

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR  
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2026

N° 198

**LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CARCERALE DE LA  
CASAMANCE SUIVIE AU CENTRE PSYCHIATRIQUE EMILE  
BADIANE DE ZIGUINCHOR : ETUDE RETROSPECTIVE ALLANT DU  
1<sup>er</sup> JANVIER 2019 AU 31 DECEMBRE 2024**

**THÈSE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 09/01/2026**

**PAR**

**CHEIKH ABDOUL WAHAB BALDE**

**Né le 31 Janvier 1998 à Bignona (SÉNÉGAL)**

<b>Président :</b>	M. Ansoumana	DIATTA	Professeur Titulaire, UASZ
<b>Membres :</b>	M. Issa	WONE	Professeur Titulaire, UASZ
	M. Fabrice	SENGHOR	Professeur Assimilé, UASZ
<b>Directeur de Thèse :</b>	M. Issa	WONE	Professeur Titulaire, UASZ
<b>Co-directeur :</b>	M. Adama	KOUNDOUL	Maître de Conférences Titulaire

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



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



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

<b>Directeur</b>	<b>M. Evelyne Siga DIOM</b>
<b>Vice-Directeur</b>	<b>M. Cheikh DIOUF</b>
<b>Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles</b>	<b>M. Habibou SARR</b>
<b>Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales</b>	<b>M. Omar SOW</b>
<b>Chef du département de Médecine et Spécialités médicales</b>	<b>M. Kalilou DIALLO</b>
<b>Cheffe des Services Administratifs</b>	<b>Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA</b>

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

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2025**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOM	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
† M. Assane	NDIAYE	Anatomie
M. Issa	WONE	Santé Publique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie Pédiatrique

**PROFESSEURS ASSIMILÉS**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITÉS</b>
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie
M. Cherif Mohamadou	AIDARA	Imagerie médicale
M. Kalilou	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Habibou	SARR	Bactériologie Virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie Pathologie
M. Omar	SOW	Chirurgie Générale

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Alioune Barada	DIOUF	Orthopédie- Traumatologie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie embryologie Cytogénétique
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro- entérologie

## II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2025

### PROFESSEURS TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie

<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>(7)</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
+ <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et

		Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès

## PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépatogastro-entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique

<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais
<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophthalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
† <sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
† <sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

## III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DiAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université de Thiès



**DEDICACES**

1. *Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.*
2. *Louange à Allah, Seigneur de l'univers.*
3. *Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.*
4. *Maître du Jour de la Rétribution.*
5. *C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.*
6. *Guide-nous vers le droit chemin,*
7. *Le chemin de ceux que Tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère ni des égarés.*

*"Et Nous vous éprouverons certes par un peu de peur, de faim, de diminution de biens, de personnes et de fruits. Et fais la bonne annonce aux endurants, qui, lorsqu'un malheur les atteint, disent : 'Certes, nous sommes à Allah, et c'est à Lui que nous retournerons.' Ceux-là reçoivent des bénédictions de leur Seigneur, ainsi que la miséricorde, et ceux-là sont les bien-guidés." (2:155-157) :*

*"Ainsi, certes, avec la difficulté vient la facilité ! (5) Oui, avec la difficulté vient la facilité ! (6)" (94 :5-6)*

## **In Memoriam**

Mes grands-parents : Feu El hadj Mamadou Boye Baldé, Feu Racky Ly, Feu Ramatoulaye Baldé (Gnaa), Feu Thierno Seydi Sall

Feu Safiatou Satou Ba : Une tante partie si jeune

Mon ami Feu Cébastien Manga, un ami très jovial et bosseur

Feu Joao Pedro Sambou , un grand très cool

Feu Mme Ginette Senghor : une maman qui nous a vu grandir au sein de l'UFR

Mon Ami, mon Frère Feu Bacary Tabor Sané, un ami , un frère parti si jeune , tu voulais tant assister à ce jour de ma soutenance, tu ne cessais de me rappeler tes souhaits après la thèse

## **Je dédie ce travail**

### **A mon Père Yagouba BALDE**

**Baaba**, je tiens à vous dire toute ma gratitude pour l'homme exceptionnel que vous êtes. Vous avez été bien plus qu'un père pour nous : un guide dans notre foi, un exemple à l'école et une lumière dans la société. Votre sagesse, votre discipline empreinte d'amour, votre engagement sans faille et votre soutien indéfectible dans chaque étape de ma vie ont fait de moi la personne que je suis. Vous avez bâti une famille unie, respectée de tous, où l'amour et les valeurs sont les fondations. Votre dévouement pour nous, votre manière de gérer chaque épreuve avec patience et force, m'ont appris ce que signifie "être un vrai pilier". Merci d'incarner quotidiennement l'humilité, l'intégrité et la bienveillance. Que Dieu vous bénisse, vous protège et vous donne encore longtemps la joie de voir vos efforts porter leurs fruits. Vous êtes mon héros, mon modèle... et cela pour toujours. Ce travail est le vôtre, **Baaba**

### **A ma bien aimée mère, Binta SALL**

**Yaa boye**, vous êtes celle dont le souffle a donné vie à mon existence, dont l'amour inconditionnel a illuminé chacun de mes pas, je rends grâce pour le meilleur de ce que je suis.

Vos prières, douces étoiles guidant ma route, ont été le socle de mes combats et de mes victoires.

Aujourd'hui, je dépose à vos pieds ce fruit de vos sacrifices, Humble témoignage d'un amour aussi vaste que l'océan, d'un respect aussi profond que les racines des baobabs séculaires.

Qu'Allah le Tout Miséricordieux vous préserve en Son ombre, vous offre des printemps sans fin, une santé de diamant et un bonheur aussi rayonnant que votre sourire a su m'envelopper depuis l'enfance.

Ce travail est le vôtre, **Yaa boye**

### **À ma très chère épouse, ma Habibaty,**

L'amour que je porte à cette belle âme est indescriptible. Belle aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, tu incarnes la douceur, le calme, le respect, la gentillesse et la piété. Autant de qualités qui, chaque jour, renforcent et font grandir l'amour que j'ai pour toi.

Tout au long de ce parcours, j'ai toujours trouvé en toi un soutien indéfectible. Tu as patienté, tu m'as encouragé, relevé lorsque je n'avais plus la force de continuer, veillé sur moi dans les moments de doute et de fatigue. À travers toi, j'ai vu une résilience admirable et une force silencieuse qui m'ont porté jusqu'au bout.

Par la grâce de Dieu, notre union nous a offert un merveilleux cadeau : notre fils Boubacar, source de joie et de motivation.

Qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble et nous permette d'élever notre fils Boubacar, ainsi que ceux à venir inchallah, dans de bonnes conditions, en leur transmettant une éducation fondée sur les valeurs de l'Islam.

Qu'Allah te récompense pour tous les efforts, les sacrifices et l'amour que tu as donnés. Je ne saurai jamais te remercier à la hauteur de ce que tu représentes pour moi.

Ma Habibaty, Papa t'aime fort.

### **À mon grand frère Souleymane Baldé,**

Pilier discret et bienveillant, tu as toujours veillé sur tes cadets avec attention et sagesse. Ton soutien constant, ta disponibilité et ton sens du respect m'ont été d'un grand réconfort tout au long de ce parcours.

Que Dieu te bénisse, te protège et t'accorde longue vie. Avec toute ma gratitude et mon affection fraternelle.

### **À mon grand frère Boubacar Baldé, Oustaz,**

Guide respecté, pieux et toujours bienveillant, tu as su m'accompagner par tes conseils, ton soutien indéfectible et ton sens de l'humour qui apaise et rapproche. Que Dieu te récompense pour tout ce que tu as fait pour moi et te couvre de Ses bénédictions.

Avec toute ma reconnaissance, mon respect et mon affection fraternelle.

### **A ma grande sœur Ramatoulaye**

Ton amour, ta sagesse et ton soutien sans faille ont été pour moi une source permanente de motivation. Merci pour tes conseils éclairés, ta patience et ta confiance en moi, même dans les moments difficiles. Cette réussite porte aussi ton empreinte.

Reçois ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon affection.

### **A ma grande sœur Belco**

Par ta présence rassurante, tes encouragements sincères et ta bienveillance constante, tu as su m'aider à avancer avec courage et détermination. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenu à chaque étape de ce parcours. Je te dédie ce travail avec une profonde gratitude et beaucoup d'amour.

### **A ma grande sœur Oumou Salamata**

Ton soutien moral, ta disponibilité et tes paroles réconfortantes ont été d'un immense réconfort tout au long de mon cursus. Merci pour ta générosité de cœur et ta foi en moi. Cette réussite est aussi la tienne.

Je t'adresse cette dédicace avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle

### **À mes belles-sœurs, Aicha Djigo et Mame Marème Dieng**

Merci d'avoir toujours été là pour épauler mes grands frères avec grâce, courage et dévouement. Votre sens de l'humour, votre sens aigu des responsabilités et votre présence bienveillante ont contribué à maintenir une belle cohésion et une atmosphère chaleureuse au sein de notre famille.

Vous êtes des femmes dignes, fortes et admirables, et je suis fier de vous compter parmi les piliers de notre foyer.

Recevez ici toute mon affection et ma reconnaissance.

Qu'Allah vous bénisse abondamment, qu'Il protège vos foyers et renforce vos liens, dans la paix, l'amour et la prospérité.

### **À mes tantes Mariama Ly et Mariama Bobo,**

Par votre sagesse, votre amour et votre douce présence, vous semez autour de vous bonheur et bienveillance. Merci pour vos rires, vos conseils et votre tendresse, pour ces moments partagés, sources de tant de richesse. Que la vie vous comble de joie, de santé et de lumière car vous méritez tout le bonheur du monde entier. Avec tout mon affection

**À mes petit frères et sœur :** Mouhamad, El hadj Mamadou Boye, Ahmadou Bilal, Mouhamadou moustapha, Alpha Ishaga, Aissatou Diouldé, Ibrahima Khaliloulah, Thierno Ismaila, Abdou Salam

Votre présence dans ma vie est une source de joie et d'inspiration. Vous m'avez offert, sans le savoir, une motivation silencieuse : celle de montrer l'exemple, de tracer un chemin que vous pourriez suivre avec confiance et fierté.

Vos sourires, vos encouragements, vos regards pleins d'admiration ont été pour moi des moteurs puissants dans les moments les plus exigeants de mon parcours. Vous êtes les promesses d'un avenir radieux, et je suis honoré d'être votre aîné. Je vous dédie ce travail avec tout l'amour que je vous porte. Qu'Allah vous protège, vous guide et vous accorde une vie remplie de bonheur, de réussite et de nobles valeurs.

## **À ma tante Fatou Ly**

Merci pour ton humour, ton sens du respect et ta bienveillance. Ta présence a toujours apporté joie et réconfort tout au long de mon parcours. Reçois ici l'expression de mon affection et de ma reconnaissance.

## **À mes oncles et tantes : de Ziguinchor, Bignona, Dabo, Kolda, Thiewal Lao, Kossanké, Saré Mary**

Merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez semé dans ma vie, tant sur le plan matériel qu'éducatif. Vos conseils avisés, vos prières constantes et vos encouragements bienveillants ont été des phares sur mon chemin, m'aidant à franchir chaque étape avec confiance et détermination.

C'est en grande partie grâce à votre présence et à votre soutien que j'ai pu atteindre ce niveau et puiser la motivation de toujours aller plus loin.

Qu'Allah vous comble de Ses bienfaits, qu'Il exauce vos vœux les plus chers et accorde à vous et à votre famille une vie pleine de sérénité, de santé et de prospérité.

## **À mon beau-père Bappa Boubacar et ma belle-mère Nen Hawa Sognane**

Je tiens à vous remercier, avant toute chose, pour m'avoir offert la plus précieuse des bénédictions : votre fille, ma reine au cœur charmant. Par votre bienveillance, votre accueil chaleureux et votre générosité, vous avez su rendre mon intégration naturelle et harmonieuse.

Votre affection sincère et votre considération profonde me touchent énormément. Vous avez facilité bien des choses, avec discrétion et élégance et je vous en suis infiniment reconnaissant.

Qu'Allah vous accorde la réussite ici-bas et dans l'au-delà, qu'Il vous entoure de Sa miséricorde et vous comble de bonheur et de sérénité. Recevez ici l'expression de ma gratitude la plus sincère

## **A mes cousins, cousines, frères et sœurs : Korka, Djidou, Abdourahime,**

Hamidou, Boye, Ousmane, Ismatou, Diamy, Mary, Haby, Mariame, Manguel,

Souley , Sadou, Amadou Sall, Omar, Mamadou , Daouda, Mamadiang,

Yagouba, Mariama, Kadiatou, Belco , Néné Gallé, Moussa, Al Hassan, Tidiane ...

Votre affection, votre soutien et votre présence fraternelle était si important tout au long de mon parcours. Vos encouragements, votre solidarité et les moments partagés ont été une source de force et de motivation. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon attachement sincère.

### **À mon homonyme Tonton Cheikh Ndiaye et à sa famille**

Porter votre Prénom est pour moi un véritable honneur. Vous incarnez des qualités humaines rares — bonté, courtoisie, sagesse — qui font de vous une référence précieuse au sein de la société. Votre conduite exemplaire et vos valeurs nobles ont su traverser les générations et se reflètent admirablement dans votre famille. Je vous exprime ici toute mon estime et ma reconnaissance.

Qu'Allah veille sur vous, vous protège et comble votre foyer de bénédictions, de paix et de prospérité.

### **A Dr Maimouna Ndiaye :mon amie, mon binôme**

Cette dédicace est bien plus qu'un simple message : c'est un merci infini, un hommage à notre complicité, à toutes ces choses que nous avons partagées de Kabatoki à Ziguinchor, des rires aux défis, des doutes aux victoires.

Tu as été bien plus qu'une compagne de projet, tu as été un soutien inébranlable, celle qui m'a encouragée à me relever, peu importe les tempêtes. Ta présence, ta force et ta bienveillance ont illuminé chaque étape. Et ce n'est pas seulement toi, mais aussi ta famille « Ndiaye Yoro Fally »

Alors, que ces mots gardent la trace de ma gratitude : merci pour ton amitié sincère, tes conseils, ta patience. Puisseons-nous continuer à grandir, ensemble, debout, quoi qu'il arrive. **Avec tout mon cœur."**

### **A Dr Mouhamadou Moustapha Lo**

Je tiens à exprimer toute mon admiration et ma gratitude pour ta présence dans ma vie. Tu es bien plus qu'un ami, tu es un frère, un modèle de piété, de générosité et de sagesse. Ton engagement envers les valeurs nobles, ta foi inébranlable et ton cœur bienveillant font de toi une personne exceptionnelle.

Que Dieu Tout-Puissant continue de te bénir, de te guider et de te protéger. PuisseIl combler ta vie de bonheur, de santé et de réussite dans ce monde et dans l'au-delà. Ami sincère, frère de cœur, tu es une bénédiction pour ceux qui ont la chance de te connaître. Merci pour ton amitié précieuse.

Avec toute mon affection et ma reconnaissance

### **À Dr Famara Heimo Syna,**

Merci d'avoir fait partie de ma vie. Certes, nous n'étions pas de la même promotion, mais le destin et le temps ont su tisser entre nous des liens plus forts que ceux des promotionnaires.

Une complicité rare et précieuse est née au fil de notre parcours, faite de confiance, de respect et de souvenirs partagés.

Tu as été à la fois témoin et acteur de tant de moments marquants. Ta présence constante, ton écoute, ton soutien... tout cela a fait de toi bien plus qu'un collègue : un véritable compagnon de route.

Merci d'avoir été là. Merci pour ce compagnonnage sincère et inoubliable. Avec toute mon amitié et ma reconnaissance.

### **À Dr Abdoul Aziz Thiam,**

Depuis la L1, on s'est accroché, et jamais nous ne nous sommes lassés. Ensemble, nous avons traversé les années, porté des projets, partagé des idées et grandi côte à côte — aussi bien dans le domaine de la médecine que dans bien d'autres sphères de la vie.

Aujourd'hui, je tiens à te témoigner toute mon affection et ma profonde estime. Ton engagement, ta loyauté et ta présence constante ont été une source d'inspiration et de force.

Qu'Allah nous accorde la grâce de réaliser nos rêves les plus fous, et qu'Il bénisse notre parcours, où qu'il nous mène. Avec toute ma fraternité.

### **A Dr Mouhamad Lamine Fall,**

**Akhy**, pas besoin de longs discours. Six années à partager la même chambre, ça parle pour nous. Ce quotidien vécu ensemble a forgé une complicité profonde, devenue évidente aux yeux de tous.

Ce lien, fait de confiance, de rires, de défis et de soutien mutuel, est un trésor que je chéris. Tu es bien plus qu'un ami : un frère de cœur.

Je te souhaite une vie longue, heureuse, et remplie de belles choses. Reçois ici toute ma gratitude, mon respect et mon affection **Ya Akhy**.

### **A Dr Baboucar Coly,**

**Aty**, la promotion nous a réunis, la ZAM nous a rapprochés encore davantage. Deux rencontres, deux chemins croisés, qui ont scellé une fraternité au-delà des mots.

Je n'ai même pas besoin de te dire à quel point je t'estime et te considère ; cela se lit dans nos souvenirs, nos échanges, nos silences complices et nos soutiens mutuels.

Vis bien, vis mieux, cher ami. Que l'avenir nous réserve encore de beaux chapitres à écrire ensemble avec la même sincérité et la même fraternité.

**A Dr Mamadou Diedhiou,**

La promotion nous a réunis, la chambre à l'université en L1 a scellé notre fraternité. Tu es de ceux sur qui l'on peut compter, avec qui l'on peut se compléter. Toujours disponible, toujours prêt à tendre la main, à offrir ton soutien sans jamais attendre en retour.

Ta générosité et ton sens du partage ont marqué tous ceux qui ont eu la chance de croiser ton chemin. Tu es un pilier, une présence rassurante, un frère de cœur. Qu'Allah continue de veiller sur toi, de bénir ton parcours et de t'ouvrir les portes du succès et de la sérénité.

Avec toute mon estime et mon affection.

**A Dr Mouhamed Oury Diallo,**

Imam, tu es celui dont le sourire ne quitte jamais les lèvres. Ta bonne humeur contagieuse, ton esprit taquin et ta joie de vivre ont toujours su illuminer notre quotidien.

Mais derrière cette légèreté, se cache un homme rigoureux, sérieux et profondément engagé dans sa vocation médicale. Tu incarnes l'équilibre parfait entre humanité et professionnalisme.

Merci pour tous ces moments partagés, pour cette amitié sincère et cette solidarité indéfectible. Tu es l'exemple même du véritable Zamien: fraternel, engagé, et toujours présent.

Que cette belle énergie continue de t'accompagner sur tous les chemins que tu choisiras.

**A Dr Djiby Diagne Sambou,**

L'urologue du peuple ; un titre que tu portes avec sérieux, disponibilité et une joie de vivre contagieuse. Ton professionnalisme, ta générosité et ton esprit accessible font de toi un médecin à part, apprécié de tous.

Qu'Allah t'élève encore, qu'Il fasse de toi un urologue de renommée internationale, au service de l'humanité, avec toujours ce sourire et cette bienveillance qui te caractérisent.

**A mon cher ami Amidou Sonko,**

Nous ne nous sommes jamais vus, et pourtant, le miracle des réseaux sociaux a tissé entre nous une amitié aussi vraie que précieuse. À travers les mots, les échanges et les rires partagés, tu es devenu bien plus qu'un simple contact : un frère, un confident, une lumière.

La distance n'a pas de prise sur notre complicité et je suis reconnaissant pour chaque discussion, chaque moment de soutien, chaque preuve de cette amitié qui défie les kilomètres. Un jour nos chemins se croiseront et ce sera la concrétisation d'un lien déjà si fort. En attendant, sache que tu comptes énormément pour moi. Merci d'exister, mon ami.

**A Pierre Silvère Simibène Diatta et Jean Bernard Diedhiou**

Deux hommes au cœur pur, toujours souriants, disponibles et travailleurs.

Vous êtes des frères aux qualités humaines et morales exceptionnelles. Partout où vous êtes, la bonne humeur et la joie de vivre règnent grâce à votre sens remarquable de l'humour.

Merci pour tous ces moments partagés, empreints d'amitié, de complicité et de sincérité.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon affection fraternelle.

**À Aissatou Sadio,**

Une personne avec qui j'ai partagé bien plus que des souvenirs. Merci pour ton soutien indéfectible, ta présence constante et ta bienveillance. Ton écoute et ta générosité ont été des piliers précieux tout au long de ce parcours.

Reçois ici toute ma gratitude

**À Dado Guissé,**

Au début, il n'y avait que des salutations échangées, mais le Magal de Touba a été le point de départ d'une belle complicité. Tu es une âme lumineuse, une professionnelle admirable, une sage-femme véritablement sage.

Reçois ici toute ma gratitude

**À Dieynaba Baldé,**

Une personne dont l'humour, l'humanité et la gentillesse sont tout simplement hors du commun. Ta chaleur humaine et ton sourire ont illuminé bien des journées. Merci d'avoir été là, tout simplement.

Reçois ici toute ma gratitude

**À Ndeye Yacine Gueye,**

Une personne dont la tendresse, la disponibilité et l'affection m'ont profondément touché. Merci pour ton soutien constant, ta compréhension sincère et ta présence apaisante. Que l'avenir t'offre tout ce qu'il y a de plus beau. Reçois ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **À Mame Tening Cissé,**

Sage-femme au cœur d'ange, toujours dynamique et attentive. Tu es celle qui veille sur tout, qui rend la vie plus douce et l'amitié plus solide. Continue sur cette belle voie, et qu'Allah veille sur toi et te comble de Ses bienfaits. Reçois ici toute ma gratitude

### **À Ishaga, Maimouna et Bineta,**

Le trio lumineux de Chez Mère Christine, dont la bonté rappelle celle de Mère Teresa, ou devrais-je dire, de véritables bonnes Samaritaines. Merci pour tout : votre gentillesse, votre humanité et votre ouverture légendaire ont rendu mon séjour parmi vous infiniment plus doux. Vous êtes incroyables à tous les égards. Qu'Allah vous rétribue au centuple pour tout le bien que vous semez autour de vous.

Recevez ici toute ma gratitude

### **A Abdoulaye Diop**

Merci pour ton soutien constant, ta disponibilité et ta loyauté. Ta présence à mes côtés, dans les moments faciles comme dans les épreuves, a été d'un grand réconfort. Que Dieu te récompense pour ta sincérité et te comble de Ses bienfaits. Cette dédicace est un témoignage de mon estime et de mon affection fraternelle.

### **A Dr Abdou BOMOU, le Guerrier de la lumière**

Conseiller avisé et homme d'une grande intégrité, Tu incarnes le sens du savoirvivre et de la droiture. Toujours à l'écoute et constamment disponible, tes conseils éclairés et ta bienveillance ont été pour moi un appui précieux tout au long de ce parcours.

Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

### **À Aïcha Ndiaye,**

Confidente avec qui l'on partage tout, entre discussions profondes et chamailleries passagères qui laissent toujours place à la complicité. Personne extraordinaire, d'une grande gentillesse et d'un courage admirable au travail, tu es une source de motivation au quotidien.

Que Dieu t'aide à accomplir chacun de tes projets et à atteindre les objectifs que tu t'es fixés.

Avec toute mon affection et ma reconnaissance.

**À Dr Basile Toudji,**

De Bignona à l'université, tu es resté fidèle à toi-même. Homme de bon savoirvivre, toujours au service des autres et doté d'un esprit taquin qui rend les moments partagés encore plus précieux.

Notre stage rural à Kolda, vécu ensemble durant quatre mois dans une parfaite entente, restera un souvenir marquant, témoignant de ta bonté, de ta simplicité et de ton sens du partage.

Reçois ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

**À mes aînés :** les Docteurs Missette, Pousy, Boubacar Sidigui, Aladji Thiam, Dionou, Alassane Sané, Séckouba, Bernadette, Khadidiatou Kane, Marc Manga, Malang Biaye, Fanta Sané, André Badiane, Bomou, Coulibaly, Cheikh Ahmet

Tidiane Badji, Estelle Bassène, Mancadiang, Diba, Siré Sonko,...

Aînés de grande valeur, vous avez été pour moi de véritables modèles. À vos côtés, j'ai effectué mes premières campagnes de consultations gratuites à travers la ZAM, expériences fondatrices qui ont profondément marqué mon parcours.

Vous m'avez appris à consulter avec rigueur et humanité, à travailler en équipe et à diriger un groupe avec responsabilité et engagement.

Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude. Veuillez trouver ici l'hommage sincère de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

**À mes aînés de l'UFR,** les Docteurs Adiouma Tine, Papa Amadou Koita, Youssouf Diedhiou, Cherif Diop, Mouhamadou Kandé, Baboucar Sané, Moussa Diallo Coly, Aminata Fall, Ibou Aw, Mouhamed Diop, Amadou Sambou

Bodian, Rokina, Fatou Kiné, Awa Diagne, Diogo, Demba Diouf, Babou Sakho, Ousseynou Ndour, Amy Ndiaye, Cheikhna Diakhaté, Ndeye Fatou Mendy, Ibrahima Niasse, Sophie Gomis, Saphietou Ngom, Babacar Diop, Alioune Tall, Binta Gueye Ndiaye, Binta Camara, Ateib Fall, Dama Diawara, Dame Mbengue, Dawasse Sarr, Khoudia Diagne, Abdoulaye Diop, Issa Diagne, Soukey Mbaye,

Koffi, Cherif Mané, Ndaw Dia, Mancadiang, Massaer, Modou Ngom, Abdallah Sy, Taha Sène, Ibrahima Wadji, Teuw, ...

Aînés au cœur pur et d'une grande générosité, vous m'avez transmis des enseignements précieux, aussi bien dans la pratique médicale que dans la vie en société.

À travers votre encadrement, votre disponibilité et votre sens des valeurs, vous avez contribué de manière significative à ma formation humaine et professionnelle.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude, de mon respect et de mon admiration.

**Ames amis depuis l'enfance les :** Abdoulaye Diallo (Alvine), Lamine Dieng( Warga), Oulin (Ka hooré), Omar( Mboma) , Alpha Ibrahima( Ramos), Halimatou Diallo, Fatimatou, Binté, Yama, Assy, Pa Omar (Eat), Alpha Saliou ( Philo), Pape Konaté, Modou, Aliou (Drogba), Ansou Bayo, Issaga, Raby

Amis d'enfance avec qui j'ai partagé tant de moments, d'épreuves et de souvenirs. Malgré la distance et le temps, rien n'a changé, preuve de la sincérité et de la solidité de notre amitié.

Votre présence, votre soutien et votre fidélité ont toujours été une source de force et d'équilibre tout au long de mon parcours.

À vous, mes véritables amis, j'adresse ces mots avec affection et gratitude.

**À Seydina Ousmane Ba (SOB), Abou Hanne (Mbok), Hamidou Diop, El Coumba, Aly Diop, Tidiane Diop, Cheikh Ndiaye, Adama Ndiaye, Pape Sounkarou Diakhaté, Mbagnick Faye, Boubou, Assane Gueye, Yaya Ndong, El Hadji,**

Amis que Dieu a placés sur ma route et qui m'ont accueilli avec une grande générosité lors de mon installation à Kabatoki. Grâce à vous, l'intégration a été naturelle et empreinte de fraternité.

Votre amitié sincère, votre solidarité et votre sens de l'humour extraordinaire ont été une source constante de joie et de réconfort.

Recevez ici l'expression de mon affection, de ma reconnaissance et de mon profond attachement.

**À mes amis du quartier :** Kéba Mané (Taka fort), Abdou Karim Diédhiou, Sidy Faty (Eric Bailly), Assane Mané, Ousseynou Sangaré, Tonton, Aliou (Borom

Tunnel Yi), Léon, Mouhamed, Omar, Sidy Diédhiou, Alkaly,

Personnes remarquables et extraordinaires qui ont illuminé ces années passées ensemble par des souvenirs inoubliables. Vous m'avez accueilli parmi vous avec une fraternité sincère, comme si j'avais toujours fait partie de votre famille. Votre amitié, votre simplicité et votre chaleur humaine ont marqué durablement mon parcours.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon attachement.

**À Lamine, Laye Faty, Ousmane, Aliou Badara, Joe, Mariétou, Aïda, Molamine, Moustapha**

Amis exceptionnels de la boutique de l'UFR, reconnus pour votre respect, votre disponibilité et votre esprit taquin qui met instantanément à l'aise toute la clientèle.

À travers votre accueil chaleureux et votre bonne humeur constante, vous avez contribué à créer un cadre convivial et humain, essentiel au quotidien universitaire.

Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon amitié.

**À Lamine Badji,**

Frère et collaborateur d'exception, toujours disponible, respectueux et profondément travailleur. Ton sourire constant et ton sens naturel de l'humour créent autour de toi une atmosphère positive et motivante.

Ton engagement, ta loyauté et ton esprit de collaboration ont été pour moi d'un soutien précieux tout au long de ce parcours.

Reçois ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon estime fraternelle.

**À Mame Cheikh Ndiaye, Babacar Biteye, Abdou Kamara, Mouhamed Ndiaye, Kamisokho, Alassane Wade** , Frères respectueux et d'une grande gentillesse, avec qui j'ai partagé de précieux moments de convivialité et de fraternité.

Votre présence, votre bienveillance et votre simplicité ont contribué à rendre ce parcours plus humain et enrichissant.

Recevez ici l'expression de mon affection sincère et de ma gratitude.

**À Mamadou Fadia Diallo,**

Petit-Frère que j'estime profondément depuis Bignona et dont le parcours à l'Université témoigne d'une belle force de caractère. Gentil, respectueux, pieux et doté d'un grand sens de l'humour, tu inspires par tes valeurs et ta constance. Reçois ici l'expression de mon estime, de mon affection et de ma reconnaissance.

**À Fallou Samb,**

Colocataire respectueux et doté d'un excellent savoir-vivre, simple et sans façon. Ta piété, ta discrétion et ton sens des valeurs ont permis une cohabitation harmonieuse, exempte de tout différend.

Ta présence paisible et fraternelle a été pour moi un réel soutien au quotidien. Reçois ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

**À mes compagnons de campagnes médicales :** Mouta, Amy Sène, Bakary, Amadou Sambou Bodian, Dr Assiétou Tall, Laye Ndiaye, Mouhamed Fall, Souleymane Ndao...

Personnes dévouées au travail et animées d'un profond esprit de service à la communauté. Ensemble, nous avons parcouru de nombreux villages pour offrir des soins gratuits, guidés par l'humanisme, la solidarité et l'engagement envers les populations. Ces expériences de terrain ont renforcé ma vocation médicale et marqué durablement mon parcours. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

**A ma team de TD :** les Docteurs Khady Ndao, Thiané, Ishaga, Mouhamad Lamine Fall, Famara Syna, Arfang, Mamadou Diedhiou, Baboucar Coly et Djiby Diagne Sambou merci pour l'esprit d'équipe, le partage de connaissances, l'entraide et les échanges enrichissants tout au long de notre parcours. Votre rigueur, votre disponibilité et votre convivialité ont grandement contribué à rendre ces années d'apprentissage formatrices et mémorables. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon estime.

**À la famille Bassang :** Père David Bassang, Maman Rose, Elise, Léo, Denis, Vincent, Yannick, Emma, Gynia...

Famille exceptionnelle qui m'a accueilli et considéré comme son propre fils. Votre générosité, votre bienveillance et votre sens du partage m'ont apporté un soutien inestimable, en particulier durant les moments les plus difficiles. Depuis mon arrivée dans votre maison en tant que locataire, vous m'avez offert bien plus qu'un toit : une présence rassurante, une chaleur familiale et un appui constant. Je ne saurai jamais vous remercier à la hauteur de tout ce que vous avez fait pour moi. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon affection respectueuse.

