
Sommaire

<i>Première partie : Revue de la littérature</i>	1
Introduction	2
I. LA PRISON ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	5
I.1. DEFINITIONS	5
I.2. QUELQUES ELEMENTS D'HISTORIQUE :	5
I.3. CONCEPTS DE PSYCHIATRIE LEGALE	8
I.3.1. En France	8
I.3.2. Au Sénégal	10
II. TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	12
II.1. APPROCHE NEURO-ANATOMO-BIOLOGIQUE	12
II.2. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE.....	14
II.3. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	19
II.4. APPROCHE SOCIALE.....	21
<i>2^{ème} partie : Etude personnelle</i>	23
I. OBJECTIF GENERAL.....	24
II. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	24
III. METHODOLOGIE	25
III.1. CADRE DE L'ETUDE	25
III.1.a. Le Centre Hospitalier National (CHN) de Fann	25
III.1. b. Le service de Psychiatrie	25
III.1. c. Les structures	27
III.2. TYPE D'ETUDE	27
III.3. COLLECTE DES DONNEES	27
III.4. POPULATION D'ETUDE.....	28
III.5. DIFFICULTES RENCONTREES	28
IV. RESULTATS	29
IV.1. Age	29
IV. 2. Sexe :	30
IV.3. Les motifs de consultations	31

IV.4.Les pathologies.....	32
IV.5.Evolution des nombres de consultations par an :	33
IV.6.Fréquence de rendez-vous.....	34
V. DISCUSSION	35
VI. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES	39
<i>Conclusion</i>	42

Liste abréviations

AMP : agitation psycho-motrices

BDA : bouffée délirante aigue

CHUN : centre hospitalier universitaire national

PMD : psychose maniaco-dépressive

TAG : troubles anxieux généralisés

TDC : troubles du comportement

UCEP : unité de consultations externes de psychiatrie

UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires

SMPR : services médico-psychologiques régionaux

*Liste des figures et
graphiques*

Liste des figures

Figure 1: Répartition selon l'âge	29
Figure 2 : Répartition selon le sexe	30
Figure 3 : Répartition selon les motifs de consultation	31
Figure 4 : Répartition selon la pathologie	32

Liste des tableaux

Graphique 1 : Evolution du nombre de consultations par année	33
Graphique 2 : Fréquence des rendez-vous durant la période d'étude.....	34

Première partie :

Revue de la littérature

Introduction

La psychiatrie a longtemps intéressé le milieu carcéral grâce à ses moyens thérapeutiques vis-à-vis des détenus souffrant de maladies mentales. Les rapports entre psychiatrie et prison sont toujours dans le champ de l'actualité aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays du tiers monde [27]. Tous connaissent une montée de la violence et y font souvent face par le recours à des peines de détention souvent plus longues du fait du développement du mouvement de tolérance zéro, visant à réprimer toute délinquance [1].

La psychiatrie en milieu pénitentiaire, par une complexité révoltée et impuissante face au sort de certains patients porteurs de lourdes pathologies et incarcérés pour de longues durées, est toujours hésitante, du fait de la limitation des soins dans ce contexte.

Il s'agit d'une pratique difficile et contradictoire qui appelle indiscutablement un large débat auquel tous les secteurs concernés devraient être associés.

La population carcérale est une population fragilisée et elle l'est tout particulièrement en ce qui concerne la santé mentale.

Les intrications complexes entre le milieu sanitaire d'une part, judiciaire et carcéral d'autre part, doivent conduire à engager une réflexion conjointe sur les communs entre professionnels de ces différents secteurs.

La prise en charge psychiatrique des détenus représente aujourd’hui une thématique à l’actualité brulante du fait de l’augmentation des troubles psychiques en prison .Un quart des détenus souffrent de pathologies mentales, mais aussi du fait que les rapports entre prison et hôpital sont loin d’être étroits, les conditions de détention sont vraisemblablement amenées à être repensées dans les années qui viennent[10].

On assiste à une tendance forte de la responsabilité pénale des malades mentaux délinquants. Les experts concluent de plus en plus systématiquement que les personnes présentant des troubles psychiques importants sont passibles d’une sanction pénale, surtout ceux qui ont commis des actes graves. Il s’ensuit un transfert des charges du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire, dont atteste le nombre de plus en plus élevé d’entrants en prison[25].

Si les médecins psychiatres sont amenés à prendre en charge toute personne présentant des troubles psychiques, particulièrement un détenu qui ne devrait même pas être en prison, on pourrait se poser la question à savoir : est-que l’on peut assurer un bon suivi du patient-détenu face à une situation qui cristallise les contradictions entre une logique de soin et une logique répressive ?

Le choix de notre étude est basé sur le fait qu’au Sénégal, peu d’études se sont intéressées à ce thème. Nous pouvons citer, entre autres, les études réalisées, au service de psychiatrie de l’hôpital de Fann, sur les aspects psychosociaux de l’incarcération chez la femme au Sénégal, celle de Katy SENE en 1995[29], et de BROUNNEC-DUBOIS en 1979[5] sur les rapports entre l’espace aménagé et le vécu pathologique en milieu carcéral.

Il nous faut préciser ici que ce choix a été essentiellement motivé par le malaise que ressent le psychiatre face à ces détenus.

Ces derniers, responsables ou irresponsables de leurs actes, conscients ou inconscients de leurs états, nous sont amenés suite à leur propre demande ou par décision de l'administration pénitentiaire. Le plus souvent, ils parviennent aux locaux de la consultation externe accompagnés uniquement de gardes pénitentiaires ignorant tout de leur histoire.

C'est compte tenu de tous ces constats que nous avons choisi de travailler sur la problématique de la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux et consultant à l'UCEP de l'hôpital de Fann.

I. LA PRISON ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

I.1. DEFINITIONS

Nous proposons ici quelques définitions de concepts juridiques tirés du dictionnaire Le Larousse.

- Prison : lieu où l'on détient les personnes condamnées ou en instance de jugement, lieu ou situation où l'on se sent séquestré ou privé de liberté
- Crime : peut se définir comme une action très blâmable, la plus grave des infractions, un homicide volontaire
- Délit : infraction passible de peine correctionnelle
- Contravention : infraction sanctionnée par une amende
- Dangerosité : état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir, à autrui ou aux biens, un risque important de violence, de dommage ou de destruction.

I.2. QUELQUES ELEMENTS D'HISTORIQUE :

Dans l'Antiquité, au IV^e siècle avant J-C, en Grèce, apparaît pour la première fois dans les problèmes de crimes, la notion d'élément intentionnel, et l'on distingua l'homicide et la légitime défense [4]. Par ailleurs, quelques siècles en arrière, la société civile et les institutions considéraient la folie comme un mystère divin, et étaient pénétrées de croyances aux forces surnaturelles. L'homme était indemne de toute accusation, les prêtres se référaient aux divinités et au cosmos.

L'infraction se sanctionnait d'une amende que devait payer l'accusé et la victime l'acceptait.

Avec l’élargissement et le développement des cultures, le délit passait de la responsabilité du clan à la responsabilité individuelle. Les Romains à l’époque classaient les malades mentaux en trois catégories :

- Le mente captus était le malade dont les troubles ne connaissaient pas de rémission.
- Le dément, représentait l’homme naguère normal, désormais privé de liberté.
- Le fatus serait l’arriéré profond.
- Le mot furor était, quant à lui, un terme valable pour tous les troubles mentaux.

A cette époque, après avoir gracié les personnes atteintes de troubles mentaux, les juristes exigeaient des familles de malades ou de l’autorité, de les surveiller de près, et à défaut, de les garder en prison [17].

Ici, on voit nettement que le détenu malade mental était incarcéré pour protéger l’ordre public et non pas dans un but correctionnel. Aujourd’hui, si la famille se sent incapable pour cette tâche ou que l’autorité manque d’infrastructures, le milieu carcéral apparaît comme seul moyen pour mettre à l’abri le peuple du danger que représentent ces malades mentaux.

Le garçon jusqu'à 10 ans et demi était considéré comme proche de sa première enfance et incapable d'une pensée criminelle. Ce privilège ne s'étendait pour la fille que jusqu'à l'âge de 9 ans et demi.

Le manque de discernement pouvait être évoqué jusqu'à 12 ou 14 ans mais on ne pouvait raisonner autrement, car la cause de l’acte était plus intéressante à identifier que l’acte lui-même, ce qui permettait de déterminer l’étiopathogénie et les mesures à prendre.

Mais toutes ces distinctions n'étaient pas utilisées en matière pénale, tant celle-ci était restreinte. Car au début, il n'y avait à Rome comme crime public, donc relevable d'un jugement, que la trahison et le meurtre d'un citoyen romain. Le parricide était impensable [15] alors que le vol et les coups gardaient le caractère de litiges entre particuliers.

La dimension médico-légale de la clinique psychiatrique a effectivement été travaillée par tous les aliénistes qui ont toujours démontré que la prise en compte de la dimension médico-légale et criminelle de la maladie mentale est l'un des éléments fondateurs de la clinique psychiatrique [32].

A. Pinel attirait l'attention à la fin du XVIII^e siècle sur les aliénés criminels, trop négligés par la médecine et la psychiatrie. « Ces aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades, dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité... Les aliénés, qui jusqu'alors ont été traités plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié, doivent être soignés dans des asiles spéciaux » [21].

Au Sénégal, les premières écoles pénitentiaires se sont installées vers 1880, suite à l'abolition de l'esclavage en 1848 [4]. Dès ce moment, l'enfermement carcéral devient un outil de contrôle des marges urbaines.

