux familles de mieux comprendre ces formes de maladies et les aider à reconnaître les symptômes précoces afin qu’elles puissent encourager leurs patients à suivre leur traitement. Un des infirmiers interviewé nous disait que « *sensibiliser deux ou trois familles sur les problèmes de santé mentale c’est pour nous sensibiliser une partie de la communauté où des acteurs actifs peuvent devenir des relais pour nous aider à lutter contre le tabou qui entoure les maladies mentales* ». A travers ses propos, nous pouvons déjà lire que l’implication des familles dans la prise en charge des malades permet de conscientiser au moins un groupe donné en faisant des membres de certaines familles des ambassadeurs de sensibilisation dans leur propre communauté. Ce qui permet non seulement d’atteindre cette localité en renforçant le tissu social et en instituant le débat sur la santé mentale mais également à combattre les stéréotypes et les préjugés autour des troubles mentaux.

Par ailleurs, la sensibilisation ne se limite pas tout simplement au niveau des domiciles, une nécessité de conscientiser les jeunes qui sont souvent en première ligne face aux problèmes de santé mentale pousse le personnel à délocaliser ses activités de sensibilisation en milieu scolaire. Après plusieurs constats faits sur l’augmentation des cas de consultations et d’hospitalisation causés par la consommation abusive des substances psychoactives et un délaissement de financement par certains bailleurs, le centre décide de passer par des informations sur les conséquences de la drogue pour conscientiser les populations et capter plus de fonds. En 2023, le diagnostic des malades hospitalisés au centre a pu montrer le poids de la toxicomanie qui occupe la deuxième place après la schizophrénie.

Tableau 6 : Diagnostic des malades Hospitalisé au centre (Année 2023).

| Pathologies | Nombre |
|----------------------------|---------------|
| Schizophrénie | 139 |
| Psychoses chroniques | 8 |
| BDA | 68 |
| Post-partum et puerpérales | 3 |
| Syndrome dépressif | 6 |
| Manie | 19 |
| Toxicomanie | 45 |
| Trouble bipolaire | 19 |
| Démence | 0 |
| Epilepsie | 4 |
| Alcoolisme | 13 |
| Total | 324 |

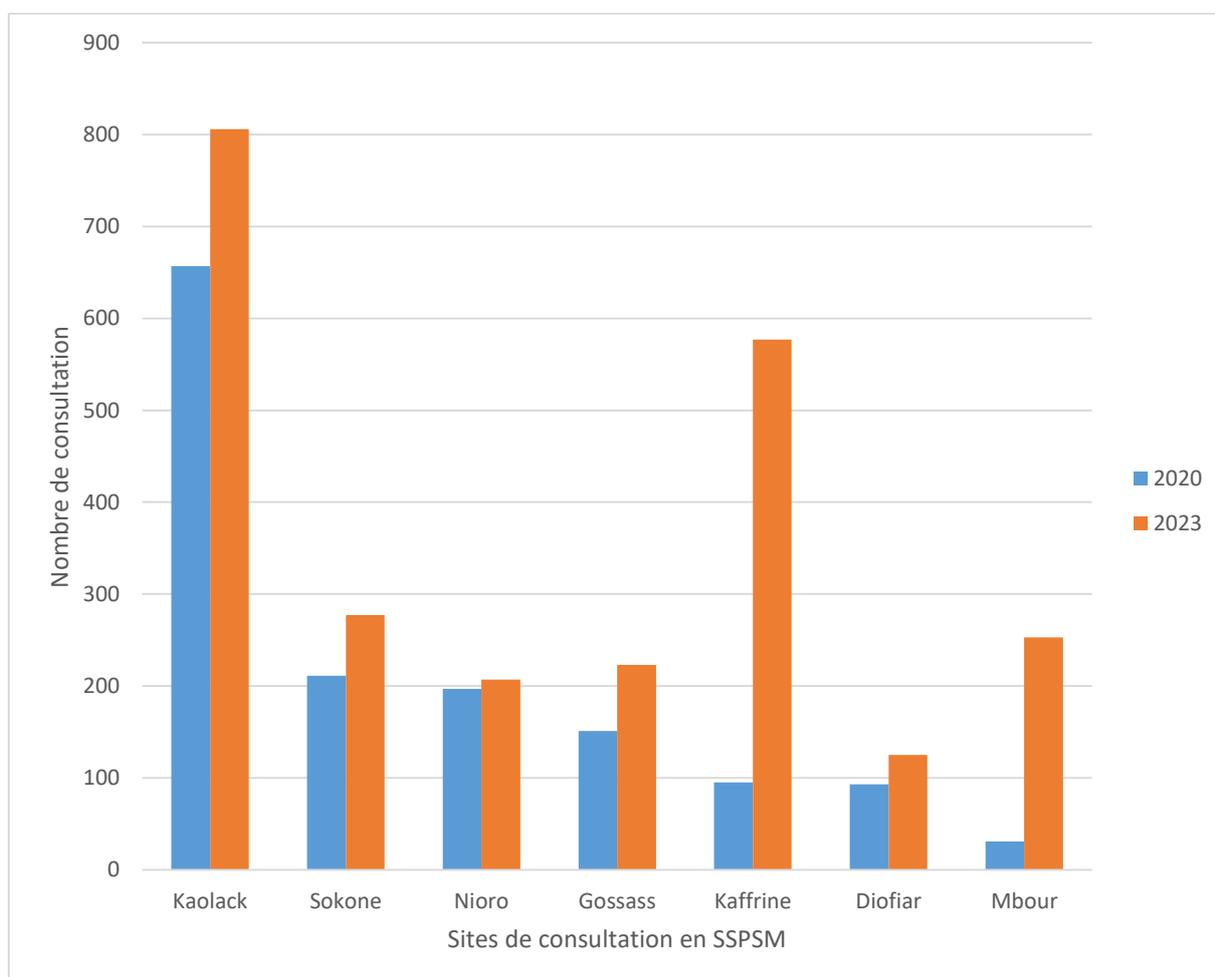
Source : Rapport annuel du centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick, 2023

Selon le directeur du centre, la plupart des patients hospitalisés sont des jeunes et beaucoup d'entre eux n'ont pas encore atteint l'âge de 20 ans. Cette situation et le manque de financement causé par la crise pandémique du Covid19 sont à l'origine de la mise en place de cette nouvelle stratégie de sensibilisation. Cette forme de conscientisation touche particulièrement les collèges et les lycées car pour le personnel, les problèmes de la vie commencent à ce stade et la structure reçoit à chaque fois des adolescents qui sont devenus ad ducs aux substances psychoactives

5.1.4 Délocalisation des soins ou SSP/SM

Les SSP/SSM au centre Dalal Xel Fatick ont été initiés depuis l'année 2010 et c'est la même structure qui subventionnait les sorties et assurait la consultation dans 4 zones : la prison de Fatick, Sokone, Gossas et Diofior. En 2016, deux autres localités y sont ajoutées, à savoir les zones de Nioro et Kaolack, puis plus tard, en début 2018, la commune de Mbour. Cependant, à cause de quelques difficultés notamment financières, le centre n'a pas pu atteindre certaines zones dont celle de Kaffrine qui d'ailleurs a une proportion très élevée au niveau des consultations. Il a fallu attendre jusqu'à la fin de l'année 2018 qui coïncide juste avec l'arrivée du nouveau directeur pour pouvoir toucher tous les sites ciblés pour les SSPSM, qui sont largement touchés par les problèmes de santé mentale. Cette optimisation des SSPSM dans ces zones a été facilitée par un projet financé par le MSAS dans le cadre d'une politique de santé publique, toutes maladies confondues. Toutefois, il est important de souligner que ce projet a été financé parallèlement aux soins du centre. Ainsi, il permet aujourd'hui à cette structure de joindre l'ensemble de ces zones largement affectées par les maladies mentales et qui sont mal desservies en termes de services de santé mentale. Parmi ces zones, on peut citer les communes de Kaolack, Mbour, Gossas, Diofior, Kaffrine, Nioro, Sokone et Kounguel. L'est devenu autonome et fonctionne avec ses propres moyens. En effet, le constat fait sur l'augmentation des consultations et des cas d'hospitalisation de 2019 jusqu'en 2023 dans ces lieux, a poussé les personnels du centre à continuer avec le projet. Les données recueillies ont pu montrer une hausse significative du nombre de consultations en soins de santé primaire entre 2020 et 2023.