**A Moustapha Cissé, Fatima Diakhère Ndiaye, Mariama Sané, Coumba Sané, Aïcha Mbengue, Amy Sané, Nogaye Diop, Amy sène, Coumba Ndoeye, Moustapha Thiam, Mansour, Pape Keita, Baye Ndiawar, Mokhtar Fall, Cheikh Ahmed Diop, Diama Diombéra, Abdallah Camara, Souleymane Badiane, Abdou Aziz Gueye, Omar Diedhiou, Djiby Diouf, Djigo, Amadou Niang, Babacar Ndiaye, Tounkara, Cheikh Mouhamed Pouye, Makhtar Lo, Pape Mané, Sylla, Baye Mamour Diop, Mamadou Bâ, Ndooff, Godson, Bienvenue, Aminata Touré, Cheikh Gassama, Cheikh Tidine Tamba, Sidya, Ousmane Diedhiou, Coumba Niang, Anthia, Dado Tall, Daouda Diop, Lamine Gomes, Mardoché, Dieynaba Ndour, El Malick, Rama Faye, Fary, Ouleye Ba Coulibaly, Ablaye Koné, Sandra, Ibrahima Gningue, Idy Diané, Ibrahima Mbengue, Astou Ngom, Ibrahima Gueye, Issa Sakho, Ramatoulaye Top, Mariama Dao, Masse Ndiaye, Mael, Abdou Badiane, Omar Ndao, Diouldé Baldé, Mathieu, Manuel, Wilfried, Ngouda, Aliou Diallo, Gayel, Ousmane Fall, Onésim, Seckou Cissé, Mouhamed Diallo, Leon, Saliou Gningue, Omar Konaté, Rohaya Kane, Yacine Traoré, Seny Diémé, Mamadou Yatté, Christine, ...**

**À la Ziguinchor Assistance Médicale (ZAMille),**

Famille que la médecine m'a offerte, composée de personnes engagées, dynamiques et profondément travailleuses. Votre esprit d'équipe, votre convivialité et votre disponibilité constante au service de la communauté font de vous un modèle d'engagement et de solidarité.

À vos côtés, j'ai appris que la médecine est avant tout un acte d'humanisme et de don de soi.

ZAMien un jour, ZAMien pour toujours

Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect

**A mes gars surs de la ZAM zig :** Prési Mouta, Louis, Malick, Dany, Bakary, Moustapha (Cole palmer), Modou Ndao, Awa Diedhiou, Mariama Diallo, Bigué, Abdoulaye Ndiaye, Adama Seck, Cherif, Khadija Mandiang, Yvonne, Banna, Anty et tous les membres de la Section

Vous formez une bonne relève. Vous êtes des piliers de l'association et nous sommes certains que vous emmènerez la ZAM à un niveau beaucoup plus élevé. Toute ma gratitude et ma considération

**À mes amis de la première promotion paramédicale de l'UFR Santé :** Mame Tening, Thérèse, Judith, Pape Seyni, Mouhamad Ndiade, Omar Konaté, Omar Ba, Omar Diallo, Siby, Koaté, Ibrahima Gueye (Sabr), Naty, Ndeye Awa, Maimouna Diémé, Bongal, Maman Aissatou, Madické, Maodo Malick, Khalil, Marie Ange, Charles, Harouna Lome, Ablaye Sobel, Donald, Amy Seye, Lamine Camara, ... et à tous ceux que j'aurais involontairement omis lors de la rédaction,

Vous êtes des Jeunes d'un grand courage et d'un profond respect, vous avez marqué cette première promotion par votre engagement, votre persévérance et votre esprit de solidarité.

Les moments partagés à vos côtés resteront gravés comme une étape importante de mon parcours académique et humain.

Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

**A Dr Moussa Mancadiang,**

Aîné et frère d'une grande simplicité, respectueux et toujours disponible. Ton soutien constant et ton encadrement ont été déterminants dans ma formation, tant sur le plan professionnel qu'humain.

À travers tes conseils et ton accompagnement, tu as contribué de manière significative à mon parcours médical.

Reçois l'expression de ma profonde reconnaissance, de mon respect et de mon estime fraternelle.

### **À Madame Mancadiang**

Femme battante, taquine et sans façon, vous avez été d'une aide précieuse dans la rédaction de cette thèse. Votre disponibilité, votre soutien sincère et votre encouragement constant ont largement contribué à l'aboutissement de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

### **À Oumy Cécile Sambou**

Personne exceptionnelle, toujours disponible et profondément travailleuse, ton soutien indéfectible m'a été d'un grand secours tout au long de ce parcours. Par ta présence, ton engagement et ta bienveillance, tu as contribué de manière significative à l'aboutissement de ce travail. Reçois ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**Au Personnel du District Sanitaire de Kolda :** Dr Dame Ndiaye, Dr Mama Sagna , Dr Sy, Dr Ndour, Dr Habib Bourguiba Sané , Dr Moussa Diallo Coly, Dr Baba Yéro Boiro, Dr Ba, Dr Touré, Mme Wade (Major), Mme Camara (maitresse), Oumy Mme Ndiaye (Tountouroung), Mme Ndiaye Codou, Mme Diop ( ma maman), Nathalie Basse, Mme Niang Atta, Mme Mbaye, Sokhna Mai (Keur Ndiogou), Abdou Fall, Mme Ba, Fatoumata, Kadia, Diang (Docteur W), Alette , Bintou Diatta (Dose), Tonton Antoine , Housse, Ibrahima Diao, Titi, Mbaye, Mme Dabo, Mme Camara , Maimouna, Sophie , Mme Sall, Mme Ba , Dado, Mariama, Dieynaba , Mère Bodo, Bodian, Abdou Aziz, Mbodj, Ndeye birame, Aissatou, Ousseynou Niang, Ndiaye, Titi, Sadio, Paul Sène, Mbaye, Ta Fatou Sané, ...

Merci pour ces moments passés avec amour, professionnalisme et ludique Avec toute ma gratitude

**A mes amis et collaborateurs du service médical de l'université :** Dr Koïta, Dr Raidaty, Sakho, Sonko, Sadia, Youba, Moustapha, Babacar, Mansata, Babacar, Ibou, Tendeng, Ilo ...

Merci pour tout le soutien et les conseils. Recevez toute ma gratitude et ma considération

### **À Khoudia Niasse,**

Sœur exceptionnelle, dont le soutien constant et les conseils avisés m'ont accompagné aussi bien sur le plan professionnel que social.

Reçois ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

**A mes Amis et frère de Campenal et Yengoulen** : Lamine, Mame, Tapha Seck, Cheikh, Madiop, Thierno Souleymane, Djitte (Imam), Barkham, Makha, Mbathie, Ousmane, Dione, Mbow, Ndong

Des frères et sœur respectueux, disponible et courageux, merci pour tous ces moments passés. Que Dieu vous accompagne pour le reste

Avec toute ma gratitude

**À mes colocataires** :Mouhamad Fall, Mahi, Dama, Laye sarr, Bomou, Diakité, Laye Sy, Pierre, Seco, Emma, Ousmane, Mbengue, Ibrahima Tall, Ngorba, Demba Niang, Petit Bâ, Omar Ndong, Samsidine, Mancadiang, Pape Malick, Fedou, Banda, Bachir, Cheikh Tall,

Merci pour la convivialité, le respect et l'entraide qui ont marqué notre vie commune.

Avec toute ma gratitude.

**À la Kabatoki Assistance Médicale (KAM),**

Je suis fier d'appartenir à cette association, entouré de personnes extraordinaires animées d'un profond sens du devoir et d'un engagement constant au service de la communauté.

À l'image de notre slogan, « le savoir au service de la communauté », vous incarnez au quotidien les valeurs d'humanisme, de solidarité et de responsabilité. Avec toute ma reconnaissance et ma fierté.

**À la 6<sup>e</sup> promotion, « Promo Yalla bi »**

Nous avons partagé des années exceptionnelles, marquées par de nombreux défis que nous avons su relever ensemble, dans la solidarité et l'entraide. Pas à pas, main dans la main, nous avons grandi, appris et mûri, tant sur le plan académique qu'humain.

Composée de personnes extraordinaires, notre promotion est devenue au fil du temps une véritable seconde famille, unie par des valeurs de respect, de courage et de persévérance.

Ces années resteront gravées comme l'une des plus belles pages de mon parcours.

**À mes cadets des autres promotions, de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> promotion,**

La liste est si longue qu'elle ne peut tenir dans une page, sachez que vous êtes des jeunes collègues courageux et engagés, vous incarnez la relève avec détermination et ambition.

Puissiez-vous poursuivre ce chemin avec persévérance, solidarité et amour du métier, tout en portant haut les valeurs de notre institution. Avec mes encouragements sincères et toute ma considération.

**Au personnel du Service de Cardiologie du CHREINK :** Dr Thiam, Dr Léna,

Dr Ursula, au Major Hamidou Ly, à Tonton Jacques, Ta Rama, Ta Coumba, Ta Marianne, Seynabou, Tedy, Coumba Loli, Diarra Sané, Thilor, Père Diallo, Niass, ...

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre accueil chaleureux, votre disponibilité et votre professionnalisme. Votre gentillesse, votre respect, votre sens du travail bien fait et votre esprit d'équipe ont profondément marqué mon passage au sein du service. Grâce à vous, j'ai acquis de précieuses connaissances théoriques et pratiques qui ont grandement enrichi ma formation médicale. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon immense gratitude.

**Aux délégués médicaux :** Ousseynou Diallo, Al housseynou, Kébé, Diallo sup, Vito, Aicha Ngom, Aicha Diamé, Florence, Ehemba, José Manga, Diallo (Tokora baba), Awa Diedhiou, Mme Adams, Mme Bassène, Moustapha Diop, Sandrine, Coly, Sambou, Diockou, El Hadji, El hadji Wane, Kandé, Aissatou Sadio, Sané, Gomis, Fall, Coly, Ndiaye, ...

Vous êtes des collaborateurs remarquables. Merci pour tout le soutien et les conseils.

Recevez toute ma gratitude et ma considération

**A mes promotionnaires de l'élémentaire sous Mr Diedhiou :** Cheikh Yahya, Tafsir, Abdoulaye Diallo, Khady Goudiaby, Dame Niass, Serigne Modo Sow, Rouguyatou Camara, Sona Diatta, Diarra, Madeleine, Khoudia Thiam, El Bachir, Dieynaba Diouf, Amadou Sow, Boubacar Bâ, Fatoumata Binta Bâ, Issa Diaby Gassama, Khady, Assane Diedhiou, Bassirou Camara, Coumba Racky, ...

Ces années partagées à l'école élémentaire ont posé les premières pierres de mon parcours. Les souvenirs d'enfance, l'apprentissage, l'amitié et les valeurs transmises durant cette période restent gravés en moi. Merci pour ces moments simples et précieux qui ont contribué à forger la personne que je suis aujourd'hui. Que la vie vous comble de réussite et de bonheur. Avec toute mon affection et ma reconnaissance.

**A mes promotionnaires de collège et de lycée :** Fatou Bintou Bodian, Abdourahmane Diallo, Alvine, Aissatou Badji, Assiatou Diallo, Basile Toudji, Ndeye Saly Manga, Abou Coly, Kals, Binta Sadio, Hamza Halima Coly, Tafsir, Cherif Diallo, Cherif Kane, Lamine Goudiaby, Nfa, Omar Diagne, Abdou Faye Coly, Cheikh Aba, Bocar Dieye, Malang, Samba, Khady Goudiaby, Siré Dramé, ...

Les années de collège et de lycée ont été marquées par l'apprentissage, les défis, les rires et des amitiés sincères. Ces moments partagés ont contribué à façonner mon caractère et à renforcer ma détermination. Je garde de vous des souvenirs précieux et une profonde reconnaissance. Que chacun de vous trouve sa voie et connaisse la réussite dans ses projets. Avec toute mon affection.

**A tous les cher maitres** qui ont participé de près ou de loin à notre formation : Pr Ansoumana Diatta, Pr Alassane Diatta, Pr Noel Magloire Manga, Pr Evelyne Siga Diome, Pr Boubacar Fall, Pr Issa Wone, Pr Cheikh Diouf, Pr Simon Manga Pr Oumar Sow, Pr Kalilou Diallo, Pr Habibou Sarr, Pr Denis Barboza, Pr Cherif Aidara, Pr Nfally Badji, Dr François, Dr Aziz, Dr Ndiaga, Dr Cheikh Tidiane Mbaye, Dr Oumar Mbaye, Dr Khady, Dr Assane Sarr, Dr Barro, Dr Sar, Dr Marc , Dr Ndoye, Dr Khadija , Dr Dia, Dr Traoré, Dr Annie, Dr Dieudonné, Dr Ndiaye, Dr Soumaré, Dr Diop, Dr Natacha...

**Au personnel du CPEBZ** : Dr Adama Koundoul (Mentor), Dr Diariétou Seck, Aïssatou, Mme Diédhiou, Mme Diatta, Mme Dieng, Mme Sagna, Alain, tonton Sambou, Major Samba, Idy, Baldé, Père Lass, Pa Fall, Sadia, Anatole... Je vous adresse ma profonde reconnaissance pour votre générosité, votre disponibilité et votre sens de l'écoute. Votre accompagnement, votre soutien constant et vos conseils avisés ont été d'un apport inestimable tout au long de mon parcours. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**A la grande famille de La Somone (Pharmacie, Clinique et maison)** : Dr Sané, Dr Diémé, Dr Baboucar Sané, Dr Aida, Dr Sow, Tonton Amidou, Tonton Abdou, Mme Sané, Mme Diémé, Ngoné, Gnima, Moudyr, Binta lo, Mme Sané Aissatou, Zeyna, Mme Mboup, Mame Fatou, Papis, Kassim, Lass, Issa, Baba Touré Ly,

Thioro, Khady Diamé, Mariama, Elisa, Binette, Ndeye Sokhna, ... Merci pour l'accueil chaleureux, l'esprit familial et les précieux moments

partagés ensemble. Votre bienveillance et votre soutien ont marqué mon parcours et resteront gravés dans ma mémoire.



**REMERCIEMENTS**

À Allah (swt) l'unique, le seul à être imploré pour ce que nous désirons

À toute ma famille

À mon directeur de thèse, Professeur Issa WONE

A mon codirecteur de thèse et mentor , Docteur Adama KOUNDOUL

À tout le corps administratif et professoral de l'UFR2S de l'UASZ : je vous remercie infiniment pour vos sacrifices et la qualité des cours dispensés.

À nos maîtres de stages : en témoignage de ma reconnaissance pour tout ce que vous avez accompli pour nous, et avec une fidélité inébranlable.

À tout le personnel des hôpitaux de Ziguinchor

A l'Inspection Régionale de l'Administration Pénitentiaire de Ziguinchor ainsi qu'aux directeurs des MAC de Ziguinchor, Bignona, Oussouye, Sédhiou, Kolda, Vélingara

À toute la population de Ziguinchor



**A NOS MAITRES ET JUGES**

**À notre Maître et Président du Jury, Professeur ANSOUMANA DIATTA**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse. Votre rigueur scientifique, votre sens élevé de la pédagogie et votre engagement au service de la médecine ont été pour nous une source d'inspiration. Nous vous avons accompagné dans vos actions au service de la communauté témoignant votre amour pour le don de soi.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect le plus sincère.

**À notre Maître et Directeur de thèse, le Professeur Issa WONE**

Vous nous faites un grand honneur à diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous exprimons notre profonde gratitude pour votre encadrement rigoureux, votre disponibilité constante et vos précieux conseils tout au long de ce travail. Votre grande expérience scientifique, votre sens élevé de la pédagogie qui nous a poussé à aimer la santé publique et votre engagement pour l'excellence ont été déterminants dans la réalisation de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance sincère et de notre profond respect.

**À notre Maître et Juge, le Professeur Fabrice Senghor**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, la pertinence de vos observations et la qualité de votre enseignement ont grandement contribué à notre formation et à l'enrichissement de cette thèse.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect le plus sincère.

**À notre maitre et Co-Directeur de thèse, le Docteur Adama KOUNDOUL**

Cher maitre, nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre accompagnement précieux, votre disponibilité et la richesse de vos enseignements. Votre rigueur scientifique, votre sens de l'écoute et votre engagement pour la formation des jeunes médecins ont grandement contribué à la réalisation de ce travail et à nous faire aimer cette belle spécialité qu'est la psychiatrie.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude, de notre admiration et de notre respect.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

## **LISTES DES ABREVIATIONS**

**AAP** : Association Américaine de Psychiatrie

**ANSD** : Agence Nationale de Statistiques et de Démographie

**AOF** : Afrique-Occidentale Française

**C.E.S** : Certificat d'Etudes Spécialisées

**C.E.P.I.A.D** : Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar

**CIM 11** : Classification Internationale des Maladies 11<sup>ème</sup> édition

**C.H.N.P.T** : Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye

**CHNU** : Centre Hospitalier National Universitaire

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHRATB** : Centre Hospitalier régional Amadou Tidiane Bâ

**CPEBZ** : Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor

**DSM-V** : Manuel diagnostique et statistique 5<sup>ème</sup> édition

**D.I.A.M.M** : Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux

**DHIS-2** : District Health Information Software

**EDS-C** : Enquête Démographique et de Santé Continue

**E.P.S** : Etablissement Public de Santé

**E.E.G** : Electroencéphalogramme

**F2RSMPsy** : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale

Hauts-de France

**FIDES** : Fonds d'Investissement de Développement Economique et Social

**HDT** : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers

**HP** : Hôpital Psychiatrique

**H.M.O** : Hôpital Militaire de Ouakam

**IGSSM** : Inspection Générale des Services Sanitaires et médicaux

**IRAPZ** : Inspection Régionale de l'Administration Pénitentiaire de Ziguinchor

**MAC** : Maison d'Arrêt et de Correction

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**MYF** : Médina Yoro Foula

**ODD** : Objectifs de Développement Durables

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**P.E.C** : Prise En Charge

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SMPR** : Services Médico-Pschologiques Régionaux

**SPA** : Substance Psycho-Active

**TP** : Travaux Publics

**TSA** : Trouble du spectre de l'autisme

**TSPT** : Trouble du Stress Post Traumatique

**USMP** : Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire

**UHSA** : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

**UMD** : Unités pour Malades Difficiles

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1: Répartition de l'offre en santé mentale au Sénégal en 2019</b> .....	21
<b>Figure 2: Orientations possibles suite à l'évaluation psychiatrique d'une détenue en France</b> .....	36
<b>Figure 3: Carte du Sénégal mettant en exergue la Casamance</b> .....	45
<b>Figure 4: Carte de la Casamance avec les MAC et le CPEBZ</b> .....	46
<b>Figure 5: Porte d'entrée du CPEB/Z</b> .....	49
<b>Figure 6: L'entrée du CPEBZ avec une vue sur la cour</b> .....	50
<b>Figure 7: Un couloir menant aux cabines d'hospitalisation du CPEBZ</b> .....	51
<b>Figure 8: Une cabine d'hospitalisation du CPEBZ</b> .....	51
<b>Figure 9: Façade principale de la MAC de Ziguinchor</b> .....	54
<b>Figure 10: Porte d'entrée de la MAC de Bignona</b> .....	55
<b>Figure 11: Porte d'entrée de la MAC de Vélingara</b> .....	56
<b>Figure 12: L'enseigne à l'entrée de la MAC de Kolda</b> .....	57
<b>Figure 13: L'Accès principal de la MAC de Sédhiou</b> .....	58
<b>Figure 14: Répartition des détenus selon la tranche d'âge</b> .....	61
<b>Figure 16: Répartition des détenus selon la situation matrimoniale</b> .....	62
<b>Figure 17: Répartition des détenus selon le niveau d'instruction</b> .....	64
<b>Figure 18: Répartition des détenus selon la MAC d'incarcération</b> .....	66
<b>Figure 19: Répartition des détenus selon la nationalité</b> .....	67
<b>Figure 22: Répartition des détenus selon la nosologie</b> .....	70
<b>Figure 23: Répartition des détenus selon les chefs d'inculpations</b> .....	71
<b>Figure 25: Répartition des détenus condamnés selon la peine d'emprisonnement</b> .....	72
<b>Figure 26: croisement du motif de consultation en fonction de la consommation de SPA</b> .....	78
<b>Figure 27: croisement de l'infraction en fonction de la consommation de SPA</b> .....	81
<b>Figure 28: Croisement du mode de détention en fonction des chefs d'inculpations</b> .....	82

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: répartition des détenus selon la profession .....	63
Tableau II: répartition des détenus selon l'ethnie .....	64
Tableau III: répartition des détenus selon la provenance géographique .....	65
Tableau IV: répartition des détenus selon la présence d'antécédents psychiatriques .....	68
Tableau V: répartition des détenus selon le début des troubles .....	69
Tableau VI: répartition des détenus selon les motifs de consultations .....	69
Tableau VII: répartition du nombre de chef d'inculpation pour chaque détenu .	71
Tableau VIII: croisement de la tranche d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives.....	73
Tableau IX: croisement du sexe en fonction de la prise de SPA .....	74
Tableau X: croisement de l'instruction en fonction de la consommation de SPA .....	75
Tableau XI: croisement de la situation matrimoniale en fonction de la consommation de SPA .....	76
Tableau XII: croisement de la profession en fonction de la consommation de SPA .....	77
Tableau XIII: croisement de la présence d'antécédent psychiatrique en fonction de la consommation de SPA.....	77
Tableau XIV: croisement du début des troubles en fonction de la consommation de SPA .....	79
Tableau XV: croisement de la Nosologie en fonction de la consommation de SPA .....	80
Tableau XVI: croisement de la consommation de SPA en fonction du mode de détention .....	82
Tableau XVII: croisement de la situation matrimoniale en fonction du mode de détention .....	83
Tableau XVIII: croisement de la tranche d'âge en fonction du mode de détention .....	84

## TABLE DES MATIERES

### LISTES DES ABREVIATIONS

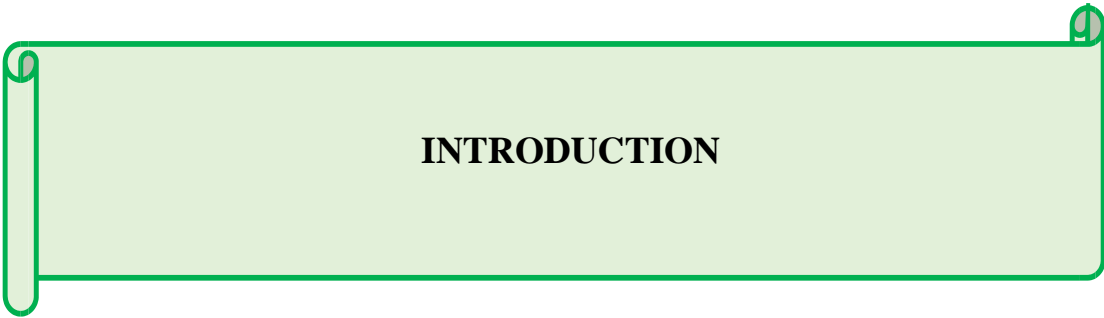
INTRODUCTION .....	1
I. L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE AU SENEGAL .....	5
I.1. Définitions, concepts et classifications en psychiatrie.....	5
I.2. Historique de la psychiatrie au Sénégal .....	7
I.2.1. La période coloniale.....	7
I.2.2. Après l'Indépendance .....	11
I.3. Données épidémiologiques de la psychiatrie au Sénégal .....	15
I.4. Organisation des soins psychiatriques au Sénégal.....	19
II. LE SYSTEME CARCERAL AU SENEGAL .....	27
II.1. Les Maisons d'Arrêt et de Correction au Sénégal.....	28
II.2. Les modes de détentions.....	28
II.3. Les peines appliquées au Sénégal.....	29
III. LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL.....	29
III.1. Organisation des soins Psychiatriques en milieu carcéral.....	29
III.1.1. En Europe et en France .....	29
III.1.2. En Afrique .....	37
III.1.3. Au Sénégal.....	38
III.2. Impact psychique de l'incarcération .....	41
DEUXIEME PARTIE .....	44
I.METHODOLOGIE.....	45
I.1. Objectifs de l'étude .....	45
I.2. Cadre d'étude .....	45

I.2.1. Le Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (CPEBZ) ....	46
I.2.1.1. Localisation .....	46
I.2.1.2. Historique .....	47
I.2.1.3. Présentation et description des lieux .....	49
I.1.2.4. Personnel .....	52
I.2.1.5. Fonctionnement du CPEBZ .....	53
I.2.2. Les établissements pénitentiaires de la Casamance .....	53
I.2.2.1. Région de Ziguinchor .....	53
I.2.2.2. Région de Kolda .....	55
I.2.2.3. Région de Sédhiou .....	57
I.3. Méthodes .....	58
I.3.1. Type et Période d'étude .....	58
I.3.2. Population d'étude .....	58
I.3.2.1. Critères d'inclusion .....	59
I.3.2.2. Critères de non inclusion .....	59
I.3.3. Collecte et analyse des données .....	59
I.3.4. Variables de l'étude .....	59
I.3.5. Contraintes et Limites de l'étude .....	60
II. RESULTATS .....	61
II.1. Etude descriptive .....	61
II.1.1. Aspects sociodémographiques .....	61
II.1.1.1 Âge .....	61
II.1.1.2. Sexe .....	62
II.1.1.4. Situation matrimoniale .....	62

II.1.1.5. Profession.....	63
II.1.1.6. Niveau d'instruction .....	63
II.1.1.7. Ethnie .....	64
II.1.1.8. Origine géographique .....	65
II.1.1.9. Lieu d'incarcération.....	65
II.1.1.10. Nationalité.....	67
II.1.1.11. Religion.....	67
II.1.2. Aspects cliniques .....	68
II.1.2.1. Antécédents psychiatriques .....	68
II.1.2.2. Consommation SPA.....	68
II.1.2.3. Nature SPA .....	68
II.1.2.4. Début des troubles .....	68
II.1.2.5. Motifs de consultations.....	69
II.1.2.6. Nosologie .....	70
II.1.3. Aspects juridiques.....	70
II.1.3.1. Nombre de Chef d'inculpation .....	70
II.1.3.2. Chef d'inculpation .....	71
II.1.3.3. Mode de détention .....	72
II.1.3.4. Peine.....	72
II.2. Etude analytique .....	73
II.2.1. Croisement de la tranche d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives.....	73
II.2.2. Croisement du sexe en fonction de la prise de substances psychoactives.....	74

II.2.3. Croisement de l’instruction en fonction de la consommation de SPA .....	75
II.2.4. Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la consommation de SPA .....	76
II.2.5. Croisement de la profession en fonction de la consommation de SPA .....	76
II.2.5. Croisement de la présence d’antécédent Psychiatrique en fonction de la consommation de SPA .....	77
II.2.6. Croisement du motif de consultation en fonction de la consommation de SPA.....	78
II.2.7. Croisement du début des troubles en fonction de la consommation de SPA.....	78
II.2.8. Croisement de la nosologie en fonction de la consommation de SPA .....	79
II.2.9. Croisement de l’infraction en fonction de la consommation de SPA .....	81
II.2.10. Croisement de la consommation de SPA en fonction du mode de détention .....	81
II.2.11. Croisement du mode de détention en fonction des chefs d’inculpations.....	82
II.2.12. Croisement de la situation matrimoniale en fonction du mode de détention .....	83
II.2.13. Croisement de la tranche d’âge en fonction du mode de détention	83
III.DISCUSSION.....	85
III.1. Etude descriptive .....	85

III.1.1. Aspects sociodémographiques .....	85
III.1.2. Aspects cliniques .....	87
III.1.3. Aspects juridiques .....	90
III.2. Etude analytique .....	92
III.2.1. Données sociodémographiques et Consommation de Substances Psychoactives (SPA) .....	92
III.2.2. Données cliniques et consommation de SPA.....	93
III.2.3. Données juridiques et consommation de SPA .....	95
III.2.4. Tranche d'âge et mode de détention .....	95
III.2.5. Situation matrimoniale et mode de détention.....	96
III.2.6. Chef d'inculpation et mode de détention .....	96
CONCLUSION .....	97
RECOMMANDATIONS .....	102
REFERENCES .....	105
ANNEXES.....	110



**INTRODUCTION**

En 2024, 11,5 millions de personnes sont incarcérées dans le monde [1], révélant une progression significative de la population carcérale à l'échelle internationale. Si les facteurs expliquant cette augmentation sont multiples et complexes, les conséquences, elles, apparaissent clairement : surpeuplement des établissements pénitentiaires, dégradation continue des conditions de détention et atteintes graves à la dignité humaine.

Selon leurs propres estimations de capacité d'accueil, la majorité des systèmes pénitentiaires mondiaux sont en situation de surpopulation. Ce phénomène exerce des effets délétères sur la santé mentale et physique des personnes détenues, accroît les risques pour leur sécurité ainsi que pour celle du personnel pénitentiaire et compromet fortement les perspectives de réinsertion sociale. À titre illustratif, les taux d'occupation atteignent en moyenne 460 % aux Philippines, 450 % en Haïti et 370 % au Guatemala [2].

De nombreux dysfonctionnements ont été documentés, notamment la surpopulation carcérale, l'insuffisance et la faible qualité nutritionnelle de l'alimentation, les allégations de tortures et de mauvais traitements, ainsi que de multiples violations du droit à la santé et de l'accès aux soins [3].

La population carcérale demeure par ailleurs insuffisamment prise en compte dans les politiques de santé publique. Les travaux scientifiques portant sur la santé des personnes détenues restent limités, en particulier ceux consacrés à leur santé mentale. Pourtant, la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral est élevée. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que près de 40 % des détenus en Europe souffriraient d'une forme de trouble mental [4]. En France, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2019, 32 228 personnes incarcérées ont été hospitalisées pour des soins psychiatriques [5].

Au Sénégal, Diagne et al. avaient conclu dans leur étude que seuls les détenus ayant des troubles mentaux sévères, c'est-à-dire des troubles schizophréniques et dépressifs, arrivaient en consultation dans les formations sanitaires spécialisées [6] tandis que Témah déplorait le manque d'organisation dans la prise en charge sanitaire des détenus au niveau des maisons d'arrêt et de correction en Sénégal [7].

La présente étude a pour objectif de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de la population carcérale de la Casamance prises en charge au niveau du Centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor.

Avant d'aborder les spécificités de la psychiatrie en milieu carcéral, notamment l'organisation des soins et les effets psychologiques de l'incarcération, nous présenterons un rappel sur le dispositif d'assistance psychiatrique au Sénégal ainsi que sur l'organisation du système pénitentiaire, en mettant l'accent sur les établissements de type maison d'arrêt et de correction, les modes de détention et les régimes de peine.

La deuxième partie de notre travail sera consacrée respectivement à la méthodologie de l'étude, à la présentation des résultats obtenus et la discussion. Des recommandations seront formulées après la conclusion.



**PREMIERE PARTIE REVUE DE LA LITTERATURE**

## **I. L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE AU SENEGAL**

### **I.1. Définitions, concepts et classifications en psychiatrie**

Le mot « psychiatre » a été forgé à partir des noms grecs « psyché » « souffle de vie, âme », et « iatrós », « médecin » (littéralement « médecin de l'âme »).

La psychiatrie est une spécialité médicale traitant de la maladie mentale [8].

La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre, de bien travailler et de contribuer à la vie communautaire. Elle constitue un aspect essentiel de la santé et du bien-être, sur lequel reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à construire le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique.

La santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux, mais reflète une réalité complexe, propre à chaque personne, avec des degrés variables de difficultés et de souffrances. Ses manifestations, tant sociales que cliniques, peuvent être très diversifiées. Les troubles de santé mentale englobent les maladies psychiatriques, les handicaps psychosociaux et d'autres états entraînant une souffrance significative, une altération du fonctionnement ou un risque de comportement auto-agressif. Les personnes souffrant de troubles de santé mentale sont généralement plus vulnérables à une altération de leur bien-être psychologique. Cependant, cela n'est ni systématique ni inévitable [9].

Vu la pluralité des troubles mentaux et comportementaux, des classifications ont été adoptées pour permettre aux cliniciens d'émettre de bon diagnostic.

Actuellement, il existe deux systèmes de classification prédominants pour les troubles mentaux : La Classification internationale des maladies (CIM), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP). Ces classifications répertorient diverses catégories de maladies considérées comme appartenant à deux types distincts. Chacune de ces classifications dispose de ses propres codes, définis dans les révisions les plus récentes des manuels, souvent comparables, bien qu'il y ait certaines différences. D'autres schémas de classifications sont uniquement et localement utilisés comme la Classification chinoise des troubles mentaux ou la Classification française des troubles mentaux [8].

La CIM-11 caractérise les Troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux par des syndromes de troubles cliniques significatifs des fonctions cognitives, de la régulation émotionnelle, ou du comportement qui reflètent un dysfonctionnement des processus sous-jacents d'ordre psychologique, biologique ou développemental influençant le fonctionnement mental et comportemental. Ces troubles sont généralement associés à une détresse ou à une altération des domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants [10].

Le DSM-5 se distingue par sa structure organisée en catégories de troubles (comme les troubles anxieux ou bipolaires), l'introduction de niveaux de sévérité pour certains troubles (ex : Trouble du spectre de l'autisme (TSA), et des critères diagnostiques plus précis et standardisés, notamment pour les troubles liés à l'usage de substances. Il met également l'accent sur des domaines de fonctionnement comme la cognition, l'affectivité et le contrôle des impulsions pour diagnostiquer certains troubles de la personnalité.