Il fut fréquemment envisagé et souvent mis en application, des solutions de type carcéral contre les mendiants, les vagabonds, les marchands ambulants, les prostituées et les malades mentaux (groupes considérés suivant la conjoncture comme individus déstabilisateurs de l'ordre public).

Parmi ces groupes, on voit nettement que les personnes atteintes de troubles mentaux ne devaient pas y avoir leur place car elles relevaient d'une problématique de santé.

En moins d'un demi-siècle, le pouvoir implanta et généralisa l'usage de la prison comme instrument pénal de contrôle des individus et des groupes à soumettre à sa logique d'exploitation.

Au-delà du maintien de l'ordre, il chercha, avec l'institution carcérale à se procurer, à moindre frais et en qualité suffisante, la force de travail nécessaire à son entreprise. Il peut également faire recours à l'incarcération dans la gestion autoritaire des populations dont les comportements violaient les normes estimées conformes à la sauvegarde de l'ordre dans les agglomérations urbaines. La variété des actes et abstentions réprimés par la « justice » coloniale et l'imprécision de leur délimitation laissèrent libre cours au règne de l'arbitraire dans la distribution des peines privatives de liberté sans aboutir aux résultats escomptés.

I.3. CONCEPTS DE PSYCHIATRIE LEGALE

I.3.1. En France

En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral.

La loi du 18 Janvier 1994 (relative à la santé publique et à la protection sociale) a profondément modifié l'organisation des soins. Il décrit très précisément les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme, notamment l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soin, ainsi que l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier. Il prévoit notamment que les soins en milieu carcéral seront dispensés par les unités fonctionnelles du service public hospitalier dénommées unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA qui ont vu le jour grâce à la loi n° 95-43 du 18 Janvier 1994), et que celles-ci auront

également la charge d'organiser le recours à l'hôpital chaque fois que cela s'avère nécessaire, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de consultations et d'examens spécialisés.

S'agissant des soins psychiatriques, un dispositif mixte est instauré, il prévoit que les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux au sein des UCSA, et les soins plus spécialisés y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire par les services médico-psychologiques régionaux(SMPR).

Les SMPR ont été créés par le décret du 14 Mars 1986, leur mission est d'accueillir des détenus provenant des établissements pénitentiaires et de voir systématiquement tout arrivant au sein de ce dernier.

Lorsqu'une personne détenue présente des troubles mentaux rendant compliqué son maintien en milieu carcéral, on applique l'article D 398 du Code de Procédure Pénale, qui dispose que « Les détenus atteints de troubles mentaux ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder dans les meilleurs délais à leur hospitalisations d'office dans un établissement de santé habilité ».

L'existence de telles structures est importante au moment où elles permettent de détecter les pathologies psychiatriques préexistantes à la détention, l'aggravation de ces troubles du fait des contraintes liées conditions d'incarcération et les besoins de soutien psychologique à une telle population.

I.3.2.Au Sénégal

Au Sénégal la psychiatrie a été impulsée après les indépendances avec la mise en place de la loi 75-80 du 9 Juillet 1975 (relative au traitement des malades mentaux et au régime d'internement de certaine catégorie d'aliénés).

Le Code Pénal sénégalais possède l'article 50 qui reproduit fidèlement l'article 64 du Code Pénal français [5, 8] :

« Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

A cet effet l'hôpital psychiatrique de Thiaroye avait été désigné comme la seule structure psychiatrique où pouvait se faire les internements. Il était qualifié alors de structure psychiatrique de type fermé et reste à nos jours le seul lieu au Sénégal où se font officiellement les internements.

Par ailleurs, la création du pavillon spécial de l'hôpital Aristide le Dantec en 1986, conformément au décret n° 66-1081 du 31 décembre 1966 portant sur l'organisation et le régime des établissements pénitentiaires (modifié et complété par les décrets n° 86-1466 du 28 novembre 1986). Le pavillon spécial de l'hôpital Aristide le Dantec est conçu pour accueillir les malades détenus, et dispose de 10 chambres. Mais on constate nettement que cette structure n'est pas spécifique à uniquement des détenus présentant des troubles mentaux. Toutes les pathologies sont confondues, et ceci ne contribue pas à une bonne prise en charge psychiatrique.

Malgré ces textes, il faut tout de même savoir que les services psychiatriques ne sont pas en mesure d'assurer un service fermé faute de moyens de surveillance et d'infrastructures.

Il faut reconnaître que les prisons ne servent que de « dépotoirs » pour contrôler ces patients malades mentaux qui n'auront sûrement pas de véritables soins à ce niveau.

Dans des travaux publiés aux USA [15, 16], 65% des détenus présentaient des troubles psychiatriques, et l'unique cause semblait être un manque d'application des lois pénales, et ce chiffre accroîtrait si un véritable consensus ne s'effectuait pas dans les années à venir.

De ces textes établis par la loi, on dira, selon notre perception, qu'il y a un manque de prise en charge, au niveau de l'administration pénitentiaire, de ce groupe d'individus au sein de notre société [5]. Cependant, il va de soi qu'ils méritent une plus grande attention de par les autorités et de par la politique de santé.

II. TROUBLES DU COMPORTEMENT

II.1. APPROCHE NEURO-ANATOMO-BIOLOGIQUE

Le poids de l'hérédité a toujours joué dans l'évaluation du comportement humain, particulièrement en psychiatrie.

La majeure partie des individus atteints de troubles mentaux souffrent d'affections sous-jacentes

Depuis 1967, la cytogénétique s'intéresse à la connaissance des chromosomes, ce qui a permis une compréhension des différentes espèces et plus particulièrement l'espèce humaine [6]. Comme dans certains cas d'arriération mentale, on a pu objectiver des aberrations avec un chromosome surnuméraire à la 21^e paire : cas du mongolisme.

Et depuis longtemps, on avait remarqué des formes d'anomalies chromosomiques corrélées à la délinquance comme dans le syndrome de KLINEFELTER, c'est-à-dire un chromosome surnuméraire à la 23^e paire, caractérisé par une irritabilité ; un développement anormal des seins et une stérilité.

Ceux avec un chromosome Y surnuméraire étaient plus incités au crime. Peu de recherches furent lancées dans ce domaine ou sans lendemain, dans un des ouvrages on parlait « du chromosome de crime ».

De cette hypothèse, un meurtrier porteur de cette anomalie fut acquitté en Australie en 1968.

Des découvertes en endocrinologie faisaient espérer une meilleure compréhension de l'origine de certains troubles psychiatriques, et même des ouvrages en termes d'endocrino-psychiatrie étaient parus.

Des conduites pathologiques telles une agressivité, des déviations sexuelles...étaient corrélées à un dysfonctionnement des glandes thyroïdiennes.

De même, de nombreux travaux dans le domaine de la neurophysiologie se sont intéressés au cerveau limbique, et plus particulièrement au diencéphale : région qui paraît responsable de l'intégration d'états affectifs complexes dont l'expression finale est aussi bien le désir que la colère voire l'agressivité.

Cette jonction entre le psychisme et le soubassement somatique fait toujours reconstruire l'origine biologique de certains comportements à conséquences antisociales.

Mais on ne peut parler d'origine sans s'attarder sur cette réaction sociale et environnementale à laquelle tout individu est exposé, et qui, d'une manière fruste ou contraignante peut être à l'origine de troubles psychiatriques.

On ne peut passer sous silence les découvertes scientifiques du physiologiste russe A. Pavlov [6, 19] dans ces travaux sur les conditionnements des comportements animaux et humains, la loi de l'apprentissage, les mécanismes des réflexes conditionnés... Ses recherches ont en effet abouti au développement des thérapies comportementales qui, aujourd'hui, sont à l'origine de méthodes psycho ou sociothérapeutiques dont l'efficacité thérapeutique est indéniable en milieu psychiatrique.

La mise en œuvre d'une thérapie comportementale en milieu pénal et surtout pénitentiaire ne serait-elle pas avantageuse au risque d'agir à l'encontre du pouvoir judiciaire dont le but est coercitif et punitif envers les détenus malades mentaux ?

Aussi, faut-il mettre un individu, irresponsable de son état de santé, inconscient de ses actes, au même niveau qu'un délinquant ou criminel en pleine possession de ses facultés? [16]. Là se pose un réel problème de prise en charge.

II.2. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Auparavant la psychologie avait pour cible « l'honnête homme » [1, 2], mais avec la mise à jour de l'inconscient, S. Freud a enseigné qu'un homme est loin d'être maître de sa destinée, vu le jeu des pulsions, les racines lointaines de l'affectivité et de la sexualité.

Appliquée à la criminologie et à la déviance, la psychiatrie n'accorde qu'une attention superficielle à l'acte, dont elle retient avant tout la valeur symbolique.

Le comportement peut-être l'expression directe de besoins instinctifs, l'expression symbolique des désirs refoulés. Il peut-être encore l'aboutissement d'un Moi mal adapté, en raison de tiraillements exercés sur lui par les aspirations contradictoires du ça et du Surmoi.

Dans les cas de parricide et d'inceste, la psychanalyse propose un schéma explicatif et non absolu, sans précédent avec la notion du complexe d'Œdipe. Il faut rappeler cette phase que traverse l'enfant vers 3 à 6 ans et au cours de laquelle sa sexualité et sa capacité d'aimer s'affirment au prix d'une attirance symbolique vers le parent du sexe opposé et un affrontement avec le parent du même sexe.

Ce phénomène, qui est simplifié ici, est décisif dans le développement affectif de l'enfant, à telle enseigne qu'il est ainsi un jalon important dans

l'épanouissement ultérieur de tout être humain, comme dans la constitution des névroses et des psychoses.