Graphique 1 : Diagramme combiné de la consultation en soins de santé primaire au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick en 2020 et 2023



Source : Rapport Dalal Xel en 2020 et 2023

Ce graphique ci-dessus reflète l’augmentation du nombre de consultations en soins de santé primaire au centre Dalal Xel durant deux années (2020 et 2023). Ces trois dernières années ont été marquées par une augmentation notable du nombre de consultations dans les différents sites ciblés pour les SSPSM. A Kaolack, le nombre de consultations en SSPSM est passé de 657 en 2020 à 806 en 2023 et cette tendance se reflète également dans les six autres zones impliquées. Par contre la zone de Kounguel n’est pas représentée car son intégration dans les SSPSM au centre Dalal xel est récente. Par ailleurs, la zone de Kaffrine semble être au-dessus les autres localités avec un taux d’évolution de 5,07. Cette situation est à l’origine de

l'autonomisation de ce projet qui continue de fonctionner sans financement public. Sa pérennisation devient ainsi pour le personnel une autre stratégie pour lutter contre la stigmatisation et un moyen de réduire les obstacles géographiques et les lourdes dépenses effectuées par les familles des patients pour accéder facilement aux traitements. Le but de ce progrès devient double : offrir des soins de proximité aux différents patients de ces localités et combattre la stigmatisation à travers des séances de sensibilisation basées sur des entretiens de 5 à 10 minutes. Pour accomplir cette mission, une équipe avec des membres diversifiés a été mise en place pour chaque zone. Pour chaque mission, la structure envoie dans chacune de ces localités

- Un médecin psychiatre.
- Un technicien Supérieur en Santé Mentale
- Un infirmier
- Deux aides-soignants
- Un chauffeur
- Un relais de la zone cible
- Un coordinateur des activités (consultation, sensibilisation, préparation, accueil...).

Dans chaque zone, l'équipe concernée se rend une fois par mois sauf dans la région de Kaolack où on intervient deux fois par mois. Cependant, notre vécu de terrain nous a permis de remarquer l'absence de l'assistance sociale dans les activités des SSPSM. Ce qui a grandement impacté les activités de sensibilisation dans ces lieux. Les moments de sensibilisation ne sont pas programmés, faute de personnel. Pour rappel, cette tâche, combinée à la coordination de la consultation, la préparation et l'accueil avait alourdi la tâche pour une seule personne. Cependant, des changements ont été remarqués dès le mois de septembre. L'assistance sociale commence à participer aux SSPSM et assure grandement son rôle de conscientisation permettant aux patients d'avoir un suivi un peu plus global.

4.2 Les stratégies individuelles

Cette partie va s'axer sur l'ensemble des mesures qui sont mises en place par les familles des malades de façon individuelle ou collective pour faire face aux obstacles d'accès aux soins psychiatriques.

5.2.1 Les cotisations familiales ou collectives

Les stratégies que posent les familles pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins psychiatriques dépendent toujours des possibilités qu'ils ont selon leur capacité. Face aux coûts élevés du traitement au centre Dalal Xel, les familles réagissent avec célérité. Étant contraint de mobiliser leurs réseaux afin de réunir les fonds nécessaires au règlement des soins (Petit, 2019), beaucoup de familles plus particulièrement les plus défavorisées cherchent toujours à mettre en place des stratégies selon leur capacité pour faire face à ce fardeau économique. Les entretiens révèlent que ces genres de situations sont plus fréquentes dans les familles recomposées résidant dans les villages environnants de la commune. Heureusement dans certaines familles, la solidarité trouve toujours sa place. A partir des informations recueillies auprès des familles et des patients, on a pu remarquer une très forte solidarité des membres de certaines familles vis-à-vis de leurs proches affectées par les problèmes de santé mentale. A travers son récit, E.F un patient qui vit avec les troubles bipolaires depuis 3 ans nous fait savoir qu'à chaque consultation ou hospitalisation, ses trois sœurs qui travaillent à Dakar, comme aide-ménagères, cotisent pour réunir les fonds nécessaires afin de régler les dépenses liées à ses soins. Cela montre l'importance de la solidarité et de la coopération familiale dans la gestion des maladies mentales. Dans la même logique, cette maman partage les mesures qu'elle met en place avec enfants pour régler tous problèmes liés à la santé des membres de sa famille ou à d'autres types d'événement. Ainsi affirme-t-elle *« depuis 10ans moi et mes enfants faisons des cotisations d'une somme de 5000 francs par mois. Au départ, l'objectif était d'aider toute personne qui se trouve être dans un besoin urgent qu'il soit un événement heureux ou malheureux, mais aujourd'hui cet argent est gardé pour permettre à leur petit frère qui souffre de syndrome dépressif depuis 3 ans à suivre son traitement sans contraintes. Et j'avoue que ces cotisations nous ont permis de renouveler à chaque fois son traitement sans chercher du soutien ailleurs »*. Ceci montre l'importance du soutien social surtout lorsqu'on tous les membres de la famille sont entièrement impliqués et contribuent dans le processus de guérison de la personne affectée. De plus, ces contributions familiales permettent aux membres de la famille de se partager les responsabilités envers leur patient en

évitant de surcharger une seule personne. Ce qui offre non seulement un soutien précieux aux malades et renforce également leur capacité à gérer les défis liés à l'accès aux soins.

5.2.2 Choix médicamenteux en contexte de contraintes financières

Selon la disponibilité de leurs ressources économiques, les malades et leurs proches semblent faire un usage stratégique des moyens existants pour les soins. En effet, l'incapacité d'assumer toutes les dépenses liées au traitement conduit souvent à de nouveaux aménagements de la prescription des médicaments. Étant conscients de leurs situations plus ou moins difficiles, certains patients qui ont déjà reçu leur exeat font des choix médicamenteux afin d'alléger le coût de leur traitement. C'est le cas de M.W qui venait de faire sa quatrième hospitalisation au centre Dalal Xel. Ce patient fait de cette stratégie un moyen qui lui permet de promouvoir un état de santé stable en diminuant les charges liées aux coûts médicamenteux. Il affirme « *Je suis cultivateur et père de 5 enfants dont le plus âgé a 15 ans. Avec ma situation je ne peux plus porter la charge financière qu'exige mon traitement. C'est pour cette raison que j'ai décidé de prendre seulement l'artane après avoir constaté que ce médicament a plus d'effet positif sur moi que les autres. Ce qui me permet de réduire le coût des médicaments qui n'est pas d'ailleurs à ma portée et de continuer le traitement même si c'est plus ou moins complet* ». Il ajoute « *la rupture avec certains médicaments est la principale cause de ma ré-hospitalisation* ». Cependant, même si sa stratégie avait fonctionné au départ, il n'en demeure pas moins que sa dernière hospitalisation a été causée par ce choix médicamenteux. Au cours du traitement, ils sont capables de détecter les types de médicaments qui leur permettent de retrouver leur stabilité au quotidien. Cette sélection médicamenteuse se fait souvent avec le consentement du médecin psychiatre. Cependant, il arrive des cas où le patient décide de se concentrer sur un ou deux types de médicaments qu'il juge absolument nécessaires pour stabiliser son état sans avoir discuté au préalable avec son médecin psychique. Une telle stratégie est selon la psychologue, à l'origine de l'augmentation des cas d'urgence, de rechute voire même une chronicisation de la maladie. Rien qu'en 2020, le centre a reçu 305 cas d'urgence et 86 patients hospitalisés de nouveau et la majorité du personnel interviewé souligne le non-respect de la prise des médicaments prescrits comme étant la cause principale. Cependant même si certains patients, surtout ceux qui n'ont pas le soutien de leur famille considèrent cette stratégie comme un moyen efficace pour alléger les dépenses onéreuses liées à leur traitement, force est de reconnaître que celle-ci peut grandement impacter leur état de santé avec un retour à l'hospitalisation beaucoup plus compliqué et plus coûteux.

5.2.3 Optimisation des SSPSM

Le sous-financement de la santé mentale se répercute sur le nombre restreint des structures offrant des soins psychiatriques ayant ainsi comme conséquence une répartition inégale des établissements de santé mentale. Face à la concentration des structures psychiatriques dans les centres urbains, de nombreux patients devraient faire des trajets kilométriques engendrant ainsi des coûts de transports auxquels s'ajoutent les frais de traitement (médicaments, consultations, analyses etc.). Dans les autres régions du pays comme à Fatick, les zones les plus éloignées rencontraient beaucoup de problèmes pour se rendre dans les structures psychiatriques. Joindre le centre était selon le directeur de Dalal Xel un obstacle majeur pour beaucoup de personnes résidant dans les villages ou les localités environnantes. Cependant, avec la mise en place du projet SSPSM, la plupart des localités qui sont plus proches de la commune de Fatick ont pu avoir cette possibilité de recevoir les soins nécessaires sans effectuer de longs déplacements. Aujourd'hui, le personnel du centre s'organise pour se rendre dans les sites ciblés au moins une fois par mois et deux fois dans la commune de Kaolack. A travers cette délocalisation des soins, de nombreuses familles se réjouissent de pouvoir accéder aux soins sans penser à la distance, aux frais de transports, au temps perdu et à l'hébergement. Selon cette accompagnante, l'intégration des soins de santé primaires en santé mentale qu'elle juge normale semble être faite pour les personnes qui sont dans la même situation qu'elle. *« J'ai pendant longtemps galéré entre Kaffrine et Fatick avec fille malade. Avant l'intervention des soignants à Kaffrine pour les SSPSM j'ai pu perdre beaucoup d'argent pour amener ma fille au centre à chaque rendez-vous. Il fallait à chaque fois louer un véhicule pour le transport avant de penser à la consultation et au médicament. Aujourd'hui c'est bénéfique pour moi de pouvoir joindre facilement ce poste sans penser aux frais de transports ou à un quelconque déplacement pour permettre à ma fille de suivre correctement son traitement. Actuellement on n'achète que le ticket de consultation à 5000F et on attend le diagnostic du médecin suivi du traitement, alors qu'au paravent je pouvais dépenser plus de 20000F uniquement pour le transport »* témoigne M.G (accompagnante de sa fille, ménagère, sœur, Kaffrine). Ces propos mettent en exergue les avantages des SSPSM, qui est une mesure efficace qui participe à la réduction des difficultés physiques rencontrées par de nombreux patients et leurs familles lorsqu'ils cherchaient à accéder aux soins. L'optimisation des SSPSM leur permet d'améliorer leurs conditions d'accès avec une prise en charge plus accessible, continue et coordonnée.