## **I.2. Historique de la psychiatrie au Sénégal**

### **I.2.1. La période coloniale**

L'historiographie sur la psychiatrie coloniale dans les territoires africains francophones marque un certain retard, en particulier sur l'Afrique subsaharienne, du fait du manque chronique de structures psychiatriques en Afrique Occidentale Française (AOF) [11].

Au Sénégal avec la présence française ancienne et limitée sur la côte, à partir du milieu du XIXe siècle et avec les débuts d'un appareil administratif de gestion des établissements français, se met en place un régime municipal dans les agglomérations du littoral : Saint-Louis et Gorée (1872), Rufisque (1880) et Dakar (1887). À la fin du siècle, la pacification achevée, la fédération de l'AOF formée, la population va connaître un double régime de gestion : les habitants des quatre communes sont citoyens, les ressortissants des territoires en dehors, régis par le code de l'indigénat (1887), sont sujets français et relèvent du pouvoir discrétionnaire des administrateurs.

Deux dates importantes se dégagent en matière de contrôle social des aliénés : 1897 et 1938. La première correspond à la mise en place de la pratique du transfert vers la métropole d'aliénés de la colonie ; la seconde correspond à la création officielle d'un service d'assistance psychiatrique en AOF. Avant 1897, la logique dominante était policière : l'ordonnance de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 qui créait les structures administratives de la colonie conférait au gouverneur des prérogatives de haute police qu'il pouvait évoquer pour prendre des mesures d'internement qu'il jugeait nécessaires en raison du danger que représente le comportement d'un fou ou de tout autre contrevenant à l'ordre public. Seule autorité habilitée à prendre une telle décision, le chef de la colonie prenait avis d'un médecin. Cette procédure sommaire et non spécifique ne s'embarrasse pas des considérations médico-sociales de la loi de 1838, qui, en métropole, met en place un dispositif complet comprenant :

les asiles départementaux, la constitution d'un corps spécialisé de praticiens, la définition légale et administrative des prises en charge des patients et des garanties de défense des intérêts de ces derniers. La logique policière va rapidement montrer ses limites et, après avoir été examinée par le Conseil général à Saint-Louis, fin 1896, la solution de l'évacuation de ces malades vers un asile de France retiendra l'adhésion des autorités. Cet expédient commode avait déjà servi ailleurs.

Le Sénégal conclut pour sa part un contrat d'une durée de neuf ans avec l'asile de Marseille en 1897, convention renouvelée en 1905, la situation de la colonie étant entre-temps restée la même. Du premier convoi de malades, formé au terme de cette convention, jusqu'à la veille de la première guerre, 144 Sénégalais (dont 41 femmes) furent déportés loin de leurs foyers africains. Cette transportation renouvelée à travers le temps va susciter de plus en plus de critiques et apparaître comme un pis-aller dont le Rapport REBOUL-RÉGIS va instruire le procès 14. Le Ministre des Colonies, par une dépêche du 26 janvier 1918 vint mettre fin au mouvement d'évacuation des malades mentaux du Sénégal vers la France. Cette pratique cependant se poursuivit bien plus longtemps en Afrique du Nord où elle avait connu une ampleur plus grande, notamment en raison de la présence permanente de la composante européenne de la population [12].

En Afrique de l'Ouest, la période entre les deux guerres va être marquée par une série de projets avortés et d'atermoiements. Toujours aussi démunis en équipements à l'issue de la guerre, les territoires se trouvent privés de la solution marseillaise. Face à la situation, le gouverneur général demande de suivre une politique de maintien des aliénés dans les cercles en les laissant à la garde de leur village. L'indisponibilité de locaux spéciaux et l'absence de textes précis vont aboutir à un jeu de renvois des aliénés par les administrateurs hors de leur cercle vers leur lieu d'origine. Dans plusieurs textes des années vingt, Cazanove observe combien la situation en est encore au stade qu'avait décrit le rapport de Tunis.

Ayant visité la colonie de placement familial de Gheel (en Belgique) où s'est développée une pratique d'accueil des malades mentaux remontant au Moyen Âge, il va envisager la possibilité de tirer parti des usages locaux africains en aménageant cette modalité d'assistance qui présente l'avantage de la modicité des frais pour la colonie et, à condition de les localiser dans quelques villages de chaque région, cette mesure pourrait être placée sous une étroite surveillance médicale et administrative. Chez cet élève de Régis se révèle le souci d'une assistance adaptée au milieu, tirant parti des ressources positives des solidarités locales, tout en manifestant la volonté de protéger les patients lorsque leurs comportements les ont exposés au rejet, voire à des mesures sévères de contention ou de mauvais traitements par leur entourage. L'année de sa nomination comme secrétaire de la Commission consultative d'Assistance psychiatrique coloniale, il va publier un important Mémento de psychiatrie coloniale africaine. Une série de propositions émanant de divers services étant restée sans suite, en 1930 un plan d'asile est proposé par le service des Travaux publics (TP) du Sénégal. Transmis à l'Inspection générale des services sanitaires et médicaux (IGSSM), il fait l'objet de critiques et de nouvelles propositions de Cazanove (1931). Bien qu'amendé et ayant recueilli l'approbation des services de la Santé et des TP, tout fut à nouveau interrompu sur décision du gouverneur général. En 1933 l'heure est à une logique décentralisatrice renvoyant chaque territoire à ses responsabilités et ressources propres (chaque chef de territoire est invité à mettre à l'étude la création de services pour aliénés incurables et dangereux annexés à l'hôpital de son chef-lieu). C'est à Chêneveau (1938) que l'on doit le rapport qui va mettre le point final à cette série de projets inaboutis. Après une synthèse des études antérieures, ce médecin, qui a expérimenté pendant deux ans au Togo un quartier psychiatrique fonctionnant avec des infirmiers spécialisés qu'il a formés sur place, va préconiser ce type de structure à l'échelon du territoire. Ces formations sans autonomie propre, situées à proximité des villes, sont rattachées aux hôpitaux urbains ; un hôpital psychiatrique fédéral, doté d'une pleine autonomie administrative, venant

compléter l'action de ces quartiers des territoires. L'idée du dispositif à deux degrés, introduite à Tunis en 1912, s'est finalement imposée ici également. Par la signature le 28 juin 1938 de l'arrêté créant en AOF un service d'Assistance psychiatrique, le gouverneur général de Coppet vient mettre un terme à un long vide juridique, un siècle exactement après le vote de la loi du 30 juin 1838 en France. Ce texte qui reprend les recommandations de Chêneveau, approuvées par l'IGSSM, définit les modalités d'entrée et de sortie de l'hôpital fédéral (prévu à Thiès, Sénégal) en s'inspirant de la loi de 1838 qui distingue placement d'office et placement volontaire ; le procureur de la République qui a libre accès à tout moment à l'hôpital psychiatrique (HP) est chargé d'assurer le contrôle du bon fonctionnement de ces dispositions. Désormais tout est en place pour une ère nouvelle, médico-sociale, de la gestion moderne de la folie, telle qu'elle fut réclamée et pensée depuis 1912 par les médecins les plus informés des besoins en la matière. Tout était en place... sauf la clé de voûte du système : le HP fédéral de Thiès n'a jamais vu le jour ! La guerre une nouvelle fois, et les problèmes budgétaires vont empêcher cette réalisation. Cependant la guerre fut l'occasion d'un constat clinique nouveau : celui de l'évolution très favorable (jusqu'à la guérison), après rapatriement au pays de militaires africains suivis à l'hôpital Michel Lévy à Marseille, réformés pour démence précoce, au vu du tableau de dissociation sévère qu'ils ont présenté en France. Gallais, qui fait ce constat, observe par ailleurs à Dakar une prédominance de troubles secondaires ou associés à des étiologies toxi-infectieuses ou parasitaires ; il développera une approche neuropsychiatrique et physiologique de la pathologie mentale.

L'après-guerre voit apparaître dans les rapports les noms des premiers médecins africains de la division neuropsychiatrique de l'hôpital central africain de Dakar : les Dr Seydou Tall à partir de 1951, Amoussou à partir de 1954. Leurs rapports font toujours état de l'exiguïté des locaux et de la précarité de leurs conditions de travail. C'est dans le cadre du Deuxième plan du Fonds d'investissement de développement économique et social (FIDES) que fut créé le service de

neuropsychiatrie, premier élément du futur hôpital d'isolement pour contagieux et mentaux à Fann (banlieue de Dakar) qui reçoit ses premiers malades en octobre 1956. Mise en place pendant la période transitoire de la Loi-cadre des Territoires d'outre-mer, Fann va perdre peu après son statut fédéral avec l'indépendance des divers territoires pour constituer la base du dispositif psychiatrique sénégalais naissant que le professeur Henri Collomb marquera fortement de son empreinte pendant une vingtaine d'années d'activité (1959-1978) à la tête de la première chaire de psychiatrie de l'université et de la clinique psychiatrique de Fann où se développera une expérience originale de collaboration entre cliniciens et chercheurs en sciences sociales [12].

### **I.2.2. Après l'Indépendance**

En 1960, date marquant l'accession à l'indépendance du Sénégal, les nouvelles autorités tente de rompre avec le modèle asilaire. Cette période était donc propice à la reconnaissance de la spécificité de l'africain. Le service de Neuropsychiatrie de Fann, ouvert depuis 1956, fut la transition entre la période coloniale et post coloniale[13]. Son modèle sera l'illustration de cette nouvelle approche des autorités. Celui-ci au début avait revêtu la forme de la psychiatrie occidentale mais elle était pratiquée sous un climat et dans un contexte socioculturel différent[ 14]. Dans ce contexte favorable, Collomb, l'un des premiers psychiatres coopérant ayant travaillé à Fann, tente l'effort de cerner la culture africaine, avec l'institution d'une école d'ethnopsychiatrie à Dakar[13]. Ceci pour l'élaboration d'une psychiatrie à vocation plus sociale plus humaine adaptée aux réalités socio culturelles du Sénégal [15]. L'enjeu posé était le franchissement de la distance qui sépare l'humanisation empirique et l'élaboration de nouvelles techniques de soins adaptées au contexte africain contemporain. L'école de Fann fut le lieu de remise en question pour nombre d'étudiants, chercheurs, médecins, ethnologues, psychologues... qui par leurs études contribuèrent à sa réputation, mais aussi et surtout lieu d'expérimentation de nouvelles manières de faire avec les malades, aux antipodes des fondements d'une psychiatrie coloniale, si tant est qu'elle

puisse être clairement différenciée de la psychiatrie pratiquée à la même époque en métropole. Là est certainement l'aspect le plus essentiel de l'apport de Collomb à la psychiatrie, celui d'avoir su, parmi les premiers, mettre en pratique le discours posant les fondements socio culturels de la maladie mentale et promouvant une psychiatrie sans frontières qui devait abattre les murs de l'asile et ouvrir l'institution soignante à tous ceux qui, au Sénégal, avaient un mot à dire sur la folie, et en premier lieu bien sûr, les guérisseurs [16]. De l'étroite collaboration instaurée au sein de l'hôpital avec les guérisseurs traditionnels découlent de nombreux travaux théoriques et de nouvelles perspectives thérapeutiques [17]. Henry Collomb disait « Les guérisseurs africains avaient, consciemment ou spontanément comme chose allant de soi, reconstitué un environnement social à la fois sécurisant et tolérant, suscitant le changement et l'évolution vers la guérison en réalisant de véritables villages thérapeutiques »[17].

À partir de 1968, il y a eu un ajustement au sein du service en fonction du mode de vie de la communauté africaine [18].

Une des premières mesures qu'il prit, inspirée de la psychothérapie institutionnelle ainsi que des villages thérapeutiques, fut d'ouvrir l'hôpital en permettant aux patients d'aller librement entre les divisions et aussi à l'extérieur de la clinique, de laisser un libre accès aux bureaux médicaux [17].

L'individu n'est pas isolé dans une relation à double sens avec l'aidant naturel. Ses proches l'assistent dans ses moments de malheur. Ainsi, le rite médical de la visite au lit du patient laissera place à la participation de la famille du patient. L'ouverture illimitée des heures de visite familiale a été introduite. La visite médicale se transforme en rencontre sous la cabane collective réunissant patients, personnel soignant et familles. Il s'agissait de « Pënc ». Le Pënc est la réunion de la division, réunissant les patients, le personnel soignant et les familles, en s'inspirant de la palabre du village. Il s'agit d'une thérapie de groupe dans le but de prendre soin des malades, d'accepter et de dédramatiser la maladie. Le soutien aux patients par un membre de leur famille est institutionnalisé.

En effet, deux lits sont prévus pour chaque patient : un pour lui et un pour son proche qui l'accompagne. Ce dernier avait un billet d'hôpital à son nom et recevait ses repas de l'hôpital ainsi que tous les soins dont il pouvait avoir besoin [18].

En 1961 fut créé l'hôpital psychiatrique de Thiaroye et à partir de 1965 les villages psychiatriques commencèrent à être créés avec celui de Djinkoré, celui de Kénia en 1972 et celui de Botou en 1978 [14].

La création de diverses structures institutionnelles de formation et de recherche telles que l'institut d'études pédagogiques et psychosociales, la société de psychologie de Dakar remplacée en 1965 par la société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar, la revue psychopathologie africaine, le centre de recherches psychopathologiques, le C.E.S en psychiatrie sans oublier l'internat en psychiatrie en 1972, atteste de l'effort soutenu de formation. Les tentatives limitées d'intégration des guérisseurs traditionnels dans le service ont mieux fait voir les difficultés ; l'expérience de Schurmans à Saint-Louis du Sénégal, la tentative de Lambo au village Aro (Nigeria) soulignent les ambiguïtés voire les équivoques d'une telle démarche. Les propositions diverses d'élaboration d'un statut et d'une reconnaissance officielle des thérapeutes traditionnels ont conforté des contradictions sans doute inévitables avec l'ordre des médecins créé par la loi du 4 juillet 1966. Il a fallu également se dégager du modèle médical qui probablement a conduit à la séparation entre la neurologie et la psychiatrie, consommée en 1970. Simultanément, se dessinait une tentative de mobilisation des structures asilaires. L'asile se transforme progressivement en un lieu thérapeutique mieux accepté et reconnu [19].

Le dispositif itinérant d'assistance aux malades mentaux (D.I.A.M.M.) est mis en place à partir de 1977. Il procède du fait que les malades mentaux traités à l'hôpital étaient une charge trop lourde et trop coûteuse pour la collectivité. Le mode d'hospitalisation aussi était jugé trop rigoureux pour ces patients qui avaient besoin de plus de liberté. Il s'y ajoutait aussi toute la charge péjorative liée au nom

de Fann qui était associé à la maladie mentale et qui marquait de son sceau tout malade qui en ressortait. Dans ce système, les psychiatres quittent l'hôpital et vont à la rencontre des patients au niveau de leur zone de résidence. Un déplacement hebdomadaire permet d'assurer une consultation mensuelle dans 5 villes de la région de Thiès : Thiès, Khombole, Tivaouane, Mékhé, Mbour. Le D.I.A.M.M. fonctionne avec le personnel soignant des divisions de Fann et de Thiaroye. Ce dispositif a connu de nombreux problèmes de fonctionnement liés à un manque de moyens matériels suffisants. Cette consultation n'avait pu continuer que pour Mbour avant que les Frères de Saint Jean de Dieu ne le reprennent pour Thiès et qu'une organisation non gouvernementale Santé Sud en partenariat avec la fondation Moussa Diop ne reprenne ce projet qui est maintenant présent dans les villes de Thiès, Tivaouane, Khombole, Mbour[13]. Malgré les nombreuses difficultés financières et infrastructurelles, le D.I.A.M.M a eu un impact remarquable en termes d'hygiène mentale (dépistage précoce), de prophylaxie et de sectorisation. Pourtant ce dispositif, base d'une politique moderne de santé mentale, n'a été régi par aucun texte administratif lui conférant un statut officiel [19].

Après le départ du professeur Collomb en fin 1978, suivi par les derniers coopérants étrangers, l'institution va reposer sur un personnel quasi exclusivement africain[19]. Toutefois, une réévaluation critique de l'école d'ethnopsychiatrie de Fann sous forme d'un document publié par l'Association des Chercheurs Sénégalais, concernant la folie au Sénégal, permit le constat d'une crise au sein de l'institution. Ces chercheurs soulignèrent la nécessité de réinscrire la psychiatrie dans la médecine [20]. Avec une insistance sur le caractère scientifique de la formation sanctionnée par un diplôme légal [21]. Il n'était plus question pour le thérapeute d'être dans l'absolu d'une approche « traditionnelle » sourde face aux mots du patient ou d'une approche « moderniste » avec négation de son discours. Une nouvelle ère, basée sur l'écoute, la compréhension et le

respect du discours du patient s'inscrit dans la thérapeutique [22]. Sur le plan juridique, la loi du 17 juin 1990 réforma de manière significative la question de la santé mentale au Sénégal. Au niveau de la terminologie, l'appellation « aliénés » est substitué par « personnes atteintes de troubles mentaux » ; on parle « d'hospitalisation libre » au lieu de placement libre lorsque le malade est consentant pour son hospitalisation. Celles sans consentement sont appelées Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT), remplaçant le placement volontaire et le placement d'office. Cette loi encourage les 25 hospitalisations libres et promeut la réadaptation et la réinsertion du malade après son internement ouvrant une nouvelle approche de la psychiatrie sur le plan juridique.

### **I.3. Données épidémiologiques de la psychiatrie au Sénégal**

En Afrique, notamment au Sénégal, la santé mentale est un domaine où les ressources font cruellement défaut et les données épidémiologiques relativement rares.

Différentes raisons expliquent ce déficit d'informations statistiques en Afrique. Tout d'abord, la santé mentale n'est pas incluse dans les soins primaires. Les malades sont référés dans des centres spécialisés qui développent chacun leur base de données, ce qui complique le travail de compilation et de standardisation nécessaire à l'élaboration de séries statistiques cohérentes. Dans le cas du Sénégal, une procédure est actuellement en cours afin d'inclure les données de routine en santé mentale dans le système d'information sanitaire national à partir de la plateforme DHIS-2 (District Health Information Software). D'autre part, le travail de saisie informatique est réalisé par des agents de santé pour qui il représente un surcroît de travail et pour lequel ils ne sont pas toujours suffisamment formés et motivés [23]. Enfin, les indicateurs sont définis en fonction d'urgences et de partenariats décidés à un niveau international notamment dans le cadre des ODD ou du Fond Mondial, et non pas par rapport à des priorités définies localement [24].

Dans le cas du Sénégal, l'inclusion de la santé mentale dans les ODD et l'obligation d'évaluer les progrès obtenus grâce à des indicateurs a déjà conduit à expérimenter un module « santé mentale » dans l'Enquête démographique et de santé continue (EDS-C) 2018 en partenariat avec l'Agence Nationale de Statistiques et de Démographie (ANSD).

Au Sénégal selon le rapport de santé mentale de 2019, Le nombre de consultations ainsi que le nombre de consultants a augmenté en comparaison avec l'année 2018. Cependant le nombre de patients hospitalisés est en baisse avec une augmentation de la durée moyenne de séjour.

Les pathologies mentales les plus fréquemment retrouvées en 2019 étaient les psychoses (56,8%), suivies des troubles neurologiques à manifestation psychiatrique (26,7%), les troubles de l'humeur occupaient 11% alors que les Névroses étaient à 5,4% [25].

En août 2023, une première enquête nationale a été effectuée auprès de 2174 individus dans le cadre d'une analyse situationnelle de la santé mentale au Sénégal a permis d'estimer la prévalence des troubles mentaux. Sur un effectif de 1251 personnes ayant déclaré une maladie ; 6,4% ont présentés des troubles mentaux et 0,2% étaient possédés par un djinn. En revanche, 23,1% de la population d'étude avaient rapportés des pratiques ancestrales (Tuur, Xamb). Concernant la consommation de substance psychoactive, Une consommation de tabac était plus retrouvée chez les enquêtés (8,6%) suivie de l'alcool (0,9%) et du cannabis (0,2%). La consommation de cocaïne était rapportée chez 0,2% des individus [26].

Une étude réalisée chez des nouveaux patients de 15 à 25 ans suivis en psychiatrie à Thiès au Sénégal, a montré une prévalence de 4 514 nouveaux patients de 15 à 25 ans sur 86 980 suivis au centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès, soit 5,2 % de l'ensemble des patients. Les jeunes hommes étaient majoritaires (2708 jeunes hommes - 60 % contre 1 806 jeunes femmes – 40 %).

L'âge moyen était de 20,4 ans. Les 58 % (2 618 patients) étaient des élèves ou des étudiants. Plus de la moitié des patients provenait de la région de Thiès (54,5 %). Les trois catégories diagnostiques les plus fréquemment rencontrées étaient l'épilepsie (20 %), les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (13 %) et les troubles schizophréniques (12 %) [27].

En 2019, au Centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (CPEBZ), 1456 nouveaux patients ont été répertoriés. La population d'étude était composée d'une majorité de femmes (52,7%), la moyenne d'âge des patients était de 35,1 ans ± 18,8. Les ethnies les plus représentées étaient celle Diola (28,6%), suivie par celles Al pular et Mandingues qui représentaient respectivement 25,5% et 17,6% de l'effectif. Les patients provenaient essentiellement des régions de Ziguinchor (54,1%), Sédhiou (15,9%) et des pays limitrophes notamment la Guinée Bissau et la Gambie avec respectivement 9,3% et 7,6%. Les sans-emploi représentaient près de la moitié de l'échantillon avec un pourcentage de 47,9, suivis par la catégorie élève/ étudiants qui représentait 20% de l'effectif. 27,1% des consultants avaient été scolarisés jusqu'au niveau secondaire. Les célibataires étaient majoritaires et représentaient 46,2 % de l'effectif. 29,4% des patients ayant consulté avaient des antécédents personnels et/ou familiaux psychiatriques. Les consommateurs de substances psychoactives représentaient 12,6% des consultants. La drogue la plus consommée par les patients restait le cannabis avec 48,9% des consommations. Près de la moitié (46,4%) des patients ont consulté au minimum un an après le début des troubles, amenés par leurs proches dans 82,3% des cas. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient : une agitation dans 21,6% des cas, une incohérence verbale dans 18,8% des cas et des crises convulsives dans 17% des cas. Les diagnostics fréquemment rencontrés étaient par ordre décroissant : les troubles psychotiques (40,9%), suivis par les troubles neuropsychiatriques (27,8%), les troubles névrotiques (14,8%), les addictions (7,1%) et les troubles de l'humeur (4,2%) [14].

Au Sénégal, la prise en charge des maladies mentales était réglementée par l'arrêté colonial du 28 juin 1838. C'est en 1975 que la loi 75-80 (**Annexe**) portant sur l'internement des malades mentaux a été adoptée. Elle est mise en vigueur lorsque le malade mental a commis une infraction ou lorsque son état constitue un danger pour lui et les autres. Ces lois sont insuffisamment connues ainsi que les données épidémiologiques de la population carcérale.

En Effet, peu d'études ont été réalisées sur la santé de la population carcérale en général et leur santé mentale en particulier.

Au Sénégal, deux études ont été réalisées au CHNU de FANN et au CPEBZ.

L'étude de Fann avait été réalisée sur 62 détenus répartis en 92% d'hommes et 8% de femmes. L'âge moyen était de 32 ans, près de trois quarts des individus (72,6%) étaient célibataires. Leur situation professionnelle était précaire dans la majorité des cas et 69,3% d'entre eux n'avaient pas atteint le niveau d'étude secondaire. L'insomnie était le motif de consultation le plus important (29%) suivis des cas d'hallucinations acousticoverbales (22,6%). L'agressivité physique et/ou les menaces envers les codétenus étaient observées dans 17,7% des cas. Les principales catégories diagnostiques constatées étaient les troubles schizophréniques (32,3%) et les troubles dépressifs (27,4%). Entre 2005 et 2010, le nombre de consultations des détenus a été multiplié par trois/an passants de 7 à 19 [6].

Celle de Ziguinchor a porté sur 12 patients incarcérés présentant des troubles psychiques à la MAC de Ziguinchor. La population d'étude est composée de patient des deux genres allant de 14 à 39 ans. Les motifs de consultations rencontrés étaient soit un état d'agitation, un comportement étrange, une insomnie, une évaluation de l'état mental, des propos délirants, une tentative de suicide [7].

#### **I.4. Organisation des soins psychiatriques au Sénégal**

Selon le rapport de l'ANSD, la population s'inscrit dans une dynamique croissante marquée par une répartition géographique inégale entre les régions.

En effet, la densité moyenne nationale est de 92 habitants au km<sup>2</sup> avec d'importantes variations d'une région à l'autre. A l'échelle régionale, la densité varie de 15 habitants au km<sup>2</sup> dans la région de Kédougou à 7 478 habitants au km<sup>2</sup> pour la région de Dakar.

La population résidente en milieu urbain (9 922 399, soit 54,7%) est plus nombreuse que celle du milieu rural (8 203 991, soit 45,3%). Le taux d'urbanisation a connu une croissance régulière passant de 34,0% en 1976, 39,0% en 1988, 40,2% en 2002, 45,2 en 2013 et 54,7% en 2019 [28].

À ce déséquilibre entre les régions sur la façade atlantique et les régions du centre et de l'est du Sénégal se superpose une insuffisance de l'offre.

Selon l'OMS, près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays où l'on compte à peine un psychiatre pour 200 000 personnes, voire plus [29].

Selon les chiffres de la Division de la Santé Mentale du MSAS, en 2019 le Sénégal comptait au total 35 psychiatres et 3 pédopsychiatres [25].

Au regard de ces moyennes qui cachent de profondes disparités, l'offre en santé mentale du Sénégal n'apparaît pas comme la plus dramatique au sein des pays en développement. Aminata Niang Diène dans son étude sur la gouvernance de la santé au Sénégal a effectué une cartographie de l'offre de soin spécialisé, elle révèle ainsi que la situation de la santé mentale illustre le « contraste saisissant » entre l'Ouest et le reste du pays où l'offre est déficitaire et incomplète : « La spécialisation médicale renforce la concentration des médecins dans les centres 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 et d'un déficit de médecins et de plateaux techniques spécialisés » [30].

L'inégalité sociale et spatiale dans l'accès aux soins est inscrite dans la structure de l'offre de soin actuelle malgré la modification de la carte sanitaire et la création de nouveaux districts sanitaires qui visent à améliorer la qualité et la proximité de cette offre dans le cadre de la décentralisation [31].

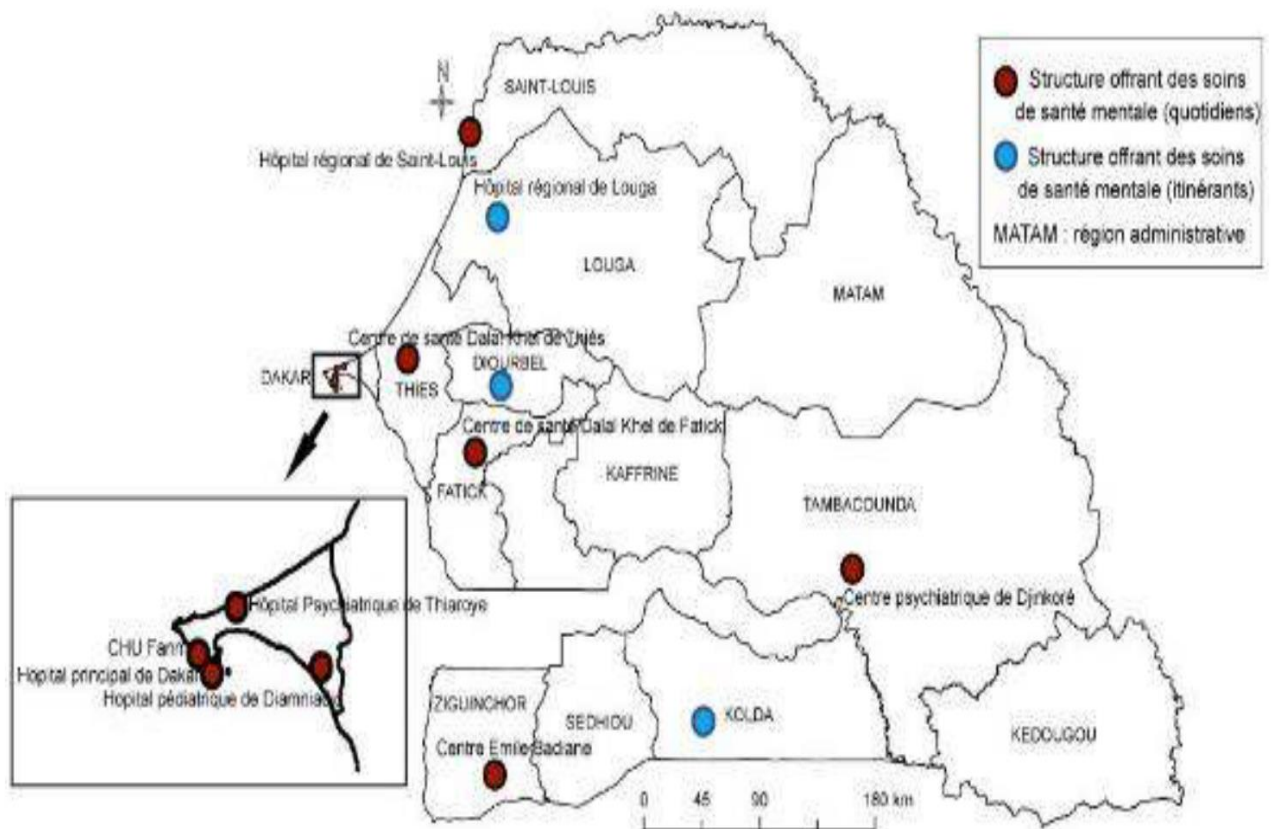
Les personnes ne résidant pas dans les régions de Dakar et de Thiès doivent effectuer de longs déplacements afin de se rendre dans un centre psychiatrique. Les malades, seuls ou accompagnés, font des trajets de plusieurs centaines de kilomètres engendrant des coûts de transport, d'hébergement et de restauration non négligeables auxquels s'ajoutent les frais médicaux (consultations, examens, analyses, traitements). Le coût de l'hospitalisation varie selon les services et les conditions de séjour proposées.

Dans le cadre des activités de la Division de santé mentale du ministère de la Santé, une supervision a été effectuée auprès des professionnels de la santé mentale au Sénégal et a montré que les services de psychiatrie fonctionnels étaient les suivants :**(Figure 1)**

- Le service de psychiatrie de l'hôpital National de FANN ;
- Le pavillon France de l'hôpital Principal de Dakar ;
- Le service de neuropsychiatrie de l'hôpital militaire de Ouakam ;
- Le service de psychiatrie de l'hôpital de Matlaboul Fawzeyni de Touba
- Le service de psychiatrie de l'hôpital de Sédhiou
- Le service de psychiatrie de l'hôpital de Mbour
- Le service de psychiatrie de l'hôpital de Louga
- Le service de psychiatrie de l'hôpital de Saint Louis
- L'hôpital psychiatrique de Thiaroye ;
- Le centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor ;
- Le centre de santé mentale Dalal Xël de Fatick ;
- Le centre de santé mentale Dalal Xël de Thiès ;
- Le centre psychiatrique de Tambacounda ;

- Le centre de réinsertion sociale des malades mentaux Imam Assane Cissé de Kaolack
- Trois structures de pédopsychiatrie sont disponibles :
  - Le service de pédopsychiatrie « Kër Xaléyi » de l'hôpital de FANN
  - Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Diamniadio
  - Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Thiaroye

Carte 1 : Répartition de l'offre en santé mentale au Sénégal (2019)



Réalisation : Aminata Niang Dieng, Dakar, Université Cheik Anta Diop, département de géographie, 2019

**Figure 1: Répartition de l'offre en santé mentale au Sénégal en 2019**

[25]

## **Le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Fann**

Il s'agit d'un service ouvert et universitaire, divisé en quatre grandes entités :

**Le pavillon de Consultation Externe** : c'est l'unité ambulatoire de la psychiatrie qui s'occupe des premières consultations de patients en provenance du (Service d'Accueil et d'Urgence) S.A.U ou référés par les autres structures sanitaires mais aussi du suivi ambulatoire des patients non hospitalisés.

**La clinique Moussa Diop** : c'est une unité d'hospitalisation, sa capacité d'accueil est de 40 lits. On y distingue sept divisions. Chaque division est placée sous l'autorité d'un psychiatre enseignant-chercheur de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar.