Cette théorie freudienne est fréquemment utilisée au moment de commenter une expertise aux assises. Le cas d'un avocat qui souffla à son client de ne pas oublier de mentionner l'Œdipe est assez édifiant [21]; il s'agissait d'un jeune adulte qui avait froidement abattu son père après une minutieuse préméditation.

C'est ainsi qu'un fils peut tuer son père en soumettant un acte symbolisant l'acte sexuel accompli avec sa mère.

Dans son article « Criminels par sentiment de culpabilité » [6], S. Freud a démontré que le sentiment de culpabilité précédait dans certains crimes au lieu de les suivre. Et même, le crime peut être la seule manifestation de ce sentiment œdipien inconscient, le moyen de le matérialiser [14].

Selon un de ses élèves, Adler A., ce serait plutôt un sentiment d'infériorité qui pousserait celui qui en souffre à agir [21]. De ce fait, il semble que pour un certain nombre de délinquants, cette action ait été le meilleur moyen d'attirer l'attention sur eux, devenant le centre de l'intérêt et d'actualité. D'autre part, on peut expliquer cette facilité de passage à l'acte par une absence du Surmoi, une régression au stade primitif, ce qui expliquerait cette violence, cette sévérité. Elle rappellerait le stade sadique anal du développement infantile.

Puisqu'on fait allusion aux premiers stades relationnels de l'enfant, certains délinquants transposeraient à l'âge adulte la mauvaise relation qu'ils ont eu avec leurs parents.

La carence affective, par abandon ou par mauvais climat, des attitudes trop sévères et punitives auraient, comme conséquence lointaine, des troubles du caractère.

Quant aux recherches post freudienne [12], on est parvenu à une reconsideration structurale dynamique du champ sémiologique de la psychiatrie, une reconsideration davantage pathologique puisque les structures psychotiques et névrotiques engloberaient toute la population.

Un psychotique inapparent, bien portant, ne pourrait, en cas de décompensation, de souffrance, faire qu'une psychose, de même pour les névrotiques, et entre les deux se situeraient les états limites. Cette catégorie qui demeurait aussi inapparente est peut-être à l'origine des troubles de la personnalité caractériel ou perverse. Elle pourrait également être à l'origine des épisodes psychotiques et névrotiques, caractéristiques de par leur réversibilité. Il ne faut surtout pas oublier les problèmes relatifs à la personnalité psychopathique, clientèle fréquente de la délinquance et des faits médico-légaux. Nous rappellerons ici quelques facteurs de risque liés à la délinquance et aux actes médico-légaux :

➤ Prédicateurs liés à l'enfance du sujet :

- Milieu familial brisé et abusif
- Brutalités parentales, événements traumatiques
- Perte précoce d'un parent
- Education froide, hostile, permissive
- Manque de supervision des parents
- Placements familiaux ou institutionnelles

- Tendances incendiaires, énurésie et cruauté envers les animaux
- Echec scolaire

➤ Prédicateurs liés aux antécédents criminels :

- Précocité de la délinquance violente
- Multiplicité et gravité des infractions
- Condamnation pour violence physique et sexuelle

➤ Prédicateurs liés à l'état mental du sujet :

- Immaturité psychologique, intellectuelle et morale
- Mentalisation et verbalisation déficientes
- Introspection difficile
- Incapacité à communiquer avec autrui
- Caractère extraverti avec anxiété
- Personnalité psychopathique et limite
- Troubles psychotiques
- Conduites addictives
- Automutilation
- Comportement irrationnel, imprévisible
- Fantasmes érotiques et religieux
- Hyperémotivité, instabilité émotionnelle

➤ Prédicateurs liés au mode de vie et aux attitudes sociales :

- Inadaptation socio familiale
- Absence d'emploi
- Marginalité, toxicomanie
- Négation ou minimisation des actes violents

➤ Prédicateurs liés au passage à l'acte :

- Situation de stress permanente
- Apparition d'un état dépressif
- Idées de suicide ou d'homicide
- Activités et intensités des symptômes psychiatriques
- Episode fécond délirant

L'analyse de ces prédicteurs peut donner une bonne orientation sur l'importance du risque de passage à l'acte chez un sujet ayant un ou plusieurs de ces facteurs suscités, et doit être prise en compte pour une meilleure prise en charge globale des détenus malades mentaux.

II.3. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Lorsque l'on parle de l'approche cognitive, on fait référence à la façon dont l'individu traite l'information. Plus précisément, il s'agit du choix qu'on fait de l'information et de son interprétation. Ces deux opérations dépendent en large partie des schémas cognitifs, c'est-à-dire de la façon dont on sélectionne certains aspects de l'information en fonction des expériences vécues.

Ces expériences vont créer des manières d'interpréter l'information et ces manières peuvent parfois être erronées. Ces dernières sont régies par les processus cognitifs qui sont des règles logiques (en principe) de transformation de l'information afin de permettre une certaine adaptation face aux demandes de l'environnement. Mais il peut arriver que ces règles soient établies à partir de croyances irrationnelles ou d'illusions.

Il peut arriver à tout un chacun, à un moment de sa vie ou à un autre de succomber à des idées irrationnelles ; cependant lorsque ces idées irrationnelles prennent la forme d'un schéma cognitif, l'individu risque fort de se retrouver dans un état de désordre psychique. Ce désordre est causé par une information qui entre en conflit avec les intentions existantes et qui empêche une réponse adaptée. Ainsi, les gens qui entretiennent l'illusion de perfection auront énormément de difficulté à mener à bien une tâche car ils trouveront toujours quelque chose qui fera défaut au moment de la réaliser et pourront dans certains cas, éviter de s'impliquer dans des projets, de peur de ne pouvoir atteindre la perfection.

Ces schémas cognitifs déficients peuvent avoir comme conséquence des pensées automatiques négatives, des ruminations, de l'auto verbalisation, des images mentales catastrophiques et des comportements obsessifs se traduisant souvent par un besoin d'hyper contrôle.

Pour la psychanalyse, cette confiance se développe dès l'enfance vers trois ans. C'est une période où l'enfant acquiert des apprentissages fort importants qui lui permettront de poser les bases de son estime de soi [26]. Il s'agit de l'apprentissage du contrôle des sphincters, du contrôle de la marche et du contrôle du langage.

Ainsi, l'enfant qui s'est senti appuyé et reconnu dans ces apprentissages, pourra par la suite développer une estime de lui-même lui permettant de prendre certains risques, de faire de nouveaux apprentissages et de nouvelles expériences qui le rendront plus efficace et mieux adapté à son environnement.

Pour l'approche cognitive, le lieu de contrôle et la croyance en son efficacité personnelle sont deux aspects fondamentaux reliés à une bonne capacité d'adaptation et à une bonne efficacité dans la résolution de problèmes [20].

Par lieu de contrôle, il faut entendre la source de la responsabilité de nos succès et de nos échecs. Lorsqu'une personne possède un bon lieu de contrôle interne, elle est en mesure d'accepter la responsabilité de ses succès et de ses échecs tout en étant consciente qu'il peut toujours exister des situations incontrôlables pouvant la mener à des échecs.

A l'inverse, une personne dont le lieu de contrôle est externe aura tendance à attribuer ses succès au hasard et tous ses échecs à des événements extérieurs incontrôlables.

A long terme, une telle attitude peut mener à ce que l'on appelle l'impuissance apprise. La croyance à son efficacité personnelle peut provenir de quatre sources : la première provenant des expériences relatives à la maîtrise de nouvelles habiletés. Il y a jonction ici avec la notion de base de l'estime de soi de la psychanalyse.

La deuxième source est l'observation de personnes compétentes ; cette observation devrait permettre à l'individu de prendre des risques tout en s'ajustant au modèle. La troisième source est la persuasion d'autrui.

Au cours de son existence, l'être humain peut accomplir certaines expériences grâce à l'encouragement des autres. L'enfance et l'adolescence sont des moments privilégiés pour cette source. La dernière source passe par la capacité d'évaluer son propre état physiologique, la connaissance de son corps, de ses capacités, de ses limites. L'état d'épuisement que l'on retrouve trop souvent chez certains individus est souvent relié à l'incapacité de faire une bonne évaluation de leur état physiologique.

Au terme de cette première partie de notre étude consacrée à la revue de la littérature, nous pouvons conclure que malade mental ne rime pas avec détenu.

Dans la deuxième partie de notre étude, nous essayerons de faire l'état des lieux des difficultés rencontrées dans l'assistance psychiatrique aux détenus. Nous tenterons aussi une réflexion dans le sens de trouver des réponses à certaines de ces questions.

II.4. APPROCHE SOCIALE

La meilleure méthode à suivre pour comprendre la notion de l'approche sociale est de l'analyser dans ses diverses dimensions ou fonctions.

Le soutien social par exemple est essentiellement ce qui se passe au plan humain et affectif entre deux personnes ; c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un groupe.

Cette vision pose comme postulat que si le moral est bien soutenu, la personne se sortira de toutes les situations malheureuses. Ce n'est qu'au moment où on se met à considérer les mécanismes véritablement utilisés pour

faire face aux mauvais moments que l'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à maîtriser ses émotions mais aussi à prendre des mesures concrètes, instrumentales, pour passer à travers ses expériences

Les différents secteurs de la population nécessitent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus. Ainsi, dans une enquête menée parallèlement à Baltimore et à Milwaukee [14], auprès de 400 informateurs provenant de quartiers composés de minorités culturelles, la santé mentale des gens plus âgés de même que celle des membres des minorités corrèle particulièrement avec le sentiment d'appartenance au quartier [21].