5.2.4 Autres types de stratégies individuelles

Outre que ces stratégies individuelles et/ou familiales, les familles des patients décident parfois de suspendre le traitement. Face aux coûts élevés du traitement, nombre de parents tentent de couper le traitement, car ne pouvant plus supporter les dépenses liées aux soins. « *J'ai décidé de faire sortir ma mère parce que j'ai pu réaliser que je n'ai plus de sous pour continuer à payer ses frais d'hospitalisation coûteux. Ce n'est pas parce que je ne veux pas qu'elle guérisse mais c'est parce que je suis seule et qu'il y a trop de charges sur moi. Je m'occupe à la fois de ma grand-mère, de mon petit frère qui vient d'avoir son CFEE et de ma mère, c'est trop lourd. C'est pour cette raison que j'ai arrêté son hospitalisation pour au moins pouvoir acheter ses médicaments et continuer avec la thérapie informelle et à respecter ses rendez-vous. Au moins je pourrais la surveiller et m'occuper d'elle comme il faut sans me soucier de quoi payer à la structure* » témoigne A.G (une enseignante à l'école primaire). Cet extrait montre encore une fois l'impact des contraintes financières dans la continuité du traitement des personnes vivant avec un handicap mental. En effet, le coût prohibitif des soins ne laisse pas le choix aux familles des malades surtout ceux qui sont censés prendre, seuls, la surcharge du fait de leur situation et leur condition de vie difficile. Cependant, ces décisions peuvent être en défaveur du patient, car pouvant provoquer une détérioration de l'état de santé, l'apparition de comportement dangereux et peut conduire à des crises beaucoup plus graves nécessitant des hospitalisations d'urgences ou de nouvelles quêtes thérapeutiques. Par contre, certaines familles ou parents épuisés et désespérés de la situation de leur malade, décident parfois de transférer l'entière responsabilité des soins aux personnels de santé. Cette délégation totale des soins est souvent causée par le manque de ressources, le manque d'espoir, la détresse émotionnelle etc. Selon la direction, ces genres de situations sont plus ou moins fréquents dans la structure. Il affirme à ce propos « *parfois certains parents refusent catégoriquement de venir récupérer leurs patients. Nous avons un patient du nom d'A.M qui a fait ici neuf mois, mais à chaque fois qu'on appelle ses proches, ils nous font savoir qu'ils sont fatigués, ils ont épuisé toutes leurs ressources à cause de sa maladie et n'ont plus la force de s'occuper de lui* ». Ceci montre qu'il arrive à un stade de la maladie où la famille ne peut plus résister et finit par démissionner, mettant les professionnels dans des situations compliquées.

A cela s'ajoutent les fréquentes demandes de prise en charge sociale. Certaines familles qui sont dans des situations de vulnérabilité extrême ne leur permettant pas de supporter les dépenses liées aux soins, introduisent des demandes auprès de l'administration de la structure

pour une prise en charge sociale. Cependant, cette prise en charge n'est pas donnée à tout le monde, car exige certains critères. Selon le directeur, faveur est donnée aux plus vulnérables et nécessite en amont des enquêtes faites sur la personne affectée, sur ses proches et leurs conditions de vie. Pour qu'un malade puisse bénéficier d'une prise en charge gratuite tout au long de son traitement, il faut que celui-ci soit d'une famille défavorisée où le personnel est entièrement convaincu que personne dans son entourage ne peut le prendre en charge. Toutefois, certains patients rencontrés ont eu la chance d'y bénéficier et de suivre correctement leur traitement sans obstacles.

En somme, il est important de reconnaître que tout obstacle est à franchir soit de façon individuelle, collective ou à travers un processus de négociation. C'est pour cette raison que professionnels de santé, familles et patients essayent de mettre en place des mesures pour surmonter les obstacles d'accès aux soins soulignés précédemment. Parmi ces stratégies figurent celles qui ont été mises en place par l'institution comme la psychoéducation, le suivi par l'assistante sociale, la sensibilisation, la délocalisation des SSPSM. Et celles qui ont été initiées par les familles des patients de façon individuelle ou collective parmi lesquelles figurent les cotisations familiales, le choix médicamenteux en contexte de contraintes financières, l'optimisation SSPSM, suspension de traitement, demande d'une prise en charge sociale etc. Cependant, il est essentiel de voir les impacts qu'ont ces différentes stratégies sur l'amélioration des obstacles que rencontrent les patients lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins psychiatriques.

Chapitre 6 : les impacts de ces stratégies sur l'amélioration de l'accès aux soins

Ce dernier chapitre sera l'occasion pour nous d'analyser les effets qu'ont ces différentes stratégies sur l'amélioration de l'accessibilité des patients au centre Dalal Xel. En mettant en commun les informations significatives recueillies auprès de nos différentes cibles, il devient possible de montrer dans quelle mesure ces stratégies analysées précédemment influencent l'accessibilité des malades.

6.1 Impact sur l'accès aux soins

L'accès aux soins de santé mentale a toujours été un défi majeur dans de nombreuses régions du pays, notamment dans la zone de Fatick. Face aux multiples obstacles tels que les contraintes physiques, financières, socioculturelles que les patients et leurs proches ont dû rencontrer pendant leurs recours aux soins, diverses mesures ont été mises en place pour améliorer cette situation chaotique. Ces stratégies comprennent les sensibilisations, l'ETP et/ou la psychoéducation, les SSPSM au niveau institutionnelle et les cotisations familiales, le choix médicamenteux en contexte de contraintes financières, l'optimisation SSPSM, suspension de traitement, demande d'une prise en charge sociale etc. du point de vue individuel ou familial.

Cependant, il est crucial de montrer ce que ces initiatives ont pu donner comme résultat d'où la nécessité d'analyser leurs impacts sur l'accès aux soins afin de comprendre leur efficacité et l'ensemble des domaines nécessitant encore des améliorations. En examinant de près ces stratégies, nous pouvons évaluer les transformations qu'elles ont pu occasionner sur l'accès aux soins des malades au centre de santé mentale de Fatick.

Les initiatives institutionnelles qui ont été mises en place ont grandement joué sur l'évolution de la fréquentation au CSM par les usagers. D'année en année on assiste à une augmentation de la fréquentation des services de cette structure

Tableau 7 : Nombre de consultations au centre Dalal Xel Fatick de 2020 à 2023

| Années | Nombre de Consultations |
|--------|-------------------------|
| 2020 | 3688 |
| 2021 | 4809 |
| 2022 | 4426 |

| | |
|------|------|
| 2023 | 4357 |
|------|------|

Source : Rapports Dalal Xel Fatick (2020, 2021, 2022 et 2023)

Ces données statistiques sur le nombre de malades consultés nous renseignent à première vue, rien qu'entre 2020 et 2022, le centre est passé de 3688 à 4809 malades consultés donc, un écart de 1121 malades, soit 13,19%. Cependant, une baisse du nombre de consultations a été noté ces deux dernières années (entre 2022 et 2023), et selon le directeur, cela est dû en grande partie aux suspensions de traitements fortement influencées par les valeurs socioculturelles et aux nombres de patients guéris ou stables qui ne reviennent plus en consultation. A ce juste titre, il ajoute que cette baisse n'impacte en rien sur l'évolution des activités de la structure car depuis 2022, le centre reçoit en consultation plus de cent patients par jour. Et cette croissance remarquée au niveau de la fréquentation peut être expliquée par la sensibilisation accrue en interne et externe encourageant davantage les personnes à chercher de l'aide et à continuer leur traitement. Ces sensibilisations ont beaucoup impacté sur les problèmes de méconnaissance et d'ignorance de la maladie de même que l'acceptation et volonté d'aller voir un professionnel, mais force est de reconnaître qu'il reste beaucoup à faire. Malgré les séances de sensibilisation répétitives, les cas de rechutes causés en grande partie par la non-respect du traitement tardent toujours à sortir dans les cinquantaines. Depuis 2020, le centre enregistre chaque année plus de cinquante malades de nouveaux hospitalisés.