**L'unité de pédopsychiatrie « Kër Xaléyi »** : c'est la première structure de pédopsychiatrie. Créée en 1971 et fonctionnelle en 1994, elle reçoit les enfants de moins de 16ans. Les activités de « Kër Xaléyi » sont dominées par les consultations pédopsychiatriques et pédopsychologiques, les psychothérapies les rééducations orthophoniques et psychomotrices et les visites à domiciles. L'hôpital du jour, qui existe depuis 1995 pour la prise en charge (P.E.C) institutionnelles de certains enfants durant l'année scolaire, est soutenu par l'équipe éducative.

**Le centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (C.E.P.I.A.D)** : C'est une unité du service de psychiatrie de l'hôpital de Fann chargée de la gestion des problèmes liés à l'addiction et des comorbidités médicales et psychiatriques. Elle a pour objectif une prise en charge médicale et psychosociale de l'addiction. Le centre a été inauguré le 1er Décembre 2014, les activités ont débuté le 05 Janvier 2015 par le volet psychosocial. La prise en charge inclut le traitement de substitution de la méthadone, la prise en charge des comorbidité psychiatriques et somatiques et la réduction risques liés à l'addiction.

### **Le pavillon France de l'hôpital Principal de Dakar**

Ce service de psychiatrie était géré par la coopération militaire franco sénégalaise. Ses activités de consultation ont débuté en Septembre 1984 et les hospitalisations en Mars 1985. Actuellement, le service, avec deux niveaux (rez-de-chaussée, étage), offre une capacité d'accueil de 25 lits (neuf de première catégorie et 16 de deuxième catégorie). Il dispose d'une salle de soins comportant deux chambres d'isolement, d'une salle d'art-thérapie, d'un réfectoire annexé à une cuisine à chaque niveau

### **L'hôpital psychiatrique de Thiaroye**

Créé en 1961, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye est resté pendant longtemps comme une dépendance du service de psychiatrie du C.H.N.U. Fann. Sa vocation était dans ce cadre la prise en charge des malades chroniques « irrécupérables » provenant du C.H.N.U. Fann et des anciens asiles (Lazaret de Saint-Louis, Koutal de Kaolack, etc.). La loi n° 75-80(**Annexe**) relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés et ses décrets d'application créent dans l'hôpital psychiatrique de Thiaroye un établissement spécialisé de type fermé. Ces textes organisent formellement l'internement des malades faisant l'objet d'une décision administrative ou de justice. Avec la réforme hospitalière de 1998, l'hôpital fut érigé en E.P.S en 2000 sous la dénomination de Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye. Structure de référence sous régionale dans la prise en charge des malades atteints de troubles mentaux, le C.H.N.P.T dispose aujourd'hui de 206 lits.

### **L'unité de psychiatrie de l'hôpital militaire de Ouakam (H.M.O)**

Il s'agit d'un service de neuropsychiatrie créé dans le but de suppléer l'hôpital Principal de Dakar dans la prise en charge de la maladie mentale. Le projet de

création remonte en 2011 et la construction a été effective en 2013. Le service est fonctionnel depuis le 05 Novembre 2014.

### **Le centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor (CPEBZ)**

Il a été construit en 1974 sous le nom de village psychiatrique de Kénia. Après plusieurs années de difficultés fonctionnelles, il a été réhabilité en 2006 grâce à l'appui des autorités de la région de Ziguinchor. La structure comporte aujourd'hui 18 cabines d'hospitalisation avec 36 lits, un poste de santé, et une pharmacie.

### **L'ordre hospitalier de Saint Jean de Dieu**

Les Centres de Santé Mentale DALAL XEL – Thiès et Fatick, initiative de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, sont des établissements privés de santé à but non lucratif spécialisés dans la prise en charge des personnes porteuses de troubles psychiatriques. Les Centres de Santé Mentale sont composés de plusieurs services notamment les Services de consultations ambulatoires et de soins délocalisés, d'hospitalisations, de thérapie occupationnelle etc...

Les Centres de Santé Mentale « Dalal Xël » Thiès et Fatick ont respectivement une capacité de 52 lits et 45 lits. On y trouve des chambres communes et des chambres individuelles. Les chambres communes sont réparties dans des pavillons hommes et femme distinct avec une cour intérieure commune de plus 500 m<sup>2</sup> ayant des bancs publics et une case 25m<sup>2</sup>.

### **Le centre psychiatrique de Tambacounda (ex Djinkoré)**

En ruine depuis plusieurs années, le village psychiatrique de Djinkoré situé à huit km de Tambacounda, est actuellement délocalisé dans les anciens locaux du service des grandes endémies de la commune de Tambacounda. Un médecin assisté d'un infirmier assure le service.

### **Le service de psychiatrie de l'Hôpital régional de Louga**

Le service de psychiatrie de l'hôpital régional de Louga a été créé le 10 juillet 2017. Les consultations se font sur rendez-vous du lundi au vendredi à raison de 20 patients par jour. Pour le moment le service ne dispose que d'un bureau de consultation qui fait également office de salle d'archives. Les hospitalisations se font en médecine en attendant le bâtiment promis par la direction de l'hôpital.

### **Le service de psychiatrie de l'EPS de Mbour**

Créé depuis Avril 2016 grâce à une coopération entre la municipalité de Mbour et celle de Limoges, le service est resté longtemps fermé faute de médecin qualifié. Les activités ont démarré officiellement en 2019.

### **Le service de psychiatrie de l'hôpital régional de Saint Louis**

Saint-Louis, ville située à 250 km de Dakar, disposait d'une antenne psychiatrique au sein de son hôpital régional. Les consultations ont débuté en Juillet 1987. Elles étaient effectuées dans le service de médecine générale par un psychiatre recruté par le comité de santé de l'hôpital. Actuellement il s'agit d'un petit service psychiatrique reconnu, dirigé par un médecin psychiatre vacataire suppléé d'un surveillant de service et des aides infirmiers.

### **Le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Diamniadio**

L'hôpital pour enfants de Diamniadio est le fruit de la coopération sino-sénégalaise.

Sa position particulière dans la zone carrefour de Diamniadio en fait une structure de référence en matière de prise en charge des jeunes patients de la zone, des autres régions du pays voire la sous-région. Le service de pédopsychiatrie

accueille les enfants et adolescents ayant des troubles du comportement et des problèmes d'adaptation dans le milieu familial ou scolaire.

L'hôpital a été érigé en établissement de santé de niveau 3 par décret 2011-1919. Le service de pédopsychiatrie a été inauguré en Janvier 2018 mais au préalable des consultations pédopsychiatriques à but de diagnostics et de suivis avaient été démarré depuis 2016.

#### **Le centre de réinsertion sociale des malades mentaux Imam Assane Cissé de Kaolack.**

Ce centre a été inauguré le 1 Avril 2014. Il a pour but la prise en charge globale de la maladie mentale en assurant à côté des soins médicaux, un encadrement socio-professionnel. La réinsertion sociale du malade mental fait appel à un programme de réapprentissage d'habiletés sociales et à une initiation à des activités génératrices de revenus (aviculture, horticulture, artisanat ...). Le programme devrait aider les patients à maintenir un lien avec leurs proches tout en restant autonomes au plan économique.

#### **Le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Régional Amadou Tidiane Bâ de Sédhiou (CHRATB)**

Le service n'est pas fonctionnel en temps pleins.

Les consultations sont effectuées par un psychiatre qui vient du CPEBZ un jour dans la semaine.

#### **Le service de psychiatrie de l'hôpital de Matlaboul Fawzeyni de Touba**

Le service est ouvert récemment en 2025. Les consultations sont uniquement effectuées par une psychiatre.

## II. LE SYSTEME CARCERAL AU SENEGAL

Au Sénégal, les établissements pénitentiaires relèvent de la Direction de l'Administration Pénitentiaire qui est placée sous la tutelle du Ministère de la Justice. Un décret prévoit les dispositions générales sur le régime des prisons, notamment la supervision des prisons, le personnel des structures pénitentiaires et les catégories des prisons (Décret n°66-181 du 31 décembre 1966 portant organisation et régime des établissements pénitentiaires). Le décret de 1966 a été plusieurs fois modifié, notamment en 1968 (Décret n°68-583 du 28 mai 1968) et en 1986 (Décret n°86-1466 du 28 novembre 1986). Les établissements pénitentiaires sénégalais sont créés ou supprimés par décrets qui fixent également, ou modifient leur lieu d'implantation. Il existe quatre catégories de prisons au Sénégal :

- Les maisons d'arrêt reçoivent les condamnés à l'emprisonnement de simple police et les personnes soumises à la contrainte par corps (Décret n°66-181 du 31 décembre 1966 portant organisation et régime des établissements pénitentiaires)
- Les camps pénaux reçoivent les individus condamnés aux travaux forcés à temps partiel ou à perpétuité, à la détention criminelle et ceux auxquels il reste à subir une peine d'une durée supérieure à un an, ou plusieurs peines dont le total est supérieur à un an, à partir du moment où leur condamnation, ou la dernière de leur condamnation, est devenue définitive.
- Les maisons de correction, reçoivent les autres types de condamnés à l'emprisonnement.

Par ailleurs, pour des raisons tenant sans doute au manque d'établissements pouvant abriter des catégories spécifiques de détenus, beaucoup d'établissements pénitentiaires ont été érigés en maisons d'arrêt et de correction (Article 2 du décret n°2001-362 du 4 mai 2001 relatif aux procédures d'exécution et d'aménagement des sanctions pénales [32]).

Le système carcéral Sénégalais compte trente-sept (37) établissements pénitentiaires répartis comme suit :

- ✓ Deux (02) Maisons d'arrêt (celle de Rebeuss et celle pour Femmes de Liberté 6) ;
- ✓ Une (01) Maison de correction à Sébikhotane ;
- ✓ Deux (02) Camps pénaux (celui de Koutal et de Liberté 6) ;
- ✓ trente-deux (32) Maisons d'arrêt et de Correction dont trois (03) spéciales ( celle de HANN réservée aux mineurs, celle de Rufisque réservée aux femmes et celle du Pavillon spéciale réservée aux malades) [33].

### **II.1. Les Maisons d'Arrêt et de Correction au Sénégal**

Les Maisons d'Arrêt et de Correction, elles reçoivent des détenus provisoires (inculpés, prévenus et accusés) et des condamnés à une peine inférieure ou égale à un (01) an. Ce qui n'est pas du tout le cas dans certaines MAC avec un surnombre. Dans ce type d'établissement, des quartiers séparés existent entre les détenus provisoires, les condamnés, les mineurs et les femmes.

Au Sénégal, elles sont au nombre de 32 dans les 14 régions dont six (6) en Casamance (Ziguinchor, Bignona, Oussouye, Kolda, Vélingara et Sédhiou) [34].

Les MAC sont sous la responsabilité d'un Inspecteur de l'administration pénitentiaire comme directeur assisté par un adjoint.

### **II.2. Les modes de détentions**

Il existe 3 modes de détention au Sénégal.

- ❖ Détention Provisoire : elle regroupe les inculpés, les prévenus et les accusés en attente d'un jugement
- ❖ Détention par Condamnation : elle regroupe les détenus qui ont été déjà fait office d'un jugement

- ❖ Détention par contraintes par corps : c'est une mode de détention sur laquelle le condamné a déjà purgé sa peine mais n'a pas terminé de payer son dû. Elle ne dépasse pas les 2 ans

### **II.3. Les peines appliquées au Sénégal**

En droit pénal, une peine est définie comme étant une sanction prévue par la loi et applicable aux personnes en infraction [35].

Au Sénégal, il y a 2 types de peines principales :

- ❖ L'emprisonnement : Appelé également incarcération peut être ferme, par sursis, par ajournement, par surveillance avec port de Bracelet électronique...
- ❖ L'amende : qui consiste pour la personne condamnée à verser de l'argent à l'Etat

A côté de ces peines principales il y a les peines complémentaires, comme leur nom l'indique, désignent des sanctions qui viennent compléter une peine principale. Elles peuvent être décidées par le juge, à condition que la loi le permette. Dans certains cas, la loi rend ces peines complémentaires obligatoires. Ce sont : les interdictions professionnelles, confiscations, suspension du permis de conduire...

Toutes ces peines sont régies par le code pénal du Sénégal

## **III. LA PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL**

### **III.1. Organisation des soins Psychiatriques en milieu carcéral**

#### **III.1.1. En Europe et en France**

La prison et la psychiatrie sont deux institutions bien souvent associées par analogie, comme en témoigne leur regroupement dans la catégorie des lieux de privation de liberté. Dans le cadre d'un tel rapprochement, l'idée qu'en France la psychiatrie intervienne au sein même de la prison, peut sembler une évidence.

Or, le fait de soigner la souffrance psychique en prison n'a rien d'intuitif, au contraire, tant le soin et la sanction peuvent être des fonctions antagonistes, tant guérir et punir peuvent être des objectifs antinomiques [36].

L'organisation des soins vis-à-vis des personnes détenues vise donc à leur assurer une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à la population générale [37].

Bien qu'aucun texte ne l'affirme explicitement, il résulte des exigences fondamentales du droit à la protection à la santé, dans sa dimension mentale, que chaque établissement relevant de l'administration pénitentiaire doit proposer une solution en termes de soins de santé mentale aux personnes détenues qui se trouvent dans ses murs. En effet, puisque la personne détenue est privée de liberté et ne peut donc se rendre auprès des structures de psychiatrie offertes hors des établissements carcéraux, il appartient donc logiquement aux autorités gérant ces derniers de faire pénétrer dans leurs murs les services de soins psychiatriques[38]. En France, les soins psychiatriques en prison sont réalisés soit par des professionnels de santé mentale directement recrutés par l'administration pénitentiaire, soit par des professionnels issus d'établissements de santé. Dans le second cas, c'est le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) qui désigne un établissement de santé chargé d'intervenir pour dispenser les soins psychiatriques aux personnes détenues.

Concrètement, quatre types de structures liées à ces établissements de santé sont susceptibles de prodiguer les soins, soit en milieu pénitentiaire, soit au sein des locaux d'un établissement de santé. D'abord, en ce qui concerne les soins en milieu pénitentiaire, le schéma d'organisation comprend deux niveaux d'acteurs. On trouvera en premier lieu les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Celles-ci, dont les missions sont définies à l'article D.115-3 du Code pénitentiaire, sont des unités de soins pluridisciplinaires provenant d'un établissement de santé situé à proximité.

Ces USMP ne sont pas chargées que des soins psychiatriques mais, de manière générale, de tous les soins aux malades détenus. Elles sont donc gérées, le plus souvent, par des établissements généralistes. Néanmoins, le même article D.115-3 prévoit que « [...] lorsque l'établissement public de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médicopsychologique régional mentionné par les dispositions de l'article D.115-6, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne en outre, dans les mêmes conditions, l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé, situé à proximité, qui est chargé de dispenser aux personnes détenues les soins en psychiatrie. »

Cette règle est réitérée à l'article R.6111-28 du Code de la santé publique. En d'autres termes, les USMP peuvent prodiguer les soins psychiatriques soit au travers des praticiens d'une unité psychiatrique d'un établissement généraliste, soit, lorsque cet établissement ne comprend pas de praticiens en psychiatrie, au travers des praticiens d'un autre établissement spécialisé en psychiatrie.

On trouvera, en second lieu, les services médicopsychologiques régionaux (SMPR) implantés au sein d'un établissement pénitentiaire. Un SMPR, cependant, aura pour mission de desservir non pas seulement l'établissement où il est localisé mais plus globalement une région pénitentiaire pour y accueillir les personnes détenues ayant besoin de soins psychiatriques et d'un accompagnement plus poussé que ceux qu'offrent les USMP. En effet, dans chaque région pénitentiaire doit exister au moins ce que l'on appelle un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire animé par un établissement de santé. Et chacun de ces secteurs de psychiatrie doit comporter au moins un tel SMPR aménagé au sein d'un établissement pénitentiaire. L'accueil s'y fait en hospitalisation de jour et exclusivement à la demande de la personne détenue. Les prisonniers souhaitant bénéficier d'un tel accueil peuvent être détenus dans l'établissement

d'implantation du SMPR ou dans tout autre établissement carcéral dépendant de la région pénitentiaire. Dans ce dernier cas, ils sont transférés dans l'établissement d'implantation du SMPR au moins pour la durée de leur accueil par le SMPR.

S'agissant, ensuite, des soins dans les établissements de santé, deux types de structures peuvent accueillir les malades issus du milieu pénitentiaire : les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les unités pour malades difficiles (UMD)

Les UHSA sont des structures implantées au sein d'établissements hospitaliers et destinées à accueillir toutes les personnes détenues dont les troubles psychiatriques empêchent le maintien en détention. Ces unités sont réparties sur l'ensemble du territoire français. Elles bénéficient d'un personnel pénitentiaire pour ce qui est de la surveillance et d'un personnel dépendant de l'établissement de santé de rattachement pour ce qui est des soins. Un des points intéressants du Code pénitentiaire est d'ailleurs d'avoir spécifié la nature des interactions entre ces deux variétés de personnels, notamment en matière de surveillance des malades et concernant les règles relatives aux conditions de séjour au sein de ces unités, s'agissant de la discipline par exemple. Les UHSA peuvent recevoir des malades en soins libres mais aussi en soins psychiatriques sans consentement. C'est le préfet qui, par arrêté, prononce l'admission en soins psychiatriques des personnes détenues dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Lorsque l'état et le comportement du malade l'exigent, il est possible également que le préfet ordonne son hospitalisation en UMD.

Les UMD sont des unités de soins hospitaliers accueillant des patients en soins psychiatriques sans consentement dont l'état de santé requiert la mise en œuvre de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières. Elles accueillent également et même principalement des malades issus non pas du milieu carcéral mais du milieu hospitalier qui, après une admission en soins

psychiatriques sans consentement dans une unité hospitalière classique, se retrouvent déplacés en UMD en raison de la difficulté à gérer leur comportement en milieu hospitalier classique. Il s'agit souvent de personnes ayant été admises en soins psychiatriques suite à une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

On découvre donc, entre les USMP, les SMPR, les UHSA et les UMD, un schéma d'organisation du système de soins structuré sur trois niveaux (**Figure 2**). Le premier correspond aux soins ambulatoires, comportant des consultations et activités de groupe. On trouvera cette offre de soins au sein de chaque établissement pénitentiaire, assurée essentiellement par les USMP mais aussi par les SMPR dans les établissements dans lesquels ces derniers sont implantés. Le deuxième niveau inclut une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein d'un ou de plusieurs établissements pénitentiaires de référence au niveau régional. Ce deuxième niveau est assuré exclusivement par les SMPR. Le troisième niveau porte sur les hospitalisations à temps complet en milieu hospitalier. Pour les malades ne présentant pas d'agitation ou de difficulté comportementale particulière, ce niveau est représenté par les UHSA. Pour ceux dont le comportement est incompatible avec l'hospitalisation en UHSA, il s'agira donc des UMD [38].

En Allemagne, le professeur allemand de psychiatrie Heinfried Duncker décrit, dans *Soigner et/ou punir*, l'organisation allemande de la prise en charge des délinquants présentant des troubles mentaux. Tout d'abord, il explique que de façon sensiblement similaire à la France : « Le code pénal allemand prévoit 2 modalités de restrictions de la responsabilité pénale (...) l'irresponsabilité en raison de trouble psychique et la responsabilité atténuée. (...) Le sujet est soit reconnu irresponsable ou à responsabilité atténuée, et alors se pose le problème de l'internement en psychiatrie légale, ou alors il est reconnu comme responsable, ou la responsabilité atténuée n'a pas pu être formellement exclue par l'expert et

alors, la sanction pénale traditionnelle, depuis l'amende jusqu'à l'emprisonnement, en est la conséquence » [39]. C'est sur ce point précis du devenir des irresponsabilisés pénaux et des responsabilisés atténués que le système français et le système allemand divergent. En France, comme nous l'avons vu, le soin psychiatrique a été implanté et développé dans la prison. Les irresponsabilisés séjournent certes en hôpital psychiatrique général mais les responsabilisés atténués sont pris en charge au sein de la prison. Alors qu'en Allemagne, on peut résumer grossièrement que les délinquants exempts de troubles mentaux vont en prison, tandis que les délinquants malades mentaux sont internés. En effet l'Allemagne oriente le délinquant malade mental vers le soin, en développant des services spécialisés de psychiatrie médico-légale, avec pour conséquence que la prison est déchargée de toute fonction psychiatrique[36].

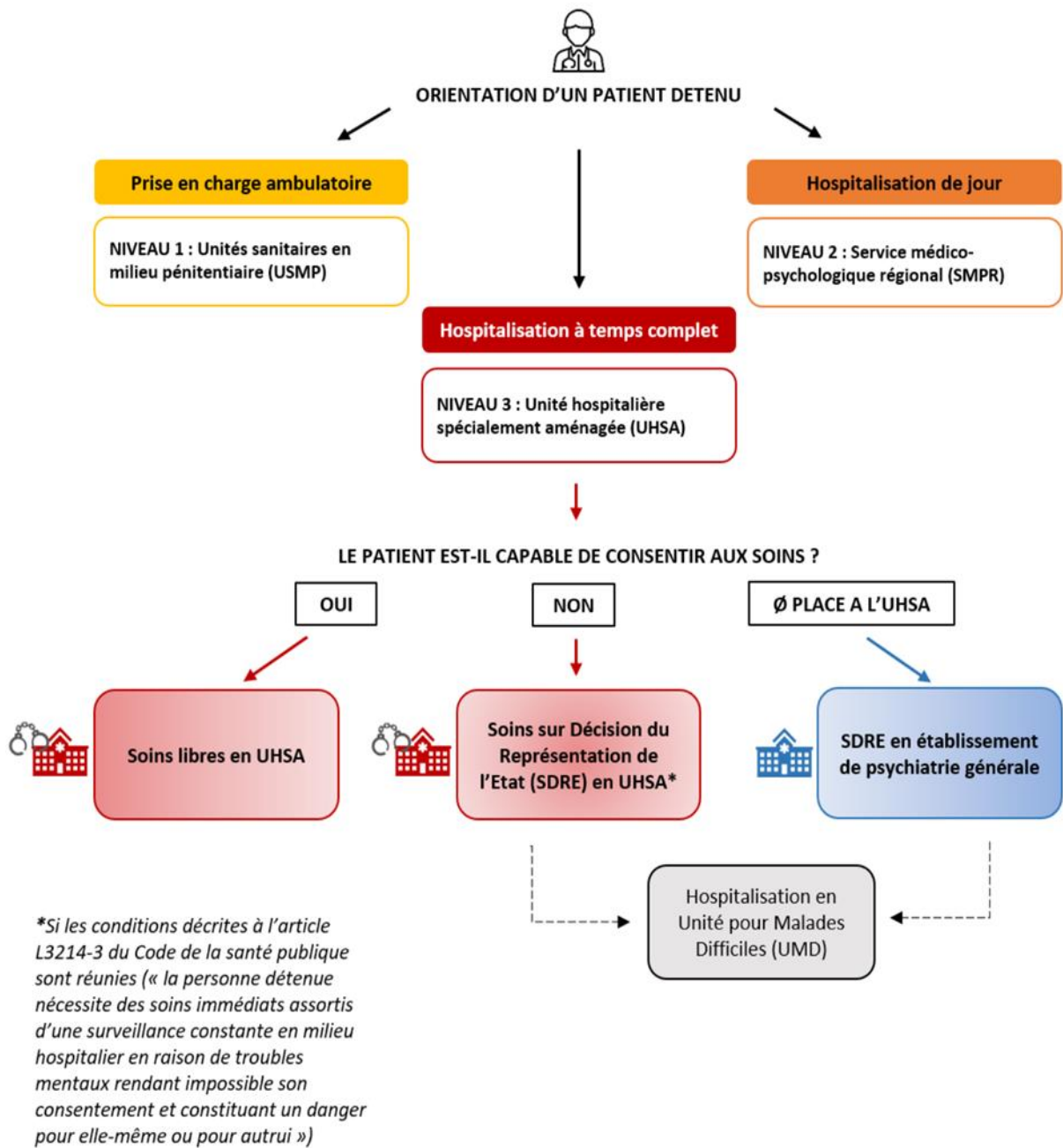
La Belgique, quant à elle, s'est organisée de façon intermédiaire au système français et au système allemand. Comme en Allemagne, le système belge est également particulièrement organisé autour du principe de défense sociale : « Entre sécurité et soins, l'internement devrait poursuivre une double finalité : soigner le malade et protéger la société contre son éventuelle dangerosité » [40]. Le système belge présente cependant la particularité de cumuler un dispositif psychiatrique intra-carcéral, les annexes pénitentiaires, ainsi qu'un dispositif psychiatrique extra-carcéral, les établissements de défense sociale, le tout s'articulant de la manière suivante : « Quand l'auteur d'une infraction est considéré comme irresponsable en raison de son état mental (handicap mental, maladie mentale), il est interné. Dans un premier temps (et quand il y a eu un mandat d'arrêt), cette personne est mise en observation dans l'annexe psychiatrique d'une prison. Puis, si l'irresponsabilité est confirmée, elle est acheminée vers un Etablissement de Défense Sociale (EDS) ou un hôpital psychiatrique, des lieux dans lesquels elle doit recevoir des soins adaptés en vue d'une libération à l'essai ou définitive. (...) »

Les annexes psychiatriques des prisons ont initialement été conçues comme des lieux de mise en observation préalable à la décision de la commission de défense sociale portant sur l'irresponsabilité ou non de l'auteur d'une infraction. (...) Les établissements de défense sociale, trois dans la partie francophone du pays, constituent un régime intermédiaire entre la prison et l'hôpital psychiatrique » [40].

En d'autres termes, si le système allemand a choisi de séparer en deux institutions propres la fonction carcérale et la fonction psychiatrique ; le système belge, quant à lui, a la particularité d'avoir physiquement séparé la fonction de dépistage des troubles mentaux et celle de soin. Le dépistage des troubles mentaux chez les délinquants y est combiné à la fonction d'expertise au sein des annexes psychiatriques intra-carcérales, tandis que la fonction de soin est attribuée aux établissements de défenses sociales extra-carcéraux[36].

La Suisse, en revanche, propose des soins en milieu carcéral, placés sous la tutelle sanitaire, avec un pas supplémentaire par rapport à la France : les soins somatiques et psychiatriques sont regroupés au sein d'un seul service dirigé par un psychiatre qui coordonne l'ensemble. Ce sont de plus des services universitaires chargés d'enseignement.

Ces 04 exemples d'organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral à savoir celle de la France, de l'Allemagne, de la Belgique et de la Suisse nous montrent, dans une dynamique culturelle à une autre, une divergence de forme.



**Figure 2: Orientations possibles suite à l'évaluation psychiatrique d'une détenue en France**

[41].

### **III.1.2. En Afrique**

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas de structures adéquates de prise en charge médico-psychologique dans les milieux pénitentiaires tunisiens. Toutefois, il existe dans quelques prisons de conventions établies avec des psychiatres exerçant en libre pratique ou en santé publique et assurant des consultations tous les quinze jours ou tous les mois au sein du milieu carcéral [42].

**Les soins à l'intérieur de la prison :** Ces soins sont de trois types :

– La visite médicale d'entrée. Elle intéresse tous les détenus, elle est de grande importance, réalisée par le médecin généraliste de la prison et consiste à préciser les antécédents médicaux et chirurgicaux, à noter s'il existe des traces de violence chez le détenu, de dépister les maladies chroniques et sexuellement transmissibles et de prendre les soins nécessaires. Un dossier psychologique ainsi qu'une visite sociale sont assurés pour tout détenu.

- ✓ Les consultations quotidiennes. Elles sont assurées par le médecin généraliste de la prison suivant une liste d'inscription préparée la veille. Des examens complémentaires, des avis spécialisés ainsi que des hospitalisations dans un milieu spécialisé en l'occurrence au service de psychiatrie sous le mode d'office peuvent être demandés.
- ✓ Les actions préventives. Ce sont des actions éducatives touchant des thèmes choisis selon un programme préétabli (conduites addictives, tabagisme. . .).

**Les soins à l'extérieur de la prison :** Le détenu peut bénéficier de consultation médicale urgente entre autres celle de la psychiatrie. Pour les prisons qui n'avaient pas de convention avec un psychiatre, le détenu peut être adressé à la consultation externe de psychiatrie [42].

En Côte d'Ivoire, à la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan, les soins des incarcérés sont assurés par un personnel médical et paramédical affecté par l'état de Côte d'Ivoire travaillant à plein temps à la prison. Il n'y a pas de formation spécifique exigée pour exercer comme soignants en milieu carcéral et le personnel

intervient pour toutes les pathologies. Les incarcérés malades nécessitant des soins médicaux de spécialistes sont adressés par l'équipe médicale pénitentiaire vers des services spécialisés des Centre Hospitalo-Universitaires (CHU) pour les problèmes somatiques et vers l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville pour les maladies mentales. En général, ils ne sont vus ou adressés au psychiatre que pour une expertise psychiatrique ou lorsque que le détenu présentait un trouble du comportement durant son incarcération. Depuis de l'année 2008, un infirmier spécialiste en psychiatrie fut affecté à la MACA appuyé par deux psychiatres qui interviennent bénévolement mais de façon irrégulière pour assurer une assistance médico-psychologique des détenus [43].

En Afrique du Sud, Les personnes jugées irresponsables de leurs actes "en raison d'un trouble psychique ou d'un handicap mental" sont appelées "patients de l'État" (state patients). Les institutions psychiatriques manquent de places : ces personnes sont parfois maintenues en détention pendant de longues périodes, alors même que le personnel pénitentiaire n'est pas formé à leur prise en charge.

De nombreux problèmes systémiques sont relevés dans l'accès aux soins : temps d'attente, accès limité aux médecins spécialistes, traitements inadéquats et manque chronique de ressources. Un personnel de soins en sous-effectif vient aggraver encore la situation [44].

### **III.1.3. Au Sénégal**

Au Sénégal, l'accès aux soins a été réglementé de tel sorte qu'à son arrivée dans l'établissement pénitentiaire, le détenu est soumis autant que faire se peut, à un examen médical destiné à déceler toute affection de nature contagieuse et évolutive.

Un médecin généraliste est désigné auprès de chaque établissement pénitentiaire pour veiller à la santé physique et mentale des détenus, à défaut un infirmier major y supplée.

Le médecin (ou l'infirmier qui le supplée) fait, à la fin de chaque année, un rapport d'ensemble sur l'état sanitaire des détenus. Ce rapport est remis au chef de l'établissement qui le transmet, accompagné de ses observations, au juge de l'application des peines et au Directeur de l'Administration pénitentiaire en vue de son envoi au Ministre chargé de cette administration.

L'admission à l'infirmerie de l'établissement peut être décidée par l'infirmier major. L'hospitalisation relève du médecin désigné.

Les soins prescrits et les médicaments ordonnés ne peuvent être administrés que par le médecin traitant, l'infirmier major ou son aide. Il est interdit aux détenus de conserver des médicaments.

Au cas où le médecin de l'établissement estime que les soins nécessaires ne peuvent être donnés sur place, il peut admettre les détenus malades dans les centres hospitaliers locaux.

Les détenus hospitalisés sont astreints à la garde et à la surveillance de jour comme de nuit. Le règlement intérieur des établissements pénitentiaires leur est applicable notamment en ce qui concerne la discipline et leurs relations avec l'extérieur.

Les détenus malades bénéficient gratuitement des soins qui leur sont nécessaires ainsi que de la fourniture des produits pharmaceutiques dûment ordonnés par le médecin traitant. La gratuité des soins s'étend à tous examens ou traitements de spécialistes que requiert l'état de santé des détenus à l'exception des prothèses et des verres de correction.

A l'exception des expertises ordonnées par l'autorité judiciaire, les détenus ne peuvent même à leur frais, être examinés ou hospitalisés dans un établissement privé [45].

S'agissant des soins psychiatriques en milieu carcéral sénégalais, jusqu'à nos jours, il n'y a pas eu d'évolution ou de mise à jour de la loi n°75-80 du 9 juillet 1975 (**Annexe**) relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés. A cet effet l'hôpital psychiatrique

de Thiaroye avait été désigné comme la seule structure psychiatrique où pouvait se faire les internements.

Il était alors qualifié de structure psychiatrique de type fermé. Aucune autre structure n'a vu le jour pour accompagner ces mesures d'internement.