On peut en déduire que la participation à des échanges avec l'environnement du quartier est importante pour cette catégorie. En revanche, chez les jeunes et les gens n'appartenant pas aux minorités, la satisfaction au travail est garante de santé mentale quand les choses vont bien alors que, si elles se détériorent, l'appui de la famille, le soutien des amis ou des collègues est un facteur déterminant.

Durant la transition entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, le type de soutien le plus associé avec la santé mentale est celui qui consolide l'estime de soi et qui permet d'apprécier lucidement une situation [19]. On comprend bien que ce type de soutien correspond davantage aux besoins des personnes dont l'identité n'est pas encore tout à fait structurée.

2^{ème} partie :

Etude personnelle

I. OBJECTIF GENERAL

- Evaluer les difficultés dans l'assistance psychiatrique aux détenus malades mentaux

II. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des consultations de détenus
- Cerner les motifs de ces consultations
- Evaluer les pathologies rencontrées chez ces consultants
- Tenter de cerner l'origine de difficultés de prise en charge
- Proposer des solutions à ces problèmes

III. METHODOLOGIE

III.1.CADRE DE L'ETUDE

III.1.a. Le Centre Hospitalier National (CHN) de Fann

L'Hôpital de Fann, qui existe depuis 1956, est érigé en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) par Décret 65-393 du 10 juin 1965.

Il s'étend sur une superficie de 37 hectares.

En 1999, le CHU de Fann est passé au statut d'Etablissement Public de Santé par décret n° 99-857 du 27 août 1999 portant Réforme Hospitalière et prend la dénomination de Centre Hospitalier National.

Le CHN de Fann compte parmi les sept (07) hôpitaux de niveau III de la région de Dakar. Il comprend les services suivants: Psychiatrie, Accueil et Urgences, Centre Bucco-dentaire, Neurologie-rééducation, Pharmacie, Neurochirurgie, Maladies Infectieuses, Pneumo-phtisiologie, Radiologie Générale, Bactério-virologie, Parasitologie, Mycologie, Laboratoire Central de Biochimie, ORL-Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire, Toxicologie. En annexes, il y a la Direction et les services administratifs, le Bureau des Entrées et la Morgue.

III.1. b. Le service de Psychiatrie

Le service de Psychiatrie est divisé en trois grandes entités dont la Consultation Externe qui, comme son nom l'indique, s'occupe des premières consultations mais aussi du suivi en ambulatoire des malades souffrant de pathologies psychiatriques. La Clinique Moussa Diop qui assure les hospitalisations et la Pédopsychiatrie communément appelée « KER XALEYI » qui à elle reçoit les enfants en consultation et en hospitalisation de jour.

L’unité de Consultation Externe de la psychiatrie est la structure de référence pour tout patient souffrant de pathologie psychiatrique et ayant recours en première intention au CHN de Fann.

Au moment de cette étude, elle est dirigée par un psychiatre chercheur à la faculté de Médecine, d’Odontologie et de Pharmacie de l’Université Cheikh Anta DIOP de Dakar.

Dans l’exécution des activités de consultations et de traitement qui lui sont confiées, durant la période de l’étude, le chef du service est assisté de trois médecins en cours de spécialisation, internes en psychiatrie ou non, affectés au service selon un système de rotation périodique de six mois, de deux Infirmiers Diplômés d’Etat (dont l’un est actuellement personnel de soutien), d’un aide social, d’une secrétaire, de cinq aides-infirmiers, de deux collecteurs de recettes et d’une femme de ménage chargée du nettoyage quotidien des locaux, affectée également selon un système de rotation périodique.

Nous y exerçons accompagnés d’infirmier diplômé d’Etat - surveillant de l’unité, des aides soignants et d’une secrétaire, avec comme rôle principal l’accueil et l’orientation des malades psychiatriques qui y sont référés par d’autres structures médicales ou qui, après consultation au pavillon d’Accueil et Urgences du CHU de Fann, sont adressés à la Psychiatrie.

III.1. c. Les structures

L'unité de la Consultation Externe Psychiatrique est abritée dans un bâtiment rectangulaire constituée d'une véranda externe alentours et de quinze (15) pièces réparties comme suit :

- Le bureau du médecin-chef,
- Le bureau du surveillant de l'unité de service,
- Quatre bureaux de médecins réservés aux consultations,
- Le bureau de l'agent social,
- Le bureau de la secrétaire,
- Le bureau du collecteur de recettes et de la facturière,
- La salle du fichier où sont classés les dossiers des patients,
- La salle de soins avec deux lits,
- La salle des aides-infirmiers,
- La toilette interne pour le personnel,
- Un débarras,
- Une toilette externe pour les malades.

III.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de 2005 à 2010.

III.3. COLLECTE DES DONNEES

Le recueil des données s'est fait à partir des registres du service de la consultation externe. Nous avons sélectionnés les patients venus consulter entre Janvier 2005 et Décembre 2010. Nous avons sélectionnés les dossiers en tenant compte des périodes de rendez-vous durant la période d'étude.

III.4. POPULATION D'ETUDE

Notre étude a portée sur 62 patients enregistrés sur la période d'étude.

III.5. DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de l'exploitation des dossiers, nous étions confrontés à des difficultés liées aux caractères rétrospectifs de notre étude avec des données manquantes pour certains dossiers; à savoir les antécédents pathologiques, les aspects épidémiologiques et les limites pour l'appréciation de l'évolution

IV. RESULTATS

Le travail que nous avons effectué nous a permis de collecter 62 dossiers de patients reçus en consultation.

IV.1.Age

L'âge dans notre population d'étude varie entre 15 et 65 ans. 66% de la population avait entre 25 et 45 ans, la tranche d'âge 25-35 ans était la plus représentée 47%.

Au delà de 45 ans, la représentativité est faible : 21%.

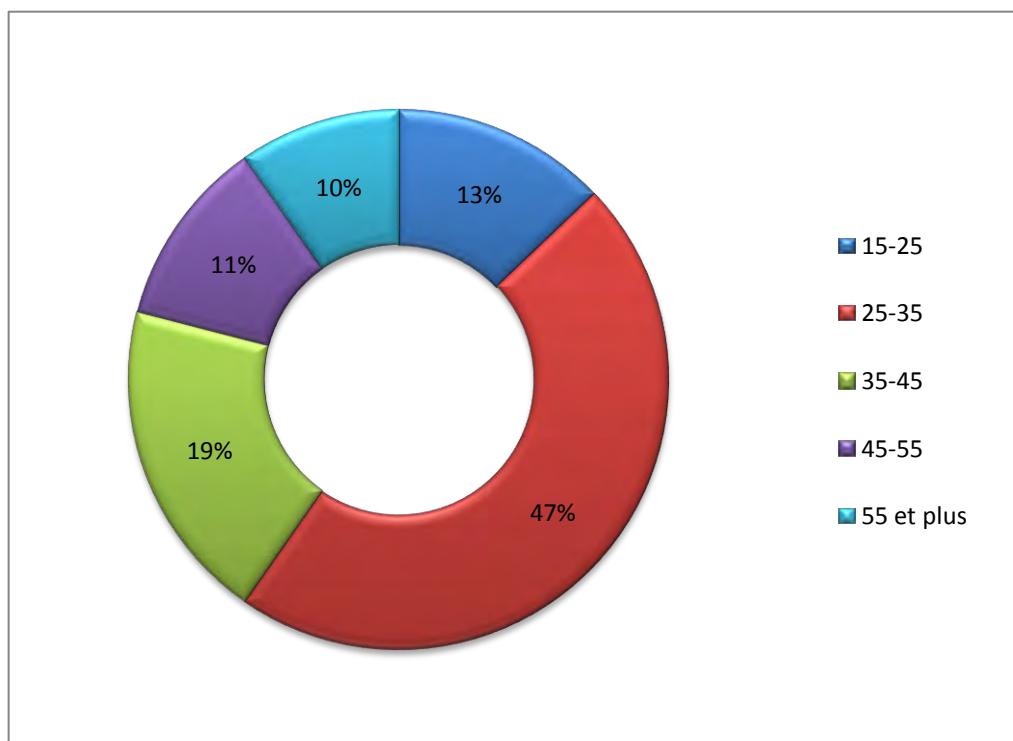


Figure 1: Répartition selon l'âge

IV. 2. Sexe :

La prédominance masculine est retrouvée à 91%.