Tableau 8 : Nombre de patients rechutés au centre de santé mentale de Fatick de 2020 à 2023

| Années | Nombre de patients ré hospitalisés |
|--------|------------------------------------|
| 2020 | 86 |
| 2021 | 105 |
| 2022 | 89 |
| 2023 | 85 |

Source : Rapports Dalal Xel Fatick (2020, 2021, 2022 et 2023)

Nos enquêtes de terrain ont pu montrer que la plupart des patients qui ont été ré-hospitalisé ces quatre dernières années sont des consommateurs de substances psychoactives. Selon le

médecin psychiatre, cela est dû au manque de suivi social notamment dans les familles. Or selon le directeur « *tout patient sorti après l'hospitalisation n'est pas forcément guéri. Il peut être certes plus ou moins stable, mais son état mérite toujours du soutien et de la bienveillance de la part de ses proches, choses qui est difficile surtout pour les familles des patients touchées par une consommation abusive des substances psychoactives. Pour ces derniers même le respect de la prise des médicaments reste un grand problème, c'est pourquoi nous avons toujours plusieurs cas de rechutes* ». Leurs propos nous permettent de comprendre que même si les sensibilisations initiées par la structure peuvent avoir des impacts positifs, le suivi et le soutien par les familles semblent être les plus bénéfiques dans la mesure où l'évolution de l'état des patients en dépend. Cependant, il faut reconnaître que même s'il paraît toujours difficile à résoudre ce problème, les professionnels de cette structure continue de maintenir la sensibilisation à ce niveau. Au-delà des sensibilisations en interne, dans les domiciles et au niveau scolaire, un groupe de panel a été créé par l'Ergothérapeute et l'assistante sociale dans le but de conscientiser ces derniers sur les effets de ces substances. « *Nous avons mis en place ce groupe afin d'atteindre plus facilement cette population à savoir les consommateurs d'alcool, de drogue ou tout autre type de substances, mais aussi les autres malades. Dernièrement nous avons constaté que la plupart des patients sont hospitalisés ici à cause de la consommation des substances psychoactives et malgré les séances sensibilisation répétitives, beaucoup d'être eux rechutes* » affirme l'ergothérapeute. Cependant, vu la mise en place tardive de ce panel, qui a été créé vers la fin du mois de septembre, les familles et les autres professionnels n'étaient pas encore intégrés, mais l'ergothérapeute envisageait de le faire. Ainsi, il considère que ce groupe contribue largement à l'acceptation croissante des troubles mentaux à travers l'éducation thérapeutique qui se fait à l'intérieur et le passage de l'information sur les problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, les soins de santé primaire en santé mentale semblent avoir plus d'impact sur le niveau de fréquentation des services du centre. L'intégration des SSPSM a pu corriger une partie des inégalités d'accès qui existaient entre les utilisateurs en donnant aux zones environnantes la possibilité de pouvoir joindre les lieux de proximité destinés à ces types de soins sans effectuer des déplacements kilométriques. Elle participe ainsi de manière positive à la réduction des inégalités physiques que rencontrent la plupart des familles et leurs patients. A ce titre il faut comprendre le Frère Léopold directeur du centre en ces termes « *auparavant, l'accès physique était un problème très sérieux pour la plupart des familles car il leur arrivait de dépenser plus de 15000 F pour rejoindre le centre sans tenir en compte les autres types de*

services comme l'hospitalisation, la consultation et les analyses intermédiaires ; mais depuis qu'on a commencé les SSPSM on a remarqué des évolutions sur ces difficultés car ceux qui devraient venir jusqu'ici à Fatick peuvent rester dans leurs localités ou faire quelques kilomètres pour accéder aux soins en payant que le ticket de consultation qui est à 5000f. Ceci démontre en quelque sorte l'efficacité de cette alternative et nous réjouit de voir qu'une partie des barrières que rencontrent nos clients se règle petit à petit ». De ces propos du directeur, il faut comprendre que les soins intégrés de santé mentale dans les soins de santé primaires participent non seulement à l'amélioration de l'accès aux soins, mais aussi à la réduction des dépenses de santé surtout liées au transport qui peut constituer un obstacle majeur d'accès aux soins. Cela semble vrai dans la mesure où les statistiques récoltés sur le terrain montrent une augmentation du nombre de patients consultés en soins de santé primaires de 2020 à 2023.

Tableau 9 : L'évolution du nombre de malades consultés en SSPSM au CSMDX de Fatick

| Années | Nombre de malades consultés en SSPSM |
|--------|--------------------------------------|
| 2020 | 1435 |
| 2021 | 1452 |
| 2022 | 2468 |
| 2023 | 2924 |

Source : Rapports Dalal Xel Fatick (2020, 2021, 2022 et 2023)

Ce tableau laisse apparaître cette évolution notée sur le nombre de consultations enregistrées par le centre dans le cadre des SSPSM ces quatre dernières années d'où l'impact positif de l'intégration des SSPSM pour la réduction des barrières physiques.

Bien que les soins intégrés soient considérés comme une très bonne alternative et très attrayante même, sa mise en œuvre à grande échelle reste encore un défi majeur. En effet, ceux qui sont toujours confrontés à des difficultés géographiques pour accéder aux soins du centre sont généralement d'autres régions. Pourtant, la plupart de ces régions disposent aux moins d'une structure spécialisée dans le prise en charge des troubles mentaux. Cependant, il est important de se demander pourquoi ces derniers décident de faire des déplacements kilométriques pouvant élargir leurs dépenses tout en sachant qu'ils ont une structure à côté. Par rapport à cette interrogation, le directeur nous fait savoir que la plupart des utilisateurs qui

sont dans les autres régions font d'une part de la distance un moyen de protection contre leur statut social. De peur d'être stigmatisé ou exclu par leur propre communauté, beaucoup d'entre eux sont prêts à faire des milliers de kilomètres en supportant le coût du transport afin d'accompagner leurs patients, discrètement, dans leur processus de guérison. En en croire le directeur, même étant conscient du coût engendré la distance, nombre de ces familles décident quand même de faire soigner leurs patients dans une autre ville que celle où elles résident pour rester anonyme. C'est d'ailleurs pourquoi il faut comprendre Véronique Petit lorsqu'elle souligne dans son article intitulé « *circulation et quête thérapeutique en santé mentale* » que « *les familles des patients, en particulier, s'ils disposent d'un statut social très élevé, souhaitent garder leur état de santé le plus discret possible. Ils craignent d'être disqualifiés par effet de contagion dans l'ensemble de leurs cercles de sociabilité (social, famille, professionnel, politique) par la suspicion et la rumeur. L'anonymat que procure la distance devient alors une condition du soin (...). La mise à distance s'opère à plusieurs échelles : se consulter dans une autre ville ou une autre région, à l'étranger, profiter de déplacements professionnels, se rendre dans une consultation privée* » (Petit, 2019). Et d'autre part, le directeur ajoute « *l'option portée sur cette structure (Dalal Xel) par ces familles en faisant des kilomètres peut être aussi justifiée par le résultat qu'ils ont après la première hospitalisation ou les premières séances de consultations de leurs patients* ». En effet, les effets constatés du traitement et les résultats obtenus après hospitalisation ou consultation déterminent largement la continuité du suivi de traitement du patient dans ladite structure. Certaines familles, si elles sont satisfaites de l'état d'évolution de leur patient, font tout pour continuer le suivi dans la même structure. Cela fait dire au directeur que « *Beaucoup d'entre eux ont déjà eu à faire hospitaliser ou consulter leur patient dans leur propre localité ou dans d'autres régions et s'ils décident de continuer ici c'est parce qu'ils ont eu une très grande satisfaction et veulent préserver l'alliance qu'ils ont avec nous. Et les structures saint jean de dieu font partie des meilleures qui offrent des soins complets et de qualité* ». En en croire le frère Léopold, la qualité de leurs soins et le bon suivi du patient font revenir la plupart de leurs clients. Ce qui, d'ailleurs, a été confirmé par la plupart de nos enquêtés. « *Différemment aux autres structures que j'ai eu à visiter, Dalal xel Fatick est vraiment une très bonne structure avec un suivi plus ou moins global et un bon traitement, rien que la durée de l'hospitalisation qui est au moins de 30 jours peut le démontrer. Avant Fatick, j'ai passé d'abord par Fann, MBao, Thiès en 2010 et puis Fatick depuis 2014. Et depuis 2014 je viens de rechuter comme ça à cause d'une suspension de la prise des médicaments alors qu'avant c'était des crises répétitives jusqu'à ce qu'on nous oriente vers ce centre. J'avoue qu'ici le traitement est très complet et les personnels font*

très bien leur travail avec un sens de l'écoute des patients » témoigne A.S.N (toxicomane, célibataire, 36 ans, Dakar). Cet extrait justifie en quelque sorte les propos du directeur en mettant en exergue la qualité des prestations et l'efficacité dans la prise en charge des malades au niveau de cette structure.

Tout comme ces initiatives ont grandement joué sur l'amélioration de l'accès aux soins, leurs impacts sur l'évolution des perceptions sur les maladies mentales et sur la réduction de la stigmatisation restent remarquables.

6.2 Changements sociaux

Au Sénégal plus particulièrement à Fatick les changements sociaux ont profondément influencé les perceptions sur la santé mentale. En effet, la santé mentale a pendant longtemps été mal comprise et stigmatisée. Elle a toujours été entourée de tabous et attribuée à des causes surnaturelles et spirituelles. Pendant plusieurs décennies, allant de la période coloniale aux années deux-mille, la prise en charge des problèmes de santé mentale était encore fortement orientée vers la médecine traditionnelle. Les modèles explicatifs de la maladie mentale étaient principalement basés sur les pratiques traditionnelles et endogènes, faisant de la médecine ancestrale le type de premier recours pour stabiliser les troubles psychiques. Les croyances et les idées sociétales associées à ces maladies ont toujours guidé le choix thérapeutique des populations. Cependant, l'introduction des campagnes de sensibilisation pendant ces deux dernières décennies ont été à l'origine d'un changement positif sur les perceptions sur la santé mentale. A partir des années deux-mille, après une prise de conscience massive des gouvernants et des professionnels de la santé mentale, on voit émerger des efforts pour faire de la santé mentale un problème de santé publique. En 2001, la journée mondiale de la santé mentale commence à être célébrée partout au Sénégal et chaque année, chacune des structures psychiatriques la célèbre selon ses moyens et ses besoins en se référant au thème choisi.