Actuellement, l'hôpital psychiatrique de Thiaroye reste le seul lieu au Sénégal où se font officiellement les internements. On peut alors imaginer toutes les difficultés qu'éprouveront les autorités des autres régions du Sénégal pour effectuer un internement comme il est prévu à l'article 8 de la loi n°75-80.(Annexe)

Par ailleurs aucun article de la loi n°75-80 (Annexe) ne fait mention des procédures à suivre dans le cas de la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral ou alors chez les détenus. Que ce soit au niveau du cadre de cette pratique, des intervenants, ou alors des dispositions de l'exercice de cette pratique, rien n'a été décidé. Tout se fait de façon informelle. Chaque établissement pénitentiaire applique ses propres lois en la matière depuis les critères d'admission aux soins jusqu'au dispositif de soin utilisé [7].

Parallèlement à ces mesures, on a vu naître la création de pavillons spéciaux avec le Décret n°66-1081 du 31 décembre 1966 portant organisation et régime des établissements pénitentiaires (modifié et complété par les décrets n°68-583 du 28 mai 1968 et n°86-1466 du 28 novembre 1986).

Ainsi, le pavillon spécial Le Dantec construit en bordure de mer sur une aile de l'hôpital Aristide Le Dantec, a été conçu pour accueillir les détenus malades et qui doivent être admis dans des structures sanitaires. Il a été ouvert le 28 novembre 1986 et disposait de 10 dortoirs dont 5 étaient carrelés. Toutes les chambres disposent de toilettes intérieures. Deux secteurs sans dispositif de séparation étaient aménagés. Avec une capacité de 60 pensionnaires, il abritait en général une catégorie de détenus.

A Ziguinchor, la maison d'arrêt de correction (MACZ) est sur le plan sanitaire, placée sous la direction d'un infirmier major. Celui-ci s'occupe de prodiguer les premiers soins médicaux, mais aussi psychiatriques.

Lorsqu'il éprouve des difficultés, Il met en place une consultation s'effectuant dans une structure hospitalière et approuvée par le régisseur de la MACZ. Le régisseur octroi à l'infirmier major l'escorte du détenu dans un véhicule sécurisé en présence des gardes pénitenciers. En ce qui concerne le cas des détenus souffrant de troubles psychiques, les détenus sont acheminés au CPEBZ, et le psychiatre a l'option de consulter le détenu seul dans son bureau ou en présence de l'infirmier major et d'un garde. Il lui établira donc un dossier et le détenu sera suivi aussi régulièrement que possible.

D'après l'infirmier major, tout détenu ayant commis un homicide est systématiquement amené pour évaluation de son état mental. Sont aussi amenés les détenus qui présenteraient un comportement anormal [7].

Les détenus des autres MAC de la Casamance (Oussouye, Bignona, Sédhiou, Kolda et Vélingara) présentant des troubles psychiatriques sont transférés à la MAC de Ziguinchor pour accéder aux soins psychiatriques.

### **III.2. Impact psychique de l'incarcération**

Les conditions de vie dans les prisons sont souvent inhumaines et ont de graves conséquences sur la santé mentale et physique des détenus.

Tout d'abord, l'isolement social est l'un des effets les plus préjudiciables des conditions de vie dans les prisons. Les détenus sont souvent coupés de leur famille, de leurs amis et de leur communauté. Cette séparation peut entraîner une détresse émotionnelle importante, qui peut se manifester par des symptômes tels que la dépression, l'anxiété et le stress.

En outre, les conditions physiques des prisons peuvent également avoir un impact négatif sur la santé mentale et physique des détenus.

Le manque d'intimité est également un facteur important qui peut causer du stress et de l'anxiété chez les détenus. Les cellules surpeuplées, le bruit constant et les conditions insalubres peuvent également aggraver les troubles mentaux préexistants.

De plus, le manque d'activités significatives peut provoquer une perte d'estime de soi, un sentiment de désespoir et une frustration extrême. L'accès limité aux soins de santé mentale ne fait qu'aggraver cette situation [46].

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) a publié une étude réalisée, pendant deux ans, par une équipe pluridisciplinaire lilloise composée de chercheurs en psychiatrie, en épidémiologie et en sociologie, des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire. Cette étude a été menée par entretiens avec des centaines de détenus (586 hommes et 131 femmes), dans les dernières semaines de leur peine. Les résultats ont montré que chez ces « sortants » de prison, les troubles psychiatriques sont plus fréquents et plus sévères que dans la population générale.

En effet dans l'échantillon étudié, les deux tiers des hommes et les trois quarts des femmes présentaient un trouble psychiatrique. Plus de la moitié souffraient d'une addiction, qui peut se combiner à d'autres pathologies. Un tiers des hommes et la moitié des femmes étaient touchés par des troubles de l'humeur dont la dépression et les mêmes proportions par les troubles anxieux. À leur sortie de détention, un homme sur dix et une femme sur six souffraient même d'un syndrome psychotique (schizophrénie, bouffée délirante, etc.), contre environ 1 % dans la population générale. Qu'il s'agisse des troubles psychiatriques ou de ceux liés aux addictions, les femmes étaient plus fréquemment et plus gravement touchées que les hommes. Enfin, le risque suicidaire était très élevé chez les prisonniers, ainsi que chez les personnes récemment libérées.

Il faut souligner également que certaines personnes présentent déjà des troubles psychiatriques à l'arrivée en détention.

Et la détention peut avoir pour effet d'aggraver les troubles psychiatriques. Depuis quelques décennies, notre société a tendance à incarcérer de plus en plus de personnes présentant des troubles psychiatriques, avec parfois des tableaux cliniques très graves, y compris des personnes à la frontière de l'irresponsabilité pénale qui n'ont pas clairement conscience d'être en prison [47].

En définitive, Il semble manifeste que la prison dégrade ou contribue à dégrader un état de santé mentale des personnes qui s'y trouvent placées. Les sociétés occidentales sont alors en tous les cas confrontés à une alternative. Soit, au regard du caractère rétributif de la peine, elles considèrent que la condamnation à une privation de liberté implique nécessairement une condamnation à souffrir psychiquement de cette privation de liberté, au risque de développer des pathologies liées à cette souffrance ou d'aggraver celles qui préexisteraient. Soit, en se fondant à l'inverse sur le postulat de la nécessité d'une utilité de la peine, elles ne se satisfont pas de ce constat du caractère iatrogène de l'enfermement qui tend à créer à l'issue de la privation de liberté des situations de réinsertion des personnes détenues d'autant plus difficiles que ces dernières seront affectées de troubles mentaux invalidants. Ceci aura, de surcroît, pour effet d'aggraver la situation, à leur sortie, d'un système de prise en charge des soins de santé mentale déjà largement insuffisamment équipé pour répondre aux besoins de la population générale. En ce cas, il importe pour l'autorité publique de prendre le sujet de la santé mentale en prison à bras-le-corps en vue d'améliorer sérieusement la situation [38].



**DEUXIEME PARTIE**

## I.METHODOLOGIE

### I.1. Objectifs de l'étude

**I.1.1. Objectif général :** Décrire les caractéristiques de la population carcérale de la Casamance suivie au niveau du centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor

**I.1.2. Objectifs spécifiques :** Il s'agira de :

- Déterminer le profil sociodémographique des détenus malades mentaux suivis au CPEBZ
- Caractériser les aspects cliniques de leurs maladies
- Identifier les caractéristiques juridiques de leurs incarcérations

### I.2. Cadre d'étude

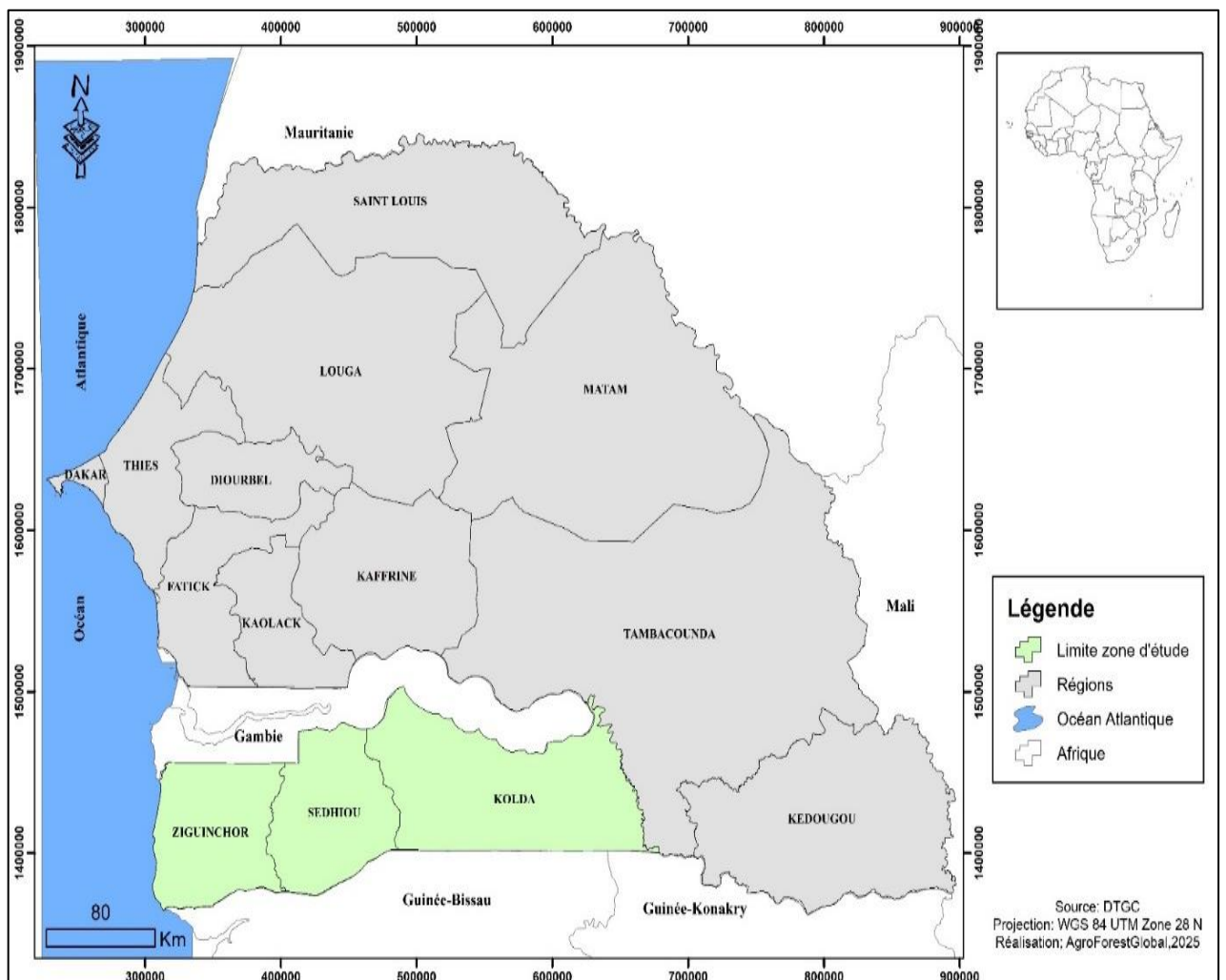
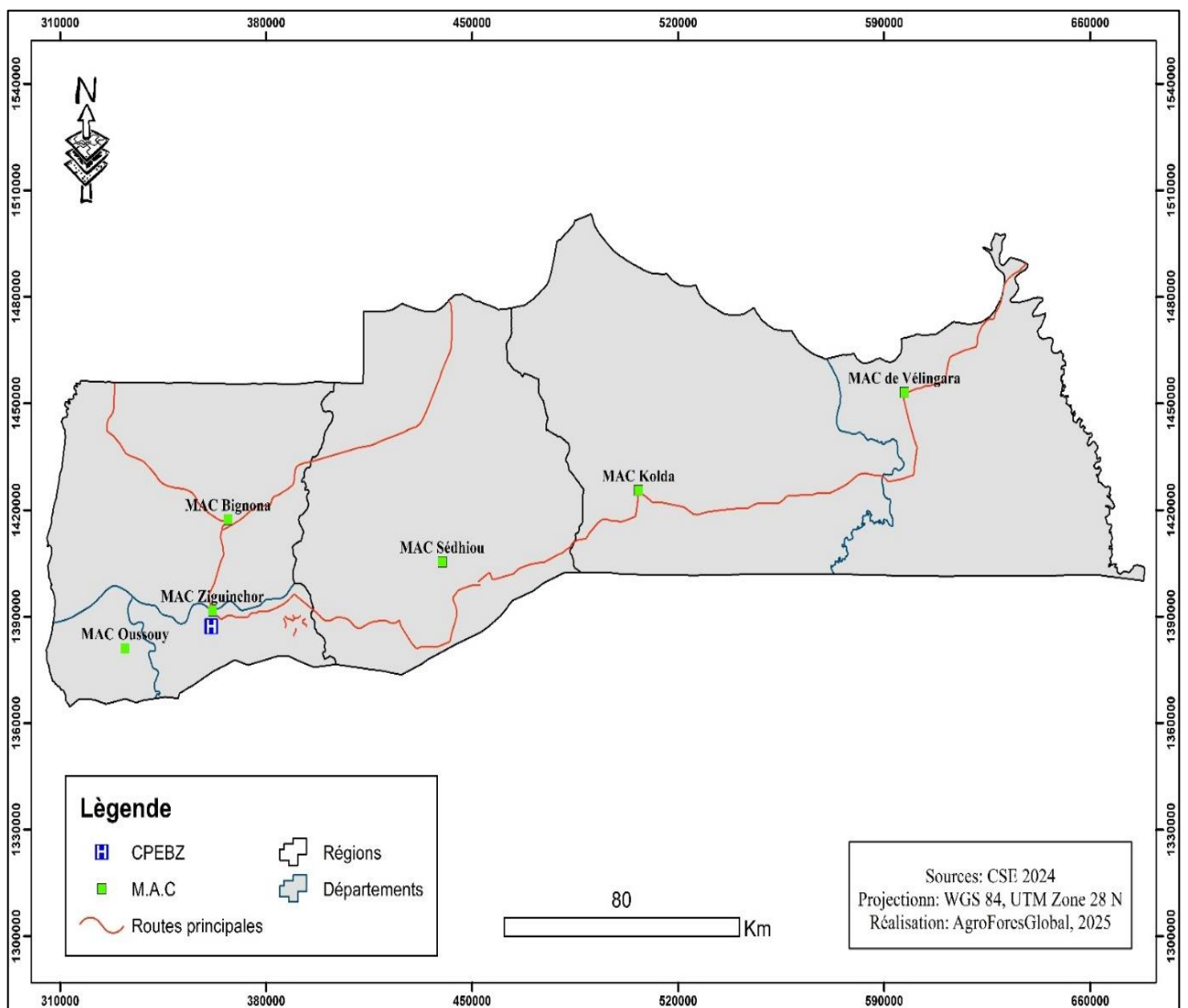


Figure 3: Carte du Sénégal mettant en exergue la Casamance



**Figure 4: Carte de la Casamance avec les MAC et le CPEBZ**

## **I.2.1. Le Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (CPEBZ)**

### **I.2.1.1. Localisation**

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

### **I.2.1.2. Historique**

Depuis 1970, les autorités sénégalaises en particulier celles de la région de Casamance se souciaient de la prise en charge des malades mentaux. C'est ainsi que fut implanté à Ziguinchor à proximité de l'aéroport un lazaret (dans l'enceinte de l'actuelle Centre Régional de Formation en Santé, CRFS de Ziguinchor), qui servait à isoler les malades mentaux qui pouvaient troubler l'ordre public. Les malades mentaux y étaient attachés et contraints de prendre un traitement chimique. Cette pratique inadaptée interpella certainement le professeur Henri Collomb qui fréquentait Ziguinchor dans le cadre des activités du Rotary Club. Il décida alors de mettre sur pied une structure adéquate dédiée à la prise en charge des malades mentaux de la région et même au-delà. Conformément à sa vision très humaine de la psychiatrie, le professeur Collomb voulu reproduire la structuration traditionnelle des villages d'Afrique avec des cases aux toits en paille. En effet il ne voulait pas soustraire le malade mental à son unité (la société). Il proposa un cadre où les patients seraient hospitalisés sans pour autant être séparés de leurs familles, de leurs valeurs traditionnelles d'où l'appellation « village psychiatrique ». L'absence de clôture et le système de parrainage des pensionnaires par des familles du village de Kénia vient conforter cette idée. Les travaux commencèrent en 1972, Financés par le Rotary Club avec l'appui du ministère de la santé, Monsieur Emile Badiane (ancien ministre de l'agriculture) décida d'octroyer une partie du terrain de l'école nationale de formation des techniciens en agriculture. L'année 1974 marqua l'ouverture officielle du village de Kénia. Le professeur Collomb effectua des rotations hebdomadaires à Kénia dans le souci de prodiguer une assistance psychiatrique de qualité. En 1975 il proposa à l'infirmier major, Antoine Badiane originaire de la Casamance de retourner « au pays » et de servir au village psychiatrique de Kénia.

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

### I.2.1.3. Présentation et description des lieux



**Figure 5: Porte d'entrée du CPEB/Z (Photo prise le 19/02/2025 à 18h31)**



**Figure 6: L'entrée du CPEBZ avec une vue sur la cour (Photo prise le 19/02/2025 à 18h29)**



**Figure 7: Un couloir menant aux cabines d'hospitalisation du CPEBZ**  
[14]



**Figure 8: Une cabine d'hospitalisation du CPEBZ**

[14]

Ayant conservé l'aspect originel de son architecture, il est la pérennisation de l'ancien village psychiatrique. Actuellement, le CPEBZ comprend :

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

#### **I.1.2.4. Personnel**

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

- du personnel étatique : il comprend le Médecin-Chef, le Médecin-Adjoint, le Major du service (un Infirmier Diplômé d'Etat) et un assistant social.
- du personnel communautaire : composé d'un concierge, d'un aide-pharmacien, de deux chauffeurs, de trois techniciens de surface, de deux agents de sécurité, d'un agent de facturation, d'un laborantin, d'un aide-laborantin, d'un aide-soignant et de cinq assistants infirmiers.
- du personnel contractuel du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : il s'agit d'une assistante de direction

□ du personnel stagiaire : il comprend les étudiants en DES de psychiatrie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, les étudiants en médecine de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé de l'UASZ, les étudiants du département de sociologie de l'UASZ, les élèves infirmiers et d'autres encore.

#### **I.2.1.5. Fonctionnement du CPEBZ**

Le Centre est dirigé par un Médecin-chef nommé par le Ministre de la santé. Ses activités comprennent :

- Les consultations ambulatoires
- Le suivi des malades hospitalisés
- Les activités de réhabilitation sociale et d'assistance psychologique à travers les groupes de parole (Bantamba ; Kéloumag), l'atelier d'art-thérapie et les entretiens individuels.
- Les consultations hebdomadaires au Centre Hospitalier Régional de Sédhiou dans le cadre de la décentralisation des soins psychiatriques.
- La psychiatrie de liaison

#### **I.2.2. Les établissements pénitentiaires de la Casamance**

Les établissements pénitentiaires de la Casamance sont au nombre de 06, tous des maisons d'arrêt et de correction (MAC). Ces MAC réparties dans les 03 régions administratives de la Casamance sont sous la supervision de l'Inspection régionale de l'administration pénitentiaire de Ziguinchor (IRAP/Z) qui est sous tutelle de la direction de l'administration Pénitentiaire du ministère de la justice. Chaque établissement pénitentiaire est dirigé par un Directeur aidé dans ses tâches par équipe composée de son adjoint, d'un greffier, d'un chef de cour, d'un comptable des matières, d'un infirmier major et des infirmiers, de secrétaire, de chauffeurs, de surveillants et de surveillantes.

##### **I.2.2.1. Région de Ziguinchor**

La région de Ziguinchor compte trois tribunaux départementaux répartis dans les trois capitales départementales et un tribunal régional.

Ces instances envoient les détenus aux trois (3) MAC de la région que sont les MAC de Ziguinchor, d'Oussouye et de Bignona. Les Maisons d'Arrêt et de Correction abritent les détenus qui se divisent en deux catégories : les détenus provisoires et les condamnés.

La capacité réelle d'accueil des MAC de la région de Ziguinchor est de 420 places. C'est la MAC du département de Ziguinchor qui a la plus grande capacité avec 218 places, soit 49% du total de la région. Elle est suivie par la MAC de Bignona avec une capacité de 170 places et celle de d'Oussouye avec 60 places.

On note une surpopulation carcérale avec des conditions de détention non conforme.



**Figure 9: Façade principale de la MAC de Ziguinchor (Source : Journal Pressafrik du 07/07/2025)**



**Figure 10: Porte d'entrée de la MAC de Bignona** (Photo prise le 13/01/2025 à 15h56)

#### **I.2.2.2. Région de Kolda**

Dans la région de Kolda, l'administration pénitentiaire se résume à deux Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC), dont l'une est sise dans la capitale régionale polarisant les départements de Kolda et MYF et l'autre dans le département de Vélingara.



**Figure 11: Porte d'entrée de la MAC de Vélingara (Photo prise le 07/01/2025 à 09h46)**

La MAC de Kolda a un plafond d'accueil réel de 94 places et celle de Vélingara de 35 places.



**Figure 12:** L'enseigne à l'entrée de la MAC de Kolda (Source : journal Dakarpost du 28/10/2018)

### **I.2.2.3. Région de Sédhiou**

L'administration pénitentiaire de la région de Sédhiou joue un rôle important malgré le manque d'infrastructures puisqu'il y a une seule MAC pour toute la région implantée dans la ville de Sédhiou.

Elle a un plafond d'accueil réel de 116 places.



**Figure 13: L'Accès principal de la MAC de Sédhiou (Photo prise le 08/01/2025 à 11h28)**

### **I.3. Méthodes**

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

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique basée sur les dossiers médicaux et sur les registres de détention et de référencement médical des détenus suivis pendant la période du 01/01/2019 au 31/12/2024

#### **I.3.2. Population d'étude**

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

### **I.3.2.1. Critères d'inclusion**

Tous les détenus suivis au centre psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor pendant la période d'étude sont inclus.

### **I.3.2.2. Critères de non inclusion**

Les détenus suivis au CPEBZ dont le dossier médical est non disponible ou inexploitable

Les détenus suivis au CPEBZ en dehors de la période d'étude.

### **I.3.3. Collecte et analyse des données**

Une autorisation d'accès au niveau des 6 MACs de la Casamance délivrée par la Direction Générale de l'Administration Pénitentiaire (**Annexe**) nous a permis de faire le recensement des détenus suivis au CPEBZ à travers l'exploitation des dossiers médicaux des patients, des registres de détention des détenus et de référencement médical.

Ce recensement des détenus nous a permis de faire un second travail à savoir la collecte des données au CPEBZ basée sur les registres de consultations et dossiers médicaux des patients.

Les données sont ensuite saisies sur tableur Excel puis exportés vers le logiciel Épi Info 7 aux fins d'analyses.

### **I.3.4. Variables de l'étude**

**Variables sociodémographiques :** âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession, ethnie, religion, provenance géographique, nationalité, lieu d'incarcération

**Variables cliniques :** antécédents psychiatriques, antécédents médico-chirurgicaux, début des troubles, motifs de consultation, nosologie, prise de substances psychoactives

**Variables juridiques :** nombre de chefs d'inculpations, chefs d'inculpations, mode de détentions, peines

### **I.3.5. Contraintes et Limites de l'étude**

Cette étude, première du genre en Casamance, a été réalisée dans un contexte de ressources financières et humaines limitées, ce qui a restreint l'analyse exhaustive des données. Les démarches administratives pour l'obtention de l'autorisation d'accès aux MACs ont été longues et complexes. Une incompréhension initiale de l'objectif de l'étude par certains directeurs a entraîné des réticences, des doutes et le report répété de rendez-vous.

La dispersion géographique des 6 MACs de la Casamance a engendré des déplacements fréquents et coûteux, limitant la durée de collecte sur chaque site. Par ailleurs, les archives médicales et judiciaires étaient souvent mal organisées et/ou incomplètes compliquant l'exploitation des données.

## II. RESULTATS

### II.1. Etude descriptive

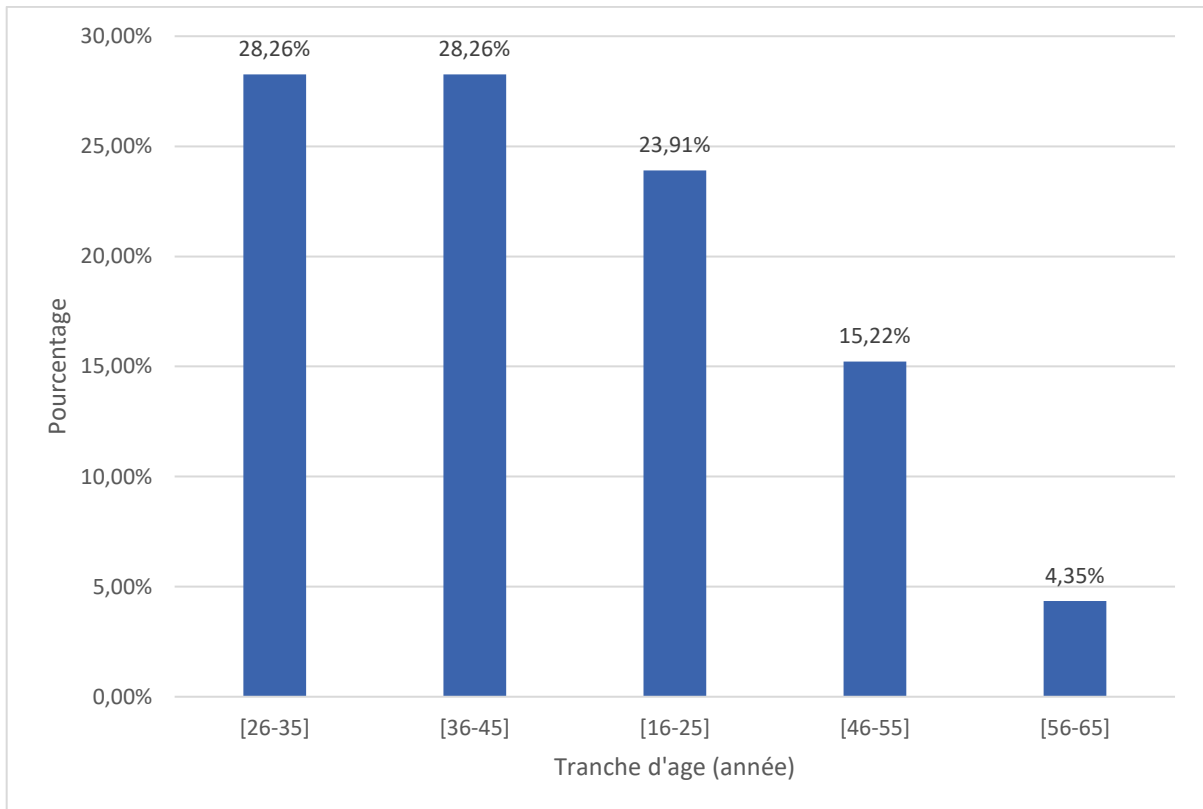
Durant notre étude , nous avons répertoriés 46 détenus suivis au CPEBZ

#### II.1.1. Aspects sociodémographiques

##### II.1.1.1 Âge

L'âge moyen de nos patients était de 34,7 +/- 10,4 avec des extrêmes de 18 et 58 ans.

Les tranches d'âge de [26-35] et [36-45] étaient les plus représentées avec chacune 28,26 % (n=13) de l'effectif suivis des tranches d'âge [16-25] et [46-55] qui étaient respectivement à 23,91 % (n=11) et à 15,22 % (n=8). Les patients de plus de 55 ans représentaient 4,35% (n=1) de la population d'étude. (**Figure 14**)



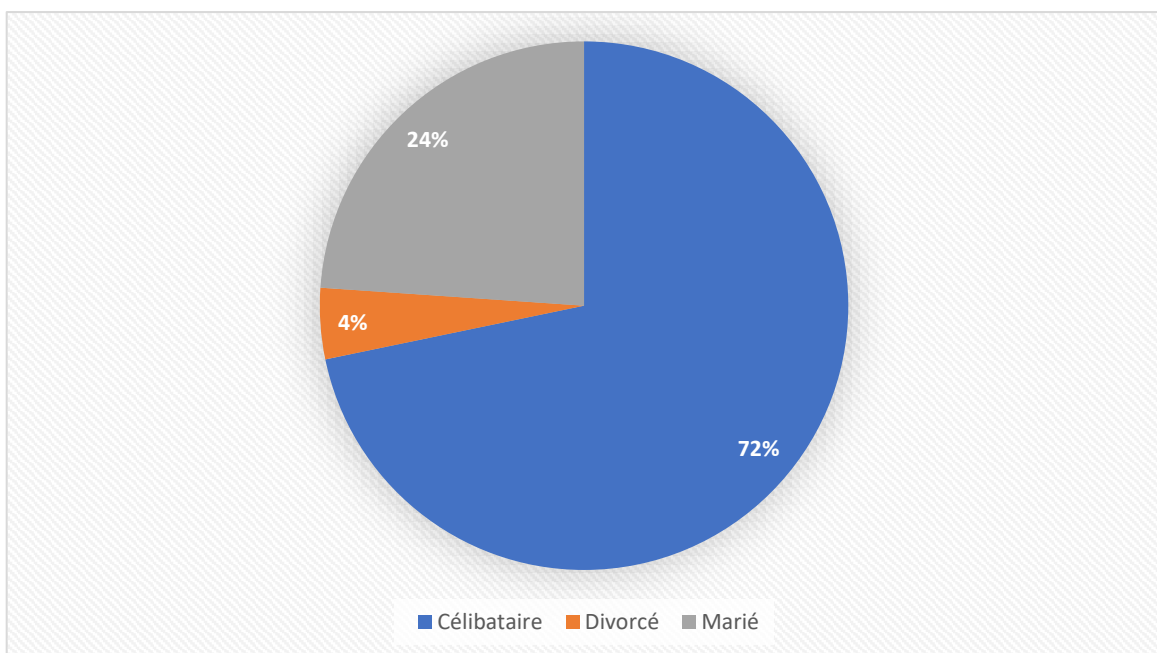
**Figure 14: Répartition des détenus selon la tranche d'âge(N=46)**

### II.1.1.2. Sexe

Dans notre étude le sexe masculin était prédominant avec 93% (n=43). Le sexe ratio était de 14,3.