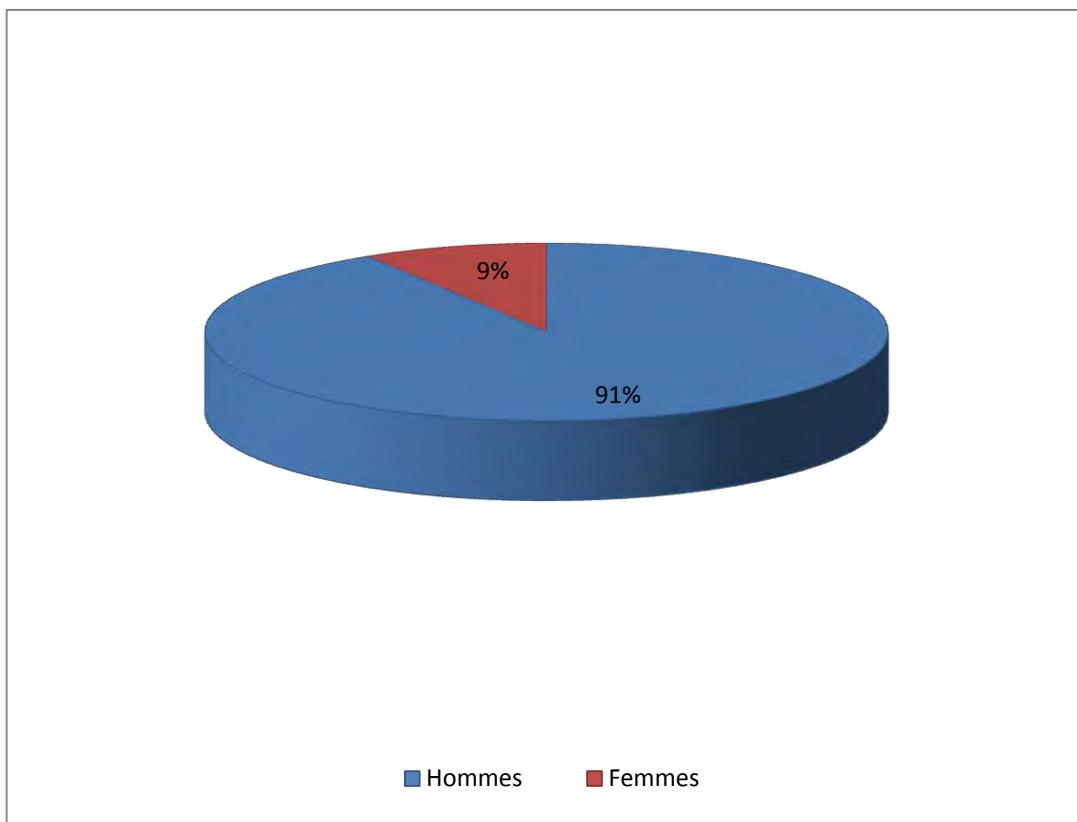


Figure 2 : Répartition selon le sexe

IV.3.Les motifs de consultations

L'insomnie est le motif de consultation le plus important soit 28%.Les états d'agitation psycho-motrice à type d'agressivité physique et de menace envers les co-détenus ont été retrouvés dans 18% de la population d'étude. Des cas d'hallucination ou de comportements hallucinatoires constituaient 22% des cas.

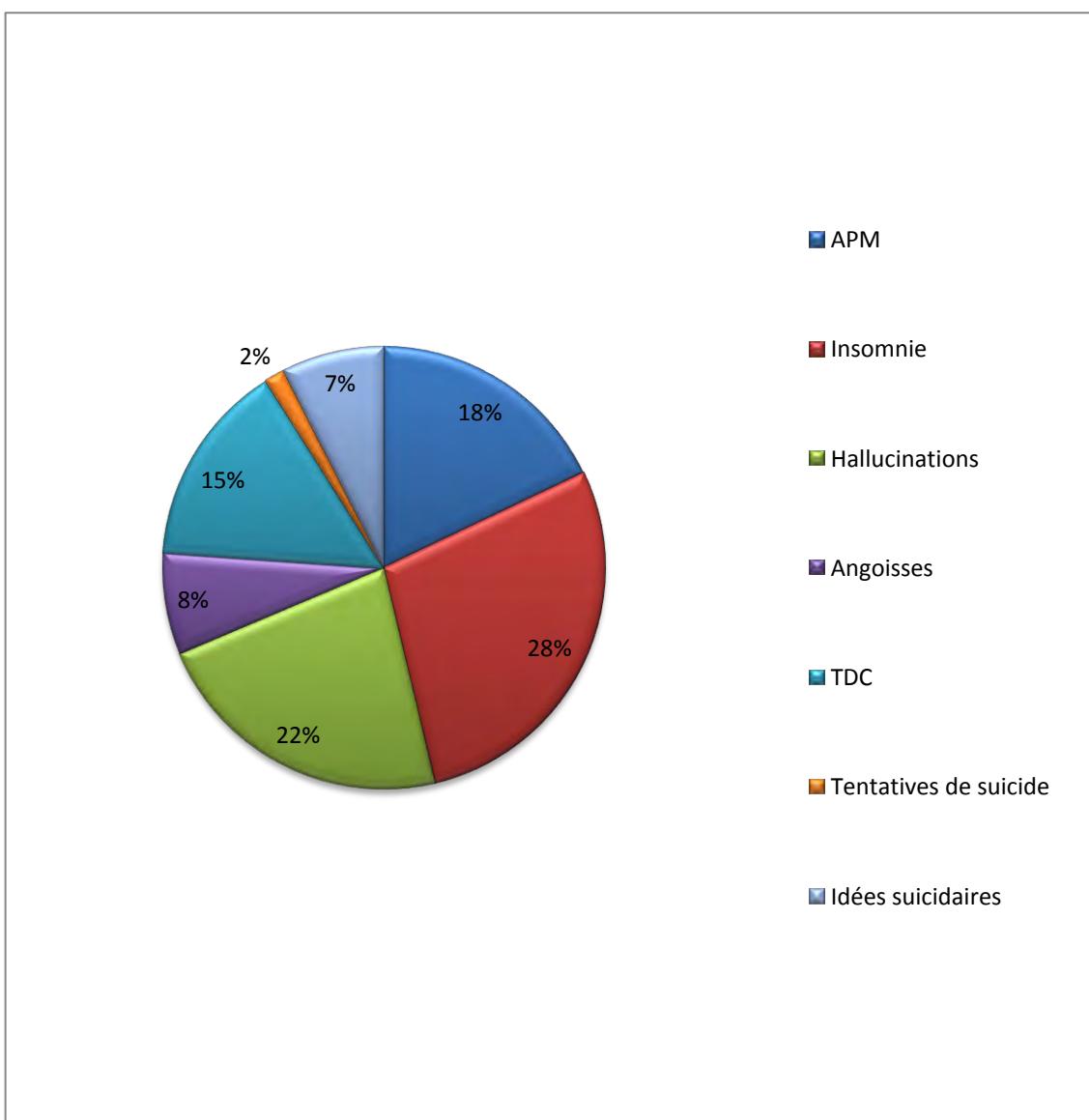


Figure 3 : Répartition selon les motifs de consultation

IV.4.Les pathologies

La schizophrénie prédomine dans notre population d'étude avec 33% suivie de la dépression avec un taux de 30%. Les bouffées délirantes aigues, les crises hystériques, les accès maniques et les troubles bipolaires ont une représentativité de moins de 5% pour chacun.