A Fatick, ces années récentes ont vu une amélioration sur les perceptions sur les maladies mentales. Au fur et à mesure, on assiste à une plus grande acceptation sociale des troubles mentaux avec une reconnaissance croissante de l'importance des problèmes de santé mentale et la volonté d'aller chercher du soutien auprès des professionnels. A travers les différentes formes de sensibilisation employées par la structure, une prise de conscience collective sur les problèmes de santé mentale est née chez les populations. Certes la plupart d'entre elles font toujours recours à la médecine traditionnelle, mais force est de constater qu'elles sont convaincues que les professionnels du centre psychiatrique peuvent guérir certains types de maladies. Auparavant, la nécessité d'aller voir un professionnel de la santé mentale ne se présentait qu'après que le recours à la médecine locale se soit soldé par un échec. Aujourd'hui, des changements ont été notés à cet égard, beaucoup de parents parviennent à amener directement leurs patients au centre dès l'apparition des premiers symptômes. Selon un des infirmiers, cela est plus fréquent chez les parents intellectuels, les plus scolarisés qui sont toujours disposés à aller vers l'information, qui, généralement les poussent à faire de la biomédecine leur premier recours. Cet aspect lié au niveau de

scolarisation de l'entourage du malade a un impact positif sur l'acceptabilité de la maladie mentale qui peut être à l'origine du recours précoce aux soins psychiatriques. Selon l'assistante sociale, « *les parents les plus scolarisés sont toujours les premiers à accepter la maladie mentale et à recourir à temps au centre* »

Par ailleurs, la psychoéducation a beaucoup joué sur la conscientisation de certaines familles sur les maladies mentales, beaucoup d'entre elles sont devenues plus réceptives vis-à-vis des soins psychiatriques. « *La psychoéducation est l'une de nos stratégies les plus efficaces car grâce aux séances de thérapies individuelles, collectives ou familiales, la plupart de nos clients ont pu comprendre ce qu'est vraiment la maladie mentale et que cette dernière est guérissable au niveau des tradithérapeutes et depuis lors, nous avons remarqué une amélioration de l'accessibilité et notamment, sur la fréquentation des soins psychiatriques* » témoigne l'assistante sociale. Ces propos montrent à la fois les progrès notables sur l'évolution des perceptions sur la santé mentale et son influence sur l'augmentation de la fréquentation des services du centre. Cette psychoéducation associée à la sensibilisation sur les croyances traditionnelles qui entourent les maladies mentales ont grandement modifier les attitudes des populations vis-à-vis de ces pathologies. Nombreux sont les enquêtés qui ont souligné que leur façon de percevoir les maladies mentales a changé depuis leur premier accès au centre Dalal Xel. « *Auparavant, j'avais trop de confiance à nos pangols et aux guérisseurs traditionnels parce que je croyais que la maladie de mon fils était liée à ces croyances et je me fiais trop au discours des tradithérapeutes car c'était logique pour moi. Mais, le jour où il est devenu plus agité et agressif je n'avais d'autre choix que de l'amener au centre Dalal Xel. Pourtant je suis du même village que l'assistante sociale et elle m'a toujours recommander d'essayer avec les soins psychiatriques pour voir le résultat, mais en ce moment toute ma confiance était gagnée par les croyances traditionnelles. Après sa première hospitalisation, j'ai dû voir une amélioration plus prometteuse et avec la sensibilisation des professionnels et les deux séances d'éducation en thérapie qu'on a eu à faire avec l'assistante sociale j'ai pu comprendre beaucoup de choses sur la santé mentale dont j'ignoré totalement avant* » affirme M.N (une maman d'un malade mental). Cet extrait montre l'impact positif des sensibilisations sur la façon dont l'entourage des malades perçoivent les troubles mentaux. Par contre, ces changements vont même au-delà du domaine psychiatrique pour rejoindre la sphère des tradithérapeutes ou des guérisseurs traditionnels. De plus en plus on constate que certaines patientes sont souvent orientées par les tradithérapeutes au niveau des structures psychiatriques. Cela fait dire au médecin psychiatre « *même les changements sur les*

perceptions sur les maladies mentales sont notés chez les guérisseurs traditionnels. Aujourd'hui, certains tradithérapeutiques sont conscients que certains types de maladies ne peuvent se traiter que par les professionnels de la santé mentale. C'est pour cette raison qu'on reçoit le plus souvent des patients qui disent qu'ils ont été orientés ici soit par un religieux, par l'église, soit par les guérisseurs qui sont à Malango où dans les autres localités ». D'ailleurs, le guérisseur traditionnel rencontré à Malango confirme les propos du psychiatre. A ce sujet, il souligne *« si je sais que je ne peux rien faire pour le patient après plusieurs séances de bain de rituel et autre, ce que je fais le plus souvent c'est de demander à sa famille d'aller voir les professionnels au centre Dalal Xel ».* Ces propos montrent en quelque sorte l'importance de cette prise de conscience publique changeant d'une manière ou d'une autre les perceptions sur les problèmes de santé mentale

Cependant, il est important de noter que même si des évolutions ont été remarquées sur les perceptions sur les maladies mentales, qui, à leur tour ont grandement joué sur la réduction de la stigmatisation autour des maladies mentales, il faut reconnaître que cette dernière persiste encore et encore. En effet, en milieu psychiatrique plus particulièrement à l'intérieur du centre la stigmatisation a presque disparu. Cela est rendu possible grâce aux formations continues qu'ont reçues les professionnels dans le but de mieux comprendre les troubles mentaux et traiter les malades avec plus de respect et d'empathie. *« Dans ce centre, la stigmatisation des professionnels vis-à-vis des patients n'est plus un problème car nous avons suffisamment travaillé là-dessus grâce aux formations continues qui ont permis aux différents personnels de mieux connaître leurs devoirs envers les malades. Le problème qui persiste toujours c'est la stigmatisation des patients au niveau de leur propre famille. Jusqu'à présent, certaines familles ont du mal à supporter leur malade et à considérer la maladie mentale une maladie comme les autres »* affirme l'infirmier major. Cependant, ce problème est plus ou moins ancré dans notre tissu social notamment à l'intérieur des familles et résiste toujours aux changements. Certes une petite amélioration est notée dans l'acceptation publique des maladies mentales, mais cela n'empêche pas certaines familles à continuer de se comporter de la plus mauvaise manière avec ces personnes vivant avec une déficience mentale. Pourtant les sensibilisations anti-stigmatisation marquées par des descentes à domiciles et des séances d'éducation thérapeutique du patient et de sa famille, entreprises par la structure, avaient pour but de faire disparaître ou diminuer la stigmatisation de toute nature, mais la réalité est encore tout autre. Les attitudes et les comportements de certaines familles envers leurs malades n'incitent toujours pas à une amélioration de cette stigmatisation. Les résultats du terrain l'on

put montrer, à travers les activités d'ergothérapie des patients où on leur demande parfois de dessiner ou d'écrire sur des feuilles afin d'exprimer leurs émotions et leurs états d'âme. A partir de ces moments qui se déroulent deux ou trois fois dans le mois, certains patients ont pu souligner qu'ils sont toujours enchaînés dans leur famille et totalement exclus dans les prises de décisions familiales, les débats ou les réunions de famille. M.G le souligne en exposant son dessin « *j'ai dessiné un pied enchaîné parce que c'est de cette façon qu'on me traite chez moi alors que je suis un humain comme eux. Et généralement on me le fait lorsque je me dispute avec mes frères* ». Par la même occasion, l'ergothérapeute souligne « *les cas de stigmatisation, c'est parfois après la sortie du patient. A ce stade, la famille le regarde d'un autre œil, il n'est plus considéré comme une personne normale, totalement exclu de la famille. Ce dernier n'a plus droit à la parole les membres de la famille considèrent ses discours comme étant incohérents* ». A partir de ces propos, nous pouvons déduire que la stigmatisation demeure toujours au sein des familles. A cet égard, il est crucial pour la structure d'explorer d'avantage d'initiatives plus efficace pour renforcer la sensibilisation au niveau familiale car le malade maltraité cherchera toujours un refuge et souvent c'est la fugue, un des causes d'errance des malades mentaux dans la rue. Donc, des ateliers ou des séances d'information ciblées pourraient aider ces familles à changer leur mentalité en favorisant une meilleure compréhension des maladies mentales. Cela pourrait grandement contribuer à créer un environnement plus accueillant pour les patients et à réduire la stigmatisation qui les entoure.