### II.1.1.4. Situation matrimoniale

Dans notre étude, 72% (n=33) de nos patients était célibataires suivis de 24% (n=11) de marié et de 4% (n=2) de divorcé (**figure 16**)



**Figure 15: Répartition des détenus selon la situation matrimoniale (N=46)**

### II.1.1.5. Profession

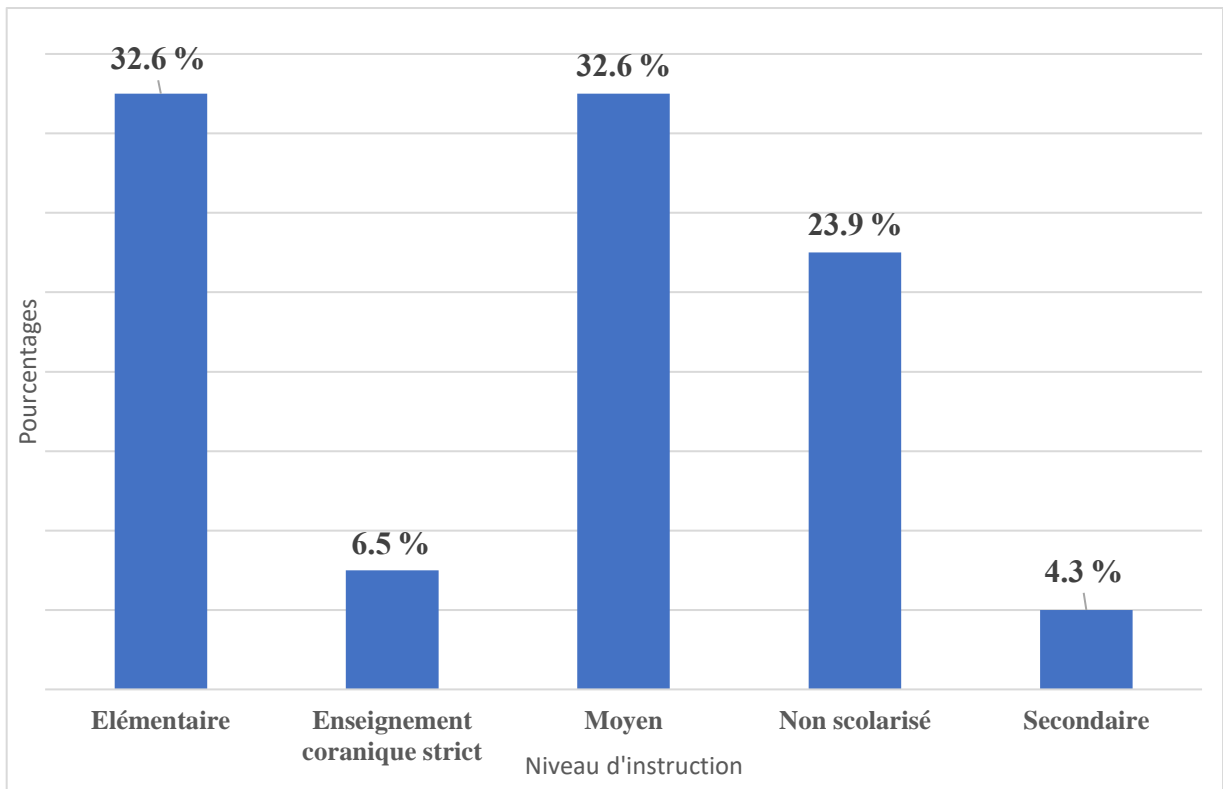
Dans notre étude, les ouvriers étaient les plus représentés avec 30,4% (n=14), suivi des commerçants avec 23,9% (n=11) et les sans-emplois avec 21,7% (n=10). (Tableau I)

**Tableau I: Répartition des détenus selon la profession (N=46)**

Profession	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Chauffeur	2	4.3
Pêcheur	2	4.3
Elève/Étudiant	3	6.5
Cultivateur/Éleveur	4	8.7
Sans emploi	10	21.7
Commerçant	11	23.9
Ouvrier	14	30.4
Total	46	100

### II.1.1.6. Niveau d'instruction

Dans notre étude, la majorité des détenus n'avait pas dépassé le niveau élémentaire avec un taux de 32,6% (n=15). Seul 6,5% (n=3) des détenus avait suivi un enseignement coranique strict. (Figure 17)



**Figure 16: Répartition des détenus selon le niveau d'instruction (N=46)**

### II.1.1.7. Ethnie

La majorité (37% ; n=17) de nos patients était d'ethnie diola, suivi des pular (19,6% ; n=9) et des mandingues (17,4% ; n=8) (**Tableau II**)

**Tableau II: Répartition des détenus selon l'ethnie (N=46)**

Ethnie	Effectif(N)	Pourcentage (%)
Diola	17	37.0
Pular	9	19.6
Mandingue	8	17.4
Wolof	4	8.7
Balante	3	6.5
Serer	3	6.5
Mancagne	2	4.3
Total	46	100

### II.1.1.8. Origine géographique

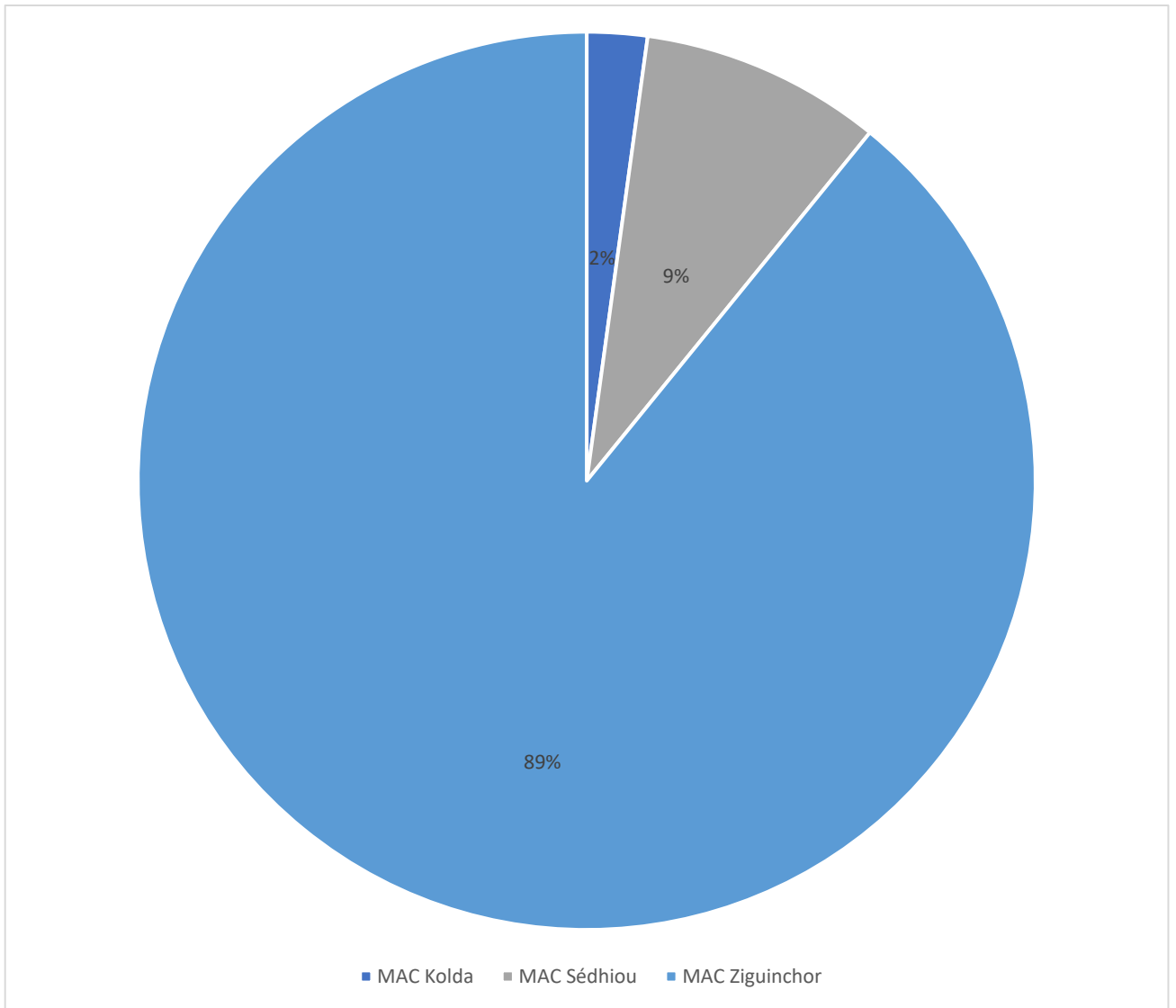
La majorité (45,7% ; n=21) de nos patients était originaire de Ziguinchor suivis de ceux de Bignona, Sédhiou, Goudomp et Gambie qui ont respectivement 26,1% (n=12), 8,7% (n=4), 6,5% (n=3) et 4,3% (n=2). (**Tableau III**)

**Tableau III: Répartition des détenus selon la provenance géographique (N=46)**

<b>Provenance géographique</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Ziguinchor	21	45.7
Bignona	12	26.1
Sédhiou	4	8.7
Goudomp	3	6.5
Gambie	2	4.3
Dakar	1	2.2
Kolda	1	2.2
MYF	1	2.2
Thiès	1	2.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### II.1.1.9. Lieu d'incarcération

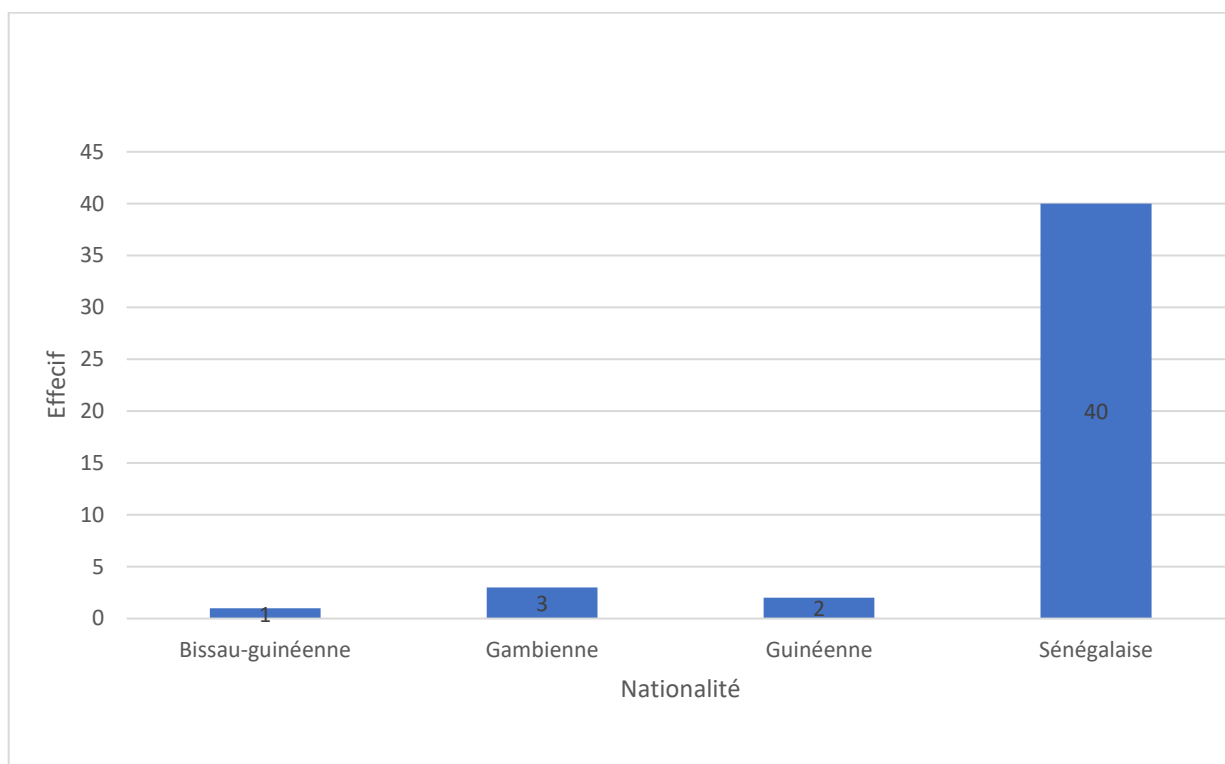
Dans notre étude la majorité de nos patients était incarcérée à la MAC de Ziguinchor (89% ; n=41) suivis de la MAC de Sédhiou avec 9% (n=4). Les détenus incarcérés dans les MAC de Bignona, Oussouye et Médina Yoro Foula (MYF) n'avaient pas été au CPEB/Z durant la période de l'étude. (**Figure 18**)



**Figure 17: Répartition des détenus selon la MAC d'incarcération (N=46)**

### II.1.1.10. Nationalité

Dans notre étude 40 détenus étaient de nationalité sénégalaise soit 87%, 3 de nationalité gambienne soit 7%, 2 de nationalité guinéenne soit 4% et 1 de nationalité bissau-guinéenne soit 2% (**Figure 19**)



**Figure 18: Répartition des détenus selon la nationalité (N=46)**

### II.1.1.11. Religion

42 de nos patients étaient de confession musulmane soit 91% et 4 de confession chrétienne soit 9%

## **II.1.2. Aspects cliniques**

### **II.1.2.1. Antécédents psychiatriques**

Dans notre étude, 54,3% (n=25) de nos patients avaient un antécédent psychiatrique personnel, 10,9% (n=5) des antécédents psychiatriques personnel et familiaux et 2,2% (n=1) un antécédent psychiatrique familial. 11 détenus soit 23,9% étaient sans antécédent psychiatrique. (**Tableau IV**)

**Tableau IV: Répartition des détenus selon la présence d'antécédents psychiatriques (N=46)**

<b>Antécédent Psychiatrique</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Personnel	25	54.3
Sans	11	23.9
Personnel et Familiaux	5	10.9
Non Déterminé	4	8.7
Familiaux	1	2.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### **II.1.2.2. Consommation SPA**

La consommation de SPA était retrouvée dans 52,2% (n=24) de nos patients

### **II.1.2.3. Nature SPA**

La consommation de cannabis était retrouvée dans 43,5% de nos patients. La consommation de tabac était retrouvée dans 50% de nos patients. Dans notre étude, 17,4% de nos patients consommaient de l'alcool.

### **II.1.2.4. Début des troubles**

La plupart de nos patients (71,7% ; n=33) avait débuté leur trouble avant l'incarcération, 19,6% (n=9) durant le 1<sup>er</sup> mois après incarcération et 8,7% (n=4) avant la 1<sup>ère</sup> année d'incarcération. (**Tableau V**)

**Tableau V: Répartition des détenus selon le début des troubles (N=46)**

Début des troubles	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Avant incarcération	33	71.7
1er mois après incarcération	9	19.6
Avant la 1ère année	4	8.7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**II.1.2.5. Motifs de consultations**

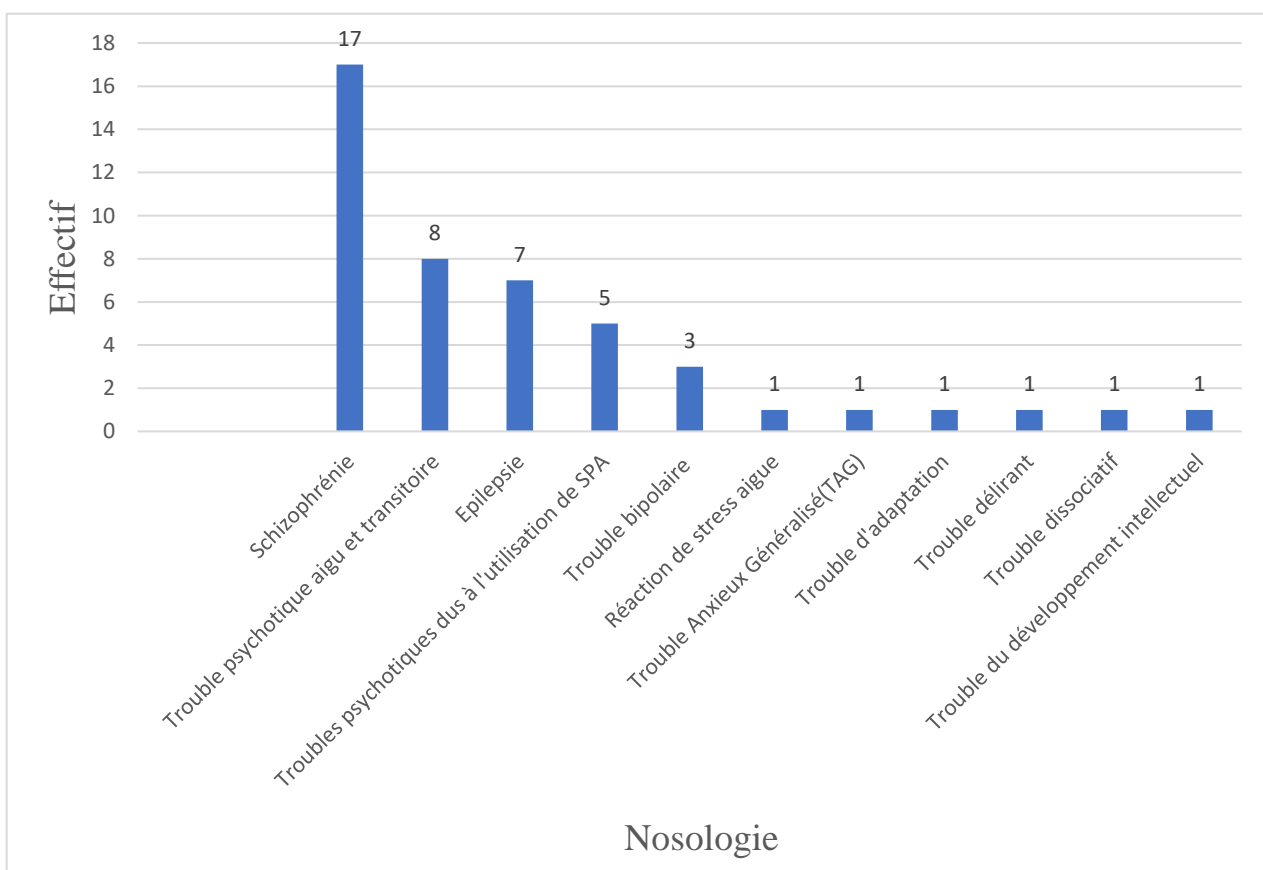
Dans notre étude l'insomnie était le motif le plus fréquemment rencontré avec 30 apparitions soit 22,1% suivis de l'agitation (20,6% ; n=28), des hallucinations (14,7% ; n=20), l'incohérence verbale (11,8% ; n=16) etc. (**Tableau VI**)

**Tableau VI: Répartition des détenus selon les motifs de consultations (N=136)**

Motifs de consultation	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Insomnie	30	22,1
Agitation	28	20,6
Tendance à entendre des voix	20	14,7
Incohérence verbale	16	11,8
Isolement social	8	5,9
Négligence corporelle et vestimentaire	9	6,6
Crises convulsives	7	5,1
Tendance à parler seul	6	4,4
Anxiété	5	3,7
Tendance à oublier rapidement	1	0,7
Idées suicidaires	2	1,5
Bizarreries	1	0,7
Consommation abusive de tabac	1	0,7
Pensées noires	1	0,7
Céphalées	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>

### II.1.2.6. Nosologie

Dans notre étude, la Schizophrénie était le diagnostic le plus retenu avec 37% (n=17) suivis des Troubles psychotiques aigus et transitoires 17,4 % (n=8), de l'Epilepsie 15,2% (n=7), des Troubles mentaux et de comportement lié à la consommation de SPA 10,9% (n=5), etc. (**Figure 22**)



**Figure 19: Répartition des détenus selon la nosologie (N=46)**

### II.1.3. Aspects juridiques

#### II.1.3.1. Nombre de Chef d'inculpation

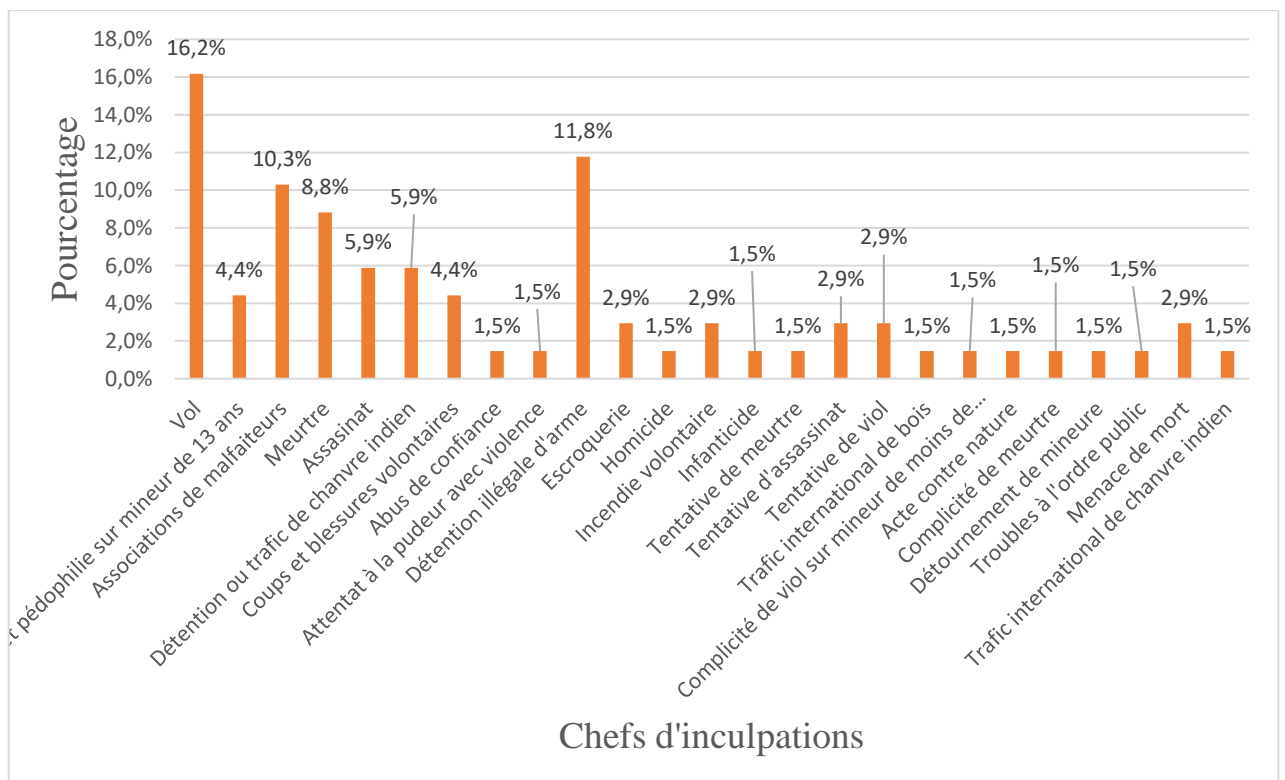
La majorité de nos patients (60,8%) avait un chef d'inculpation (n=28) et 2 chefs d'inculpations étaient retrouvés dans 34,8% des cas (n=16). (**Tableau VII**)

**Tableau VII: Répartition du nombre de chef d'inculpation pour chaque détenu(N=46)**

Nombre de chef d'inculpation	Effectif (N)	Pourcentage (%)
1	28	60.8
2	16	34.8
3	1	2.2
5	1	2.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### II.1.3.2. Chef d'inculpation

Dans notre étude, les infractions les plus représentées sont le vol (16,2 % ; n= 11), la détention illégale d'arme (11,8 % ; n= 8) et l'association de malfaiteurs (10,3 % ; n=7). Le meurtre et l'assassinat représentaient respectivement 8,8% (n=6) et 5,9% (n=4) des cas. (Figure 23)



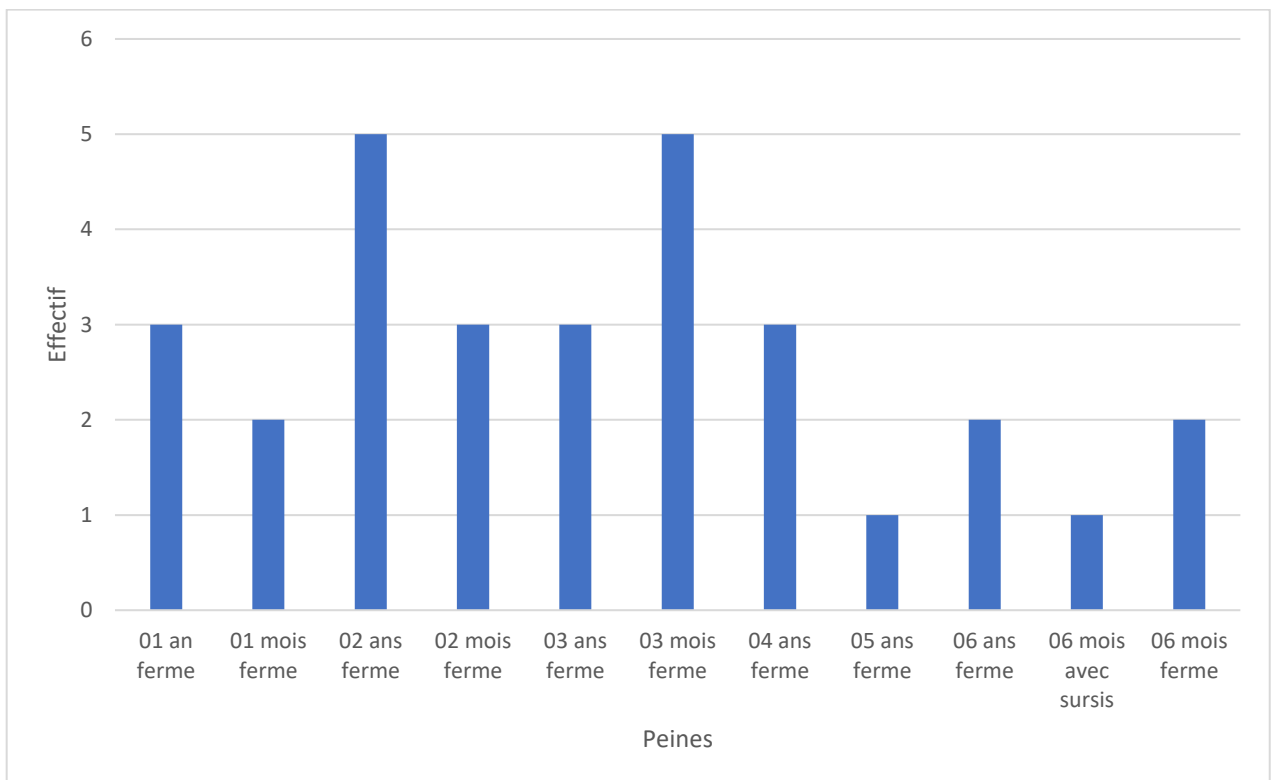
**Figure 20: Répartition des détenus selon les chefs d'inculpations**

### II.1.3.3. Mode de détention

Dans notre étude, 63% (n=29) de nos patients étaient des condamnés contre 37% (n=17) de prévenus.

### II.1.3.4. Peine

Les peines les plus observées dans notre étude étaient celles allant de 03 mois ferme et de 02 ans ferme représentant chacune 16,7% (n=5). (**Figure 25**)



**Figure 21: Répartition des détenus condamnés selon la peine d'emprisonnement (N=30)**

## II.2. Etude analytique

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

Dans notre étude la tranche d'âge et la consommation de SPA n'étaient pas liées ( $p > 0,05$ ). Par contre nous notons que les tranches d'âge [26-35] ans et [36-45] ans présentent chacune 17,4 % ( $n=8$ ) de consommateurs. (**Tableau VIII**)

**Tableau VIII: Croisement de la tranche d'âge en fonction de la prise de substances psychoactives (N=46)**

Tranche d'âge		Consommation SPA			X2	P-value
		OUI	NON	Total		
[16-25]	Effectif	5	6	11	2,89	0,58
	%	10,9	13,0	23,9		
[26-35]	Effectif	8	5	13	2,89	0,58
	%	17,4	10,9	28,3		
[36-45]	Effectif	8	5	13	2,89	0,58
	%	17,4	10,9	28,3		
[46-55]	Effectif	3	5	8	2,89	0,58
	%	6,5	10,9	17,4		
[56-65]	Effectif	0	1	1	2,89	0,58
	%	0	2,2	2,2		
Total	Effectif	24	22	46	2,89	0,58
	%	52,2	47,8	100		

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

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et la consommation de SPA ( $p > 0,05$ ). Tous les consommateurs de SPA dans notre étude sont de sexe masculin. (**Tableau IX**)

**Tableau IX: Croisement du sexe en fonction de la prise de SPA (N=46)**

Sexe	Consommation SPA			Total	X2	P value
	OUI	NON				
<b>Féminin</b>	Effectif	0	3	3	3,50	0,6
	%	0,00%	6,50%	6,50%		
<b>Masculin</b>	Effectif	24	19	43	93,50%	
	%	52,20%	41,30%			
<b>Total</b>	Effectif	24	22	46	100,00%	
	%	52,20%	47,80%			

### II.2.3. Croisement de l'instruction en fonction de la consommation de SPA

La dépendance entre l'instruction et la consommation de SPA n'est pas significative ( $p > 0,05$ ).

Parmi les scolarisés, 39,1 % (n=18) consommaient des SPA. Chez les non-scolarisés, la consommation était observée chez 13,0 % (n=6). (**Tableau X**)

**Tableau X: Croisement du niveau d'instruction en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

Niveau d'instruction		Consommation SPA		Total	X2	P-value	OR
		Oui	Non				
			%				
Scolarisé	%	39,1	37,	76,1	0,03	0,85	0,88[0,23 ; 3,42]
	Effectif	18	0 17	35			
Non scolarisé	%	13,0	10,	23,9			
	Effectif	6	9 5	11			
Total	%	52,2	47,	100			
	Effectif	24	8 22	46			

## II.2.4. Croisement de la situation matrimoniale en fonction de la consommation de SPA

**Tableau XI: croisement de la situation matrimoniale en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

La dépendance est significative ( $p=0,05$ ). Dans notre étude, 45,7 % ( $n=21$ ) des non mariés étaient des consommateurs de SPA contre 6,5% ( $n=3$ ) chez les mariés.

**(Tableau XI)**

Situation matrimoniale	Oui	Non	Total	X2	P-value	OR
Marié(e) %	6,5	17,4	23,9	3,5	0,05	0,25[0,06 ; 1,11]
Effectif	3	8	11	9		
Non marié %	45,7	30,4	76,1			
Effectif	21	14	35			
Total %	52,2	47,8	100			
Effectif	24	22	46			

## II.2.5. Croisement de la profession en fonction de la consommation de SPA

La dépendance n'est pas significative entre la profession et la consommation de SPA ( $p>0,05$ ). Dans notre étude, 41,3 % ( $n=19$ ) des détenus ayant un emploi consomment des SPA tandis que parmi les détenus n'ayant pas d'emploi seul 10,9% ( $n=5$ ) sont consommateurs de SPA. Nous notons que les détenus avec emploi ont un risque légèrement élevé de consommer des SPA mais elle est non significative (OR= 1,12[0,28-4,55]). **(Tableau XII)**

**Tableau XII: croisement de la profession en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

Profession	Oui	Non	Total	X2	P	OR
<b>Avec emploi %</b>	41,3	37,0	78,3	0,02	0,8	1,12[0,28-4,55]
<b>Effectif</b>	19	17	36			
<b>Sans emploi %</b>	10,9	10,9	21,7			
<b>Effectif</b>	5	5	10			
<b>Total %</b>	52,2	47,8	100			
<b>Effectif</b>	24	22	46			

### II.2.5. Croisement de la présence d'antécédent Psychiatrique en fonction de la consommation de SPA

Les antécédents psychiatriques et la consommation de SPA ne sont pas liés.

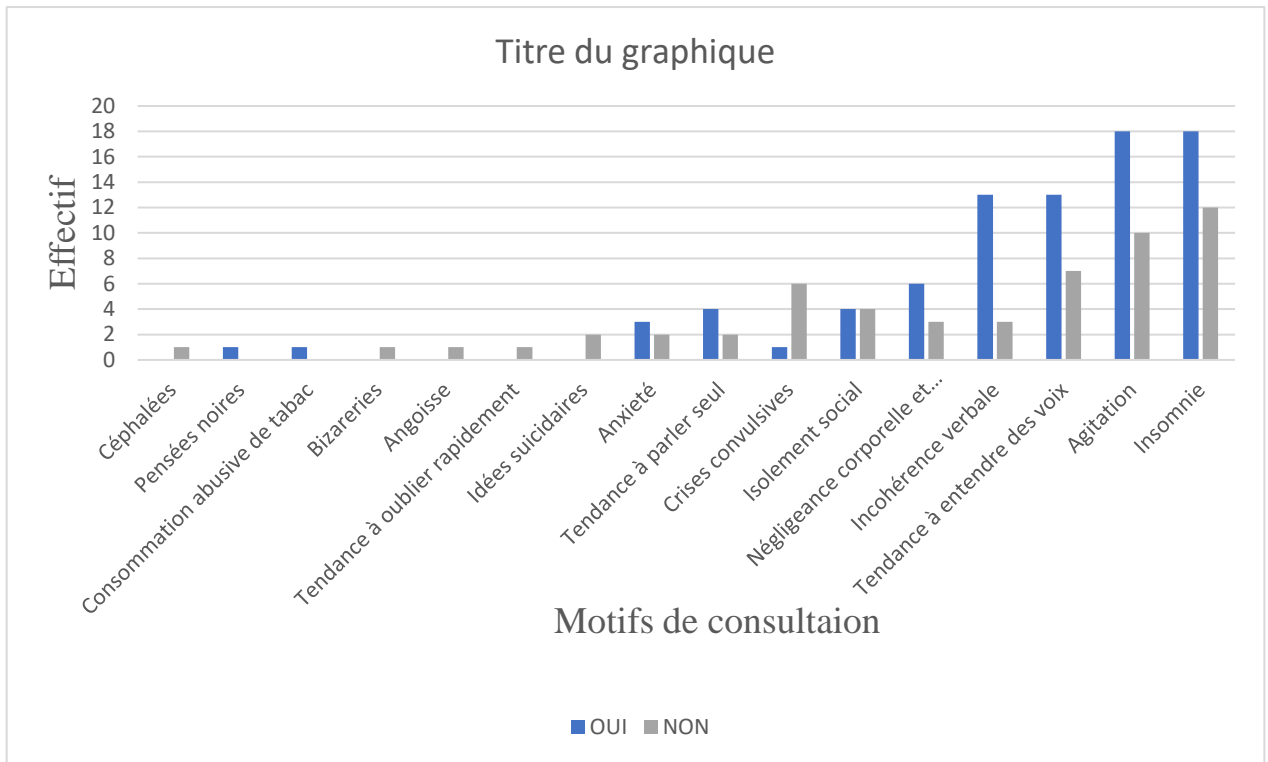
(Tableau XIII)

**Tableau XIII: croisement de la présence d'antécédent psychiatrique en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

Antécédent psychiatrique	Oui	Non	Total	X2	P
<b>Personnel %</b>	28,3	26,1	54,3	2,25	0,6
<b>Effectif</b>	13	12	25		
<b>Familial %</b>	0,0	2,2	2,2		
<b>Effectif</b>	0	1	1		
<b>Personnel et familial %</b>	4,3	6,5	10,9		
<b>Effectif</b>	2	3	5		
<b>Sans Antécédent %</b>	13,0	10,9	23,9		
<b>Effectif</b>	6	5	11		
<b>Non Déterminé %</b>	6,5	2,2	8,7		
<b>Effectif</b>	3	1	4		
<b>TOTAL %</b>	52,2	47,8	100		
<b>Effectif</b>	24	22	46		

## II.2.6. Croisement du motif de consultation en fonction de la consommation de SPA

La dépendance entre le motif de consultation et la prise de SPA n'est pas significative ( $p=0,15$ ). (Figure 26)



$\chi^2=20,45$   $p=0,15$

**Figure 22: croisement du motif de consultation en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

## II.2.7. Croisement du début des troubles en fonction de la consommation de SPA

La dépendance n'est pas significative. Parmi les consommateurs de SPA, 41,3 % (n=19) ont présenté des troubles avant l'incarcération, contre 10,9 % (n=5) pendant celle-ci. À l'inverse, parmi les non consommateurs, 30,4 % (n=14) ont développé des troubles avant l'incarcération et 17,4 % (n=8) pendant l'incarcération. (Tableau XIV)

**Tableau XIV: Croisement du début des troubles en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

SPA		Avant	Durant	Total	X2	P	OR
<b>Oui</b>	%	41,3	10,9	52,2	1,37	0,24	2,17[0,58 – 8,07]
	<b>Effectif</b>	19	5	24			
<b>Non</b>	%	30,4	17,4	47,8			
	<b>Effectif</b>	14	8	22			
<b>Total</b>	%	71,7	28,3	100			
	<b>Effectif</b>	33	13	46			

### **II.2.8. Croisement de la nosologie en fonction de la consommation de SPA**

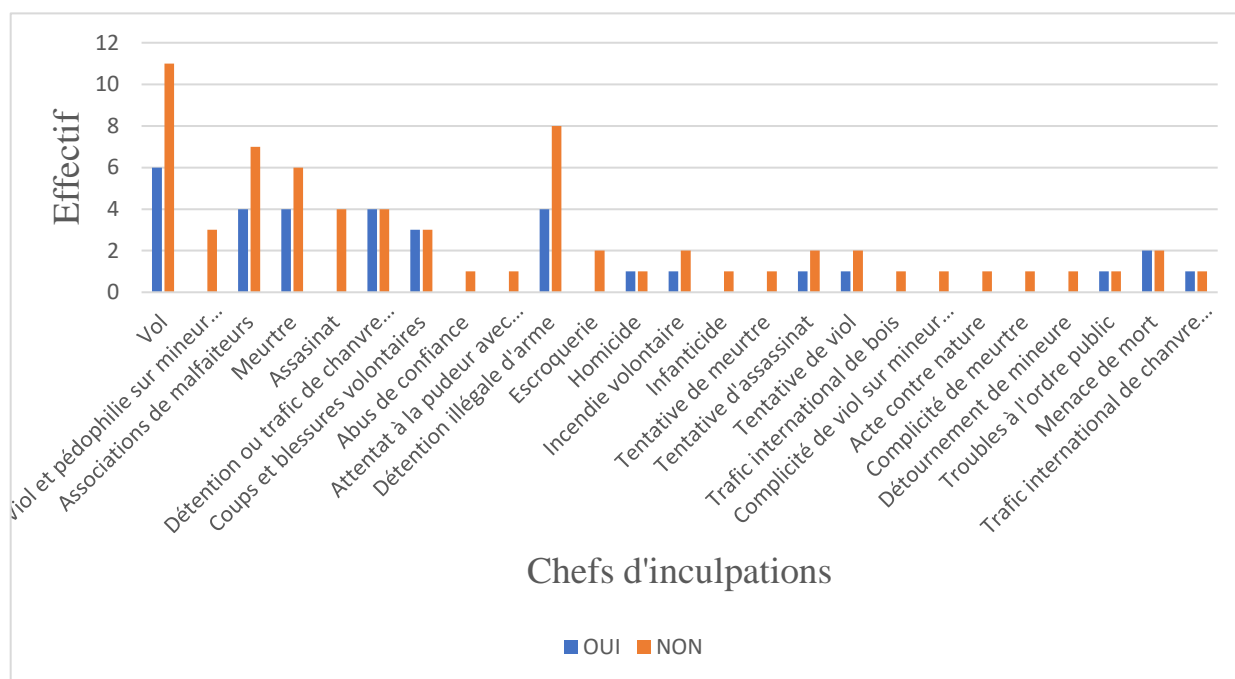
La dépendance est significative ( $p < 0,05$ ). La schizophrénie est le diagnostic le plus représenté avec 37% ( $n=17$ ) dont 28,3 % ( $n=13$ ) consommaient une SPA et 8,7% ( $n=4$ ) n'en consommaient pas. Viennent ensuite les troubles psychotiques aigus et transitoires représentent 17,4 % ( $n=8$ ) des cas, légèrement plus fréquents chez les non-consommateurs (10,9 % ;  $n=5$ ) que chez les consommateurs (6,5 % ;  $n=3$ ). (**Tableau XV**)

**Tableau XV: Croisement de la Nosologie en fonction de la consommation de SPA (N=46)**

<b>Nosologie</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>	<b>X2</b>	<b>P</b>
Schizophrénie	28,3% 13	8,7% 4	37,0% 17	20,12	0,02
Trouble psychotique aigu et transitoire	6,5% 3	10,9% 5	17,4% 8		
Epilepsie	2,2% 1	13,0% 6	15,2% 7		
Troubles psychotiques dus à l'utilisation de SPA	10,9% 5	0,0% 0	10,9% 5		
Trouble bipolaire	2,2% 1	4,3% 2	6,5% 3		
Réaction de stress aigue	0,0% 0	2,2% 1	2,2% 1		
Trouble Anxieux Généralisé	0,0% 0	2,2% 1	2,2% 1		
Trouble d'adaptation	0,0% 0	2,2% 1	2,2% 1		
Trouble délirant	2,2% 1	0,0% 0	2,2% 1		
Trouble dissociatif	0,0% 0	2,2% 1	2,2% 1		
Trouble du développement intellectuel	0,0% 0	2,2% 1	2,2% 1		
<b>Total</b>	52,2% 24	47,8% 22	100% 46		

## II.2.9. Croisement de l'infraction en fonction de la consommation de SPA

La dépendance n'est pas significative entre l'infraction et la consommation de SPA. (Figure27)



$\chi^2=30,87, p=0,15$

**Figure 23: croisement de l'infraction en fonction de la consommation de SPA(N=46)**

## II.2.10. Croisement de la consommation de SPA en fonction du mode de détention

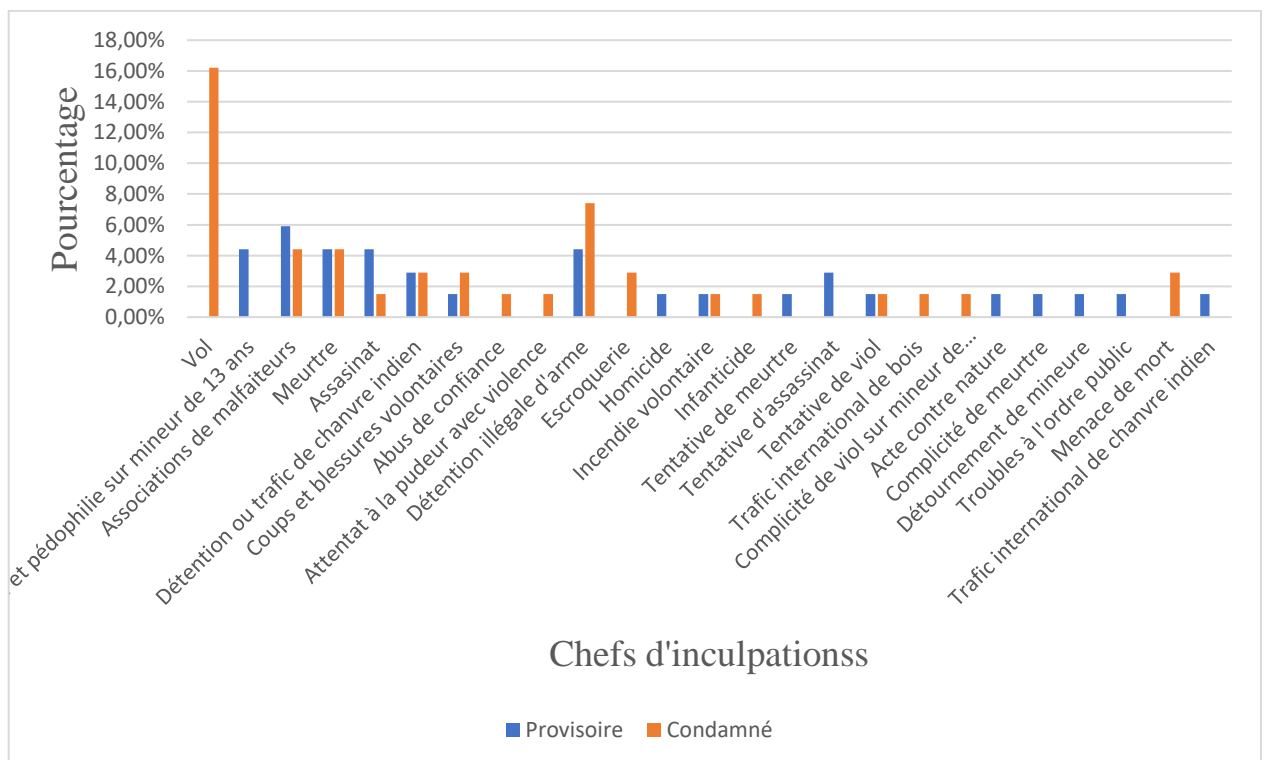
La consommation de SPA et le mode de détention sont indépendants. (Tableau XVI)

**Tableau XVI: croisement de la consommation de SPA en fonction du mode de détention (N=46)**

SPA	Provisoire	Condamné	Total	X2	P	OR
<b>Oui</b>	17,4%	34,8%	52,2%	0,0	0,82	0,88[0,26-
	8	16	24	5		2,95]
<b>Non</b>	17,4%	30,4%	47,8%			
	8	14	22			
<b>Total</b>	34,8% (16)	65,2%	100%			
		30	46			

### II.2.11. Croisement du mode de détention en fonction des chefs d'inculpations

La dépendance est peu significative entre le mode de détention et les chefs d'inculpations. **(Figure 28)**



X<sup>2</sup>=33,50 p=0,09

**Figure 24: Croisement du mode de détention en fonction des chefs d'inculpations**

### II.2.12. Croisement de la situation matrimoniale en fonction du mode de détention

La dépendance n'est pas significative entre la situation matrimoniale et le mode de détention ( $p > 0,05$ ). (Tableau XVII)

**Tableau XVII: croisement de la situation matrimoniale en fonction du mode de détention(N=46)**

Situation matrimoniale	Provisoire	Condamné	Total	X2	P	OR
<b>Marié</b>	8,7%	15,2%	23,9%	0,0	0,8	1,10[0,27-
	4	7	11	2		4,52]
<b>Non marié</b>	26,1%	50,0%	76,1%			
	12	23	35			
<b>Total</b>	34,8%	65,2%	100%			
	16	30	46			

### II.2.13. Croisement de la tranche d'âge en fonction du mode de détention

Dans notre étude, La tranche d'âge et le mode de détention étaient liés ( $p < 0,05$ ). La détention provisoire concernait principalement les tranches d'âge [26-35] (17,4 % ; n=8) et [36-45] (6,5 % ; n=3), alors que la condamnation définitive touchait plus fréquemment les tranches d'âge [16-25] (21,7 % ; n=10) et [36-45] (21,7 % ; n=10). (Tableau XVIII)

**Tableau XVIII: Croisement de la tranche d'âge en fonction du mode de détention(N=46)**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Provisoire</b>	<b>Condamné</b>	<b>Total</b>	<b>X2</b>	<b>P</b>
<b>[16-25]</b>	2,2%	21,7%	23,9%	9,99	0,04
	1	10	11		
<b>[26-35]</b>	17,4%	10,9%	28,3%		
	8	5	13		
<b>[36-45]</b>	6,5%	21,7%	28,3%		
	3	10	13		
<b>[46-55]</b>	6,5%	10,9%	17,4%		
	3	5	8		
<b>[56-65]</b>	2,2%	0,0%	2,2%		
	1	0	1		
<b>Total</b>	34,8%	65,2%	100%		
	16	30	46		

### III.DISCUSSION

#### III.1. Etude descriptive

##### III.1.1. Aspects sociodémographiques

L'âge moyen de notre population carcérale était de 34,7 ans, avec des extrêmes de 18 et 58 ans. Ce résultat est comparable à celui rapporté par **Diagne et al.** au CHUN de Fann, où l'âge moyen était de 32 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 65 ans[6] et il s'inscrit aussi dans la fourchette habituellement observée dans les études carcérales. Cette similarité confirme que la population carcérale psychiatrique est majoritairement jeune, tant à Dakar qu'en Casamance. **Faure et Prieto [48]** en France ont observé une moyenne d'âge de 31ans . **Nanéma et al.[49]** au Burkina Faso ont rapporté un âge moyen de  $31,29 \pm 10,29$  ans, avec des extrêmes de 15 à 70 ans, et **Tolo [50]** au Mali a observé une moyenne de 33,49 ans, avec des extrêmes de 18 à 76 ans, suggérant une constante internationale.

La prédominance masculine dans notre étude (93,5 % ; n=43) est également en accord avec les données de **Diagne et al.** (92 %) et reflète la composition générale des populations carcérales. Cette surreprésentation masculine s'observe également dans les études internationales : **Houssani et al. [51]** dans leur étude sur les caractéristiques sociodémographiques de 93 détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie à l'hôpital Raki au Maroc avait trouvé 95,7% et **Nanéma et al. [49]** au Burkina Faso un taux de 95%. Dans une étude rétrospective longitudinale sur les hospitalisations psychiatriques des personnes incarcérées de 2009 à 2011 en France, réalisé par **Fovet et al.**, on retrouve 92,2% d'hommes [5].

Ces résultats s'explique par la prédominance des hommes dans les prisons sénégalaise voire mondiale [1] .

Concernant la situation matrimoniale, 72% (n=33) de nos patients était célibataires. Cette prédominance est en accord avec différentes études notamment celles de **Diagne et al.** avec 72,6% [6], **Naidoo et al.** avec 87% [52] et **Arnal** avec 50,04% [53]. Par contre **Tolo** [50] avait retrouvé un taux de 49,9% de célibataire et 48% de marié dans sa série. **Klassen et O'connor** [54] considèrent le célibat comme un facteur de risque de passage à l'acte violent. L'hypothèse du rôle stabilisateur du mariage ou de la vie en couple est souvent avancée, bien que la causalité reste complexe à établir.

Ceci peut aussi être expliqué par la jeunesse de la population carcérale.

La majorité (37% ; n=17) de nos patients était d'ethnie diola, suivi des pular (19,6% ; n=9), des mandingues (17,4% ; n=8), des wolofs (8,7% ; n=4), des balantes (6,5% ; n=3), des sereres (6,5% ; n=3) et des mancagnes (4,3% ; n=2). Ces résultats s'expliquent par la prédominance de ces ethnies en Casamance [55].

Concernant la profession, les ouvriers étaient les plus représentés soit 30,4% (n=14), suivi des commerçants soit 23,9% (n=11) et les sans-emplois soit 21,7% (n=10) concordant avec les études de **Nanéma et al.** [49] et de **Arnal en Guyane française** [53].

Ces résultats sont expliqués par la précarité du secteur professionnel dans la population sénégalaise. En effet l'ANSD dans son rapport de 2024 a révélé que la majorité des actifs (64,0%) sont des travailleurs indépendants, tandis que les salariés représentent 16,1% [28].

Par contre d'autres études décèlent [6,51] une prédominance des sans-emplois suivis des ouvriers.

La différence entre notre étude et celle de **Diagne et al.** peut s'expliquer par les spécificités économiques régionales : l'économie casamançaise, plus agricole et

informelle, offrirait davantage d'opportunités d'insertion professionnelle, même précaires.

Dans notre étude 65,2% (n=30) des détenus n'ont pas atteint le niveau secondaire, 23,9% (n=11) sont non scolarisé, 6,5% (n=3) ont fréquenté l'enseignement coranique stricte alors que 4,3% (n=2) ont atteint le niveau secondaire. Ces résultats sont le reflet au niveau de la population générale [28].

Des études nationale et internationales [6,51,56,57] ont montré des résultats similaires.

S'agissant de l'origine géographique, 45,7% (n=21) des patients étaient originaires du département de Ziguinchor, 26,1% (n=12) du département de Bignona. Et la MAC de Ziguinchor a enregistré le plus de détenus 89,1% (n=41) souffrant de troubles mentaux suivi en psychiatrie. Ceci s'explique par l'implantation du centre psychiatrique Emile Badiane dans le département de Ziguinchor, seul centre dans toute la Casamance.

Dans notre étude plus de la majorité des patients était de nationalité sénégalaise (87% ; n=40), nous avons aussi observé des détenus de nationalités gambienne (7% ; n=3), guinéenne (4% ; n=2) et bissau-guinéenne (2% ; n=1). La présence de ces nationalités est expliquée par la situation de la Casamance qui est frontalière à ces différents pays.

### **III.1.2. Aspects cliniques**

Une prévalence de 52,2% (n=24) de consommateurs de SPA était retrouvé dans notre série, avec une prédominance du tabac (50%) et du cannabis (43,5%). Notre résultat rejoint les données internationales. **Fazel et al. [58]** dans leur méta-analyse rapportent que les troubles liés à l'usage de substances concernent 30 à 60% des détenus selon les pays, de même que **Naidoo et al. [52]** avec 42%.

Dans notre étude, 71,7 % (n=33) des détenus avaient déclaré l'apparition de leurs troubles psychiatriques avant leur incarcération. Ce résultat rejoint les observations de **Diagne et al. [6]** qui soulignaient que la majorité des pathologies mentales en milieu carcéral sont préexistantes à la détention. Ces résultats plaident en faveur d'un dépistage systématique dès l'entrée en détention, comme le recommandent également **Fazel et al. [58]** dans leur méta-analyse.

Dans notre étude, 54,3% (n=25) de nos patients avaient un antécédent psychiatrique personnel, 23,9% (n=11) sans antécédent psychiatrique et 10,9% (n=5) avaient des antécédents psychiatriques personnel et familial. Une étude réalisée en Tunisie avait rapporté la présence d'antécédents familiaux psychiatriques dans 49 % des cas et 43,1 % des cas d'antécédents personnels psychiatriques avant leur incarcération **[59]**.

Des résultats similaires sont aussi notés dans la littérature **[60] [61] [62]**.

S'agissant des motifs de consultation, nous avons retrouvé à la fois des similitudes et des différences significatives en rapport aux études antérieures. L'insomnie reste le motif principal dans notre étude avec 21,9% (n=30). 29% avait été retrouvé dans l'étude de **Diagne et al.**, confirmant son statut de trouble carcéral par excellence suivi de l'agitation (20,6% ; n=28), la tendance à entendre des voix (Hallucinations) (14,7% ; n=20). **Manzenera et Senon [63]** en France et **Ibrahim et al. [64]** en Egypte rapportaient des prévalences similaires. **Nanéma et al. [49]** avaient observé un taux beaucoup plus élevé d'insomnie dans leur étude (51%). **Falissard et al. [56]** stipulaient que la rupture des relations sociales, les pensées réflexives sur les actes commis ou l'attente anxiogène de jugement avaient été considérées comme des facteurs favorisant l'insomnie chez les détenus. En outre, ce symptôme conduit parfois à de véritables attaques de panique avec un risque de raptus anxieux ou de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif.

Par contre le faible taux des idées suicidaires (1,5% ; n=2) dans notre étude contraste avec les données des pays occidentaux. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Le taux moyen de suicide, sur l'ensemble des pays qui fournissent des chiffres, est de 109 suicides pour 100 000 personnes dans les prisons. Les taux de mortalité les plus bas sont trouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord, avec 23 à 67 décès par suicide pour 100 000 détenus. En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet [65].

Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs culturels et religieux jouant un rôle protecteur en Afrique subsaharienne, où la cohésion sociale et les croyances spirituelles contribuent à une meilleure résilience d'après **Calvès et Marcoux** [66].

La schizophrénie est le diagnostic principal dans notre étude soit 37% (n=17) et 32,3% dans l'étude de **Diagne et al.** [6] Cette prédominance des troubles psychotiques sévères s'observe également dans la littérature internationale. **Motiuk** [67] au Canada et **Naidoo et Mikize** [52] en Afrique du Sud rapportent des prévalences similaires.

Notre étude révèle cependant une plus grande diversité diagnostique, avec notamment 17,4% (n=8) de troubles psychotiques aigus et transitoires (contre un taux <10% chez Diagne et al.) et 15,2% (n=7) d'épilepsie, non mentionnée par Diagne et al., des troubles Psychotiques dus à l'utilisation de SPA (10,9% ; n=5), des Troubles bipolaires (6,5% ; n=3). Cette spécificité pourrait s'expliquer par des facteurs régionaux (consommation de substances, particularités culturelles) ou par des différences dans les pratiques diagnostiques.

### **III.1.3. Aspects juridiques**

Dans notre étude, la majorité des détenus (60,8% ; n=28) avaient un seul chef d'inculpation, tandis que 34,8 % (n=16) en avaient deux, et seulement 4,4 % (n=2) en avaient trois ou plus. Cette multiplicité d'inculpations, observée également par **Nanéma et al. [49]**, traduit la complexité des trajectoires criminelles des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le vol arrive en tête des infractions recensées (18,3 % ; n=11), suivi de la détention illégale d'arme (11,8 % ; n=8) et de l'association de malfaiteurs (10,3 % ; n=7). Des infractions violentes telles que le meurtre (8,8 % ; n=6) et l'assassinat (5,9 % ; n=4) sont également présentes, de même que des infractions à caractère sexuel (viol, tentative de viol). Cette répartition concorde avec les observations retrouvés au Sénégal **[6,68]** et dans d'autres études en Afrique subsaharienne. **Nanéma et al. [49]** rapportaient une prédominance des vols et des agressions, souvent associés à des contextes de précarité socioéconomique **Naidoo et Mikize [52]** notaient une surreprésentation des délits contre les biens et des violences interpersonnelles chez les détenus souffrant de troubles mentaux. La présence non négligeable d'infractions liées aux stupéfiants (détention/trafic de cannabis) peut être mise en relation avec la forte prévalence de consommation de substances psychoactives (52,2 % ; n=42)

dans notre étude, un lien souvent documenté entre usage de drogues et activités délictuelles [58].

La répartition des détenus selon le mode de détention montre que 63 % (n=29) étaient condamnés contre 37 % (n=17) en détention provisoire. Cette prédominance des condamnés confirme la persistance ou l'aggravation des troubles psychiatriques après jugement, nécessitant un suivi continu. Ces chiffres sont proches de ceux observés par **Houssani et al.** [51] au Maroc (60 % de condamnés).

Selon **Penal Reform International (PRI)**, la surreprésentation des condamnés atteints de troubles mentaux reflète souvent l'absence de mécanismes de déresponsabilisation pénale et la rareté des alternatives à l'incarcération en Afrique [1]. En France, le dispositif d'irresponsabilité pénale fondé sur l'article 122-1 du Code pénal permet d'éviter l'incarcération de sujets présentant un trouble mental majeur au moment des faits, mécanisme inexistant ou faiblement appliqué dans de nombreux pays africains [5].

Au Sénégal, nous avons l'article 50 du code pénal qui stipule que « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » [69].

Nous notons également dans l'article 121 du nouveau code des obligations civiles et commerciales que « Il n'y a pas de faute si l'auteur du dommage était par son état naturel dans l'impossibilité d'apprécier son acte » [70].

Les peines les plus fréquemment observées étaient de 3 mois ferme et 2 ans ferme (16,7 % chacune). On observe une diversité de peines, allant de courtes durées (1 mois) à des peines plus longues (6 ans). Cette variété reflète la large gamme d'infractions commises, des contraventions aux crimes. La prédominance de peines relativement courtes peut indiquer que beaucoup de détenus ont commis

des délits de gravité moyenne ou bénéficient de circonstances atténuantes, possiblement liées à leur état mental. La question de l'ajustement de la peine en fonction de la responsabilité pénale et de l'état mental du justiciable est cruciale. Comme le rappelle **Fazel et al.**, les troubles mentaux sévères peuvent altérer le discernement et justifier des mesures de soins plutôt que des peines purement répressives [58]. Or, au Sénégal, la loi n° 75-80 de 1975 (Annexe) prévoit l'internement pour les malades mentaux ayant commis une infraction, mais son application reste limitée, en particulier en dehors de Dakar [7].

### **III.2. Etude analytique**

#### **III.2.1. Données sociodémographiques et Consommation de Substances Psychoactives (SPA)**

Notre étude n'a pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la tranche d'âge et la consommation de SPA ( $p=0,58$ ). Cependant, une tendance mérite d'être soulignée : les tranches d'âge de [26-35 ans] et [36-45 ans] présentaient chacune le plus fort pourcentage de consommateurs (17,4% ;  $n=8$ ). Cette observation est similaire avec les données épidémiologiques générales qui indiquent que la prévalence de la consommation de substances est la plus élevée chez les jeunes adultes. **Fazel et al.** dans leur méta-analyse, ont constaté que les troubles liés à l'usage de substances étaient particulièrement concentrés dans les tranches d'âge les plus jeunes des populations carcérales [58].

Le sexe n'était pas non plus significativement associé à la consommation de SPA ( $p=0,6$ ), un résultat surprenant étant donné que la littérature rapporte généralement une prévalence plus élevée chez les hommes en milieu carcéral. **Naidoo et Mikize** ont ainsi trouvé des taux de consommation masculine significativement plus élevés dans une prison sud-africaine [52]. Dans notre étude, tous les consommateurs identifiés étaient de sexe masculin, mais cela reflète simplement la composition extrêmement masculine de notre série (93,5% ;

n=43). L'absence de femme consommatrice parmi les trois incluses n'est pas interprétable statistiquement.

En revanche, une association significative a été observée entre la situation matrimoniale et la consommation de SPA ( $p=0,05$ ). Les détenus non mariés (célibataires, divorcés) présentaient un taux de consommation (45,7% ; n=21) nettement supérieur à celui des détenus mariés (6,5% ; n=3). Le fait d'être marié apparaît comme un facteur protecteur ( $OR=0,25$ ). Ce résultat est en accord avec de nombreuses études qui associent le statut marital, en particulier le mariage, à une réduction des comportements à risque, y compris la consommation de substances. **Klassen et O'Connor** ont évoqué l'effet stabilisateur du lien conjugal, qui peut fournir un soutien social et exercer un contrôle informel sur les comportements [54]. La solitude et le manque de liens sociaux stables, plus fréquents chez les non-mariés, sont des facteurs de risque connus pour les addictions.

Aucune association significative n'a été trouvée entre le niveau d'instruction ( $p=0,85$ ) ou la profession ( $p=0,87$ ) et la consommation de SPA. Cela suggère qu'en milieu carcéral, le risque de consommation de substances pourrait être si élevé et multifactoriel qu'il transcende ces déterminants sociaux habituels. La détention elle-même, avec son stress, son ennui et sa culture propre, peut être un facteur déclenchant ou aggravant majeur, indépendamment du capital scolaire ou professionnel antérieur.

### **III.2.2. Données cliniques et consommation de SPA**

Contrairement à certaines attentes, la présence d'antécédents psychiatriques (personnels ou familiaux) n'était pas significativement liée à la consommation de SPA ( $p=0,6$ ). Cela indique que, dans cette population, la consommation de substances n'est pas l'apanage des seuls détenus ayant des antécédents

psychiatriques connus. Elle semble être un problème pervasive, touchant également les détenus sans histoire psychiatrique préalable. Ceci plaide pour un dépistage universel des addictions à l'entrée en détention, et non pas seulement chez ceux présentant des symptômes psychiatriques évidents.

L'analyse du début des troubles par rapport à la consommation de SPA, bien que non significative ( $p=0,24$ ), révèle une tendance importante : 41,3% ( $n=19$ ) des consommateurs de SPA ont déclaré l'apparition de leurs troubles avant l'incarcération, contre seulement 10,9% ( $n=5$ ). Ceci renforce l'hypothèse d'une vulnérabilité préexistante et du rôle potentiel de l'usage de substances comme facteur déclenchant ou aggravant de pathologies mentales avant même l'incarcération, ou comme mécanisme d'automédication de symptômes pré-carcéraux. **Fazel et al.** soulignent la forte comorbidité et la relation bidirectionnelle entre troubles mentaux et usage de substances, qui précèdent souvent l'incarcération [58].

La schizophrénie est le diagnostic le plus représenté, retrouvée chez 37,0 % ( $n=17$ ) des participants, dont 28,3% ( $n=13$ ) consommaient des SPA. Cette surreprésentation suggère un lien probable entre la consommation de substances et la survenue ou la décompensation d'un trouble schizophrénique. Plusieurs études ont rapporté cette association. La consommation de cannabis, d'alcool ou de stimulants est connue pour majorer le risque de déclenchement d'un épisode psychotique ou de rechute chez les patients schizophrènes [7,71,72].

Les troubles psychotiques aigus et transitoires représentent 17,4% ( $n=8$ ) des cas, légèrement plus fréquents chez les non-consommateurs (10,9 % ;  $n=5$ ) que chez les consommateurs (6,5 % ;  $n=3$ ). Cela pourrait s'expliquer par des épisodes psychotiques liés à des facteurs de stress ou à la détention elle-même, indépendamment d'une intoxication. Les troubles psychotiques induits par les SPA concernent 10,9% ( $n=5$ ) des détenus, exclusivement retrouvés chez les

consommateurs (10,9% ;n=5).Ce résultat confirme le rôle direct des substances psychoactives dans la genèse des troubles mentaux, notamment les psychoses toxiques [73].

### **III.2.3. Données juridiques et consommation de SPA**

Aucun lien significatif n'a été établi entre la consommation de SPA et le mode de détention (prévenu vs condamné,  $p=0,82$ ) ou le type d'infraction commise ( $p=0,15$ ). Cela suggère que la consommation de substances est un problème transversal dans la population carcérale, quel que soit le statut juridique ou la nature de l'infraction. Elle n'est pas spécifiquement associée à un type de délit dans notre étude, bien que la littérature établisse souvent un lien entre toxicomanie et crimes contre les biens.

### **III.2.4. Tranche d'âge et mode de détention**

En revanche, une association statistiquement significative a été mise en évidence entre la tranche d'âge et le mode de détention ( $p=0,04$ ). L'analyse des résidus montre que la détention provisoire concernait principalement la tranche [26-35 ans] (17,4% ; n=8), tandis que les condamnés définitifs étaient surreprésentés dans les tranches [16-25 ans] (21,7% ; n=10) et [36-45 ans] (21,7% ; n=10). Ce résultat peut s'expliquer par des dynamiques judiciaires complexes. La surreprésentation des jeunes condamnés [16-25 ans] (21,7% ; n=10) pourrait refléter des parcours de délinquance plus précoces ou une application différenciée de la justice pour les jeunes adultes. La tranche [26-35 ans], plus souvent en détention provisoire, pourrait correspondre à des affaires plus complexes ou à des individus aux antécédents judiciaires moins lourds, en attente de jugement. Nous notons que les durées de détention provisoire peuvent varier considérablement selon les régions et les profils des détenus, influencées par des facteurs tels que la gravité de l'infraction présumée et les antécédents [1].

### **III.2.5. Situation matrimoniale et mode de détention**

Aucun lien significatif n'était retrouvé entre la situation matrimoniale et le mode de détention ( $p > 0,05$ ). L'analyse montre que 50,0 % ( $n=23$ ) des non mariés étaient condamnés, contre 15,2 % ( $n=7$ ) chez les mariés, tandis que 26,1 % ( $n=12$ ) des non mariés et 8,7 % ( $n=4$ ) des mariés étaient en détention provisoire.

Ce résultat peut être expliqué par le fait que sur le plan socio-criminologique, le mariage est souvent considéré comme un facteur protecteur, favorisant la stabilité émotionnelle, le soutien social et une meilleure intégration sociale. À l'inverse, l'absence de lien conjugal stable peut être associée à une plus grande précarité socio-économique, une exposition accrue aux conduites à risque (consommation de substances psychoactives, violence) et une implication plus importante dans le système judiciaire.

### **III.2.6. Chef d'inculpation et mode de détention**

La dépendance est significative entre le mode de détention et les chefs d'inculpations. Des différences entre les détenus provisoires et les condamnés étaient notées, reflétant à la fois la nature des infractions et les pratiques judiciaires.

Tous les détenus inculpés pour vol (16,2% ;  $n=11$ ) étaient des condamnés. Ce fait suggère que les inculpations contre les biens aboutissent plus rapidement à une décision judiciaire définitive.

Les infractions violentes telles que le meurtre (8,8% ;  $n=6$ ), l'assassinat (5,9% ;  $n=4$ ) et les tentatives d'assassinat (2,9%) sont observées dans les deux groupes, mais apparaissent relativement plus représentées chez les détenus provisoires. Cette situation peut s'expliquer par la complexité des procédures judiciaires pour les crimes de sang, nécessitant des enquêtes approfondies et des expertises médico-légales et psychiatriques, prolongeant ainsi la détention provisoire.



## **CONCLUSION**

En 2024, la population carcérale mondiale est estimée à 11,5 millions de personnes, confirmant une progression constante du nombre de détenus à l'échelle internationale. Si les facteurs expliquant cette hausse sont multiples et complexes, les conséquences, elles, sont clairement identifiées : surpopulation, dégradation des conditions de détention, atteintes aux droits fondamentaux et répercussions majeures sur la santé physique et mentale des personnes incarcérées. Les systèmes pénitentiaires, souvent au-delà de leurs capacités d'accueil, peinent à garantir des conditions de vie dignes, tandis que l'accès aux soins et la prise en charge des troubles psychiatriques demeurent insuffisamment documentés et pris en compte dans les politiques publiques. Au Sénégal, seules deux études avaient jusque-là été consacrées à la santé mentale en milieu carcéral, illustrant la marginalisation persistante de cette population.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude, dont l'objectif général était de décrire les caractéristiques des détenus de la Casamance suivis au Centre Psychiatrique Émile Badiane de Ziguinchor entre 2019 et 2024. Les objectifs spécifiques portaient sur les dimensions sociodémographiques, cliniques et juridiques de cette population.

Notre travail, fondé sur une étude rétrospective descriptive et analytique, a permis de répertorier 46 détenus suivis sur une période de six ans.

Les résultats de notre étude mettent en évidence une population d'étude qui était composée majoritairement d'hommes (93%), la moyenne d'âge était de 34,7 ans  $\pm$  10,4 avec des extrêmes de 18 et 58 ans. Les tranches d'âge de [26-35 ans] et [36-45 ans] étaient les plus représentées avec chacune 28,26 %. La majorité de nos patients était d'ethnie diola (37%), suivi des pular (19,6%) et des mandingues (17,4%). Les patients étaient majoritairement originaires de Ziguinchor avec 45,7% des cas. Les ouvriers étaient les plus représentés avec 30,4%, suivi des

commerçants avec 23,9% et les sans-emplois avec 21,7%. Les patients dans leur majorité avaient arrêté leurs études aux cycles primaire et secondaire avec un taux de 32,6% chacun suivis des non scolarisés avec 23,9%. Par contre 6,5% des patients avaient suivi un enseignement coranique strict et 4,3% avaient atteint le niveau secondaire. 72% de nos patients était célibataires suivis de 24% de marié et de 7% de divorcé. Quarante-deux (42) patients étaient de confession musulmane soit 91% et 4 de confession chrétienne soit 9%. 87% des patients soit un effectif de 40 étaient de nationalité sénégalaise suivi de 3 patients de nationalité gambienne, 2 guinéenne soit 4% et 1 bissau-guinéenne soit 2%. La majorité de nos patients était incarcérée à la MAC de Ziguinchor (89%) suivis de ceux de la MAC de Sédhiou avec 9%. 54,3% de nos patients avaient un antécédent personnel et 10,9% avaient un antécédent personnel et familiale.

La consommation de SPA était retrouvée dans 52,2% de nos patients et parmi eux 50% consommaient le tabac et 43,5% le cannabis. La plupart de nos patients (71,7%) avait débuté leur trouble avant l'incarcération, 19,6% durant le 1er mois après incarcération et 8,7% avant la 1ère année d'incarcération.

L'insomnie était le motif de consultation le plus fréquemment rencontré avec 30 apparitions soit 22,1% suivis de l'agitation (20,6%), la tendance à entendre des voix (Hallucinations) (14,7%) et l'incohérence verbale (11,8%).

La Schizophrénie était le diagnostic le plus représenté avec 37% suivis des Troubles psychotiques aigus et transitoires (17,4%), de l'Epilepsie (15,2%) et des Troubles Psychotiques dus à l'utilisation de SPA (10,9%).

La majorité de nos patients (60,8%) avait un seul chef d'inculpation (n=28) et ceux ayant 2 chefs d'inculpations étaient de 34,8% (n=16).

Les infractions les plus représentées sont le vol (16,2%), la détention illégale d'arme (11,8%) et l'association de malfaiteurs (10,3%).

Les 63% de nos patients étaient condamnés alors que 37% étaient des prévenus. Les peines d'emprisonnement les plus observées dans notre étude étaient celles de 03 mois ferme et de 02 ans ferme représentant chacune 16,7%.

En ce qui concerne l'étude analytique, nous avons constaté que la consommation de substances psychoactives et la tranche d'âge n'étaient pas liées mais nous avons noté une forte prédominance des consommateurs chez les tranches d'âge [26-35 ans] et [36-45 ans]. Tous les consommateurs de SPA étaient de sexe masculin. Il n'y avait pas de lien entre le niveau d'instruction et la consommation de SPA. La dépendance est significative ( $p=0,05$ ) entre la situation matrimoniale et la consommation de SPA. Le fait d'être marié était un facteur protecteur à la consommation de SPA. Aucun lien n'a été retrouvé entre la consommation de SPA et les autres facteurs à savoir la profession, les antécédents psychiatriques, le début des troubles, les motifs de consultations, le chef d'inculpation et le mode de détention. Nous avons noté une dépendance significative entre la nosologie en fonction de la consommation de SPA. La schizophrénie était le diagnostic le plus représenté avec 37% dont 28,3 % consommaient une SPA suivi par les troubles psychotiques aigus et transitoires qui représentaient 17,4 % des cas avec un taux de non-consommateurs de 10,9 %.

La dépendance n'était pas significative entre la situation matrimoniale et le mode de détention. Elle était peu significative entre le mode de détention et l'infraction. Par contre le mode de détention et la tranche d'âge étaient liés. La détention provisoire concernait principalement la tranche d'âge [26-35 ans] (17,4 % ;  $n=8$ ) alors que la condamnation définitive touchait plus fréquemment les tranches d'âge [16-25 ans] (21,7 % ;  $n= 10$ ) et [36-45 ans] (21,7 % ;  $n= 10$ ).

A l'issue de ce travail nous pouvons retenir que le profil sociodémographique des détenus suivis au Centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor est le suivant : un homme jeune avec un âge moyen de 34,7 ans, célibataire,

majoritairement de nationalité sénégalaise, d'ethnie diola, exerçant des activités précaires et ayant un niveau d'instruction ne dépassant pas le cycle moyen.

Sur le plan clinique, plus de la moitié présentaient des antécédents psychiatriques personnels et plus d'un détenu sur deux consommait des substances psychoactives, principalement le tabac et le cannabis. Les troubles mentaux étaient dominés par la schizophrénie et les troubles psychotiques aigus et transitoires, avec un début survenant dans la majorité des cas avant l'incarcération. L'insomnie, l'agitation, les hallucinations et l'incohérence verbale représentaient les principaux motifs de consultation. L'analyse statistique a mis en évidence des liens significatifs entre la consommation de substances psychoactives et le statut matrimonial, ainsi qu'entre cette consommation de SPA et la nosologie. Un lien significatif a également été observé entre l'âge et le mode de détention.

Sur le plan juridique, la majorité des détenus avaient un seul chef d'inculpation, le vol constituant l'infraction la plus fréquente. Près des deux tiers étaient condamnés, généralement à des peines comprises entre trois mois et deux ans d'emprisonnement ferme.

Au terme de ce travail, il apparaît clairement que les détenus souffrant de troubles psychiatriques en Casamance constituent une population vulnérable, cumulant précarité sociale, fragilité psychique et exposition accrue aux conditions difficiles de détention. Ce constat souligne la nécessité de formuler quelques recommandations.



**RECOMMENDATIONS**

Recommandations à l'endroit :	A court terme	A moyen terme	A long terme
Ministère de la santé et de l'Hygiène publique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soutenir la recherche et la collecte de données en santé mentale en prison via des études régionales et nationales, afin de mieux orienter les actions publiques</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Renforcer les ressources humaines et matérielles allouées aux structures de santé mentale, en particulier dans les Zones reculées</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Intégrer la santé mentale dans les politiques carcérales en élaborant un programme national de santé mentale en milieu pénitentiaire, incluant le dépistage systématique des troubles psychiques dès l'entrée en détention</li> </ol>
Ministère de la justice	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faciliter l'accès aux soins en organisant des consultations psychiatriques régulières au sein des établissements ou en assurant des transferts sécurisés vers les centres de santé mentale.</li> <li>2. Former les personnels pénitentiaires à la détection des troubles mentaux et à la gestion des comportements liés à la maladie mentale.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place un cadre juridique relatif à la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux</li> <li>2. Créer un registre médical centralisé pour chaque détenu, permettant un suivi cohérent de son parcours de soins pendant et après l'incarcération</li> <li>3. Améliorer les conditions de vie en détention pour réduire les facteurs de stress</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promouvoir des alternatives à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, lorsque cela est compatible avec la sécurité publique.</li> <li>2. Œuvrer pour la construction de nouvelles maisons d'arrêt et de correction et la réhabilitation des MAC dont l'état des lieux reste à désirer</li> <li>3. Bien gérer les archives</li> </ol>

<p>Professionnels de santé des prisons</p>	<p>1. Systématiser l'évaluation psychiatrique lors de l'admission en détention et assurer un suivi régulier des détenus, en particulier ceux présentant des antécédents ou des signes de souffrance psychique</p>	<p>1. Développer des protocoles de collaboration entre les structures de psychiatrie et les infirmeries des prisons pour une continuité des soins avant, pendant et après la détention</p>	<p>2. Sensibiliser à la dimension culturelle des troubles mentaux et adapter les approches thérapeutiques aux réalités locales (ethnies, croyances, langues)</p>
<p>Communautés</p>	<p>1. Déstigmatiser la maladie mentale par des campagnes de sensibilisation auprès de la population , y compris en milieu carcéral, pour favoriser une approche empathique et solidaire</p> <p>2. Informer sur les risques liés aux substances psychoactives et promouvoir des modes de vie sains, notamment auprès des jeunes</p>	<p>1. Encourager le maintien des liens familiaux avec les détenus, facteur protecteur pour leur santé mentale et leur réinsertion</p>	<p>1. Soutenir les initiatives communautaires d'accompagnement et de réinsertion des anciens détenus, en collaboration avec les structures sanitaires et sociales</p>

## REFERENCES

1. Global-prison-trends-report-2024\_EN.pdf, PRI [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur : <https://cdn.penalreform.org>
2. Les tendances de l’incarcération | World Prison Brief [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.prisonstudies.org>
3. Consultance sur les droits des personnes privées de liberté | Amnesty International Sénégal [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.amnesty.sn>
4. Prisons and health ,OMS [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int>
5. Fovet T, Chan-Chee C, Baillet M, Horn M, Wathelet M, D’Hondt F, et al. Psychiatric hospitalisations for people who are incarcerated, 2009–2019: An 11-year retrospective longitudinal study in France. *EClinicalMedicine*. 2022 ;46;1-12.
6. Diagne I, Petit V, Seck K, Makhtar Ba EH, Ndiaye-Ndong ND, Sylla A, et al. Caractéristiques de la population carcérale suivie en ambulatoire au service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Sénégal. *PAMJ*. 2021;39(221);1-12.
7. Djoumessi temah, M. Aspects cliniques, organisationnels et médicolégaux des soins psychiatriques en milieu carcéral au sénégal : étude de douze observations colligées au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor [Mémoire Psychiatrie];Sénégal; Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2012;N°651
8. Psychiatrie. Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 24 sept 2024]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org>
9. Santé mentale : renforcer notre action ;OMS ;[Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
10. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité ;OMS; [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int>
11. Tiquet R. Gestion policière et enfermement non pénal : la mise à distance des « fous dangereux » dans le Sénégal colonial. *Clio Themis Rev Électronique Hist Droit*. ;2022 ;23;1-20
12. Collignon R. La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. *Revue Tiers Monde*; 2006 ; 47(187); 527-46

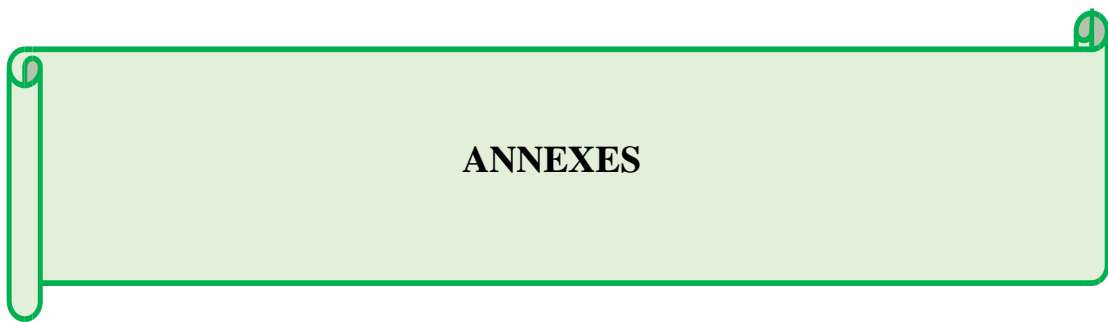
13. Sylla A. Historique des structures de soins de santé mentale au Sénégal Et étude d'un modèle décentralisé: le centre Dalal-Xël de Thiès [Mémoire Psychiatrie]; Sénégal; Université Cheikh Anta Diop;1998;N°
14. Seck D. Profils sociodémographique et clinique des patients suivis au centre psychiatrique Emile badiane de Ziguinchor/Sénégal (du 01/01/2019 au 31/12/2019) [Thèse de doctorat de médecine]. [Sénégal];UFR 2S/ Université Assane Seck de Ziguinchor; 2020;N°16
15. Collignon R. Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar; Psychopathologie africaine; 1978; 14 (2-3); 133-324.
16. Biadi-Imhof A. La santé mentale dans le rapport nord-sud. Présentation : contexte et enjeux. Rev Tiers Monde. 2006;187(3):485-508.
17. Ory B. Le modèle de l'accompagnant : Un outil thérapeutique en hôpital psychiatrique. Prat En Santé Ment. 2017;63(3):43-7.
18. The History of Mental Health in Senegal: Healthcare and Educational infrastructures. Clin Health. 2020;41(4):45-50.
19. Diakhaté A. Bilan des hospitalisations au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor : Approche épidémiologique et sociodémographique des pathologies les plus fréquentes. [Thèse de doctorat de médecine]. [Sénégal] Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2015;N°53
20. Ba M, Sylla O. Eléments de réflexion sur les perspectives d'avenir de la psychiatrie au Sénégal. Dans : Almeida A. Folie Au Sénégal ;Dakar ;ACS. 1997;305-23.
21. Sarr D, Gueye M. L'école ethnopsychiatrique de Fann : mythe ou réalité. SYNAPSE; 1994;108;33-40.
22. SY A. Profil épidémiologique des usagers du cannabis en milieu psychiatrique sénégalais [Internet] [Thèse de doctorat de médecine]. [Sénégal] Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2009.N°112
23. Ahanhanzo YG, Saizonou J, et al. Implication des agents de santé dans la conception des outils de collecte de données au Bénin. Santé Publique; 2015;27(2):241-48.
24. Hane F. Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs. Santé Publique. 2017;29(6):879-86.
25. Programme Santé mentale (PSM) | Ministère de la santé et de l'action sociale [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.sante.gouv.sn>
26. Plan stratégique Santé Mentale Senegal 2024-2028 V.pdf | Ministère de la santé et de l'action sociale [Internet]. [cité 18 oct. 2024]. Disponible sur: <https://www.sante.gouv.sn>

27. Diagne I, Petit V, Ndiaye-Ndongo N, Sylla A. Profil des Jeunes de 15 à 25 Ans Souffrant de Problèmes de Santé Mentale au Sénégal : Une Étude au Centre de Santé Mentale Dalal Xel de Thiès. *Afr Health Sci.* 2023;24(6):20-25.
28. RGPH-5\_Rapport global-Prov-juillet2024\_0.pdf ;ANSD; [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn>
29. Rapport Mondial Sur la Santé Mentale: Transformer la Santé Mentale Pour Tous. Vue D'ensemble; 1st ed.; Geneve: OMS; 2022.
30. Niang Diene A. La gouvernance de la santé. Enjeux et pratiques au Sénégal. L' Harmattan tome 2. Dakar; 2019.
31. Petit V. Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Rev Francoph Sur Santé Territ* [Internet];2019;[cité 16 oct 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org>
32. Prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral sénégalais : états des lieux et recommandations: Rapport final Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal [Internet]. [cité 18 oct 2024] Disponible sur: <https://www.sante.gouv.sn>
33. Ouelgo I. Sénégal, Problématique du système carcéral.pptx ministère de la justice ,Sénégal [Internet]. [cité 19 oct 2024]. <https://justice.sec.gouv.sn>
34. Annuaire de l'administration pénitentiaire [Internet]. Ministère de la Justice du Sénégal. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://justice.sec.gouv.sn>
35. Peine - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com>
36. Raulin G. La place de la psychiatrie en prison en France : réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir [Thèse de Médecine]; Université de Strasbourg;France;2018;N°233
37. Duroché JP, Pédrón P. L'organisation des soins psychiatriques en prison in *Droit Pénitentiaire*; 4<sup>ème</sup> édition ; Paris ;Vuibert Sup Droit ; 2019; 373-383.
38. Couturier M. La santé mentale en prison : un système de prise en charge en souffrance ou une souffrance nécessaire ? *Cah Rech Sur Droits Fondam.*2024;(22):59-64.
39. Dormoy O, Michel D. Soigner et/ou punir: Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison . Paris: L'Harmattan ; 1995 ; 243-261.
40. Mormont M. Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique. *VST - Vie Soc Trait.* 2014;124(4);19-23.

41. Eck M, Fovet T, Amad A. LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE : Un guide pratique à destination des internes. [Internet];[cité le 08 déc. 2024] disponible sur <http://www.asso-aesp.fr>
42. Hajji K, Khammouma S, Marrag I, Nasr M. Situation de la psychiatrie carcérale en Tunisie. *Inf Psychiatr.* 23 oct 2015;91(8):671-675.
43. Koua AM, Ahounou EI, Coulibaly SP, Djo Bi DF, Konan KP, Koffi T, et al. [Psychiatric morbidity in prison population: prevalence survey In the home judgment and correcting of Abidjan (Côte d'Ivoire)]. *Mali Med.* 2015;30(4):11-5.
44. Afrique du Sud : les prisons en 2023 [Internet]. Prison Insider. 2024 [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.prison-insider.com>
45. Vie en détention [Internet]. Ministère de la Justice du Sénégal. [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: <https://justice.sec.gouv.sn>
46. Dubois O. Les conditions de vie dans les prisons et leur impact sur les détenus [Internet]. Justice & Transparence. [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.fopenitientiaire.fr>
47. Lancelevée C. Santé mentale : « La sortie de prison est un moment à risque » [Internet]. 2023 [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: <https://sciences-sociales.unistra.fr>
48. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *L'Encéphale.* 1 déc 2004;30(6):525-531.
49. Nanéma D, Goumbri P, Karfo K, Ouango JG, Ouédraogo A. Aspects épidémiologiques et cliniques des troubles psychiatriques en milieu carcéral à Ouagadougou, Burkina Faso. *Ann Afr Psychiatr.* 2014;3(1-2):59-73.
50. Tolo PMA. Étude de la Prévalence et des Facteurs Associés aux Troubles Mentaux chez les Détenus de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali en 2023 [Thèse de doctorat de médecine]. [MALI]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023;N°?
51. Houssani K, Meziou O, Khelifa E, Ben Mariem H, Derouiche S, Mnif L et al. Caractéristiques sociodémographiques des détenus suivis à la consultation externe de psychiatrie de l'hôpital Raki. In: *Récidive criminelle dans les maladies mentales criminelles.*
52. Naidoo S, Mkize DL. Prevalence of mental disorders in a prison population in Durban, South Africa. *Afr J Psychiatry.* janv 2012;15(1):30-5.
53. Arnal R. Recherche et caractérisation des pathologies psychiatriques au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, Guyane française [Thèse de doctorat de médecine]. [France]: Université des Antilles; 2016;N°?

54. Klassen, D., & O'Connor, W. A. (1988). Predicting violence in schizophrenic and non-schizophrenic patients: A prospective study. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 217-227.
55. Rapport sur la Population du Sénégal 2024.pdf [Internet]. ANSD [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn>
56. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 21 août 2006;6(1):33.
57. Beunas C. La santé mentale à l'entrée en maison d'arrêt. Une approche sociologique. *F2RSM Psy.2024*;[Internet] [cité 22 oct 2025]; Disponible sur: <https://lilloa.univ-lille.fr>
58. Fazel, S., Yoon, I.A., & Hayes, A.J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739.
59. Hajji K, Khammouma S, Marrag I, Nasr M. Situation de la psychiatrie carcérale en Tunisie. *L'information Psychiatr.* 2015;91(8);671-5.
60. La santé mentale en détention : « Nous devons continuer à faire briller la lumière dans les endroits sombres » | APT [Internet]. [cité 11 avr. 2025]. Disponible sur: <https://www.apr.ch/fr>
61. Neri C, Needham I. La santé mentale des personnes incarcérées et leur perception du stress. *Eur Psychiatry*. 1 nov. 2015;30(8, Supplement):S138.
62. La santé incarcérée: enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison. Observatoire international des prisons/section française 2022 [cité 11 avr. 2025]; Disponible sur: <https://www.lemediasocial.fr>
63. Manzanera C, Senon J. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2004;162(8):686-99.
64. Ibrahim EM, Halim ZA, Wahab EA, Sabry NA. Psychiatric Morbidity Among Prisoners in Egypt. *World J Med Sci.* 2014;11(2):228-32.
65. Thomas P. et Fovet T. Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral. *adsp*;2018;(104);28-30
66. Calvès, A. E., Marcoux,. *Famille, solidarité et vieillissement en Afrique subsaharienne : entre traditions et mutations sociales. Les sociétés africaines en mutation ; Québec ; Presses de l'Université Laval.2020*

67. Motiuk LL, Porporino FJ. Prévalence, nature et gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin dans les pénitenciers du Canada. canada; 1991; p. 4-9. Report No.: R-24.
68. RGPH-5\_Rapport global-Prov-juillet2024\_0.pdf [Internet].ANSD; [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn>
69. Code pénal [Internet]. Ministère de la Justice du Sénégal. [cité 15 déc 2025]. Disponible sur: <https://justice.sec.gouv.sn>
70. Société Nationale de Recouvrement. Nouveau code des obligations civiles et commerciales [Internet]. [cité 15 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.snr.gouv.sn>
71. Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1 déc 1996;40(11):1155-63.
72. Saha S, Chant D, McGrath J. Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(1):55-61.
73. Volkow ND. Substance Use Disorders in Schizophrenia—Clinical Implications of Comorbidity. *Schizophr Bull*. mai 2009 ;35(3) :469-72.



**ANNEXES**

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

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

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

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

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

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

1° au sein de la famille du malade ;

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

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

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

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

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

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

- 1° l'identité du malade ;
- 2° le diagnostic justifiant son traitement en cure libre ;
- 3° le lieu où le malade doit recevoir ses soins ;
- 4° le résultat des visites mensuelles de contrôle médical

Des fiches individuelles reproduisent les renseignements consignés sur le registre.

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

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

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

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

Art. 7. — Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article premier sont internés dans un établissement spécialisé de type fermé qui sera créé par décret. L'admission, le séjour, les conditions de sortie ont lieu conformément aux dispositions ci-après de la présente loi.

Art. 8. — Les malades mentaux visés à l'alinéa 2 de l'article premier, en provenance de toutes les régions du Sénégal, sont internés provisoirement dans l'infirmerie spéciale dépendant de l'établissement de type fermé visé à l'article

7, où ils sont conduits par les autorités médicales et de police ou de gendarmerie sur ordre écrit et motivé du préfet du lieu où ils sont été appréhendés.

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

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

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

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

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

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

Art. 12. — Dès que la décision du tribunal ordonnant l'internement est parvenue au secrétariat de l'infirmerie, le malade mental doit immédiatement

quitter cette formation pour être interné dans l'établissement spécial de type fermé.

Art. 13. — Si le malade mental interné paraît pouvoir se conformer aux exigences de la cure libre prescrite par le médecin traitant ou estimée suffisante par l'expert éventuellement désigné, le médecin-chef de l'établissement de type fermé, toute personne intéressée ou le procureur de la République peut demander au tribunal qui a statué d'ordonner, après vérifications, soit la sortie à l'essai du malade, soit sa sortie immédiate en interdisant qu'il soit à nouveau contraint à l'internement sans nouvelle procédure judiciaire.

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

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

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

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

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

Le procureur de la République ou son substitut, le président du tribunal, le préfet ou son représentant, les délégués du Ministre chargé de la Santé publique peuvent à tout moment contrôler inopinément cet établissement et son infirmerie spéciale.

Art. 15. — Les malades mentaux relevant de la présente loi sont ceux visés à l'article 342 du Code de la famille.

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

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

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

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

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

Fait à Dakar, le 9 juillet 1975

Par le Président de la République :

Léopold Sédar Senghor

Le Premier Ministre, Abdou Diouf

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

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

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

## Autorisation d'accès et de recherche



République du Sénégal

Un Peuple - Un But - Une Foi

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

Direction générale de l'Administration pénitentiaire

**Direction des Affaires juridiques, de la Planification**

**des Statistiques et des Etablissements pénitentiaires.**

N°

Dakar, le

/MJ/DGAP/DAJPSEP

12 DEC 2024

**Le Directeur,**

**Objet :** a/s autorisation de recherche.

**Référence :** votre lettre en date du 04 décembre 2024.

**Monsieur,**

J'accuse réception de votre correspondance rappelée en référence, par laquelle vous sollicitez une autorisation d'accès aux maisons d'arrêt et de correction de Ziguinchor, Bignona, Sédhiou, Oussouye, Kolda et Vélingara, pour faire des recherches, dans le cadre de votre mémoire de doctorat sur les « **caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de la population carcérale de la Casamance suivie en psychiatrie** ».

A cet effet, je réserve une suite favorable à votre requête et vous autorise d'accéder dans les établissements pénitentiaires précités. **Cette autorisation est valable jusqu'au 31 mars 2025.**

Toutefois, je vous demande de prendre contact avec les Directeurs des établissements pénitentiaires concernés, pour une bonne organisation de vos recherches qui devront se dérouler conformément à la réglementation pénitentiaire.

Je vous en souhaite bonne réception.

Je vous prie de croire, **Monsieur**, à l'assurance de ma parfaite considération.

**Ampliations:**

- DGAP (ATCR) ;
- DRAP/Ziguinchor-Sédhiou-Kolda ;
- Directeurs des établissements pénitentiaires concernés ;
- Archives-chrono.

A

**Monsieur Cheikh abdoul Wahab BALDE,**  
Etudiant à UFR 2S/UASZ.

**Tél: 77 237 54 83**

**Email : cheikhabdoulwahabbalde@gmail.com**

## **FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNEES**

N°FICHE :

N°DOSSIER :

### **A) DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

PRENOM :

NOM :

Âge :

SEXE : Masculin

Féminin

ETHNIE :

Diola  Pular  Mandingue  Wolof  Sérér  Mancagne  Balante

Autres

RELIGION : Musulman(e)  Chrétien(ne)  Autres

NIVEAU D'INSTRUCTION :

Élémentaire

Moyen

Secondaire

Supérieur

Enseignement coranique strict  Non scolarisé

PROFESSION :

Elève-Etudiant

Apprenti

Commerçant

Cultivateur /Éleveur

Sans emploi

Retraité

Ouvrier

Salarié

Autre

SITUATION MATRIMONIALE :

Marié (e)

Célibataire

Divorcé (e)

Veuf (ve)

NATIONALITE :

Sénégalaise

Guinéenne

Bissau Guinéenne

Gambienne

Autre

PROVENANCE GEOGRAPHIQUE :

Ziguinchor

Bignona

Oussouye

Kolda

Vélingara

Sédhiou

Boukiling

Goudomp

MYF

LIEU D'INCARCERATION :

Ziguinchor

Bignona

Oussouye

Kolda

Sédhiou

Vélingara

### **B) DONNEES CLINIQUES**

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

Personnel

Familiaux

Personnel et familiaux

Sans Antécédents

Non déterminé

**DEBUT DES TROUBLES :** Avant incarcération  1<sup>er</sup> mois après incarcération

Avant les 5 premiers années après incarcération

Après les 5 premiers années après incarcération

**CONSOMMATION DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE (SPA) :** OUI  NON

**NATURE DE LA SPA :**

Tabac

Alcool

Cannabis

Autres

**MOTIFS DE CONSULTATIONS :**

**Motif 1 :**

**Motif 2 :**

**Motif 3 :**

**NOSOLOGIE : En fonction de la CIM-11**

### **C) DONNEES JURIDIQUES**

**NOMBRE DE CHEF D'INCULPATION :**

**CHEFS D'INCULPATIONS :**

**1er :**

**2ème :**

**3ème :**

**MODES DE DETENTIONS :**

Provisoire

Condamnés

Contraints par corps

**PEINE D'EMPRISONNEMENT :**

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes

confrères si j'y manque !

## PERMIS D'IMPRIMER

---

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

*Vu et permis d'imprimer*

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

## RESUME

### **Caractéristiques de la population carcérale de la Casamance suivie au Centre Psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor (Étude rétrospective allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2024)**

**Objectifs :** Les objectifs étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires des détenus suivis au centre psychiatrique, d'identifier les pathologies mentales prévalentes et d'analyser les facteurs associés, notamment la consommation de substances psychoactives.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur l'ensemble des détenus référés au CPEBZ sur une période de 6 ans. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de détention.

**Résultats :** Au total, 46 détenus répondant aux critères d'inclusion ont été inclus. La population était majoritairement masculine (93,5% ; n=43), avec un âge moyen de 34,7 ans ( $\pm 10,4$ ). La majorité étaient célibataires (72% ; n=33) et près d'un quart (21,7% ; n=10) étaient sans emploi avant l'incarcération. L'ethnie Diola était la plus représentée (37% ; n=17). Sur le plan clinique, plus de la moitié (54,3% ; n=25) avaient des antécédents psychiatriques personnels. La consommation de substances psychoactives était fréquente (52,2% ; n=24), dominée par le tabac (50%) et le cannabis (43,5%). Les troubles psychotiques, dont la schizophrénie (37%), constituaient les diagnostics les plus fréquents. Le vol était le chef d'inculpation principal (18,3%) et la majorité des détenus (65,2% ; n=30) étaient condamnés. Aucune association significative n'a été trouvée entre la consommation de substances psychoactives et les variables sociodémographiques ou judiciaires.

**Conclusion :** Le profil du détenu suivi en psychiatrie est celui d'un homme jeune, célibataire, avec un faible niveau d'instruction et une prévalence élevée de troubles psychotiques et de consommation de substances psychoactives. Ces résultats soulignent la nécessité d'un dépistage systématique des troubles mentaux et des addictions à l'entrée en détention, et d'une collaboration renforcée entre les systèmes judiciaire et de santé pour une prise en charge adaptée de cette population vulnérable.

**Mots-clés :** Caractéristique, Psychiatrie, Détenus, Casamance