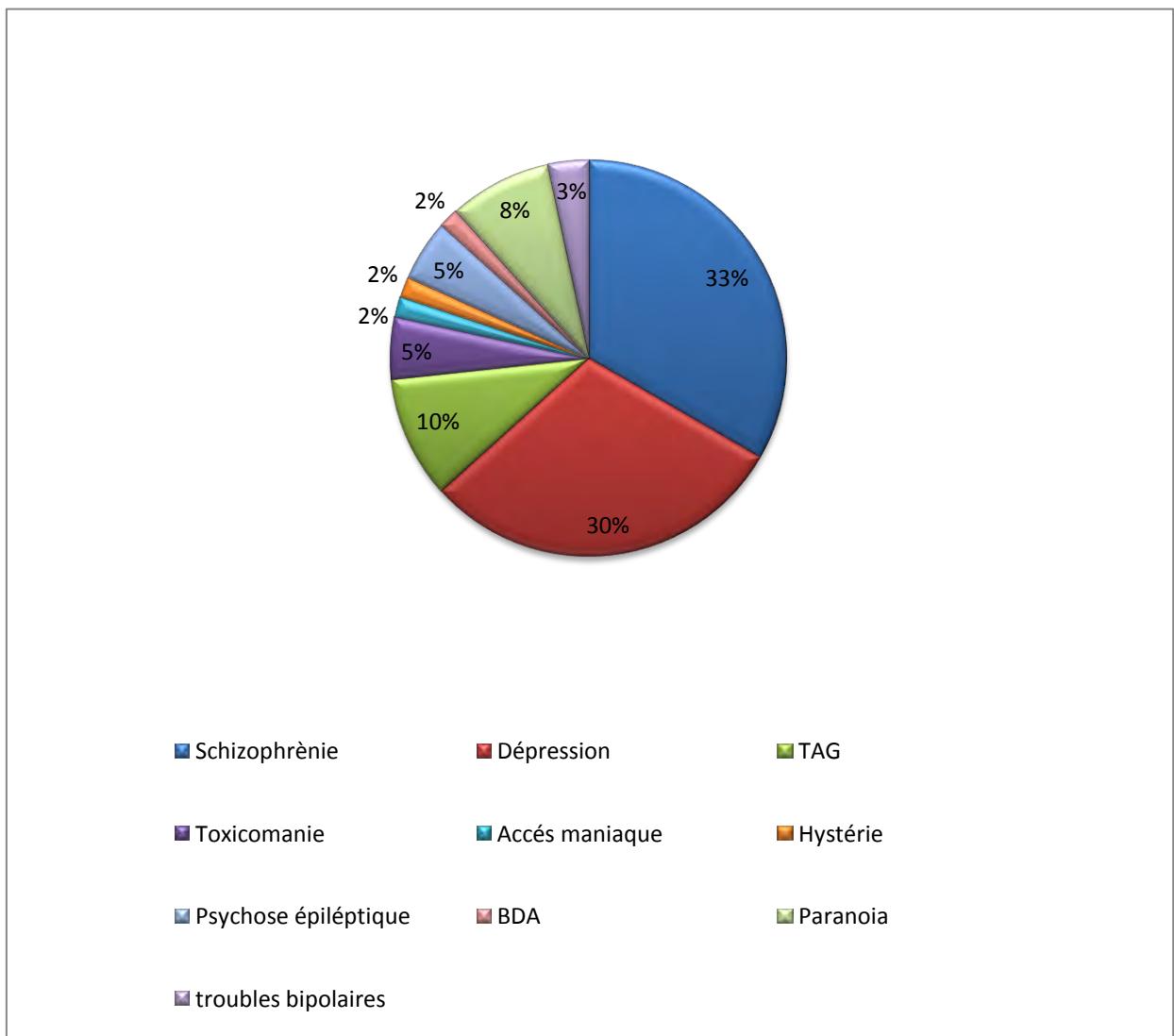
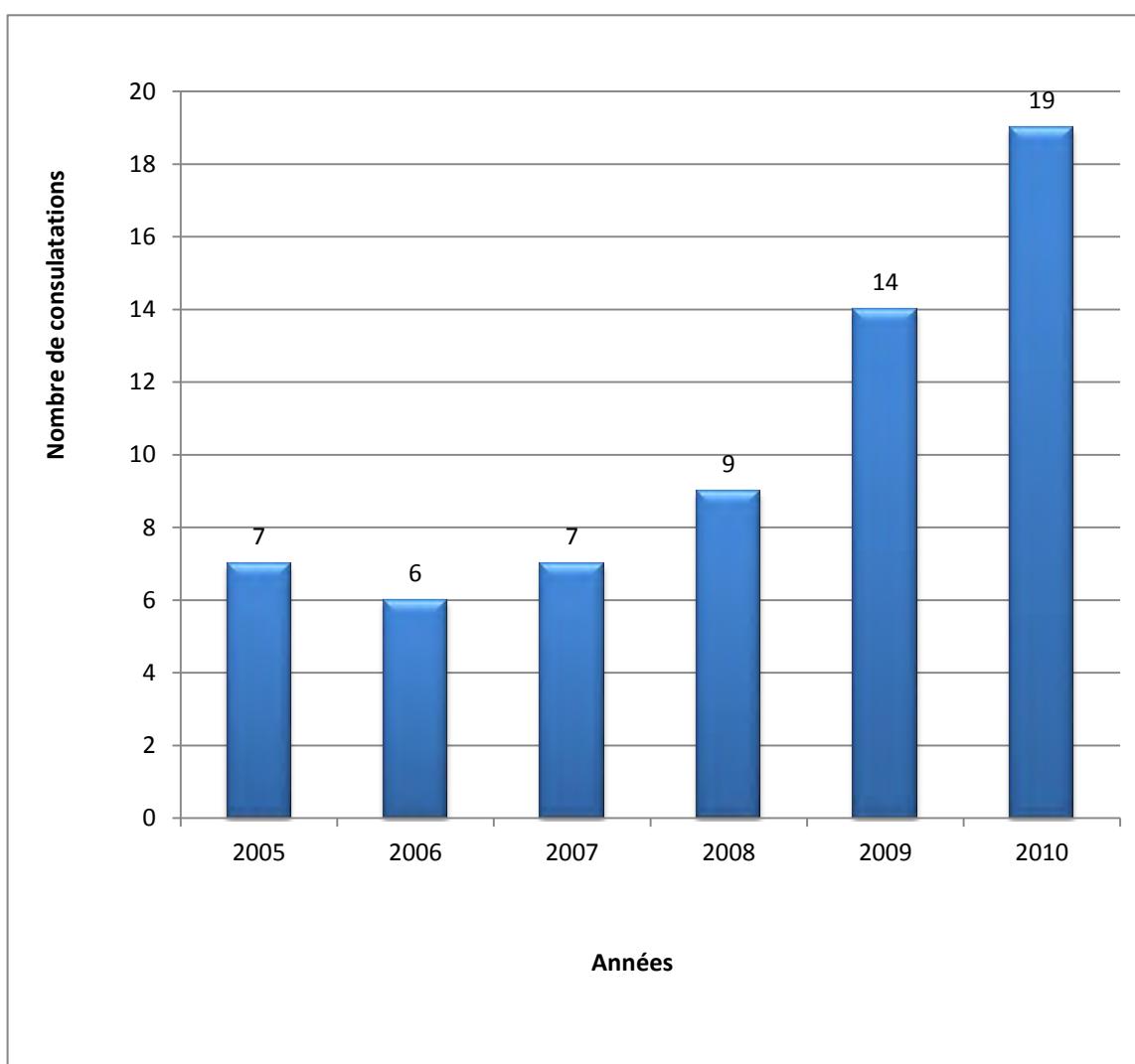


Figure 4 : Répartition selon la pathologie

IV.5.Evolution des nombres de consultations par an :

Nous constatons que le nombre de consultation des détenus au niveau de l'UCEP augmente au fur et à mesure des années.

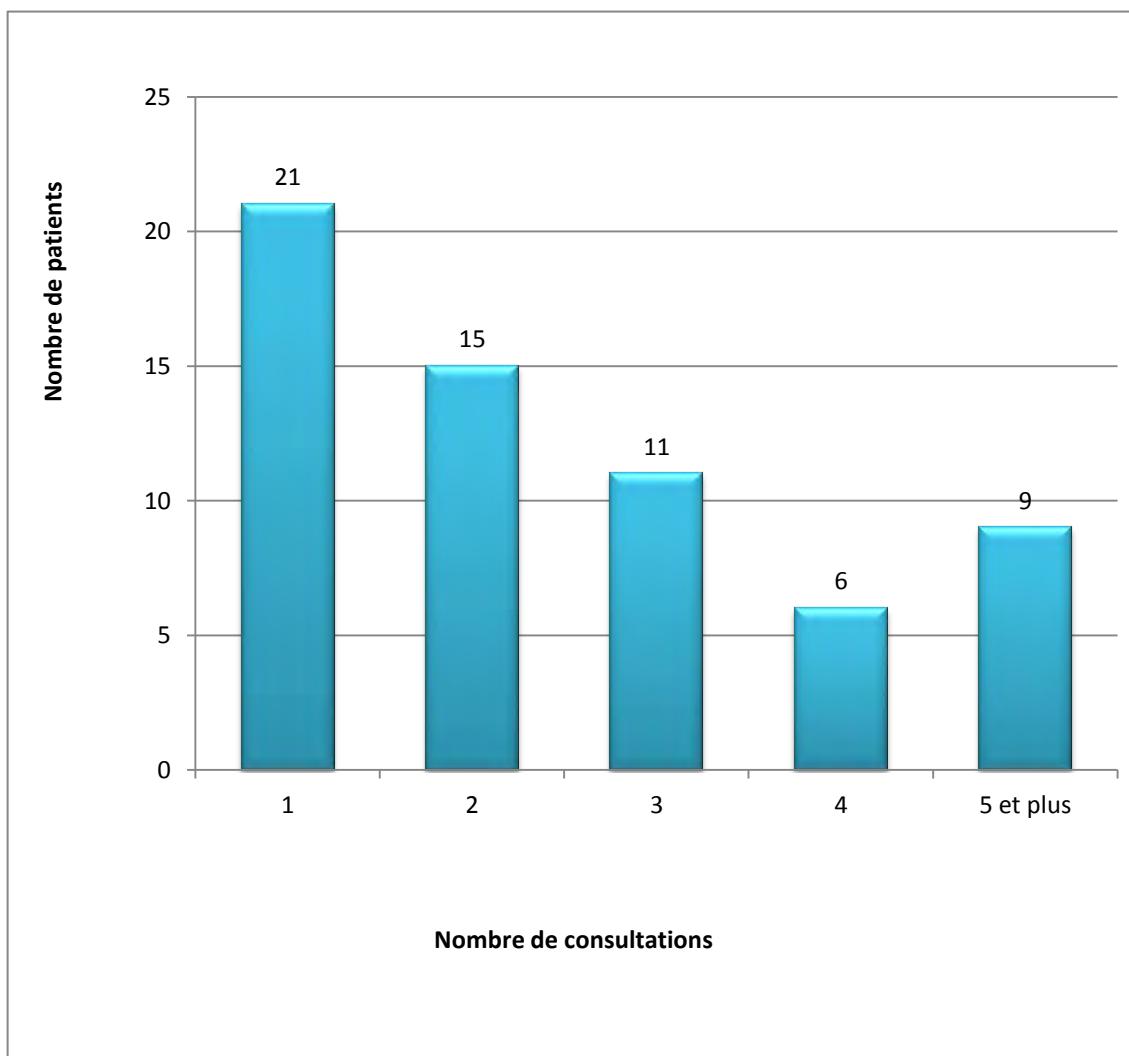
On remarque une évolution globalement régulière de consultations de 2005 à 2010 avec un fort taux durant les dernières années d'étude : le nombre de consultations a été multiplié par 2, passant de 9 consultations en 2008 à 19 en 2010.



Graphique 1 : Evolution du nombre de consultations par année

IV.6. Fréquence de rendez-vous

On remarque que 36 patients sur 62 étudiés n'ont été consultés qu'à une ou deux reprises. On peut dire que la fréquence de consultation est très faible pour plus de la moitié des cas.



Graphique 2 : Fréquence des rendez-vous durant la période d'étude

V. DISCUSSION

L'âge des patients est compris entre 15 et 65 ans, avec une prédominance masculine à 91 %. Ces valeurs sont proches de celles de l'intervalle d'âge retrouvé par C. Manzenera et al. [23] correspondant à 16 et 40 ans dont 89,7% de sexe masculin.

D'autres études réalisées par Fazel à l'Université d'Oxford et de Cambridge [12] ont également trouvé une prédominance masculine de 81 % ainsi qu'une moyenne d'âge des détenus malades mentaux de 29 ans, alors que la nôtre est de 31 ans.

Une autre étude menée par Faure et al. [11] présente des résultats similaires aux nôtres avec un taux de sexe masculin de 94% et un âge moyen de 31 ans.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'homme est plus exposé à développer des conduites agressifs des troubles du comportement.

Peu de recherches furent lancer dans ce domaine ou sans lendemain, dans ces ouvrages on parlait du « chromosome du crime » [6].