A partir des différentes idées développées dans cette partie, nous pouvons confirmer que certaines stratégies qui ont été mises en place ont grandement impacté de manière positive sur l'accès aux soins de santé au centre Dalal Xel de Fatick. En effet, les campagnes de sensibilisation, les SSPSM ainsi que la thérapie éducative ont eu des impacts positifs sur les obstacles que rencontraient beaucoup de familles et leurs patients. Ces mesures ont non seulement amélioré l'accès aux soins de certains patients en réduisant surtout les barrières physiques, mais elles ont également joué un rôle important sur la réduction de la stigmatisation et l'évolution des perceptions sur les problèmes de santé mentale. Grâce à ces initiatives, les services sont devenus plus accessibles pour les zones éloignées et sous-desservies, les discussions sur la santé mentale deviennent de plus en plus normalisées avec un changement positif sur la manière dont les maladies mentales sont perçues et la stigmatisation associée à ces dernières diminue au fur et à mesure. Cependant, même si les résultats sont prometteurs, force est de reconnaître que certaines familles continuent de

développer des sentiments stigmatisant envers leurs malades, d'où l'importance pour le centre de chercher d'autres alternatives pour renforcer la sensibilisation au niveau familial.

Conclusion :

L'accès aux soins de santé mentale reste un défi complexe et multidimensionnel, particulièrement, dans des contextes comme celui du centre de santé mentale de Fatick. Cette étude a permis de mettre en lumière les obstacles auxquels sont confrontés les malades mentaux pour accéder aux soins, notamment les barrières géographiques, financières et socioculturelles.

Partant de l'hypothèse selon laquelle les obstacles qui entravent l'accès aux soins des malades mentaux au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick sont d'ordre économique (pauvreté et/ou manque de moyens), géographique (distance), sociaux (manque de ressources humaines et insuffisances d'infrastructures en santé mentale) et culturels (croyances traditionnelles), il est possible pour nous de mieux comprendre que ces obstacles sont fortement dominés par le manque de ressource financière face au coût élevé du traitement.

Pour la vérification de nos hypothèses, nous avons pris comme cadre d'étude le centre de santé mentale Dalal Xel qui se trouve dans la commune de Fatick. Cette vérification a été rendue possible grâce aux méthodes d'enquêtes par entretiens et de récits de vie menées auprès de nos différentes populations cibles (malades, familles et professionnels).

Les résultats du terrain montrent que nos différentes hypothèses sont confirmées. En effet, cette étude montre que le fardeau économique est le principal obstacle qui bloque l'accès aux soins de nombreux patients au centre de santé mentale. Ce facteur se répercute sur les frais de consultations, d'hospitalisations et les frais de médicaments, qui pour de nombreuses familles et leurs patients engendrent des coûts prohibitifs rendant leur accès beaucoup plus difficile.

Par ailleurs, la méconnaissance et l'ignorance des problèmes de santé mentale, le manque d'information sur ces questions et la persistance de la stigmatisation limitent aussi leur accès aux services du centre. Par manque d'information sur les maladies mentales, de nombreux patients arrivent tardivement au centre psychiatrique dans un état préoccupant où la maladie a déjà fait effet. En plus de ces obstacles, on remarque que les croyances traditionnelles ont une très forte influence sur le recours précoce aux soins psychiatriques. La plupart de nos enquêtés soulignent avoir eu des moments d'errance thérapeutique chez un ou plusieurs guérisseurs traditionnels avant de se rendre au centre. En effet, leur recours à la thérapie moderne est largement déterminé par le résultat de la thérapie traditionnelle. Souvent, ils s'associent à un professionnel de la santé mentale après que le recours à la médecine traditionnelle se soit

soldé par un échec. A ce titre, les dépenses s'élargissent davantage et constituent un obstacle pour certain surtout lorsqu'il s'agit de faire des allers et retours entre médecine traditionnelle et médecine moderne comme le font d'ailleurs la quasi-totalité de nos interlocuteurs. Ces différents facteurs affectent négativement l'accès aux soins des patients au centre de santé mentale de Fatick.

Face à ces barrières, des mesures ont été mises en place. Étant conscient de ces défis, professionnels et familles cherchent à prendre des initiatives pour résoudre ou s'adapter à la situation. Grâce à la sensibilisation sous ses différentes formes (sensibilisation des professionnels, en milieu scolaire, dans les domiciles) et la psychoéducation, le personnel du centre parvient à améliorer les connaissances des populations sur les problèmes de santé mentale tout en diminuant les perceptions sur ces pathologies. Par contre, le recours aux bonnes volontés reste aussi un moyen efficace pour permettre aux patients plus vulnérables d'accéder au moins aux services de soins et de bénéficier de deux ou trois médicaments leur permettant de stabiliser leur état. De plus, l'intégration des soins de santé primaire en santé mentale a influencé positivement sur l'accessibilité aux soins pour les zones plus éloignées. Cependant, étant les principaux pourvoyeurs de soins, les familles ne restent pas inactives face à ces obstacles. Les cotisations collectives initiées par certaines familles leur permettent de prendre en charge les frais de traitement de leurs patients tout en évitant de mettre les charges sur le dos d'une seule personne. Cette forme de solidarité qu'on retrouve encore dans certaines familles à l'ère du 21^{ém} siècle où règne plus l'individualisme permet à ces dernières de soutenir leurs malades sans que personne ne soit blessé financièrement. Ainsi, l'optimisation des SSPPSM a été prise de façon positive pour la plupart d'entre eux dans la mesure où celle-ci leur a permis d'avoir un accès plus facile sans penser aux frais de transports.

Cependant, ces stratégies ont eu des impacts plus ou moins favorables. L'étude a démontré que les sensibilisations initiées par la structure au niveau interne et externe ont pu participer à l'augmentation de la fréquentation du centre, à l'évolution des perceptions sur les maladies mentales ainsi qu'à la réduction des difficultés géographiques que rencontrent certains usagers. Par contre la stigmatisation dans les familles est le seul facteur qui demeure encore comme obstacle. Malgré les séances de thérapies familiales ou la psychoéducation, les visites à domiciles et la sensibilisation pendant les SSPPSM, certaines familles s'ankylosent dans les mauvais comportements envers leurs patients d'où la persistance de la stigmatisation des malades mentaux au sein des familles.

En sommes, vu les nombreux défis que rencontre les malades mentaux du centre et leur entourage pour accéder aux soins ; les personnels soignants du centre et les familles parviennent toujours à mettre en place des stratégies avec des résultats plus ou moins positifs leur mettant d'assurer un traitement complet et des soins adéquats ; même si certains obstacles comme la stigmatisation et les problèmes financiers continuent de persister, bloquant toujours l'accès pour plusieurs personnes. Ainsi, les résultats de cette étude montrent davantage les lacunes du système de santé, rendant plus visible le problème d'accessibilité qui est loin d'être résolu notamment dans le domaine de la santé mentale. Néanmoins, les problèmes liés à l'accès aux soins psychiatriques mériteraient une nouvelle attention et une meilleure implication de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires financières. Cependant, dans le but d'aider cette frange de la population tout en luttant contre les maladies mentales, ne serait-il pas nécessaire d'intégrer les soins de santé dans toutes structures sanitaires dispensant les soins de santé primaire afin d'alléger les dépenses pour certains patients qui tardent à accéder aux soins par manque de moyens.

Cependant, comme toute étude scientifique, ce travail a aussi ses limites. Ces dernières résident dans le fait que certains aspects comme le niveau de revenus des familles des malades, la nature de la famille, les catégories socioprofessionnelles de ceux qui prennent en charge les frais de traitement de leur malade et les critères sociodémographiques n'étaient pas pris en compte. Toutefois, il faut reconnaître que ces informations pourraient grandement nous servir et élargir notre compréhension sur les obstacles que rencontrent certains patients en accédant aux soins du centre Dalal Xel. D'où l'importance d'élargir cette étude à l'avenir.

Bibliographie :

1. Augé, M., 1986, « L'anthropologie de la maladie », in *Anthropologie : état des lieux*, Paris, EHESS, 77-85.
2. Becker C., Collignon R., 1999, « Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest », *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 8, 6, p. 411-416.
3. Berelson, B., 1952, *Content analysis in communication research*. Free Press
4. Blackwell, E., & Blackwell, E., 2022, *Medicine as a Profession for Women*. *DigiCat*.
5. Bloom, B., Cohen, R. A., & Freeman, G. (2011). *Summary health statistics for US children : National health interview survey, 2010*.
6. Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J., 2015, « Psychoéducation : Définition, historique, intérêt et limites », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), p.79-84.
7. Bourdieu, P., *le sens pratique*, 1880. Paris: Minuit
8. Carlos, J. K., 2016, *Canada's (Live-in) Caregiver Program : Perceived impacts on health and access to health care among immigrant filipina live-in caregivers in the greater Toronto area, Ontario, Canada*. University of Toronto (Canada).
9. Charlson, F. J., Dieleman, J., Singh, L., & Whiteford, H. A. (2017). Donor financing of global mental health, 1995—2015 : An assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. *PLoS One*, 12(1), p. 169-384.
10. Crozier, M., 1977, *L'acteur et le système*. *Editions du Seuil*
11. Dalal Xel Fatick, rapport. 2019
12. De Putter, -Alix, M., Carl, & Manlan., 2020, *La santé mentale reste un tabou dans l'agenda développement humain en Afrique*.
13. Diagne, I., Dieye, M., Koundoul, A., Ndiaye-Ndong, N. D., & Sylla, A., 2023, « Sociodemographic and clinical profile of a population of patients at the Dalal Xel mental health center in Thies, Senegal », *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 24, 4.
14. Diagne, P.M., Lovell, A.M., 2021, « Vivre avec la folie dans le Sénégal périurbain mondialisé : care, contraintes économiques et reconfigurations des solidarités », *Politique africaine*, 157, 1, p. 143-164
15. Diagne, P. M., 2016, *Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. Socio-anthropologie de la santé mentale au Sénégal*. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 13.

16. Dorvil, H., 1990, La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), p. 44-58.
17. Durkheim, É., 1893, De la division du travail. *FB Editions*.
18. Durkheim, E., 1912, Les formes élémentaires de la vie religieuse, Paris, *PUF*
19. Eaton Julian, Mccay L., Semrau M., Chatterjee S., Baingana F., Araya R., Ntulo C., Thornicroft G., Saxena S., 2011, « Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, 378, p. 1592–603.
20. Foucault, M., 1972, Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, *Éditions Gallimard*.
21. Freud, S., 1951, Introduction à la psychanalyse (1916-1917). Paris, *Payot*.
22. Funk M., Benradia I., Roelandt J.-L., 2014, « Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale », *L'information psychiatrique*, 90, 5, p. 331- 339.
23. Goldman, C. R., 1988, « Toward a Definition of Psychoeducation », *Psychiatric Services*.
24. Gureje O., Alem A., 2000, « Elaboration des politiques de santé mentale en Afrique », *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 4, p. 475-482.
25. Jodelet, D. (Ed), 1989, Les représentations sociales. Paris, *PUF*
26. Jodelet, D. 1989, Folies et représentations sociales. Paris, *PUF*
27. Joly, P., Taïeb, O., Abbral, T., Baubet, T., Moro, M. R., 2005, « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, p. 537-575
28. Kastler F., 2011, « La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? », dans *Santé internationale*, *Presses de Sciences Po P FNSP*, Paris, p. 169-177.
29. Kleinman A., 1978, « Clinical relevance of anthropological and cross-cultural research : Concepts and strategies », *The American Journal of Psychiatry*, 135(4), p. 427-431.
30. Kleinman A., 1980, « Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry », (Vol. 3). *Univ of California Press*.
31. Kleinman A.G., Lockwood E., Usmani S., Chisholm D., Marquez P.V., Evans T.G., Saxena S., 2016, « Time for mental Health to come out the shadows », *The Lancet*, 387, 4, p. 2274-2275.
32. Lalèyê, I.P., 1992, « Transdisciplinarité et développement endogène », *La natte des autres. Pour un développement endogène en Afrique*, *Dakar, CODESRIA*, p. 297-309.

33. Lassana., 2016, Le défi des maladies mentales. *AfriqueRenouveau*.
34. Levesque, A., & Rocque R., 2019, « Définitions et conséquences des troubles de santé mentale : Une analyse qualitative des représentations des migrants et migrantes de l'Afrique subsaharienne à Winnipeg », *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(2), p. 19-34. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-004>.
35. Marone, O. M. La prise en charge des malades mentaux : cas du centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor. Mémoire en Sociologie. Ziguinchor: Université Assane SECK de Ziguinchor, 2017
36. Moscovici, S., 1961, La représentation sociale de la psychanalyse. *Bulletin de psychologie*, 14(194), p. 807-810.
37. Massé, R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Revue Anthropologie et sociétés*, p. 157
38. Ndonky A., Oliveau S., Lalou R., & Dos Santos S., 2015., « Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar », *Cybergeog : European Journal of Geography*. <https://journals.openedition.org/cybergeog/27312>
39. Niang Diene A., 2019, La gouvernance de la santé. Enjeux et pratiques au Sénégal, Paris, *L'Harmattan*.
40. OMS., 2004, *La situation de la santé mentale*.
41. OMS., 2011, *Application du règlement sanitaire international dans la Région africaine : Rapport de situation : document d'information*. OMS. Bureau régional de l'Afrique.
42. OMS., 2013, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. *Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé*.
43. Petit V., 2019, « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
44. Petit V., 2022, « La santé mentale, un enjeu de développement sous-estimé », *Population et questions de développement*, p. 173.
45. Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford H.A., 2007, « Resources for mental health : scarcity, inequity, and inefficiency », *The Lancet*, 370, September 8, p. 878-889.
46. Tine B., 2021, « Ethnographie de la prise en charge traditionnelle de la maladie mentale sous le prisme de la consommation de drogues, du conflit casamançais et de la migration irrégulière »,

47. Tine J.A., 2019, « Rapport d'activité 2018 de la Division de la Santé Mentale et perspectives 2019-2020 ».
48. Véronique Petit., 2022, *Population and Development Issues* (1^{re} éd.), *Wiley*.
49. Wone I., 2018, « Les défis de l'efficacité dans la planification des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest », *Santé publique*, 30, 6, p. 905-909.
50. Zempléni, A., 1985, *La " maladie " et ses " causes " .*

Annexe 1 : Photos sur la présentation physique de centre de santé mentale de Fatick

Photo 1: Calendrier des activités de thérapie occupationnelle

The image shows a handwritten calendar on a piece of paper with the title "Activité Ergothérapie". The calendar is organized into a grid with days of the week as columns and time slots as rows. The activities are as follows:

| Heure | Lundi | Mardi | Mercredi | Vendredi | Samedi |
|------------------------|--------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------|
| 09h - 20h | Spot | Spot | Spot | Spot | Spot |
| 09h - 20h 11h - ... | Art thérapie | Premerade Jeu de société | Activité manuel | Pêche + Marche + Jeux ludiques | Art |

Source : Ndour, 2024

Photo 2 : Espace d'accueil des usagers du centre Dalal Xel



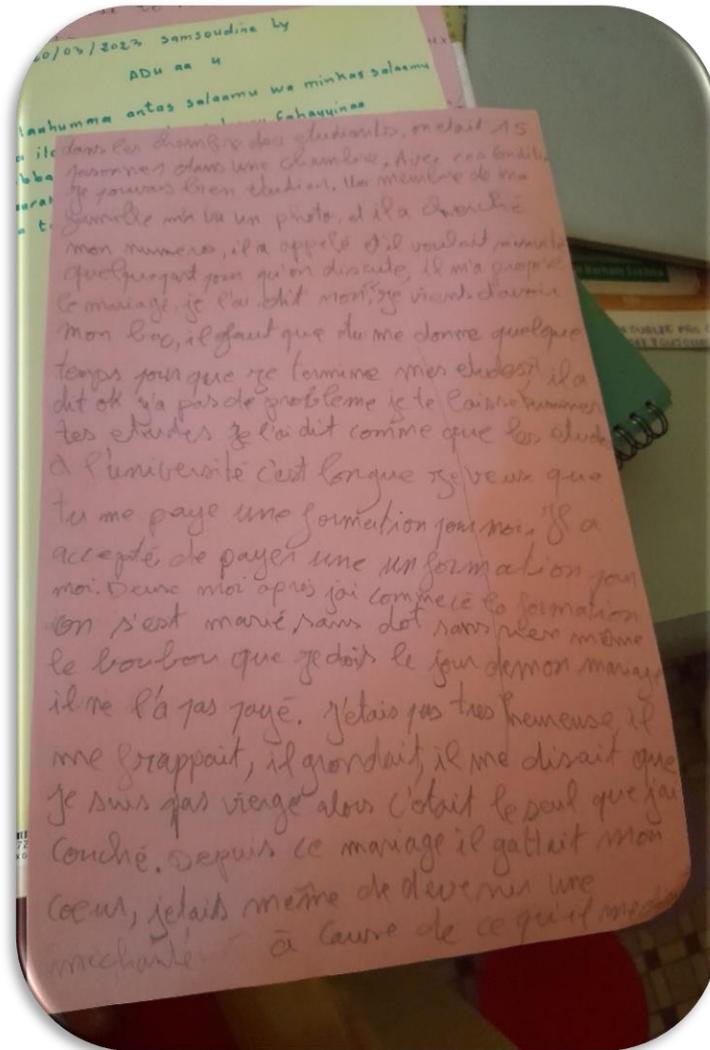
Source : Ndour, 2024

Photo 3 : Activité manuelle avec quelques patients et l'ergothérapeute



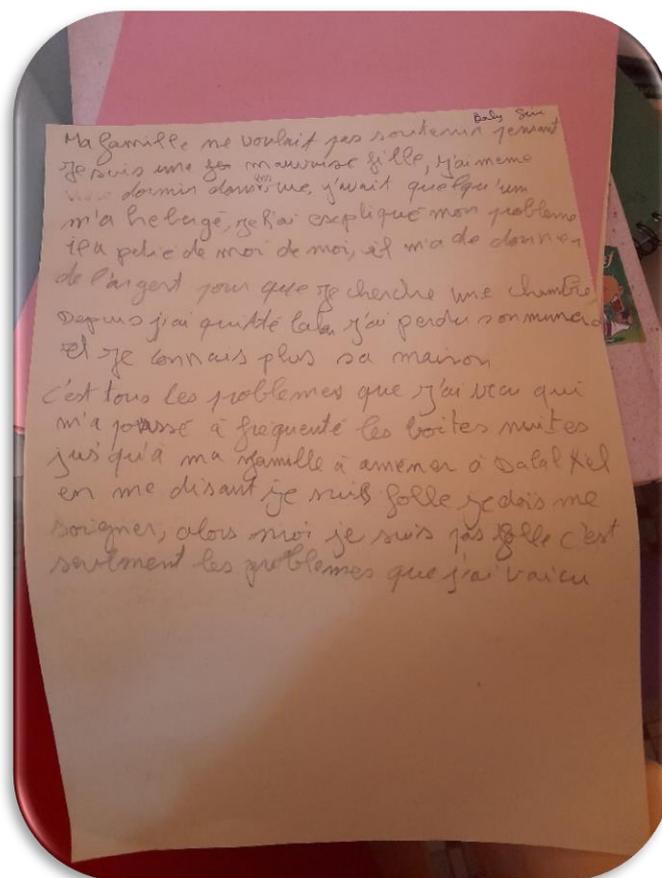
Source : Ndour, 2024

Photo 4 : Production écrite avec les patients : un moment pour eux de ressortir leur sentiment au niveau structurelle et familial



Source : Ndour, 2024

Photo 5 : Production écrite avec les patients : un moment pour eux de ressortir leur sentiment au niveau structurelle et familial



Ma famille ne voulait pas soutenir ^{parce que} je n'étais pas
je suis une ~~je~~ mauvaise fille, j'ai même
dormir dans ^{un} me, j'avait quelque un
m'a hebergé, je l'ai expliqué mon problème
je n'ai pu de moi de moi, et m'a de donner
de l'argent pour que je cherche une chambre
Depuis j'ai quitté la maison, j'ai perdu son numéro
et je n'ai plus sa maison
C'est tous les problèmes que j'ai vu qui
m'a poussé à fréquenter les boîtes mutes
jusqu'à ma famille à amener à Salal Kél
en me disant je suis folle je dois me
soigner, alors moi je suis pas folle c'est
seulement les problèmes que j'ai vu

Source : Ndour, 2024

Photo 6 : Ramassage des ordures hospitalières par L'unité de coordination de la gestion des déchets solides (UCG) de Fatick délégué par la mairie et l'IEF de Fatick



Source : Ndour, 2024

Annexe 2 : Grille D'entretien

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons utilisé trois guides d'entretien qui seront administrés respectivement auprès de trois populations : les patients (les malades mentaux) qui ont presque retrouvé leur stabilité, les familles des malades et les personnels soignants de la structure ciblée.

Thématiques du guide d'entretien pour les patients :

- I. Identification ou profil du répondant
- II. Expérience sur la maladie mentale
- III. Perceptions sur la maladie mentale
- IV. Le choix du recours aux soins thérapeutiques
- V. Obstacles/barrières pendant le recours aux soins
- VI. Appréciations globales sur les systèmes de soins et la prise en charge

Pour les familles :

- I. Identification
- II. Expérience et perception sur la maladie mentale
- III. Obstacles ou difficultés d'accès aux services de soins médicaux et dans le parcours de soins de leurs patients (e)
- IV. Les types de ressources mobilisées
- V. Les stratégies (institutionnelles, individuelles, familiales, communautaires) face aux obstacles ou barrières
- VI. Appréciations globales sur les systèmes de soins et la prise en charge des malades

Pour les personnels soignants :

- I. Expériences professionnelles sur la/les maladie (s) mentales
- II. Système de représentation de la maladie mentale dans le centre psychiatrique
- III. Accès aux soins de santé des malades mentaux dans la commune de Fatick
- IV. Difficultés majeures dans la prise en charge des malades
- V. Les initiatives institutionnelles, politiques et locales misent en place pour une réduction des difficultés pour les patients
- VI. Appréciations sur le recours aux soins des malades
- VII. Appréciations sur les systèmes de soins et la prise en charge

Annexe 3 : Grille d'observation

1. Nature du lieu

- Décrire l'environnement (position géographique, équipements et/ou matériels disponibles, fonctionnement, heure de démarrage des activités etc.)
- Décrire les types de services qui y sont offerts
- Est-ce un lieu ouvert (public ou privé)
- Existe-t-il des conditions pour y accéder
- Qui fréquente le lieu ?
- Pour y faire quoi ?
- Sont-ils bien accueillis ?

2. Analyse des comportements et des interactions entre les acteurs

- Décrire les attitudes et les interactions entre soignants/malades et Soignants/familles ou entourage du malade
- Décrire les relations entre les malades
- Décrire les relations entre les parents et leurs malades pendant les visites ou au moment de l'hospitalisation
- Décrire les relations entre accompagnants rémunérés ou mécenaire et les malades et entre mécenaire/parents ou familles du malade

| | |
|---|-----|
| DEDICACE..... | II |
| REMERCIEMENTS | III |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS | IV |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | V |
| Sommaire : | VI |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE..... | 4 |
| Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel | 5 |
| 1.1 Problématique de recherche..... | 5 |
| 1.2 Les objectifs de recherche | 11 |
| 1.2.1 Objectif général :..... | 11 |
| 1.2.2 Objectifs spécifiques :..... | 11 |
| 1.3 Les Hypothèses de recherche | 11 |
| 1.3.1 Hypothèse générale :..... | 11 |
| 1.3.2 Hypothèses spécifiques | 11 |
| 1.4 L'intérêt de l'étude : | 12 |
| 1.5 Revue de la littérature :..... | 14 |
| 1.5.1 La prise en charge de la maladie mentale..... | 14 |
| 1.5.2 Maladies mentales et représentation | 17 |
| 1.5.3 L'accès aux soins de santé mentale et ses défis | 21 |
| Chapitre 2 : Cadre conceptuel | 24 |
| 2.1. Modèle Théorique d'analyse | 31 |
| Chapitre 3 : Cadre méthodologique | 34 |
| 3.1 Présentation du cadre d'étude :..... | 34 |
| 3.1.1 Cadre général de l'étude | 34 |
| 3.1.2 Cadre institutionnel : Historique..... | 35 |
| 3.1.3 Cadre Physique : Présentation du CSMDX | 37 |
| 3.1.4 Fonctionnement de la structure | 37 |
| 3.1.5 Gestion du personnel et des services de la structure :..... | 41 |
| 3.1.6 Relation soignants/soignés | 45 |
| 3.1.7 Les difficultés du CSMDX de Fatick..... | 45 |
| 3.2 Méthodes d'enquête :..... | 46 |
| 3.3 Histoire et itinéraire de la collecte | 46 |
| 3.4 La recherche documentaire..... | 47 |
| 3.5 L'enquête exploratoire..... | 47 |

| | |
|---|------------|
| 3.6 L'enquête proprement dite..... | 48 |
| 3.7 La méthode qualitative | 48 |
| 3.7.1 L'observation | 48 |
| 3.7.2 L'entretien..... | 49 |
| 3.7.3 Le récit de vie..... | 51 |
| 3.8 Analyse des données existantes :..... | 51 |
| 3.9 Difficultés rencontrées :..... | 51 |
| DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES DONNEES..... | 53 |
| Chapitre 4 : Les obstacles d'accès..... | 54 |
| 4.1 Les barrières financières | 54 |
| 4.2 Coût élevé des soins Médicaux (consultation, examen, traitement)..... | 56 |
| 4.3 Les frais d'hospitalisation : un fardeau pour les malades et leur entourage..... | 58 |
| 4.4 L'absence de couverture maladie : un obstacle qui limite l'accès des malades | 60 |
| 4.5 Les barrières socio-culturelles | 62 |
| 4.6 Les barrières géographiques | 66 |
| 4.7 Le manque d'information/connaissances sur les maladies mentales | 68 |
| 4.8 la stigmatisation : un facteur qui bloque l'accès aux soins des malades..... | 70 |
| Chapitre 5 : Les stratégies d'adaptation aux obstacles liés à l'accès aux soins de santé mentales des patients du centre de santé mentale de Fatick..... | 72 |
| 5.1 Les stratégies institutionnelles..... | 72 |
| 5.1.1 La psychoéducation avec le personnel de la structure | 72 |
| 5.1.2 Le suivi par l'assistante sociale..... | 74 |
| 5.1.3 Sensibilisation et éducation..... | 78 |
| 5.1.4 Délocalisation des soins ou SSP/SM | 81 |
| 5.2.1 Les cotisations familiales ou collectives..... | 84 |
| 5.2.2 Choix médicamenteux en contexte de contraintes financières | 85 |
| 5.2.3 Optimisation des SSPSM..... | 86 |
| 5.2.4 Autres types de stratégies individuelles | 87 |
| Chapitre 6 : les impacts de ces stratégies sur l'amélioration de l'accès aux soins..... | 89 |
| 6.1 Impact sur l'accès aux soins | 89 |
| 6.2 Changements sociaux | 95 |
| Conclusion :..... | 100 |
| Bibliographie :..... | 103 |
| Annexe 1 : Photos sur la présentation physique de centre de santé mentale de Fatick..... | 107 |