L'insomnie est au premier rang des motifs de consultations, soit 28% Manzenera et al. ont eux retrouvé un taux de 27%. Ce symptôme conduit parfois à de véritables attaques de panique avec risques de raptus anxieux ou de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif. Dans ce domaine, P. Faure et al. [11] avancent un résultat de 42%.

Dans les pays développés les tentatives de suicide en détention posent un problème majeur. Une étude réalisée en France met en avant un taux de 37.7% et le suicide représente 92% des décès en prison [23]. En revanche,

dans notre étude, les tentatives de suicide ne représentent que 2%. En effet, au regard du contexte socioculturel et religieux du Sénégal, le suicide apparaît comme un phénomène rare, tabou et réprimé, ce qui pourrait expliquer le faible taux observé.

En France, le taux de suicide est 10 fois plus élevé en prison que dans la population générale. Chez les jeunes de 15-25 ans, il est la seconde cause de mortalité derrière les accidents de la voie publique. Au Sénégal, le suicide est tout aussi rare en dedans et en dehors des prisons ou du moins ne sont pas déclarées.

La différence des résultats observée par rapport aux études précédemment citées peut expliquer par cette manque d'information venant de l'infirmerie pénitentiaire sur le détenu, d'où l'importance d'une collaboration entre nos deux structures.

Au Canada, Molink L. [24] fait état de 10.4% de détenus présentant des troubles schizophréniques et de 25.8% de cas de dépressions, alors que le taux de toxicomanies atteint 54.3%. Notre étude avance les résultats suivants : 33% de détenus présentant des troubles schizophréniques, 30% de troubles dépressifs et 5% de pathologies toxicomanes. Beaupaire C. et al [3] ont eux un résultat de 48% des détenus toxicomanes.

La grande différence en ce qui concerne la toxicomanie peut s'expliquer par la grande pauvreté au Sénégal et la difficulté pour se procurer des drogues dures.

Des études réalisées en Suisse ont trouvé un taux similaire au notre en ce qui concerne la présence des troubles schizophréniques (32%) [28].

D'autres travaux menés sur la prise en charge des détenus au CHU de Montperrin [9] ont démontré que 40% avaient des troubles dépressifs, 14.6%

des troubles psychotiques dont 7.3% de troubles schizophréniques ; et 7.3% de troubles paranoïaques.

R. Frederic et al. dans une étude épidémiologique de la santé mentale des personnes détenus en France illustre les résultats suivants : 28.6% de troubles dépressifs, 4.2% d'accès maniaques, 3.9% d'attaques de panique, 11.9% de troubles schizophréniques, 0.2% de bouffées délirantes aigues et 8% de troubles paranoïaques.

Senon J.L [30] retrouve dans ses recherches 40% de troubles dépressifs, 33% de troubles anxieux généralisés.

Senna F et al. ont trouvé des résultats similaires à la référence précédente avec 39.3% de troubles dépressifs, 31.1% de troubles anxieux généralisés, 8% de troubles schizophréniques et 18.5% de troubles addictifs.

D'autres études réalisées par Gallet et al [15] à Toulouse trouvent 3.5% de psychoses chroniques chez les détenus, dont 75% de schizophrènes et 25% de psychoses paranoïaques.

Fazel S. et al posent alors le problème des moyens alloués au dépistage et au traitement de ces troubles [12], en effet ils expliquent que les résultats observés dans les diverses études internationales seraient parfois tronqués en raison d'un désintérêt général et de carences dans les dispositifs d'évaluation des troubles mentaux en prison.

De ce fait il est important d'avoir des échanges d'expérience et des transferts de compétence entre administrations hospitalière et pénitentiaire qui permettraient une meilleure appréhension du phénomène des deux côtes.

Ce qui faciliterait à la fois un bon suivi médical des détenus atteints de pathologies psychiatriques et de leur bonne gestion en milieu carcéral.

Aux USA, selon des travaux publiés [15,16], 65% des détenus présentaient des troubles mentaux avec une tendance à augmenter si une véritable prise en charge ne s'effectuait pas dans les années à venir. Ceci pourrait expliquer cette augmentation des nombres de consultation retrouvés dans notre étude.

Les faits paraissent logique d'une part vu l'augmentation considérable de la population carcérale, d'autre part le l'infirmier chef de poste de la prison est lui désarmé devant ces patients, car n'étant pas psychiatre ou initié à la psychopathologie.

Donc nullement le suivi et les recommandations en milieu carcéral ne pourront être poursuivis correctement.

La fréquence des rendez-vous par contre qui diminue pourrait s'expliquer par des problèmes de moyens et d'organisation. Seuls 9 patients ont été vus 5 fois voire plus.

En effet l'administration pénitentiaire ne dispose que de peu de moyens, les surveillants sont peu nombreux, les véhicules de transport peu disponibles. Parfois c'est seulement en cas d'urgence que l'obligation se fait sentir.

Par ailleurs le suivi post-carcéral pose un véritable problème de prise en charge adéquate.

VI. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Au début du XIXe siècle, les premiers aliénistes affirmaient que des criminels pouvaient-être des malades mentaux nécessitant un traitement médical plutôt qu'une incarcération. Un consensus a été proposé et il reposait sur un équilibre entre trois nécessités :

- Le soin des malades
- La liberté des personnes
- La sécurité publique

Le soin des malades est permis par un bon suivi en ambulatoire ou par l'hospitalisation. La liberté des personnes est garantie par la possibilité de recours devant le juge. La sécurité publique est assurée par l'enfermement des malades considérés comme dangereux dans les asiles. Ce consensus, établi il y a un peu plus de 150 ans, tombe aujourd'hui en lambeaux.

On se rend compte davantage que les malades ne sont pas hospitalisés et ne bénéficient pas toujours des soins nécessaires qu'ils soient en prison ou en hospitalisation.

Un nouvel axe doit être considéré de nos jours : l'insertion socio-professionnelle en prenant compte de l'état présent des connaissances et des pratiques médicales et de l'évolution de nos sociétés.

Pour atteindre cet objectif, une réforme législative d'envergure est nécessaire. Elle devra répondre à quatre impératifs :

- L'accès aux soins
- La liberté des personnes
- L'insertion sociale des patients
- La sécurité publique

Avoir une telle ambition exige un travail pluridisciplinaire permettant le débat entre les professionnels des milieux de la santé, du social, de la justice et de la sécurité publique. Il s'agira dès lors de réviser l'article 50 du Code Pénal et ainsi d'en appliquer l'exact contenu.

Il s'agit d'abord du partenariat entre les différentes administrations, une coopération efficiente entre les acteurs de la santé et le ministère de la justice est essentielle dans la mission des soins des détenus. Il serait utile de proposer des stages afin que le personnel pénitentiaire découvre les unités de soins et réciproquement, que les équipes soignantes puissent visiter les prisons.

Ces stages permettraient ainsi aux chefs de service pénitentiaire, par exemple, de prendre connaissances des conditions souvent difficiles des consultations des détenus et de sensibiliser son équipe au volant sanitaire de sa mission.

De la même façon, les infirmiers et les médecins spécialisés des unités de soins pourraient observer le travail des équipes des services pénitentiaires et de les aider dans le repérage des pathologies psychiatriques.

- Envisager d'affiner la connaissance des troubles rencontrés en milieu carcéral ainsi que les facteurs de décompensation liés à l'incarcération.
- Améliorer la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux en facilitant l'accès aux soins en hospitalisation ou en ambulatoire par la création d'une unité de psychiatre de liaison pour assurer un bon suivi
- Favoriser une meilleure articulation entre professionnels judiciaires, pénitentiaires et soignants.

Au niveau local il semble fondamental que les liens entre l'administration hospitalière et l'administration pénitentiaire soient étroits et ce à plusieurs échelles, celui de la direction et du personnel.

Tout d'abord, il est essentiel que des rencontres régulières aient lieu entre les cadres administratifs des deux institutions, afin que la communication soit instaurée en continu et que le contact se fasse rapidement en cas de difficultés de tout genre. D'autre part, afin que les équipes soignants et le personnel des centres pénitentiaires travaillent mieux ensemble et parlent le même langage.

On pourrait envisager d'organiser des formations communes du personnel des deux institutions autour de thèmes qui posent de réelles difficultés, thèmes qui par exemple sortiront des rencontres, pour ne qu'en citer un l'aspect épidémiologique et juridique des détenus.

L'idée de ces réunions permettrait aussi au-delà des apports théoriques de sensibiliser les problématiques rencontrées indépendamment par chaque secteur dans leur exercice professionnel quotidien en ce qui concerne la prise en charge des détenus.

Conclusion

La psychiatrie, de part ses moyens thérapeutiques, a longtemps intéressé le milieu carcéral pour une bonne prise en charge des détenus souffrant de maladies mentales. L'incidence des personnes incarcérées augmente de plus en plus dans les prisons.

Au Sénégal, aucun centre n'est habilité à recevoir uniquement les détenus présentant des troubles psychiques pour une meilleure prise en charge.

Le sort des ces patients de lourdes pathologies psychiatriques, incarcérées pour de longues durées, est inquiétant du fait de la limitation des soins en prison.

Au cours de ce travail, nous avons étudié les problématiques de la prise en charge des détenus malades mentaux à propos de 62 patients, suivis à la consultation externe de psychiatrie du Centre hospitalier Universitaire National de Fann.

L'analyse des données recueillies a abouti aux résultats suivants :

- 66 % des patients avaient un âge compris entre 25 et 45 ans, la tranche d'âge 25-35 ans était la plus représentée avec un taux de 47%, la représentativité au delà de 45 ans était la plus faible 21% ;
- Il y avait une nette prédominance masculine soit 91% des détenus ;
- Sur le plan clinique, l'insomnie est le principal motif de consultation 28%. Les autres motifs de consultation sont représentés par des comportements hallucinatoires chez 22% des détenus, des agitations psychomotrices chez 18% des détenus ;

- Concernant les pathologies, les états dépressifs et la schizophrénie représentent 33% chacune dans la population d'étude, 5% pour les psychoses paranoïaques. Les troubles anxieux généralisés, la psychose maniaco-dépressive, l'accès maniaque et la bouffée délirante aigue représentent 3% chacun.
- Sur les 62 patients, 21 n'ont été vus qu'une seule fois, soit 33.87%. Seulement 9 patients n'ont été reçus que 5 fois et plus ce qui représente 14.51% des détenus.
- On remarque une forte augmentation des consultations entre 2005 et 2010 passant de 7 à 19 patients ;

Au terme de notre étude, nous formulons les suggestions suivantes :

- Essayer de renforcer les aptitudes et les connaissances du personnel de santé.
- Sensibiliser les familles des détenus à les accompagner lors des consultations.
- Instaurer un partenariat entre l'unité de la consultation externe de psychiatrie et l'Administration Pénitentiaire pour un meilleur relais des informations concernant les détenus suivis.
- Faciliter l'accès aux médicaments de spécialité psychiatrique au niveau des lieux de détention.
- Former les majors et le personnel de santé des centres pénitentiaires aux domaines de la psychiatrie.
- Enfin, réfléchir à un suivi régulier pendant et à après la détention afin d'entrevoir une réinsertion socioprofessionnelle.

Tout ceci ne saurait se réaliser sans une implication plus soutenue des autorités sanitaires et du milieu judiciaire en adoptant des politiques qui permettraient la mise en place de centres spécialisés pour une prise en charge adaptée aux détenus présentant des troubles mentaux.

Dés lors, l'intéressé n'est ni un délinquant ni un criminel, c'est un déséquilibré, c'est un handicapé et, comme tel, il a le droit à tout notre respect et au minimum à des soins appropriés.

Un malade mental a besoin de soins et d'assistance, il est un individu que l'on peut décrire, d'une certaine manière, irresponsable de son état de santé, soumis à des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux, pour ne citer que ceux là, responsables de ses troubles. Un tel individu a davantage besoin d'une prise en charge globale dans des conditions appropriées, que d'une détention ou d'une privation de liberté en milieu carcéral. Ceci nous amène à nous poser certaines questions :

- Quelle a été l'évolution des hôpitaux psychiatriques notamment en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des détenus ?
- Existe-t-il une réelle augmentation des détenus présentant des troubles mentaux dans les prisons sénégalaises ?
- Qu'en est-il de l'application de la loi du 9 Juillet 1975 ?
- Comment punir et soigner ?

Peut-on trouver solutions à certains ou à la totalité de ces problèmes par la réforme de la procédure judiciaire en cours dans nos pays et par l'amélioration du dispositif d'assistance psychiatrique publique ?

Références

Bibliographiques

1. **Bailer C.** Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris : PUF « le fil rouge » 1996
2. **Bailer C.** Psychanalyse des comportements violents. Paris : PUF « le fil rouge » 1988
3. **Beaupaire C.** Conduites addictives et populations incarcérées, Etude descriptive sur les patients de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes, cible ; 1997
4. **Bernault F.** Enfermement, prison et châtiment en Afrique ; Paris 2000.
5. **Bronnec-Dubois.** Etudes des rapports entre l'espace aménagé et le vécu pathologique en milieu carcéral ; Mémoire de fin d'étude du CES de psychiatrie CHU-FANN ; 1979.p120-130 ; 14-15
6. **Brousolle P.** Délinquance et déviance : brève histoire de leur approche psychiatrique, éd Masson 2002
7. **Chaumon F., Vacher N.** Psychiatrie et justice, La documentation française, Paris, 1998
8. **Collomb et al** .La réaction sociale contre le crime au Sénégal .Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1970 n°2. P 333-350
9. **Coulomb E.** La prise en charge des détenus à travers l'exemple du CHS de Montperrin, 2007, p 77
10. **Dauver et al.** Eléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. Forensic 2002; 10 : 15-21
11. **Faure P., Prieto N.** La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux, 2002, 12 p. p 3-4
12. **Fazel S, Danesh J.** Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002 ; 359 : 545 – 50

13. **Foucault M.** Surveiller et punir .Paris : Gallimard ; 1975

14. **Freud S.** Psychologie collective et analyse du moi, Paris : éd. Payot, 1968 revue et publié dans les bibliothèques scientifiques de Payot, 208 p

15. **Gallet et al** .Les psychotiques incarcérés .Forensic 2000 ; 2 : 48 – 52

16. **Herzberg C.** Fresnes, Histoires de fous 22. Manuel d'un résident Psychiatrie, éd 2009. Exclusivité p : 2554-2556

17. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitencier ; Ann. Med, 1998 p 161-178

18. **Hivert P.** Psychiatrie en milieu carcéral, Encycl. Med.Chir, psychiatrie 1982 p 1-6

19. La lettre de la schizophrénie n°23, juin 2001, p 2-8

20. **Lalonde P, Grunberg F.** Psychiatrie clinique : Approche contemporaine, éditeur : Gaëtan Morin

21. **Lameyre X, Senon JL** .Résister à la démesure .Editorial .Revue de psychiatrie et psychologie légale. Forensic 2003 ; 16 :1-2

22. **Lameyre X.** Penser les soins pénallement obligés. Un impératif éthique .In : les soins obligés ; XXXIII e congrès français de criminologie. Les lois obligés XXXII e congrès français de criminologie, thèmes et commentaires. Paris : Dalloz ; 2002 p 70-85

23. **Manzenera C.** Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens et réponses thérapeutiques, Août 2004, p 7

24. **Molink L.** Prévalence, nature et gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin dans les pénitenciers du Canada, septembre 1991, p 4-9

25. **Mouquet MC., Durant M.,** La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risques, étude et résultats, n°4, janvier 1999, DRESS

26. **Pham TH, Coté G.** Psychopathie : Théorie de recherche. Psychologie, Septentrion. Presses universitaires ; 2000

27. **Pradel J, Senon JL.** De la prévention et de la réparation des infractions sexuels. Commentaires de la loi n°98 du 17 Juin 1998. Revue pénitentiaire et droit pénal 1999 ; 3 :208-43

28. **Pradier P.** La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000, évaluations et perspectives. 1999, 61 p

29. **Sene K.** Aspects psycho-sociaux de l'incarcération chez la femme au Sénégal ; Fac méd. 1995 ; p 24-31

30. **Senon JL.** Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, août 2004, p 7

31. **Senon JL.** Troubles psychiques et réponses pénales, XXXIVe congrès français de criminologie, septembre 2005

32. **Tryode Y et al** .Suivi socio-judiciaire : loi du 17 juin 1998, Psychiatrie, EMC, Paris : Elsevier, 2001 .37-901-A-60

Annexes

La loi du 9 juillet 1975 n°75 – 80 précise le régime d'internement de certaines catégories d'aliénés :

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.

Article 2 : Le traitement des maladies mentales en cure libre et en milieu ouvert s'effectue comme suit :

- Au sein de la famille du malade ;
- Auprès d'un thérapeute traditionnel autorisé par décision du ministre chargé de la santé publique ;
- Dans les établissements de soins ou dans les villages psychiatriques en déendant ;
- Dans des institutions agréées qui ne peuvent être créées ou ne peuvent poursuivre leur activité, quel que soit leur mode d'action, qu'après autorisations administratives.

Article 3 : Il est créé auprès de chaque chef-lieu de région un ou plusieurs villages psychiatriques dépendant de l'hôpital régionale et fonctionnant dans les conditions prévues par décret.

Article 4 : Les établissements de soins et les institutions agréées tiennent un registre mentionnant :

- L'identité du malade

- Le diagnostic justifiant son traitement en cure libre
- Le lieu où le malade doit recevoir des soins
- Le résultat des visites mensuelles de contrôle médical

Des fiches individuelles reproduisent les renseignements consignés sur le registre.

Article 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.

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

Article 6 : Les malades mentaux soignés dans les hôpitaux, centres ou villages psychiatriques ainsi que dans les 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.

Article 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.

Article 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 de 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 ont été appréhendés.

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

Article 9 : Le procureur de la République du lieu d’installation de l’établissement est immédiatement avisé du transfert 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 tribunal de première instance qui statue dans le délai maximum de quinze jours, en chambre de 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.

Article 10 : Le magistrat saisi se déplace à l’infirmerie spéciale et voit l’intéressé avant de se prononcer sur les mesures demandées.

Article 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 préposés responsables 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.

Article 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.

Article 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 demandé au tribunal qui a statué d'ordonner, après vérification, 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 par timbre et enregistré gratuitement.

Article 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 :

- Les prénoms, nom, âge, domicile du malade interné.
- La référence de la décision judiciaire ayant prononcé l'internement.
- Les renseignements concernant l'évolution de l'état de santé du malade interné.
- Les décisions de justice intervenues depuis l'internement.
- 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.

A l'occasion de cette visite, chaque registre est émargé et la tenue des fiches est contrôlée.

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

Article 15 : Les malades mentaux relevant de la présente loi sont ceux visés à l'article 342 du code de la famille

Article 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.

Article 17 : Les chefs, 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.

Article 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

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

Fait à Dakar, le 9 juillet 1975

Par le Président de la République : Léopold Sédar SENGHOR

Par le Premier ministre : Abdou DIOUF

Serment D'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école,
De mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de
la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon
travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis
fidèle à ma promesse !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque !