

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2020

N° d'ordre : 094

**LA PROBLEMATIQUE DE L'HOSPITALISATION SANS
CONSENTEMENT DANS UN MILIEU PSYCHIATRIQUE OUVERT A
DAKAR : A PROPOS DE HUIT CAS.**

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES EN PSYCHIATRIE

(DIPLÔME D'ETAT)

Présenté et soutenu publique

Le 15-juin-2020

Par

Dr Binta BA

Date et lieu de naissance le 14 mars 1988 à Rabat (Maroc)

Devant le jury composé de :

Président :	M. Mamadou Habib THIAM, Professeur Titulaire FMPO-UCAD
Membres	Mme. Aïda SYLLA, Professeure Titulaire FMPO-UCAD
	M. Abou SY, Maître de Conférences Titulaire FMPO-UCAD
Directeur de mémoire	M. Abou SY, Maître de Conférences Titulaire FMPO-UCAD

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président du jury,

Professeur Mamadou Habib THIAM

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant spontanément de juger notre travail. Votre savoir-faire, votre écoute bienveillante, votre courtoisie et votre humilité imposent le respect. La qualité scientifique de vos enseignements n'est plus à démontrer. Puisse Dieu vous donner une longue vie, une bonne santé et une réussite totale dans toutes vos entreprises.

A notre maître et membre du jury,

Professeur Aïda SYLLA

Chère maître, vous nous faites un immense honneur en acceptant de juger notre travail. Nous avons eu la chance de profiter de votre expertise lors de notre passage dans votre division et sommes honorée de l'enseignement que vous nous avez donné. Nous avons été marqué par la pertinence, la simplicité, et la précision de vos interventions scientifiques. Puisse Dieu vous donner une longue vie, une bonne santé et une réussite totale dans toutes vos entreprises.

A notre maître et directeur de mémoire,

Docteur Abou SY

Cher maître, vous nous avez fait un immense honneur en acceptant de nous encadrer une fois de plus. C'est toujours un grand plaisir de travailler avec vous, vous qui avait été notre premier contact avec la Psychiatrie. Votre rigueur scientifique, votre pédagogie et votre amour de l'enseignement vous valent l'admiration de vos cadets. Chacun de nos passages dans votre division a marqué notre pratique médicale psychiatrique. Nous avons eu la chance de

pouvoir profiter de vos valeureux conseils. Vous avez été pour nous «le grand frère qui surveille, le père qui veille et le maître qui rectifie».

Puisse Dieu vous donner une longue vie, une bonne santé et une réussite totale dans toutes vos entreprises.

REMERCIEMENTS

Je dédie avant tout ce travail à **ALLAH (SWT)**, le tout puissant et le miséricordieux et à son prophète **Mohamed (PSL)**.

Mon Dieu fait de moi un Médecin Psychiatre à l'écoute de ses patients.

Je remercie mes maîtres pour l'encadrement et les conseils reçus tout au long de notre spécialisation : **Pr Mamadou Habib THIAM, Pr Aïda SYLLA, Pr Oumar NDOYE, Pr Papa Lamine FAYE, Pr Lamine FALL, Pr Ndeye Dialé N'DIAYE-NDONGO, Pr Tabara SYLLA, Dr Idrissa BA, Dr Abou SY, Dr El Hadji Matar BA, Dr Sokhna SECK, Dr Momar CAMARA, Dr Lamine**

DIOUF, Dr Ibrahima N'DIAYE, Dr Jean Augustin DIEGANE TINE et Dr Ousmane SALL. Je ne saurais trouver les mots pour vous remercier.

Je remercie particulièrement mon directeur de mémoire **Dr Abou SY, Mme SOW, Mme MBENGUE, Mme NDOYE et Mme Faye** qui ont eu une contribution inégalable dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie mes chers parents **Fatimata THIAM et BA Pathé Demba** paix en son âme pour l'éducation, le soutien et l'amour qu'ils m'ont transmis. Cher père que Dieu t'accueille dans son Saint Paradis, ainsi que ma tante **Leïla KHABLI** et tous mes défunts proches. Longue vie et bonne santé à ma chère mère.

Je remercie l'ensemble des membres de ma famille (**BA, THIAM, LY, WANE, SOW, TOURE, DIA, KEBE, KANE et DIALLO**), mes chers frères et sœurs, mes tantes et mamans, mes amies et sœurs d'une autre mère, mes amis, toute la famille de la clinique Moussa DIOP, mes anciens, promos et jeunes de l'Ecole Militaire de Santé de Dakar, la lignée des **15** et à tous ce qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

Je dédie ce travail à ma chère fille **Maimouna BA** et à tous mes neveux bien aimés.

Je rends hommage à **Hawa BA** paix en son âme. Tu étais tout pour moi, plus qu'une amie, une sœur, une partie de moi. Je suis sans voix devant ta disparition subite et récente. On restera toujours les quatre mousquetaires. Tu es certes parti mais tu vis en Nous. On a eu le privilège de partager des décennies avec toi, toi une personne si formidable dans ce monde où prospère les démons, on en rend grâce à Dieu et on lui demande de t'accueillir dans son Saint Paradis auprès de notre prophète PSL et qu'il nous donne à nous ainsi qu'à tes parents et sœurs la force de surmonter cette épreuve. Je t'aime d'un amour éternel.

ABREVIATIONS

AOF : Afrique Occidentale Française

Bac : baccalauréat

CIA : Central Intelligence Agency

CIM10-RV : Classification Internationale des Maladies 10^e version révisée

CHNUP : Centre Hospitalier Universitaire Psychiatrique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

Mg : milligramme

ICS : Industries Chimiques du Sénégal

IM : Intramusculaire

J : Jour

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAU : Service d'Arcueil et d'Urgence

UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Table des matières

A NOS MAITRES ET JUGES.....	I
REMERCIEMENTS	IV
ABREVIATIONS.....	VII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	4
1. Histoire de la psychiatrie au Sénégal	5
2. Histoire des soins sans consentement	7
a. La pratique de la psychiatrie et de l'enfermement à travers les âges dans le Monde.....	7
b. La Psychiatrie et la Justice	9
3. Aspects cliniques de la dangerosité.....	10
4. Le consentement.....	12
5. Les types d'hospitalisation.....	14
a. L'hospitalisation d'autorité : l'internement selon la loi de 1838	14
b. Le placement en service libre.....	17
DEUXIEME PARTIE	18
1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE 1. Objectifs.....	19
a. Objectif général	19
b. Objectifs spécifiques	19
2. Type d'étude.....	19
3. Cadre d'étude	19
4. Population d'étude.....	20

5. Période d'étude.....	20
6. Critères	21
a. Critères d'inclusion.....	21
b. Critères de non inclusion.....	21
7. Collecte des données	21
8. Instruments	21
9. Difficultés de notre étude	22
10. Considérations éthiques.....	22
2. LES OBSERVATIONS	22
2.1. Observations cliniques	22
2.2. Entretien avec les médecins	42
2.2.1. Concernant les autorités :	42
2.2.2. Concernant le patient :.....	42
2.2.3. Concernant les médecins :	43
2.2.4. Concernant la structure d'accueil:.....	43
3. Discussion.....	44
1. Sur le plan juridique	44
1.1. La Clinique Moussa Diop et son statut juridique	44
1.2. Nature de la décision administrative	45
2. Sur le plan clinique.....	47
2.1. Aspects socio-démographiques	47
2.2. Antécédents psychiatriques	48
2.3. Conduites addictives.....	49
2.4. Durée d'évolution du tableau clinique	49

2.5. Signes cliniques de dangerosité.....	50
2.6. Les Diagnostics	51
2.7. Nature de la prise en charge	53
2.8. Durée du séjour et exéat	54
2.9. Suivi en ambulatoire.....	54
3. Les difficultés	56
3.1. Les difficultés liées à la famille.....	56
3.2. Difficultés liées à la structure	56
3.3. Les difficultés liées aux autorités :	56
3.4. Les difficultés liées au patient :	57
3.5. Les difficultés des médecins :	57
CONCLUSION	58
RECOMMANDATIONS	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	70

INTRODUCTION

La question de la nature des liens entre la justice et la maladie mentale date de l'antiquité. L'une des interrogations de celle-ci, notamment, le rapport entre la « folie » et le crime, est retrouvée dans les écrits qui datent de l'ancienne Égypte et de Babylone, de même que dans la Bible [35, 32, 8]. C'est à ce titre qu'en 1532, Charles V ordonnait l'exemption de peine si le criminel « en connaissance de cause n'avait pas toute sa tête » [32, 8]. Ce qui a permis de justifier l'acquittement dans le procès de Daniel Mc Naghten en 1843 ; qui est un cas d'école dans le monde médico-légal. En effet, souffrant de délire paranoïaque centré sur le Premier ministre anglais de l'époque, il a tué, par erreur, le secrétaire particulier de ce dernier. Il est acquitté de tout pour « aliénation mentale » [32, 8].

Au tournant des années 1920, les psychiatres soutiennent qu'un individu, du fait d'une maladie mentale, peut entrer en conflit avec la société et devenir inapte à vivre en son sein. Cela justifiait l'internement asilaire, marqué à ses débuts par l'utilisation abusive de la lettre de cachet du roi [33, 8]. Au début, on internait des personnes jugées dangereuses, antisociales et scandaleuses en les classifiant dans une catégorie de désordres mentaux. Les causes d'internement répondaient davantage à un impératif moral et, par extension, de gestion sociale, qu'à des critères médicaux basés sur les pathologies [33]. Par la suite l'internement ne concernait que les criminels, puis il s'est étendu aux individus dangereux [35].

De nos jours les justifications fournies par les familles et par les membres de la communauté pour interner une personne prennent appui sur un diagnostic, des lois bien établis qui protègent l'individu afin que ses droits soient respectés.

L'internement qui est une hospitalisation sans le consentement de l'individu, doit être le dernier recours et concerne les individus qui doivent obligatoirement avoir des soins psychiatriques car représentant un danger pour eux même et / ou les autres, ou pouvant être à l'origine d'agressions ou de troubles à l'ordre public

du fait de leur maladie mentale. De nos jours, il tend à perdre du terrain dans certains pays comme la France où l’incarcération des malades mentaux est en ascension. Si en France, la loi de 1838 a subi plusieurs révisions [3]. Au Sénégal la loi 75-80, calquée sur celle de 1838 et qui régit l’internement n’a pas été révisée depuis 1975 [26].

La clinique Moussa Diop est le premier service de Psychiatrie du Sénégal [43]. Étant un service ouvert, il n’est normalement pas habilité à recevoir des arrêtés d’internement selon la loi [26]. Cependant certains préfets et commissaires y envoient respectivement des arrêtés d’internement et des « DE PAR LA LOI ». Ils citent les articles 52 à 149 et 163 à 755 du code pénal qui font rarement allusion à l’hospitalisation des malades mentaux. Ils ne citent jamais la loi 75-80 [26]. Cette réalité témoigne des difficultés voire l’absence d’interactions entre la psychiatrie et la justice au Sénégal, ainsi que l’absence de mise à jour des lois et d’infrastructures pour l’internement. Ceci constitue le justificatif et l’intérêt de notre travail. Ainsi, Notre travail avait pour but d’apprécier les difficultés en rapport avec l’application des décisions d’internement à la clinique psychiatrique Moussa DIOP du CHNU de Fann.

PREMIERE PARTIE

1. Histoire de la psychiatrie au Sénégal

Tout au début, il s'agissait de l'aliénisme comme une spécialité de l'étranger.

L'aliéné est considéré comme quelqu'un d'étranger aux autres et à soi-même. Par la suite, la médecine mentale est devenue psychiatrie, qui signifie littéralement la médecine de l'âme. Etymologiquement, le mot psychiatrie provient du mot grec *psyche*, qui veut dire âme ou esprit et *iatros*, qui signifie médecin [33].

Au Sénégal, malgré la prise de conscience précoce du problème des aliénés, l'avènement de la psychiatrie dans sa conception scientifique et occidentale est contemporain à la colonisation. Les premières observations psychiatriques réalisées par des médecins militaires remontent au XIX^e siècle. Elles soulignent dans leurs rapports médicaux au médecin-chef du Sénégal, l'absence dramatique de structures adaptées pour les malades mentaux, ainsi que les difficultés liées à leur évacuation vers la France [43, 31, 44].

Le problème de l'assistance aux aliénés en Afrique de l'ouest francophone (AOF), qui avait Saint Louis comme capital, est mentionné pour la première fois lors d'une séance du conseil de l'Ordre Général du Sénégal, le 25 décembre 1896. Comparée au reste des colonies françaises, l'AOF était la grande retardataire avec une mise en place tardive du dispositif psychiatrique [10, 43, 17].

Selon Collignon, l'arrêté du 28 juin 1938 « constituait le seul héritage de l'époque coloniale en matière de texte juridique psychiatrique ». L'une des conséquences de la non-application de la loi de 1838 au Sénégal était l'inexistence d'asile (structure spécialisée) de 1853 à 1897. Les aliénés étaient hospitalisés dans des cabanons ou cellules des hôpitaux civils et militaires de Saint Louis, à l'hôpital de Gorée et l'hôpital colonial de Dakar. Comme en

Tunisie, ils étaient dans des conditions d'insalubrité, de contention physique et mis avec les prisonniers [43, 18, 28, 17].

Les difficultés notées dans la prise en charge des malades mentaux ont poussé le conseil général à conclure un traité le 31 mai 1897. Ainsi, les patients sont transférés à l'asile Saint-Pierre de Marseille [43, 11, 12, 18]. Ainsi, De 1897 à 1913, une centaine de Sénégalais, des deux sexes, sont envoyés à Marseille. Malheureusement, la majeure partie est décédée [43]. Le transfert à Marseille est donc devenu source de polémique, d'où son arrêt sur ordre du Ministre des colonies le 26 Janvier 1918.

En 1917, une infirmerie pour malades mentaux a vu le jour à Thiaroye. Il s'en est suivi en 1930, de la construction d'un asile à Mbaba, localité située au nord de Tivaouane [43]. En 1938, le congrès des aliénistes et neurologistes de langue française d'Alger a mis sur pied un programme d'hygiène mentale adapté à chaque territoire [10, 43]. Cependant, il a fallu attendre 1956, pour l'ouverture du service de neuropsychiatrie de Fann. « En 15 ans environ, de profondes transformations s'opèrent dans cette clinique jadis de type asilaire » [7]. Il est institué une hospitalisation sans contrainte [10, 43, 7].

C'est le 09 juin 1975, qu'une loi réglementant la pratique psychiatrique au Sénégal est votée pour « le traitement des maladies mentales et le régime d'internement de certaines catégories d'aliénés » : il s'agit de la loi 75-80 du 09 juillet 1975. Cette loi est suivie de deux décrets d'application. Le premier « créant à Thiaroye un établissement spécialisé de type fermé destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision judiciaire » et le second fixant « les conditions d'organisation et de fonctionnement des villages psychiatriques » [26].

Actuellement le service de psychiatrie de l'hôpital de Fann s'est agrandi et compte sept divisions, un service de Pédopsychiatrie avec un hôpital de jour, une consultation externe, et un centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD).

2. Histoire des soins sans consentement

a. La pratique de la psychiatrie et de l'enfermement à travers les âges dans le Monde

Le mot folie a été évoqué à différentes époques dans plusieurs domaines tels que la Médecine, la Religion, l'Art, la Philosophie, ainsi que la Justice. Son histoire en occident va de l'antiquité à l'époque de la Révolution française en passant par le moyen âge et l'époque du grand renfermement (Morel 1985 ; Foucault 1972 ; Hochmann 1994 ; Pelicier 1971) [37].

Dès le 1^{er} siècle de la République, le droit romain a institué l'incapacité de l'aliéné. Il précisait dans des termes assez clairs : « est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, qui procède ou non d'un acte de sa volonté libre » [16].

Plusieurs lois ont été votées pour maintenir les fous sous contrôle. A cet effet, la loi du 16 Août 1790 demande à l'administration « le soin de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté ». Dans le même sens la loi de juillet 1791 fait obligation aux familles de ne pas « laisser divaguer des insensés ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces » [16, 35, 8].

Devant la nécessité de justifier l'internement de certains types de malades mentaux, le législateur français va entreprendre un long processus juridique de plusieurs années (1795-1838) qui aboutira à la promulgation de la loi sur les

aliénés ou loi du 30 juin 1838 qui codifie l'internement en psychiatrie. La loi du 30 juin 1838 précisait que les malades mentaux jugés irresponsables devaient être internés dans des lieux de soins appelés asiles psychiatriques par l'autorité administrative [16, 8].

La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux » a succédé à celle du 30 juin 1838, avant d'être remplacé par la loi du 5 juillet 2011, « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » [8].

Dans l'ensemble, chacune de ces lois s'est efforcée de trouver un équilibre entre la défense sociale et l'intérêt public, une garantie du droit des personnes malades et un respect de leur droit à la santé, de même qu'une protection des personnes saines d'esprits [37, 8]. A ce titre, le concept de défense social conduit par la Belgique a servi d'exemple en Europe [35]. La loi de défense sociale est promulguée le 9 avril 1930 et est mise en exécution le 1^{er} janvier 1931. Elle a maintenu dans ses grandes lignes jusqu'aux réformes de 1964 la notion d'internement thérapeutique à la criminalité. La mesure d'internement est prononcée pour une durée précise par le tribunal (cinq, dix ou quinze ans), mais si la commission de défense sociale déconseille la remise en liberté au bout de ces termes, le procureur du roi peut soumettre cette décision à la juridiction ayant ordonné l'internement. Il s'agit d'un traitement adapté à l'état de dangerosité, celui qui y est astreint au motif de mesure préventive ne peut voir ce temps soustrait à une éventuelle condamnation à l'internement [35].

En Angleterre, le médecin de prison faisait systématiquement l'examen psychiatrique des détenus entrants. De plus, l'appréciation de la dangerosité est également entrée dans la loi de 1908 dite de « Prevention of crime Act » [35].

En 1924, en URSS (Union des républiques socialistes soviétiques actuelle Russie), la notion de peine a disparu au profit de mesures de préservation de l'ordre social. Cette révolution pénale visait trois objectifs typiques de la défense sociale : la prévention des délits, la neutralisation des individus socialement dangereux et la rééducation par le travail. Le code aussi encourageait le dépistage des individus dangereux n'ayant pas encore commis de délits et leur prise en charge [35].

Ainsi pour la première fois dans tous ces pays, on prévoyait de traiter des individus dangereux non criminels.

b. La Psychiatrie et la Justice

En France, dans le cadre de la relation entre les pouvoirs psychiatriques et judiciaires, la Psychiatrie a été rattaché à un dispositif complexe qui servait à la fois de structure d'accueil pour les anormaux et d'instrument pour la défense de la société dans le cas des individus dangereux qui la menaçaient de l'intérieur [35]. L'apport de la Psychiatrie dans la recherche de la vérité dans la justice pénale a eu une large influence dans l'établissement des lois. Suite au courant humaniste inhérent de la Révolution française, le psychiatre Philippe Pinel a fait adopter, au début du XIXe siècle, l'article 64 du code pénal français disant : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » [37, 14]. Durant tout le XIXe siècle, ainsi que le XXe siècle, la notion de responsabilité pénale a été étroitement associée à celle de la responsabilité morale [14].

Le poids accordé à la responsabilité morale d'un délinquant a incité les psychiatres-criminologues à solliciter la possibilité de nuancer leurs avis et d'accorder la responsabilité pénale avec le degré de liberté intérieure. La

circulaire Chaumier de 1905 a officialisé cette position en prévoyant non seulement l'irresponsabilité pour état de démence, au sens de l'article 64 du code pénal, mais aussi de la possibilité d'atténuation la responsabilité liée à l'existence chez le prévenu de troubles psychiques susceptibles d'influencer son jugement et sa détermination à commettre l'acte répréhensible [14].

La loi du 25 février 2008 n'a ajouté aucune solution satisfaisante ; elle prévoyait des mesures de sureté à l'issue d'un placement d'office lorsque le délinquant présente une dangerosité potentielle persistante malgré son traitement en milieu psychiatrique. Ceci est dû au fait que ces mesures succédaient à un projet théoriquement thérapeutique qui a été peu efficace avec une orientation purement sécuritaire, alors que l'obtention d'un bon résultat nécessitait la poursuite continue de mesures essentiellement thérapeutiques [35].

L'intervention du psychiatre dans le champ de la justice peut se situer à trois niveaux. Au début des procédures judiciaires, le psychiatre peut être appelé à évaluer la présence et le lien entre un délit et une maladie mentale possible. Si un lien est établi, le deuxième niveau d'intervention consiste à la dispensation des soins au patient détenu. Enfin, le psychiatre peut être appelé à se prononcer sur la dangerosité du détenu avant sa remise en liberté [35, 32, 4, 3].

3. Aspects cliniques de la dangerosité

L'évaluation de la dangerosité du malade mental est une préoccupation clinique ancienne et complexe. Cependant, la définition de la dangerosité et de l'état dangereux est variable. La dangerosité criminelle est souvent associée à une pathologie psychiatrique dont il faut la distinguer. La dangerosité psychiatrique est une question complexe, ancienne, qui est à l'origine des fondements même de la psychiatrie et des premières mesures thérapeutiques pour les malades

mentaux [5, 29, 1]. La dangerosité en tant que telle est définie comme l'état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent [29].

Diverses définitions de l'état dangereux ont été proposées. Cependant la définition de la dangerosité criminelle la plus claire est sans doute celle de Bénézech et al. [5, 1] : « État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes fait courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction ». La dangerosité psychiatrique quant à elle est une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie [20].

De multiples pathologies psychiatriques peuvent amener le patient à être dangereux pour lui-même ou pour la société. La dangerosité peut se manifester dans toutes les pathologies psychiatriques à des degrés différents. Elle est évolutive, transitoire ou durable, parfois fluctuante en fonction du temps et des circonstances. Le risque peut être auto ou hétéro-agressif [29, 42]. Des actes de violence et d'agressivité peuvent être rencontrés dans la bouffée délirante aiguë. Il peut s'agir d'un patient qui commet une agression en cherchant à se défendre contre ses persécuteurs imaginaires, sous l'emprise d'hallucinations auditives impératives ou d'un syndrome d'influence lui intimant l'ordre de tuer. Le passage à l'acte est violent, soudain, impulsif et non prémédité [29].

Dans la confusion mentale, la désorientation temporo-spatiale, le délire onirique et les perturbations du champ de la conscience peuvent être à l'origine de passage à l'acte auto et /ou hétéro agressif [2].

L'accès de manie furieuse avec violence extrême est classique mais rare, de même, l'homicide « altruiste » du mélancolique s'inscrivant dans un contexte de suicide collectif élargi aux proches est classique quoique, également rare en

pratique. L'épilepsie fronto-temporale semble volontiers plus à l'origine des comportements violents [2].

Pour ce qui est des conduites addictives, on remarque que l'usage de substances psychoactives peut être à l'origine de vols avec violence, du fait d'un besoin de se procurer le produit [16].

Le passage à l'acte dans la schizophrénie est plus fréquent dans les formes paranoïdes et hébéoïdophréniques, et aboutit généralement à un homicide [16]. L'automatisme mental et le syndrome d'influence peuvent être à l'origine d'actes médico-légaux dans la psychose hallucinatoire chronique [16].

La notion de « dangerosité » prend actuellement une importance croissante au niveau de la Justice. Les magistrats et les surveillants de prison sont amenés à devoir fréquemment l'évaluer. Les résultats des entretiens réalisés par Przygidzki-Lionet et al. [34] confirment l'existence de dangers sociaux, pénaux et carcéraux. Ils estiment que toute évaluation de la dangerosité ne peut être satisfaisante que lorsqu'elle s'inscrit dans une approche à la fois clinique et sociale. Psychologues et psychiatres participent largement au travers de leur mission expertale, à cette catégorisation des individus. Ils sont en effet régulièrement sollicités par les magistrats quant à cette question de la dangerosité potentielle d'un individu [29].

4. Le consentement

Il est important de définir le consentement vu que nous parlons de l'internement qui est une hospitalisation sous contrainte. Le verbe « consentir » signifie « accepter qu'une chose se fasse et ne pas l'empêcher ; approuver et souscrire ; autoriser et permettre ». Cependant, il n'est pas facile de calquer le consentement libre et éclairé en médecine somatique à la psychiatrie [24, 40].

En psychiatrie la question de la compétence à consentir se pose, déclinée en termes d'« *aptitude à comprendre l'information et à prendre une décision* » et de « *rationalité du vouloir* ». Cette notion de « *rationalité du vouloir* » étant à interroger tant elle laisse dans l'indétermination les critères à partir desquelles celle-ci est évaluée. «*Dans les services de psychiatrie, le refus de soins et les sorties contre avis médical sont particulièrement fréquents. Il s'agit d'un droit du patient. Le refus de soins s'appuie sur la liberté qu'il possède sur son propre corps* » [41, 24, 25]. « *Ce refus du traitement ou de soins n'est pas a priori une question pathologique mais peut témoigner de processus psychologiques : de persécution, du sentiment d'une intrusion de l'autre dans son propre monde en particulier chez les psychotiques* » [24, 25].

Le fait de redéfinir le consentement en termes de capacité, joue un rôle clef dans les processus d'imposition de la contrainte et de sa légitimation chez certains malades mentaux [24, 25]. Au « *consentement éclairé* » se substitue le « *consentement recevable* » ou « *valable* », dont l'exactitude est appréhendée sur l'horizon de raisons partageables par autrui. Le rôle du médecin psychiatre dans la qualification du consentement est net dans le travail en précarité, ainsi que dans les formes les plus graves des maladies psychiatriques et dans l'interprétation suivante de la « *perte de la capacité à faire un choix* ». On considère par exemple que le patient « *n'est plus libre de son choix puisqu'il est envahi par son délire et que son délire le met en danger ou met les autres en danger* » [24]. La compétence est remise en question dans la mesure où « *en psychiatrie, ce qui permet de consentir sont : le jugement, l'affectivité et la relation à autrui. Ces trois aspects sont soit atteints, perturbés ou bouleversés lors de la maladie mentale* » [24, 27, 40, 25].

Dans la pratique quotidienne, lorsqu'un patient montre une abolition de son discernement, il prévaut le principe de l'intervention médicale dans l'intérêt

d'un sujet dont on estime qu'il n'est pas en état de donner un consentement libre et éclairé [24, 27, 40].

5. Les types d'hospitalisation

L'hospitalisation sous forme d'internement qui était la règle il y a un siècle en France, est devenue moins fréquente au profit de l'hospitalisation en « service libre ». Le placement en service libre suppose que le malade consent à son hospitalisation et qu'il n'est pas dangereux et n'exige pas une surveillance spéciale [47, 21].

a. L'hospitalisation d'autorité : l'internement selon la loi de 1838

En France, l'hospitalisation d'office (HO) concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes [21]. Il existe deux modalités d'internement :

- Le placement volontaire régit par l'article 8 de la loi de 1838, s'applique à « tout malade pour lequel l'internement est indiqué sans être exigé par la police (arrêté préfectoral) ». Il s'agit d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, il est demandé par un membre de la famille, un ami, un assistant social ou toute autre personne capable et pouvant justifier son identité. S'il est signé par le malade même, on parle « d'auto-placement » [21, 23].

Une demande d'admission du demandeur doit être rédigé et signé sur papier libre et adressé au directeur d'établissement. Elle doit contenir les noms, prénoms, âge, profession et domicile du malade et du demandeur, le degré de parenté ou la nature de leur relation. Une pièce d'identité du demandeur doit y être jointe [21].

Un certificat médical sur papier timbré doit être obligatoirement établi par un médecin qui n'est ni rattaché à l'établissement psychiatrique, ni parent ou allié du demandeur, du directeur ou du propriétaire de l'établissement. Ce certificat doit être daté de moins de quinze jours et contenir les noms et adresses du médecin certificateur et du malade. Enfin, il doit décrire les symptômes constatés (parole et réactions caractéristiques du malade) de manière simple et précise sans mentionner le diagnostic. Le « certificat d'internement » doit conclure nettement l'indication de la nécessité de traiter le malade dans un établissement « réservé aux maladies mentales » ou « régi par la loi du 30 juin 1838 ».

Il est aussi requis une pièce d'identité du malade [21].

La sortie doit se faire à la demande de l'initiateur ou sur décision du médecin qui rédige simplement un certificat pour le préfet précisant l'état mental à la sortie. La sortie d'essai est établie par la circulaire ministérielle du 4 juin 1957. Elle est décidée par le médecin qui en informe le préfet [21, 47, 23, 9].

Le placement d'office est ordonné par le préfet de police par un arrêté préfectoral et dans les cas d'urgence par un réquisitoire du maire ou du commissaire de police (article 19). Le réquisitoire doit être ratifié dans le plus bref délai. L'arrêté autorisant le placement est la pièce essentielle. Il doit être motivé soit par un certificat médical soit par un procès-verbal du maire ou du commissaire de police (témoignages plus faits recueillis) [47, 21]. Le certificat médical non obligatoire peut servir à motiver l'arrêté. Il doit répondre aux exigences du certificat de placement volontaire. Cependant, il doit être délivré par le médecin traitant ou un médecin requis par l'autorité administrative ou présent dans un hôpital général où le malade a été mis sous placement provisoire par l'autorité administrative [21, 23]. Il est nécessaire d'établir un état de renseignements sur la

situation des biens personnel et familiaux du malade et sur la détermination de son domicile de secours [21]. De même, les pièces d'identité justifiant l'état civil du malade sont exigées.

Selon l'article 24, le transport doit être assuré par le maire, le commissaire ou le préfet, il doit aussi éviter les étapes intermédiaires [21]. La sortie ne peut se faire qu'après un nouvel arrêté préfectoral établi à la vue du certificat médical du médecin traitant indiquant la guérison ou l'amélioration du malade concluant à une proposition de sortie. La sortie d'essai résulte d'un arrêté préfectoral suite à une proposition du médecin. Elle a une durée de 1 à 3 mois avec des rendez-vous rapprochés. Lorsque l'hospitalisation n'est plus indiquée, la sortie définitive est faite avec possibilité de réhospitalisation directe sans formalité en cas de rechute [21].

Afin de protéger la liberté individuelle et rendre impossible un internement abusif, la loi de 1838 avait prévu un contrôle allant des différentes modalités de l'instauration de l'internement à la tenue par chaque établissement de registres côtés et paraphés par le maire, le procureur, etc. Dans ce registre sont inscrits les noms des malades. Les certificats médicaux y sont copiés, et tous changements de l'état de santé du malade y sont mentionnés chaque mois. Les établissements doivent être visités par le procureur en charge au moins tous les six mois, ainsi que le président du tribunal de grande instance, le juge des instances et le maire de la commune. S'il y a des recours, le tribunal statue en chambre du conseil et ordonne la sortie s'il y a lieu et cela même contre l'avis du préfet en cas de placement d'office [24, 21].

b. Le placement en service libre

Le placement en service libre a été inauguré en France en 1922 par E. Toulouse [21]. Il concerne les malades qui désirent se soigner librement. Un simple billet d'hôpital rédigé par le médecin suffit pour entamer l'hospitalisation. Cependant des vicissitudes pratiques ont été notées avec l'usage des moyens de contrainte.

DEUXIEME PARTIE

1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE 1. Objectifs

a. Objectif général

Notre étude avait pour objectif général d'apprécier les difficultés en rapport avec l'application des décisions d'internement à la clinique psychiatrique Moussa DIOP du CHNU de Fann.

b. Objectifs spécifiques

Notre étude avait pour objectifs spécifiques de :

- Décrire les modalités de prise en charge des patients reçus avec un arrêté d'internement au sein du service de Psychiatrie du CHNU de Fann.
- Décrire les difficultés auxquelles les familles sont confrontées dans la procédure de demande d'internement d'un patient.
- D'identifier les obstacles rencontrés par le médecin dans l'application de la mesure d'internement au service de Psychiatrie du CHNU de Fann.

2. Type d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective et qualitative.

3. Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre le service de Psychiatrie du CHNU de Fann encore appelé « Clinique Moussa Diop ». Il est le premier service du centre hospitalier universitaire de Fann. Cette clinique a une vocation d'enseignement, de soins et de recherches. Elle comporte :

- ❖ Un service d'hospitalisation composé de quatre divisions avec une capacité de 40 lits. On retrouve :

- La division Sud (ex pavillon des dames) devenue mixte depuis 2001
 - La division Rez-de-chaussée droit
 - La division Rez-de-chaussée gauche
 - La division Étage (droit et gauche)
 - Les deux divisions VIP (gauche et sud)
- ❖ Un pavillon de consultation externe, conçu pour accueillir les malades mentaux suivi en ambulatoire. Il assure l'orientation des malades vers les différentes divisions en cas d'hospitalisation.
 - ❖ Le CEPIAD (centre de prise en charge intégré des addictions de Dakar), inauguré en 2015. Le premier et seul centre d'addictologie de l'Afrique de l'Ouest. Les patients y sont suivis en ambulatoire.
 - ❖ Un service de pédopsychiatrie dénommé « Ker Xaleyi » qui fonctionne en consultation ambulatoire et en hôpital de jour.

4. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble des patients hospitalisés sans consentement dans toutes les divisions de la clinique Psychiatrique Moussa DIOP du CHNU de Fann et de trois médecins de garde en cours de spécialisation en psychiatrie. Le document justifiant l'hospitalisation pouvait être un arrêté d'internement, un DE PAR LA LOI ou une réquisition à personne qualifiée où il était question d'hospitaliser le patient sans son consentement.

5. Période d'étude

Notre étude s'étend sur une période de quatre ans allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016.

6. Critères

a. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les patients reçus et hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann avec un arrêté d'internement, un DE PAR LA LOI ou une Réquisition à personne qualifiée où il était question d'hospitaliser le patient sans son consentement durant la période de notre étude.
- Les médecins en cours de spécialisation en psychiatrie, devaient justifier d'au moins trois ans d'expérience à la garde de psychiatrie et avoir fait une rotation d'un semestre au service de la consultation externe.

b. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus les patients reçus durant notre période d'étude avec un DE PAR LA LOI ou une réquisition à personne qualifiée où il n'était pas question d'hospitalisation sans son consentement.

7. Collecte des données

Nous avons sélectionné les patients de l'étude à partir des archives du surveillant général et du registre d'hospitalisation du service. Par la suite, nous nous sommes rendus au niveau des différentes divisions pour accéder aux dossiers des patients. Nous avons contacté les familles et les patients au téléphone pour des entretiens. Nous avons mené des entretiens individuels avec les médecins en spécialisation en psychiatrie.

8. Instruments

Nous avons consulté les dossiers des patients et complété les informations par des entretiens téléphoniques et individuels basés sur le modèle de l'examen en

psychiatrie. Nous avons interrogé les médecins en spécialisation, en entretien libre, sur les difficultés qu'ils rencontraient devant une hospitalisation sans consentement.

9. Difficultés de notre étude

Durant notre travail nous avons été confrontés :

- Au manque de systématisation des dossiers et aux dossiers perdus
- L'absence de traçabilité des arrêtés d'internement.

10. Considérations éthiques

Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des patients, des membres de leurs familles et des médecins. Nous les avons assurée la confidentialité et le respect de l'anonymat.

2. LES OBSERVATIONS

2.1. Observations cliniques

Observation 1

Abdel est âgé de 37 ans d'ethnie soninké, résident à Ouagou Niaye, célibataire sans enfant. Il est reçu le 02 octobre 2013 à la garde, avec un « DE PART LA LOI » émis par le commissariat de Dieupeul le même jour. La demande est motivée par un état d'agitation et une violence. Abdel est accompagné par deux de ses amis et ses grandes sœurs. Ces derniers ont rapporté des propos incohérents, un changement de comportement, un isolement, une hétéroagressivité physique et verbale de même qu'une insomnie.

Le début de cette symptomatologie remontait à environ un an marqué par la survenue progressive d'un changement de comportement. En effet, Abdel

s'isolait dans sa chambre, il communiquait à peine avec les membres de sa famille. Il disait que ces derniers ne l'aimaient pas et il refusait de manger les repas familiaux qu'il disait être marabouté. Parallèlement, il montrait un nouvel intérêt au coran qu'il écoutait à la radio presque tout le temps. Trois mois avant son admission, la symptomatologie s'est aggravée avec la survenue d'une insomnie totale bien supportée. La veille de son admission, il était agité et a montré une agressivité physique vis-à-vis de sa sœur. Devant les cris de celle-ci, les membres de son entourage sont intervenus, puis il s'est enfui. Lorsque ses proches l'ont rattrapé, il s'est mis à les insulter et s'est bagarré avec un policier dans la rue. Ils ont pu le contenir et l'emmener avec un « DE PART LA LOI » pour une prise en charge.

Il n'a pas été rapporté d'antécédent particulier ni de conduite addictive. Sur le plan de la biographie et de la dynamique familiale, Abdel est scolarisé à l'école coranique puis franco-arabe avant de retourner à l'école coranique. Il a arrêté l'école à l'âge de 15 ans. A la suite de cela, il a décidé de venir chercher du travail à Dakar. Au bout de quatre ans, sans activité professionnelle, il a fini par trouver un travail de journalier dans une savonnerie. Il a décidé de quitter ce travail pour s'adonner au commerce avant d'entamer une formation. Son parcours professionnel est ainsi marqué par une instabilité. Son père décède en 1999 des suites d'une maladie non précisée.

A l'examen psychiatrique d'entrée, Abdel présentait :

- Un syndrome délirant à thématique de persécution, mégalomaniaque et mystico religieuse « *j'ai un pouvoir que dieu m'a donné, je peux connaître le numéro de téléphone des gens et leur parler à distance* » ; à mécanisme hallucinatoire acoustico-verbale. *Il disait entendre des voix de personnes qui l'insultaient, et lui disaient qu'il n'avait rien même pas de*

travail. Ce délire était aussi interprétatif, intuitif et mal systématisé. On retrouvait une forte adhésion et une réaction à type d'isolement, de refus alimentaire, et hétéroagressivité physique et verbale. Par ailleurs, on notait une forte participation thymique marquée par une irritabilité. Ce tableau délirant était d'évolution progressive depuis plus d'un an.

- Un syndrome dissociatif fait au niveau de la sphère comportementale d'une négligence corporo-vestimentaire, une bizarrerie comportementale, d'un retrait social et d'une tentative de fugue. Au niveau intellectuel on notait un rationalisme. Il expliquait l'incurie vestimentaire par le manque d'argent. On notait également une diffluence, et un déni de morbidité. Au plan instinctivo affectif, il y avait un désintérêt affectif et une insomnie totale bien supportée.

A l'examen physique, les constantes étaient stables avec une tension artérielle à 12/8 cm hg, une température à 36,7°C et une fréquence cardiaque à 75 battements / min, et une fréquence respiratoire à 16 cycles/min. Son état général était bon. L'examen des appareils était sans particularités.

Ce tableau clinique a permis d'évoquer et de retenir le diagnostic d'une Schizophrénie Paranoïde F20.0.

La famille a décidé de demander son hospitalisation au niveau du service de psychiatrie du CHNU de Fann. Devant ce fait, un bilan standard est requis et un traitement injectable à base d'halopéridol 5mg, chlorpromazine 25 mg et diazépam 10 mg (une ampoule de chaque en intra musculaire deux fois par jour) est instauré.

L'évolution chez Abdel est marquée par un rétablissement du sommeil à J5 d'hospitalisation et une imprégnation aux neuroleptiques. Ce qui a motivé un relais per os avec de l'halopéridol 2°/°°gouttes à raison de 30-30-30, de la

chlorpromazine 100 mg cp : 1-1-2 et de la Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1cp le matin au besoin. Le délire s'est estompé à J19 d'hospitalisation. L'exéat est fait à J23 d'hospitalisation.

Observation 2

Lamine est âgé de 34 ans. Il est admis à trois reprises, avec des arrêtés d'internement émis par le Préfet du département de M'Backé. Les motifs d'admission étaient un trouble à l'ordre public et une agressivité. Il est reçu le 01/06/2015, accompagné d'un policier, d'un sapeur-pompier, de sa sœur, et sa mère. Le début de la symptomatologie remontait à une semaine, marquée par la survenue d'une insomnie et d'une hétéroagressivité physique et verbale. Lamine tenait des propos bizarres. La veille de son hospitalisation, il était parti au commissariat et au tribunal pour porter plainte contre sa famille en disant que les membres de la famille avaient mis de l'électricité dans sa tête et qu'il allait les tuer si rien n'était fait.

Lamine présentait des antécédents personnels médico-chirurgicaux de suivi en ORL pour une douleur sous maxillaire droite dont l'endoscopie et la biopsie sont revenues sans particularités, et de céphalées chroniques depuis l'enfance. Au chapitre des antécédents psychiatriques, il est suivi depuis 2004 à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye. Il est hospitalisé pour un tableau fait d'une désinhibition et d'une agressivité physique et verbale. Ce tableau clinique a bien évolué sous Halopéridol, Chlorpromazine et Carbamazépine. Il a également bénéficié d'un suivi à Dalal Xel Thiès en 2006 et 2007. Il est suivi dans notre service depuis 2014 pour une schizophrénie. De plus, sa grand-mère et un de ses demi-frères sont suivis à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye. Lamine ne présente pas de conduite addictive.

Le père de Lamine était souvent absent durant son enfance. Il voyageait souvent pour son commerce. Lamine est scolarisé à l'école franco-arabe jusqu'en classe de seconde. Il n'a obtenu aucun diplôme. A l'arrêt de ses études, il a rejoint son père en Guinée-Bissau pour faire du commerce de matériels électroniques. Il s'est marié en 2012 et est père d'un enfant de 18 mois. Son père est décédé en 2013 des suites d'une longue maladie.

A l'examen psychiatrique, nous avons retrouvé

- Un syndrome délirant à début progressif, à thématiques de persécution, de référence, et mégalomaniacale, il nous disait « *J'ai des pouvoirs avec mon chapelet, quand j'évoque le nom d'Allah ils ont peur, surtout quand je dis vengeance* ». Le mécanisme était hallucinatoire, visuel, auditif et cénesthésique. Il disait « *Je les entends, ils me menacent de mort. Ils ont dit que j'ai tué deux hommes* » ; « *Parfois je vois des lumières* » ; « *on met du courant dans mon cerveau, dans mon corps, ça me fait mal, et ils rentrent par les oreilles, par l'anus, partout, ils sont connectés dans mon cerveau* ». il y'avait un petit automatisme mentale avec un devinement de la pensée et un commentaire des actes « *Ils connaissent tous mes actes, tout ce que je fais.*». Le délire était intuitif et interprétatif. Il disait « *c'est l'épouse de mon père la première responsable de tout ce qui m'arrive, quand j'étais petit elle m'a fait du « kharafal » car quand je suis tombé malade la première fois mon père a demandé qui a fait du kharafal à mon fils* » ; « *Ils sont des noirs, ils sont des blancs, je sais avec mes intuitions ; avant mes intuitions n'étaient pas claires mais maintenant c'est confirmé* » et imaginaire « *c'est comme le film « matrix et le film avatar, ils sont dans le ciel, j'ai le pouvoir de faire disparaître une étoile avec mon pouvoir* ». Les réactions retrouvées étaient à type de menace de mort, d'agitation psychomotrice, d'hétéroagressivité, d'une hyper religiosité

avec une manipulation du chapelet toute la journée. Il est aussi noté une participation thymique à type d'irritabilité.

- Un syndrome dissociatif fait au niveau de la sphère intellectuelle d'une diffluence, d'un discours incohérent avec des propos bizarres, et des idées de dépersonnalisation « *je me métamorphose, je deviens l'homme le plus beau du monde ou parfois le plus vilain* » et au niveau de la sphère comportementale d'une réticence passive. On notait un déni de morbidité.

L'examen physique était sans particularité.

Devant ce tableau, le diagnostic d'une Schizophrénie Paranoïde F20.0 est évoqué et retenu.

L'hospitalisation est décidée et Lamine est mis sous un traitement injectable à base d'Halopéridol 5 mg : 2-0-2, de Chlorpromazine 25 mg : 2-0-2 et de Diazépam 10 mg : 2-0-2. Le relais per os est fait à J3 avec de l'Halopéridol 2[°]/∞ gouttes : 30-0-30, Chlorpromazine 100 mg cp : 0-0-1 et le Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1-0-0 au besoin. Un bilan biologique a été fait et est revenu sans particularité.

L'évolution est marquée par une disparition des hallucinations et du délire.

L'exéat est fait à J11 d'hospitalisation avec une ordonnance de sortie à base d'Halopéridol 2[°]/∞ gouttes : 30-0-30, de Chlorpromazine 100 mg cp : 0-0-1 et de Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1-0-0 au besoin. L'évolution est marquée par la survenue d'effets secondaires des neuroleptiques à type de lourdeur et d'hypersomnie. Trois mois plus tard, il est reçu de nouveau pour une recrudescence des hallucinations, un automatisme mental et des idées délirantes de persécution suite à une mauvaise observance du traitement. Cette symptomatologie a régressé sous traitement avec une bonne réinsertion socio-professionnelle. Cela a justifié le transfert de son suivi à Dalal Xel Thiès pour

des raisons de proximité. Cependant, il est réadmis le 28/02/2016 avec un arrêté d'internement appuyé par un bulletin de référence du médecin chef adjoint du district sanitaire de Mbacké. Lamine est emmené par les sapeurs-pompiers et sa mère pour une symptomatologie qui évolue depuis 3 jours, similaire à celle de la précédente hospitalisation. Un traitement à base d'Halopéridol 2^o/_∞ gouttes : 30-0-30, de Chlorpromazine 100mg cp : 1cp le soir et de Tropatépine 10 mg cp : ½-0-0 au besoin.

Après son exéat, il est revenu à deux rendez-vous et a demandé à être transféré à Touba par proximité et faute de moyen. Il était stable à son dernier rendez-vous.

Observation 3

Mansour âgé est de 40 ans et d'ethnie Peulh. Il est reçu le 19/09/2016 avec un arrêté d'internement provisoire délivré par le préfet de Tivaoune, le 30 août 2016. Le motif mentionné était un internement à la demande du père de Mansour. Il est amené par son frère et deux policiers pour des propos incohérents, une agressivité physique et verbale et une insomnie. Le début de la symptomatologie remontait à environ 3 ans (2013) selon le frère à la suite d'une dispute au téléphone avec son épouse. Il s'est mis à voyager de ville en ville à la recherche de cette dernière, sans prévenir de son absence et sans demander de permission à son employeur. Depuis cette période, il tenait des propos incohérents envers les membres de la famille. Il accusait sa femme de vouloir le droguer avec les médicaments afin de l'endormir pour pouvoir le tromper avec une personne du quartier appelé Vieux. Il traitait son frère de voleur d'identité, il disait « *tu voles mon identité et tu salis mon image partout où tu es* ». Il disait aussi « *je suis le directeur technique des industries chimiques du Sénégal (ICS). J'ai des actions à l'ICS* ». Il lui arrivait de faire irruption en pleine réunion des cadres de l'ICS, en réclamant la légitimité de sa présence. Quand il regardait la

télé, il interprétait tout ce qu'il entendait. Depuis 06 mois, il est devenu plus agressif verbalement, il tenait des propos insolents envers son père et le reste de la famille, il les traitait d'imbéciles. Il allait regarder la télé chez les voisins et leur imposait le canal qu'il voulait regarder. Il était agité et il s'est même bagarré avec le tailleur en face de chez lui, lui a fracturé les deux jambes et a brisé la vitrine de son atelier. Il a aussi battu son épouse à plusieurs fois. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte d'insomnie bien supportée avec une consommation excessive de café et de tabac. Devant le désarroi, le père décide de s'adresser au préfet pour une prise en charge, ce dernier favorable émet une demande d'internement adressée à notre structure. En ce qui concerne les antécédents, Mansour a présenté son premier tableau psychiatrique en 2006 avec une hospitalisation de quinze jours à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye pour un tableau clinique similaire. Il nous est également rapporté des troubles psychiatriques chez une cousine germaine qui a des tendances à la fugue. Mansour est tabagique à raison de 25 paquets/ années.

Mansour est scolarisé à l'école coranique puis française avec un fléchissement scolaire à partir de la classe de CE2. Il a arrêté les études en 5^e pour s'abonner à la menuiserie métallique alors qu'il est âgé de 16 ans. A 18 ans, il a abandonné la menuiserie pour s'initier au métier de chauffeur de bulldozer et est embauché en 2003. Il s'est marié en 2008 et sa femme a accouché de leur premier enfant en 2009. En 2013, suite à ses problèmes de santé, il a arrêté de travailler. Il vivait dans la maison familiale avec ses frères, sœurs et leurs parents. Cependant, ses frères étaient souvent absents, travaillant dans d'autres villes. Il a divorcé six mois avant son hospitalisation. Il est décrit par son frère comme une personne ouverte et généreuse. Cependant, selon ce dernier, il est devenu méfiant depuis sa maladie.

L'examen psychiatrique, à l'entrée, a permis d'objectiver :

- Un syndrome délirant poly thématique de persécution, de revendication et mégalomane ; il réclamait à son frère ses millions. Ce délire était à mécanisme multiples interprétatif, intuitif et imaginatif. Il disait « *je sais qu'il y a un gars à l'ICS qui gaspille mes biens* », il interprétait ce qu'il entendait à la télé et à la radio ; des fois *il disait que Gnahar est ma femme, on s'est marié et on partage beaucoup de choses alors* que selon son frère elle ne lui parlait même pas. Le délire est mal systématisé, avec une forte adhésion. Il est rapporté une réaction à type d'agitation clastique, hété-roagressivité physique et verbale.
- Un syndrome dissociatif fait au niveau de la sphère intellectuelle d'un fléchissement intellectuel, d'un relâchement des associations, avec du coq à l'âne, une diffluence, de verbigérations ; de fugue et d'une incurie corporo-vestimentaire au niveau de la sphère comportementale.
- Un syndrome maniaque fait d'une humeur exaltée euphorique avec un contact facile et un ludisme ; une agitation psychomotrice avec une tachypsychie et logorrhée ; et d'une insomnie totale bien supportée et d'une anorexie.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'un Trouble Schizo-affectif, type maniaque F25.0 ou Schizophrénie dysthymique est évoqué et retenu.

L'hospitalisation est décidée et Mansour est mis sous traitement injectable en IM à base de Diazépam 10 mg : 1-0-1, de Chlorpromazine 25 mg : 1-0-1. Le relais per os est fait à J3 d'hospitalisation avec du Carbamazépine 200 mg cp : 1-0-1 et de l'Halopéridol 2[°]/_∞ gouttes : 30-0-30 (puis augmenter à 40-0-40).

Durant l'évolution, Mansour était calme la première semaine, puis il est devenu irritable à la deuxième semaine d'hospitalisation avec une tendance à l'enkystement du délire. L'Halopéridol est substitué avec la Rispéridone 2 mg :

1-0-1. L'exéat est fait après 49 jours d'hospitalisation. Il a continué à venir à ses rendez-vous jusqu'en 2017. L'enkystement de son délire a motivé la mise sous neuroleptique retard avec de l'Halopéridol Decanoate 50 mg à raison de 3 amp en intra musculaire par mois. Il est hospitalisé de nouveau le 05 Février 2020 avec une demande d'internement pour le même tableau dans un contexte de rupture thérapeutique.

Observation 4

Myriam est âgée de 38 ans, mariée sous le régime de la monogamie et de nationalité tunisienne. Elle est reçue avec une réquisition à personne qualifiée, émise par la gendarmerie nationale. La demande est libellée comme suit «la gendarmerie demande de bien vouloir interner Myriam, après enquête sur son état santé dans l'urgence suite à une agitation psychomotrice à l'aéroport, une agressivité physique et verbale dans un contexte dispute avec son mari avec qui elle est en instance de divorce ». La réquisition est appuyée par un certificat médical établi par un psychiatre. Elle a été amenée le 29/08/2016 par la gendarmerie et les sapeurs-pompiers. Le début de la symptomatologie actuelle remontait à environ 18 mois. Selon le mari, elle était dans une recherche effrénée de grossesse après 6 mois de mariage. Elle était devenue de plus en plus exigeante et jalouse. Elle aurait poussé le mari à dépenser toutes ses économies dans des consultations chez de multiples gynécologues du pays et à tenter une fécondation in vitro aux Etats-Unis. Cette tentative a échoué. Elle faisait des crises de jalousie lorsqu'elle voyait son mari s'adressait à une autre femme. Elle a fini par casser tous les objets de communication qui étaient dans la maison. Elle ne supportait pas les trois enfants issus du premier ménage du mari. Selon le mari, elle se comparait tout le temps à ces derniers. Elle avait aussi eu une altercation avec sa belle-sœur qui avait fini à la justice. Elle se disputait toujours avec les femmes de ménage qu'elle traitait comme des esclaves. Elle en a

renvoyé plus de quatorze en dix-huit mois. Deux mois plutôt, elle a voulu rendre visite à sa belle-famille au Liban contre l'avis de son époux (elle voulait rester à l'hôtel et réclamait beaucoup d'argent de poche). Par peur de ses crises de nerf, le mari a fini par céder à toutes ses demandes. Elle est revenue du Liban suite à un scandale. A son retour le mari a décidé de quitter le domicile conjugal et a entamé une procédure de divorce. Suite à cette procédure de divorce, elle est devenue très agressive et a essayé de se défenestrer à plusieurs reprises. Elle a aussi eu à s'en prendre physiquement et verbalement à ses compatriotes à l'ambassade et à son mari à l'aéroport. C'est dans ce contexte que la réquisition pour son internement est établie. Au chapitre des antécédents personnels, il nous est rapporté deux hospitalisations de quelques jours en privée pour un tableau psychiatrique fait d'une agitation psychomotrice et d'une agressivité physique. Elle est sortie contre un avis médical toutes les fois.

Myriam a eu un cursus scolaire normal jusqu'au Bac. Elle a perdu son père la veille et n'a pas composée le Bac. Elle a fait beaucoup de formations par la suite : commerce internationale pendant deux ans puis maquilleuse et hôtesse de l'air en formation accélérée de 06 mois. Elle a travaillé pendant 12 ans comme hôtesse de l'air et a arrêté depuis deux ans pour fonder une famille. Elle vit depuis 18 mois dans un appartement avec son époux et les enfants de ce dernier. Le mari sortant d'un divorce a voulu refaire sa vie avec elle. Après quelques jours passés en Tunisie, il a obtenu l'accord des parents de Myriam et le mariage est célébré. Selon le mari, il ne la connaissait pas bien. Selon la patiente, il y a eu une incompatibilité d'humeur entre eux, ainsi qu'avec sa belle-famille. Il y a eu plusieurs « altercations », des « agressions physique et verbale », des « scandales ». Selon le mari, beaucoup de constats d'huissiers de justice, de plaintes à la police, au procureur les concernant tous deux... dernièrement, elle a participé à

une émission télévisée où elle a accusé son mari de viol et de brutalité quotidienne.

A l'examen psychiatrique, Myriam présentait :

- Un syndrome de conversion hystérique avec une tentative de séduction et demande de câlins, des explications théâtrales de sa dispute avec son mari, de même qu'une amnésie sélective concernant ses altercations et son agitation à l'ambassade ainsi qu'à l'aéroport, une agitation clastique.
- Un syndrome maniaque fait d'une humeur expansive, avec une labilité émotionnelle, un contact familier, un discours maniéré avec jeux de mots ; d'une instabilité psychomotrice avec des va et vient incessants, une logorrhée, un coq à l'âne et une diffluence ; et une insomnie bien supportée sur le plan instinctuel.
- Une personnalité histrionique avec érotisation des rapports, une quête affective, une belle indifférence (par rapport à ses tentatives de suicide) et une manipulation.

L'examen somatique n'a permis d'objectiver aucune particularité. Un bilan biologique (NFS, CRP, GAJ, ASAT, ALAT, UREE, CREAT), une TDM cérébrale et un EEG ont été demandé et sont revenus sans particularités.

Le diagnostic d'un Trouble bipolaire versant manique sur personnalité histrionique ou un Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptôme psychotique F31.1 sur un fond de Personnalité histrionique F60.4 est évoqués et retenus.

Une hospitalisation est décidée et Myriam est mise sous traitement injectable à base d'Halopéridol 5 mg : 1-0-1, de Diazépam 10 mg : 1-0-1 et de Valproate de sodium chrono 500 mg comprimé en per os : 1-0-1.

L'évolution a été marquée, par une régression de la symptomatologie. A J14 d'hospitalisation, le traitement est revu et Myriam est mise sous Risperidone 2 mg cp : 1-0-1, Valproate de sodium chrono 500 mg cp : 1-0-1, Alprazolam 1mg cp: 1-0-1.

Observation 5

Bamba est âgé de 57 ans, divorcé et père de 2 enfants. Il nous est amené avec un arrêté d'internement délivré par le Préfet du département de M'Backé pour trouble à l'ordre public. Il est accompagné par son frère. D'après ce dernier, Bamba présentait une irritabilité, une bizarrerie du comportement, une insomnie et une agitation psychomotrice. Ce tableau dont le début remontait à 06 mois, est survenu au décours d'une rupture thérapeutique. En effet, Bamba est suivi au service de psychiatrie du CHNU de Fann depuis 2008 pour schizophrénie avec un traitement à base d'une injection mensuelle de Fluphénazine 25 mg, Halopéridol gouttes et Chlorpromazine comprimé, avec une mauvaise observance thérapeutique.

Il est scolarisé à l'école coranique et française. En 1982, il est parti en France pour étudier la carrosserie automobile et a travaillé dans plusieurs usines. L'année de son arrivée en France, il a rencontré une anglaise qu'il a épousée. Cependant, sa famille ne reconnaissait pas cette union. Après la naissance de son aînée, il est venu au Sénégal et a pris une seconde épouse sénégalaise. Durant ce séjour, il est tombé malade et a été hospitalisé. Suite à la maladie, la seconde épouse a demandé le divorce. De retour en France, il a recommencé à travailler. En 1993, il a fait une rechute avec un attentat à la pudeur qui lui a valu 6 mois d'emprisonnement pendant lesquels il a reçu des soins psychiatriques. A sa sortie, il a repris le travail. En 1995, il a divorcé en alléguant que sa femme l'a trahi. Bamba nous a confié qu'il a mal vécu ce divorce à cause de cette trahison, qu'il n'a jamais pardonné à son ex épouse. Cette dernière a obtenu la garde des

enfants et est partie avec eux. En 1997, il est rentré à Dakar à cause de son état de santé. Il a conservé de bonnes relations avec son fils qui est venu lui rendre visite au Sénégal. Ses deux parents sont décédés en 2012. Selon Bamba, ses difficultés relationnelles ont commencé avec la baisse de ses ressources financières.

Bamba est suivi pour une schizophrénie depuis 1986. Il a bénéficié de plusieurs hospitalisations dans différentes structures en France puis au Sénégal.

A l'examen psychiatrique, Bamba présentait :

- Un syndrome dissociatif intéressant la sphère comportementale avec une incurie corporo-vestimentaire (vêtements sales, des cheveux et une barbe touffus, des ongles longs et sales), une réticence active (il répondait difficilement aux questions avec des propos agressifs). Par ailleurs, Bamba présentait une dissociation au niveau de la sphère affective faite d'une mimique figée et au niveau la sphère intellectuelle une pauvreté idéique et un déni de morbidité.
- Un syndrome maniaque fait d'une humeur irritable, d'une agitation psychomotrice et d'une insomnie totale bien supportée. Il avait aussi des idées de persécution.

Devant ce tableau, le diagnostic d'une schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif, type maniaque F25.0 est retenu. Un traitement injectable à base de Chlorpromazine 25 mg : 1-0-2 et Diazépam 10 mg : 1-0-2 est institué. Le relais per os est fait secondairement avec de la Chlorpromazine 100 mg cp : 1-02 et de la Carbamazépine Lp 200 mg cp : 1-0-1.

Un bilan (NFS, CRP, UREE, CREAT, ASAT, ALAT, IONO, GLY A JEUN) a été réalisé et a permis d'objectiver une hyperleucocytose à 12000

éléments/mm³, une vitesse de sédimentation accélérée à 39/86. Le bilan de contrôle effectué au septième jour est revenu sans particularité.

L'évolution est marquée par une amélioration de la symptomatologie. L'exéat est fait après trente-six jours d'hospitalisation. L'ordonnance de sortie était à base de Fluphénazine 25 mg injectable : 1 ampoule en IM par mois, de la Chlorpromazine 100 mg cp : 1-0-2, de la Carbamazépine Lp 200 mg cp : 1-0-1, et de la Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1cp le matin au besoin.

Durant le suivi, nous avons noté une négligence corporo-vestimentaire et un rationalisme morbide. Il a commencé un suivi en cardiologie et a arrêté de venir au rendez-vous au bout de 4 mois. Le 11 juillet 2016, environ 10 mois après l'arrêt du suivi, Bamba est ramené par son frère, son neveu et un chauffeur pour un isolement, un comportement étrange et une incurie. Devant le tableau clinique, il est hospitalisé. Nous n'avons retrouvé aucune trace de son passage après l'exéat.

Il ne présentait pas de conduites addictives.

Observation 6

Jean Baptiste est âgé de 32 ans, célibataire sans enfant. Il est reçu avec ses frères en Mars 2013 avec un arrêté d'internement établi par le préfet de Mbour. Les motifs d'hospitalisation étaient des propos incohérents, une incurie, une restriction alimentaire, une insomnie, une agitation psychomotrice et une logorrhée. Le début de la symptomatologie remontait à environ 10 jours marqué par la survenue d'une insomnie. Jean Baptiste était quasi tout le temps hors de la maison, en compagnie des membres du comité de surveillance du village. La journée, il ne mangeait pratiquement pas, il ne prenait plus soin de lui, ne changeait pas habits et ses cheveux étaient touffus. Cette symptomatologie est

survenue suite à une rupture thérapeutique après deux ans de bonne évolution. Il avait des antécédents personnels psychiatriques chargés avec un suivi de cinq ans, période durant laquelle il est hospitalisé à quatre reprises à Dalal Xel Fatick pour des troubles similaires. Il est traité à l'aide d'Halopéridol et de Chlorpromazine, avec des intervalles inter critiques de bonne qualité. Il consommait du cannabis et du tabac depuis l'âge de 12 ans. La dernière prise remontait à la veille de son hospitalisation.

Sa biographie et sa dynamique familiale sont marqués par le décès de ses parents à l'âge de 14 ans. A cet âge il avait une mauvaise fréquentation et des conduites de délinquance. Jean Baptiste a été scolarisé jusqu'en seconde. Il a eu à faire plusieurs formations professionnelles en audiovisuel, dans la restauration qui n'ont pas abouti.

A l'examen psychiatrique, Jean Baptiste présentait :

- Un syndrome délirant à thématique mégalomaniacale et mystico religieux. Il disait « je suis un extraterrestre, je suis en mission pour la CIA et chargée de veiller sur les enfants du village. Je ne suis pas n'importe qui, j'ai lu la bible, le coran, la Thora, le Bouda, le Thaï etc. Le délire était mal systématisé, floues avec une réaction à type d'agitation psychomotrice.
- Un syndrome dissociatif fait d'une incurie corporo-vestimentaire et des rires immotivés ; sur la sphère comportementale d'une diffidence, des réponses à côté, un coq à l'âne et une pensée magique au niveau de la sphère intellectuelle.
- Un syndrome maniaque fait d'une humeur expansive, un contact facile et un ludisme avec jeux des mots. Sur le plan psychomoteur, il est noté une logorrhée, une tachypsychie, et une agitation psychomotrice. A cela s'est

ajouté une insomnie et une restriction alimentaire de même qu'un déni de la morbidité.

Le diagnostic d'une schizophrénie dysthymique ou Trouble schizo-affectif, type maniaque F25.0 est évoqué et retenu. Un suivi en hospitalisation est décidé. Jean baptiste est mis sous un traitement injectable à base de Chlorpromazine 25 mg : 1-0-1 et Diazépam 10 mg : 1-0-1. Le relais per os est fait au troisième jour d'hospitalisation avec de la Chlorpromazine 100 mg cp : 1-0-2, de la Carbamazépine 400 mg cp : 1-0-1 et de la Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1-0-0 au besoin.

Une bonne évolution du tableau clinique est notée en cours d'hospitalisation. L'exéat est fait au vingt-unième jour d'hospitalisation avec un traitement à base de Fluphénazine 25 mg : 1 ampoule en IM par mois, Chlorpromazine 100 mg cp : 1-0-2, Carbamazépine 400 mg cp : 1-0-1 et Trihexyphénydyl 5 mg cp : 1-0-0 au besoin. Le suivi est marqué par plusieurs hospitalisations avec des arrêts d'internements.

Observation 7

Djibril est âgé de 40 ans. Il n'est pas identifié. Il est transféré le 01/08/2014 du service de pneumologie du CHNU de Fann. Il est amené par les sapeurs-pompiers avec un « DE PAR LA LOI » datant du mois de juin 2014. Les pneumologues n'ont pas jugé nécessaire de le suivre (radiographie du thorax normal) et l'ont référé en psychiatrie devant le constat de troubles psychiatriques avec un mutisme. Aucune information concernant ses antécédents, sa biographie et sa dynamique familiale n'est disponible, car le patient était seul et mutique durant toute l'hospitalisation.

A l'examen d'entrée, Djibril présentait :

- Un syndrome dissociatif fait sur le plan comportemental d'une incurie corporo-vestimentaire, une cataplexie, une errance, une clinophilie, une aboulie, un gâtisme et un mutisme ; sur le plan instinctivo-affective une mimique figée, un contact froid avec un émoussement affectif. La mimique était indifférente et anxieuse. Il présentait aussi une hypersomnie.

A l'examen physique, Djibril était asthénique avec un mauvais état général apparent et une maigreur. Sa température était à 37°C, sa tension artérielle à 11/7 cm hg et sa Fréquence respiratoire à 20 cycles par min. A l'examen des appareils, la cavité buccale était mal propre avec une haleine fétide, une édentation partielle et des carries multiples. Les lèvres étaient sèches.

L'abdomen était souple sans organomégalie palpable. L'appareil cardiorespiratoire était normal. Le reste de l'examen était sans particularité.

Le diagnostic d'une schizophrénie hébéphréno-catatonique F20.1 et F20.2 est évoqué et retenu. Un suivi en hospitalisation est décidé. Il a reçu des soins locaux et une alimentation à l'aide des gardes malades du service et un traitement médicamenteux à base de Sulpiride 200 mg sirop à raison de 200 mg le matin.

Durant l'évolution Djibril a gardé un état quasi stationnaire, replié sur lui-même, indifférent à son environnement. Il fallait le lever, le coucher et le nourrir.

Cependant au soixante quatrième jour, il lui était impossible d'articuler un mot même si on voyait qu'il essayait en vain de parler, il ne pouvait pas se mettre debout pour marcher et était toujours figé dans une même position (recroquevillé sur lui-même) au lit. Il présentait toujours un gâtisme ; avec une conscience claire. Son humeur semblait triste.

Le 07/11/2014, soit trois mois après son hospitalisation, un rapport médical du chef de service et du chef de division est transmis au directeur de l'hôpital Fann. Ce dit rapport résumait le tableau du patient. Il indiquait que le bilan standard n'a pas été fait faute de moyens. L'enquête sociale n'a rien donné. Le rapport médical est transmis par voie hiérarchique dans l'attente d'une solution.

Le 11/12/2014, le médecin de garde est appelé à 20h 20mn pour constater le décès de Djibril après quatre-vingt-dix-huit jours d'hospitalisation.

Observation 8

Demba est âgé de 27 ans. D'ethnie peulh, il était étudiant et résidait au campus de l'UCAD. Il est amené au service de psychiatrie avec un « DE PAR LA LOI » daté du 02/06/2016 et établi par le Commissariat de Police du point E dont le motif était une agitation psychomotrice subite et inexplicée, et des violences sur des tiers. Il est demandé une évaluation psychologique de son état de santé mental. Le début de la symptomatologie remontait à environ 12 heures avant son hospitalisation marquée par la survenue brutale d'une agitation motrice faite de va et vient incessants. En effet, il s'est battu avec son colocataire pour une mésentente portant sur une somme de 3000 francs. Ce dernier reprochait à Demba de ne lui avoir pas remis l'argent de la vente de deux de ses livres. Très agressif envers son colocataire et le vigile du campus venu les séparer, Demba est amené au commissariat du point E où il s'est mis à insulter le commissaire et a fini par gifler le chef de service de sécurité. Le tableau est survenu dans un contexte d'insomnie totale bien tolérée, rebelle au traitement habituel selon Demba.

Devant ce tableau, il est envoyé dans notre service avec un papier « DE PAR LA LOI ». Suite à l'examen, un suivi en hospitalisation est décidé. Concernant les antécédents psychiatriques, Demba a présenté une symptomatologie similaire un

an auparavant spontanément résolutive. Il n'a pas été rapporté de conduite addictive, ni de pratique ancestrale à type de Tuur et de Xamb.

Durant son jeune âge, son père est décédé d'une mort naturelle. Selon leur coutume sa mère a épousé son oncle paternel. Il a eu un brillant cursus scolaire sans échec. Cependant, il a eu à reprendre sa première année. Son domicile familial étant en banlieue, il a réussi à loger au campus de l'UCAD dans une chambre qu'il partage avec cinq étudiants. Il n'était pas boursier et vivait dans des conditions très précaires. Il n'arrivait pas manger à sa faim la plupart du temps. Ces raisons l'ont poussé à vendre des livres dont ceux de son voisin à un prix dérisoire (500 francs l'unité) afin de pouvoir subvenir à ses besoins.

L'examen psychiatrique d'entrée a permis de retrouver un patient menotté et qui semblait fatigué. Il présentait un syndrome d'agitation psychomotrice avec une hétéroagressivité physique et verbale, une insomnie totale bien supportée rebelle au traitement habituel.

Il avait un bon état général et un examen somatique sans particularité. Un bilan pré-thérapeutique (NFS, VS, CRP, UREE, CREAT, ASAT, ALAT GLY A JEUN, IONOGRAMME SANGUIN) a été réalisé et est revenu normal.

Devant ce tableau le diagnostic de troubles caractériels ou un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision F69 est évoqué et retenu. Une hospitalisation est décidée et il est mis sous un traitement injectable en intra musculaire fait de Diazépam 10 mg : 1-0-1 et Chlorpromazine 25mg : 1-01. Le relais per os a été fait le deuxième jour avec de la Chlorpromazine 100 mg cp : 1-0-2 et du Lorazepam 2,5 mg cp : 1 cp/ soir.

2.2. Entretien avec les médecins

Nous avons interrogé trois médecins en spécialité de Psychiatrie, il en ressort les difficultés et recommandations suivantes :

2.2.1. Concernant les autorités :

- Manque d'informations de toutes les parties prenantes de la loi : le préfet (désigne n'importe quelle structure), le commissaire et les sapeurs-pompiers (qui pensent que la réquisition, le « DE PAR LA Loi » et l'arrêté d'internement ont la même valeur)
- Absence de procédure légale pour réévaluer la nécessité de prolonger ou non l'hospitalisation
- Absence de certificat médical pour motiver les requêtes
- Absence de visite des autorités
- Absence de démarche des autorités afin de retrouver la famille du sujet.

2.2.2. Concernant le patient :

- Absence d'accompagnant alors que c'est une pratique obligatoire dans le service
- Refus de la famille de venir accompagner le malade
- Refus de l'hospitalisation du patient par les parents qui estiment que l'arrêté d'internement devait juste permettre une consultation sous accompagnement des forces de l'ordre.

2.2.3. Concernant les médecins :

- Difficulté à recueillir des informations concernant les antécédents médicaux et l'histoire de la maladie
- Difficultés liées au risque sécuritaire devant des patients dangereux, agités et agressifs surtout pour les patients qui ne se tassent pas sous neuroleptiques
- Absence de moyens de contention non médicamenteux et de salle d'isolement
- Vigilance et stress accrus devant le malade agité et agressif
- Existence d'une peur injustifiée du médecin pour qui parfois l'hospitalisation sans consentement rime avec un patient agressif
- Incompréhension autour de l'hospitalisation d'office et de la procédure de paiement
- Altercations entre les forces de l'ordre et les médecins lorsque ces derniers refusent de prendre le patient mettant en avant les dispositions de la loi 75-80. Les pompiers, conscients de l'urgence et renvoyés d'une structure à une autre, évoquent la loi qu'ils ne maîtrisent pas et citent une réquisition pour une admission en internement.

2.2.4. Concernant la structure d'accueil:

- Problème de disponibilité des médicaments non pris en charge par l'arrêté d'internement surtout en cas de manque de produits d'urgence
- Bilan biologique, électro-physiologique et de l'imagerie en cas de suspicion d'organicité pas toujours réalisés

- Exéat décidé par le médecin traitant (non conforme avec les dispositions de la loi 75-80)
- Service social obligé de rechercher les familles, mais n'y parvient pas tout le temps car insuffisamment outillé
- Accompagnement pendant l'hospitalisation par les accompagnants mercenaires qui ne connaissent pas le sujet
- Défaut suivi des patients par les autorités, ce qui pousse le malade à fuguer ou à élire domicile dans le service
- Absence d'infrastructures adaptées à l'internement.

2.2.5. Solutions proposées :

- Créer une dotation spéciale de médicaments en urgence pour les patients avec un accès légalisé
- Doter chaque service de psychiatrie de cellules pour pouvoir interner les patients ; la capacité du CHNUP de Thiaroye devenant insuffisante.
- Former les gardes malades (ou accompagnants mercenaires) à mieux assurer la prise en charge de ces patients.

3. Discussion

1. Sur le plan juridique

1.1. La Clinique Moussa Diop et son statut juridique

Globalement, au Sénégal, il n'existe que des internements et des hospitalisations libres. Un vide juridique est constaté au Sénégal et dans la sous-région, les

hospitalisations d'office et à la demande d'un tiers ne sont pas légalement pris en compte. Dans des pays comme la Mauritanie, il n'existe à ce jour aucune loi sur les hospitalisations sans consentement. Du point de vue juridique, la Clinique psychiatrique Moussa Diop est une structure de type ouvert. Elle n'est pas habilitée à recevoir les demandes d'internement. Selon la loi 75-80 qui régit les soins psychiatriques au Sénégal, seul le CHNUP Thiaroye est autorisé à faire des internements. L'article 8 de cette même loi stipule, « les malades mentaux en provenance de toutes les régions du Sénégal, sont internés provisoirement dans l'infirmerie spéciale dépendant de l'établissement de type fermé ». De plus, à ce jour les conditions prévues n'ont pas encore été remplies.

Cependant, il arrive que la Clinique Moussa Diop soit désignée pour des demandes d'internement émises par certaines autorités locales et que des patients y soient hospitalisés. Le service ne possède pourtant pas de cellules, ni d'isoloir, ni de personnels (vigiles, infirmiers et médecins) qualifiés pour faire face à ce type de demande qui concernent des individus dangereux. Ainsi, le seul moyen de contention dont dispose les médecins est chimique avec l'usage de neuroleptiques qui parfois ne donnent pas les résultats escomptés. Un échec de contention place l'équipe dans une impasse. De plus, il n'y a pas de registre paraphé, et aucune visite des autorités judiciaires n'a été notée.

1.2. Nature de la décision administrative

A la Clinique Moussa Diop, les hospitalisations doivent être libres.

Généralement, les patients sont hospitalisés à la demande d'un proche (tiers) avec un simple billet d'hôpital. Il arrive qu'un malade avéré dangereux pour lui ou autrui, ou menaçant l'ordre public, refuse des soins. S'impose alors une procédure d'internement ; procédure ordonnée par les pouvoirs publics. Quatre de nos patients étaient reçus avec des arrêtés d'internement émis par des préfets

hors de Dakar. Parmi eux un avait été reçu à trois reprises avec un arrêté d'internement durant notre période d'étude. Trois étaient reçus avec un « DE PAR LA LOI » (deux émis par la police et un par la gendarmerie) et dernière personne avec une « réquisition à personne qualifiée » émise par la police. Pour les sept patients la demande était un internement et pour un patient il s'agissait d'une demande d'évaluation de l'état psychologique qui a conduit à une hospitalisation. Djibril et Mansour ont été reçus plus de quinze jours après la décision judiciaire ; cela témoigne des difficultés d'application celle-ci. L'arrêté d'internement est le document qui permet d'exiger un internement. Il est émis par le préfet. De même, la réquisition à personne qualifiée permet d'évaluer l'état mental d'un patient dans l'urgence et peut être modifié en un arrêté d'internement dans les plus brefs délais, en cas de besoin. Ce document est émis par la Police ou la Gendarmerie. Il en est de même du « DE PAR LA LOI ». Cependant, la réquisition à personne qualifiée et les « DE PAR LA LOI » n'ont pas été transformés en arrêté d'internement [26]. Dans l'étude de Dieye [16], on a noté un seul « DE PAR LA LOI » qui a été transformé en arrêté d'internement préfectoral. S'il existe une méconnaissance la loi 75-80, elle est située à différents niveaux selon les lieux d'exercice des autorités concernés. Mis à part un motif non valide (« demande du père ») et la désignation de facto de notre établissement d'étude, les arrêtés d'internements étaient bien établis. Il y a confusion entre la loi 75-80 et le code Pénal dans l'établissement des documents que nous avons reçu. De plus, la population ignore que l'arrêté d'internement doit être établi par les autorités préfectorales.

2. Sur le plan clinique

2.1. Aspects socio-démographiques

Dans notre étude nous avons trouvé une prédominance masculine (sexe ratio de 7/1). Cela rejoint les résultats de plusieurs études chez des patients internés [14, 38, 45]. De même la composition de notre échantillon d'adultes jeunes avec une tranche d'âge variant entre 27 et 57 ans et un seul individu âgé de plus de 40 ans [16, 39]. Cela peut s'expliquer par le fait que les pathologies psychiatriques débutent généralement entre 21- 40 ans [39].

Parmi nos patients, trois étaient célibataires sans enfants, un divorcé avec deux enfants et une en instance de divorce. Deux étaient mariés avec des enfants. Le statut d'un patient n'avait pas été documenté. Ces résultats concordent avec celles de la littérature [16, 14, 39, 25]. Ce fait peut-être en lien avec le potentiel désocialisant des pathologies psychotiques chroniques. Elles entraînent un désinvestissement progressif de la réalité, un repli et un appauvrissement relationnel. Les relations notamment matrimoniales sont difficiles voire impossibles pour ce type de patients [45]. Le divorce de deux de nos patients au cours de leur suivi en témoigne. Cet isolement affectif est décrit par beaucoup d'auteurs comme un facteur de vulnérabilité dans l'entretien des troubles psychiatriques [19, 5].

Le niveau intellectuel des patients était bas. Quatre n'avaient pas achevé le secondaire, parmi eux deux avaient arrêté avant l'âge de la majorité pour travailler. Seuls deux patients avaient un bon niveau et étaient qualifiés. Les patients internés ont généralement un faible niveau intellectuel [38, 19, 5, 45]. Le début précoce de la schizophrénie et le fléchissement scolaire qui en découle expliquent ce niveau bas chez ces patients porteurs d'une schizophrénie comme le soulignent Sylla et al [45].

Sept patients sur les huit étaient sans emploi et sans revenus au moment de l'hospitalisation. Des résultats similaires sont rapportés dans différents travaux [16, 14, 39]. En effet, le chômage, la pauvreté et le milieu défavorisé constituent des facteurs de risque de violence, au même titre que le sexe masculin et l'âge jeune [19]. La violence elle-même étant généralement à l'origine de l'internement.

Notons en outre que quatre des patients venaient de Dakar, les quatre autres issus des autres régions du Sénégal. Ceci renforce notre position par rapport à une méconnaissance des dispositions de la loi 75-80 qui stipule en son 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'infirmierie 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 ont été appréhendés. Lorsque le malade mental a commis une infraction pénale, le préfet est saisi par les autorités judiciaires » [26].

2.2. Antécédents psychiatriques

La majorité des patients (six) présentaient des antécédents psychiatriques personnels et ou familiaux. Les cinq étaient suivis antérieurement dans notre structure ou dans d'autres, avec de multiples hospitalisations et une inobservance thérapeutique. Bamba avait eu un suivi en milieu carcéral français en 1993. Demba, quant à lui avait eu un bref épisode similaire sans aucune prise en charge un an auparavant. Le passage dans les différentes structures du pays et les multiples hospitalisations montrent les difficultés des familles et l'absence de dispositifs pour maintenir une prise en charge durable et solide permettant d'éviter les rechutes voire les internements. Les antécédents n'étaient pas

documentés chez Djibril, le patient errant. Beaucoup d'études corroborent l'existence d'antécédents psychiatriques fréquents chez les patients internés [16, 14, 32]. En Belgique, dans les « établissements de défense sociale », rares sont les patients qui n'ont pas fréquenté un service psychiatrique. C'est ce qu'indique l'étude de Berard et al. [3] qui souligne que plus du tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique.

2.3. Conduites addictives

Mansour était le seul chez qui on a objectivé des conduites addictives au tabac et au cannabis. L'addiction aux substances psychoactive seule ne constitue pas généralement un motif d'internement mais beaucoup d'études ont démontré que l'usage de drogues ou d'alcool multiplie le risque de dangerosité [14, 3, 19, 5, 29]. Il faut préciser que nos résultats sont en opposition avec ceux des études de Dieye [16] et Sarr [39] qui avaient notés des conduites addictives aux substances psychoactives chez plusieurs patients internés. Cette différence peut s'expliquer par la taille de notre population.

2.4. Durée d'évolution du tableau clinique

La durée d'évolution du tableau clinique variait entre douze jours et trois ans, elle était très hétérogène. Pour trois malades, il s'agissait de moins de deux semaines, six mois pour un autre et plus d'un an pour trois autres. La durée d'évolution n'a pas été renseignée pour le malade errant. Globalement le délai de consultation est très long, cela laisse à penser que l'agressivité surtout physique est l'élément déclencheur attendu par les familles pour initier une demande de soin voire un internement. Ce retard pourrait aussi s'expliquer par un déni de la maladie mentale et un refus de la stigmatisation de la part du

patient et de sa famille. Cependant une prise en charge précoce aurait évité l'internement et la survenue de la violence.

2.5. Signes cliniques de dangerosité

Selon certains auteurs la présence de symptômes psychotiques, en particulier un délire de persécution ou d'influence, ainsi que des hallucinations auditives impérieuses sont souvent associées à une dangerosité [19]. Les critères de dangerosité que nous avons objectivés chez nos patients étaient la présence de délire de persécution, de référence, de revendication, de mégalomanie et d'influence. Ainsi qu'une irritabilité, une agitation, et de multiples tentatives de suicide par défenestration comme c'est le cas chez Myriam. Chez Lamine et Bamba on a retrouvé respectivement une haine psychotique envers la belle-mère et l'ex-épouse [19, 6]. Nous pouvons encore citer l'exemple de Lamine qui avait menacé de mort les membres de sa famille qu'il accusait d'avoir mis du courant électrique dans sa tête, allant jusqu'à porter plainte contre eux. Selon Mc Arthur [19], les patients souffrant d'un délire de persécution ou d'influence au moment de l'admission à l'hôpital ou lors des entrevues de suivi n'ont pas plus de risque que les autres patients de devenir violents tant au cours des 20 premières semaines que des 52 semaines suivant la sortie de l'hôpital. Cependant, au cours de notre étude la majorité des rechutes a été notée au cours des 20 premières semaines suivant l'exéat, comme dans l'étude de Bourgeois et al. [5] où les patients étaient inobservant sur le plan thérapeutique. En revanche, les auteurs soulignent qu'un délire grandiose et des idées ou rêveries diurnes d'agresser autrui est corrélés à un plus grand risque de violence après la sortie. De plus, chez un patient ayant une schizophrénie de type paranoïde, la violence entre dans le cadre d'un délire paranoïde de persécution, d'influence ou de grandeur. Le geste est généralement mieux préparé, et dirigé vers un membre de la famille [19, 29, 15, 46]. Les patients avec un diagnostic de schizophrénie se sont

montrés plus agressifs. A ce titre, la présence de délire notamment de persécution est un argument de taille qui expose à un risque de violence. Les victimes de ces violences étaient des membres de la famille, des sujets de l'entourage immédiat des patients, et la plupart vivaient avec les patients. Ce fait est aussi retrouvé par l'étude Richard-Devantov [36] qui montre que 50 à 70% des victimes des malades mentaux sont des membres de l'entourage familial, avec généralement une grande proximité géographique et affective entre auteur et victime [30].

Des facteurs transversaux comme l'impulsivité, l'agressivité, la perte d'estime de soi et la dépressivité sont probablement à l'œuvre, quel que soit le diagnostic. [19, 34] Ces quelques caractéristiques augmentent le risque de survenue d'un comportement violent chez certains patients, ils permettent d'établir des profils de patients à risque dans un but préventif. La prise en charge de ces patients à risque permet d'éviter la survenue d'homicides voire d'autres délits [19, 29].

2.6. Les Diagnostics

Le diagnostic de schizophrénie est porté chez six patients sur les huit. Parmi ces derniers, deux portaient le diagnostic schizophrénies paranoïde F20.0, trois celui d'un trouble schizo-affectif, type maniaque F25.0, et une schizophrénie hébéphréno-catatonique F20.1 et F20.2. On notait aussi, un patient avec un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision F69 et une patiente avec un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptôme psychotique F31.1 sur fond de personnalité histrionique F60.4. Cette dernière était la seule à avoir une auto-agressivité avec de multiples tentatives de suicides par défenestration. Cela peut s'expliquer par le fait que la personnalité histrionique expose à des tentatives de suicide par chantage d'autant plus

Myriam était dans une quête affective et de réconfort suite à l'échec de son mariage. Les résultats décevants de son traitement de fécondité et les conflits avec sa belle-famille seraient à l'origine de sa pathologie selon ses frères, qui ont estimé qu'elle était méconnaissable. Ils incriminaient le mari. Contrairement aux études de beaucoup d'auteurs tels que Deitel [14], Dieye [16] et Sarr [39], nous n'avons relevé de diversités dans les diagnostics. Les troubles psychotiques étaient les plus fréquents suivis des troubles de la personnalité, des troubles addictifs et des troubles de l'humeur [14, 32, 3, 38]. Si le diagnostic de schizophrénie expose à un risque de violence voire d'internement, la présence de délire est un facteur déterminant. L'absence de délire dans la schizophrénie hébéphrénocatatonique et le faible potentiel de socialisation réconfortent la présence d'un risque moindre de violence. C'est le cas de Djibril. Les patients diagnostiqués F20.0 et F25.0 ont un potentiel de socialisation et sont cependant les plus exposés à un risque de violence. Seuls deux patients avaient un trouble de la personnalité, diagnostic rare chez les sujets internés [14]. Généralement, ils sont reçus en urgence dans le cadre des examens psychiatriques sur réquisition comme c'est le cas de Demba [13]. La survenue brutale, impulsive de violence devant une frustration voire un événement inattendu. Seul Djibril avait un probable risque de comorbidité organique contrairement aux résultats relevés de Dieye [16] et Sarr [39] qui comptaient des cas de pathologies organiques confirmés. Cela pourrait être dû au fait que la Clinique Moussa Diop se situe dans un CHU et que l'accès au service est précédé d'un tri des patients au SAU. Enfin, le diagnostic de schizophrénie est de façon indiscutable associé à un risque plus élevé de violence comparativement à une absence de diagnostic psychiatrique avec ou sans abus de substances psychoactives. Elle est aussi comparable ou supérieure à celui des troubles de l'humeur [19].

2.7. Nature de la prise en charge

Concernant le traitement médicamenteux, la totalité des patients ont reçus un traitement à base des neuroleptiques, dont un neuroleptique retard. Chez quatre patients, ils étaient associés à un thymoregulateur et chez deux à un anxiolytique type benzodiazépine. Dans la revue de la littérature, on rapporte que de nombreux médicaments ont fait preuve de leur action anti-agressive. Parmi ceux utilisés dans notre étude, nous pouvons citer les neuroleptiques tels que l'Halopéridol, les antipsychotiques atypiques (Rispéridone) et thymoregulateur (Carbamazépine) [5]. Cependant, la non-observance de la médication est un facteur de récurrence chez 25 % des patients qui ne prenaient pas leur traitement. Selon Mc Arthur [19] indépendamment du diagnostic et de l'approche thérapeutique proposée en clinique externe, il y a un effet dose significatif et que l'insuffisance de traitement pourrait favoriser la violence. Si la chimiothérapie peut en atténuer la pression, la véritable solution pour prévenir efficacement la nocivité est la psychothérapie. Elle permet de lever le clivage et de confronter le Moi à la pulsion pathogène [14].

Il a été noté une recherche sans succès de la famille de Djibril par les assistants sociaux. De même que des soins corporels et une alimentation par l'aide des accompagnants mercenaires. Même si leur aide était bénéfique, elle était insuffisante.

Concernant la prise en charge financière, la famille ne paie pas l'hospitalisation et la nourriture, ainsi que les bilans et les explorations, cependant les médicaments sont à leurs frais. A la différence du centre Émile Badiane de Ziguinchor où la prise en charge est totale [16]. Il y a un intérêt certain à globaliser la prise en charge dans certains cas. Cela aurait permis dans le cas de Djibril, le malade errant, de faire le bilan paraclinique et les explorations. Leur

réalisation aurait permis d'éliminer une organicité devant son état grabataire et stationnaire. La seule correspondance que nous avons retrouvé été destiné au directeur de l'hôpital afin d'obtenir une solution de recasement. Son décès est survenu au bout de quatre-vingt-dix-huit jours d'hospitalisation. Le cas de Djibril illustre parfaitement les difficultés face à un malade errant, une méconnaissance des textes de la part des médecins en formation, l'absence de suivi de cas par les autorités et le manque de correspondances entre l'hôpital et les autorités à l'origine d'une prise en charge incomplète, d'une hospitalisation trop longue avec risque que le patient élise domicile à l'hôpital ou fugue.

2.8. Durée du séjour et exéat

Le nombre de jours d'hospitalisation variait de 11 à 98 jours. La plupart des patients (six patients) avait fait plus de 15 jours en hospitalisation, et le temps d'hospitalisation était inconnu chez Demba. Cette durée se rapproche de celle de l'étude de Dieye où elle était comprise entre 13 à 88 jours [16]. Cinq patients sont sortis après exéat du médecin traitant, une patiente est sortie à la demande de sa famille pour un retour dans son pays. Nous ignorons dans quelle condition est sortie le patient Demba et le patient errant est décédé. Le délai d'hospitalisation supérieur à 15 jours, l'exéat par simple décision du médecin ou la demande de la famille, l'absence de certificat médical au début et au bout de 15 jours d'hospitalisation montrent encore une fois de plus l'absence d'application correcte de la loi 75-80 qui fixe à 15 jours la durée maximale d'un internement provisoire. De plus, la prolongation de l'hospitalisation est du ressort de l'autorité administrative et non celui du médecin traitant.

2.9. Suivi en ambulatoire

Durant le suivi, tous les patients sortis avec l'exéat du médecin sont revenus au rendez-vous de contrôle. Quatre patients ont été réhospitalisés dont deux à la

demande d'un proche et deux avec un arrêté d'internement. Abdel est celui qui avait le mieux évolué, il avait rechuté 30 jours après son exéat avec une réhospitalisation à la demande d'un tiers. Par la suite, il a eu une bonne évolution et est sous fenêtre thérapeutique depuis un an. De plus, il s'est marié. Il illustre le fait que le suivi rapproché au début et une bonne observance thérapeutique permettent d'éviter des rechutes voire des internements. D'autant plus que les chercheurs finlandais prônent la pertinence d'un cadre légal, obligeant sous certaines conditions les patients criminellement irresponsables pour cause de maladie mentale à recevoir des soins externes et à être réadmis à l'hôpital, devant la multiplication par 300 du risque d'homicides chez les patients qui n'étaient pas sous une obligation de soin à la sortie de l'hôpital [19]. Il serait intéressant d'avoir un cadre médico-juridique permettant un suivi obligatoire et rapproché après l'exéat des patients internés afin d'éviter l'inobservance thérapeutique. Cette inobservance thérapeutique qui pose problème aux familles et qui est à l'origine des récidives voire ré-internement. De plus, l'observance pharmacologique permet l'acquisition puis le maintien de la stabilité de l'état mental et joue un rôle essentiel dans la diminution de la dangerosité. Selon Sylla et al [45]. la prévention des conduites violentes de malades mentaux passe nécessairement par un traitement adapté et un bon suivi des patients, notamment ceux qui sont atteints de psychose chronique. Ce suivi est d'autant plus important que les patients souffrant de psychose peuvent commettre des homicides même sans antécédents de violence. A ce titre, une bonne psychoéducation serait bénéfique d'autant que certains patients comme Jean Baptiste cessent la médication du fait d'un déni de morbidité, de la disparition de la symptomatologie, ou en raison des effets secondaires [29].

3. Les difficultés

3.1. Les difficultés liées à la famille

Selon les histoires de la maladie et les éléments rapportés par la famille, les difficultés étaient les suivantes : une incapacité de gérer une agressivité parfois physique du patient, l'incapacité d'emmener le patient présumé dangereux car ne disposant pas de capacité à le contenir et de moyens de transport en adéquation avec la situation. Un gap financier est aussi noté devant les soins qui sont payant ou encore un refus thérapeutique du patient qui est dans un déni de morbidité. La difficulté d'imposer des soins à leurs proches poussent certains d'entre eux comme le frère de Jean Baptiste à avoir recours à la procédure d'internement qu'il maîtrise bien car travaillant à la magistrature. Enfin, il soulève la difficulté de faire suivre le traitement au patient une fois sorti de l'hôpital. Cette difficulté est de taille et soulève la question de la pertinence de l'internement chez ses patients ?

3.2. Difficultés liées à la structure

Il est ressorti de notre étude, un problème de disponibilité des médicaments. Il en est de même de la difficulté de l'exécution des explorations paracliniques.

Cela freine la recherche étiologique surtout en cas de suspicion d'une organicité comme c'était le cas de notre patient errant. Devant l'absence d'implication des autorités, le service social est obligé de rechercher les familles, mais n'y arrive pas toujours du fait de la faiblesse des ressources. Ce qui aboutit soit à une fugue du malade ou à l'hospitalisme.

3.3. Les difficultés liées aux autorités :

Il y a une insuffisance de connaissance de la loi de toutes les parties prenantes.

L'autorité administrative qui désigne une structure qui n'est pas concernée par la loi. Le commissaire et les sapeurs-pompiers qui pensent que l'arrêté d'internement, la réquisition et le « DE PAR LA Loi » ont la même valeur. Ce qui est parfois source de conflit quand le médecin avisé refuse de garder le patient car ne se sentant pas obligé d'interner le patient.

3.4. Les difficultés liées au patient :

L'absence d'accompagnant dans un service où le patient doit obligatoirement être accompagné et le refus de participation de la famille dans la prise en charge posent un problème de surveillance, de suivi et d'observance thérapeutique chez le patient surtout psychotique. Parfois, il peut en découler un problème de réinsertion sociale [45, 22, 31].

3.5. Les difficultés des médecins :

Les médecins font face à une difficulté de recueil d'informations concernant les antécédents médicaux et l'histoire de la maladie. Ces informations peuvent être capitales pour l'établissement du diagnostic et la prise en charge, ceci surtout en absence de bilans pré-thérapeutique. Il existe aussi des difficultés liées au risque sécuritaire devant des patients dangereux, agités et agressifs surtout pour les patients qui ne répondent pas au traitement sédatif. Surtout qu'il n'y a pas de moyens de contention physique ni de cellule d'isolement. Cela contribue à augmenter le stress du personnel médical devant l'agitation et l'agressivité d'un malade interné. Ce qui fait ressortir la nécessité d'une bonne évaluation de la dangerosité [29].

CONCLUSION

La psychiatrie moderne est introduite en Afrique au XIXe siècle, durant la période coloniale. Au Sénégal, la loi 75-80 régleme le traitement des maladies mentales et encadre le régime d'internement de certaines catégories d'aliénés. Ceci a justifié notre intérêt concernant l'application des décisions d'internement. Ainsi, nous avons mené une étude qualitative et rétrospective au service de Psychiatrie du CHNU de Fann avec comme objectif d'apprécier les difficultés de son application.

La Clinique Psychiatrique Moussa DIOP, notre cadre d'étude, est créé en 1956 ; il est le premier service du CHNU de Fann. Notre population d'étude englobait l'ensemble des patients hospitalisés avec un arrêté d'internement ou un autre document légal ou administratif justifiant d'une prise en charge sous contrainte du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016. Nous avons sélectionné les patients sur la base du registre d'hospitalisation tenu par le surveillant général et des dossiers des patients dans les différentes divisions. Nous avons effectué des entretiens téléphoniques avec les patients et leurs familles. Nous avons également mené des entretiens en présentiel avec trois médecins en spécialisation de psychiatrie.

Cela nous a permis de constater que malgré le fait que la Clinique Moussa Diop soit une structure psychiatrique de type ouvert, elle est parfois désignée par certaines autorités administratives pour des internements. Ce qui était le cas chez quatre de nos patients. Aucun, de ces derniers, ne provenait de la région de Dakar. Nous avons eu un patient qui a été l'objet de trois demandes d'hospitalisation avec des arrêtés d'internement durant notre période d'étude. Trois patients sont reçus avec un « DE PAR LA LOI » dont deux sont émis par la Police et un par la Gendarmerie. Il y'avait également une réquisition à personne qualifiée émise par la Police. Malgré cette diversité, chez les sept patients la demande était un internement. Seule une demande allait dans le sens

de l'évaluation de l'état psychologique. Cela pouvait se justifier par l'existence d'antécédents psychiatriques chez six patients avec une notion d'hospitalisations et une inobservance thérapeutique.

Par ailleurs, des signes de dangerosité ont été notés chez la plupart de nos patients. Ceux-ci pouvaient être en rapport avec une symptomatologie psychotique en particulier un délire à thématique de persécution, de référence, de revendication, de mégalomanie et d'influence. D'autres signes sont rapportés à savoir une irritabilité, une agitation psychomotrice et une tentative de suicide à répétition.

Cette symptomatologie est en adéquation avec les diagnostics retrouvés, qui étaient principalement la Schizophrénie chez six patients (02 schizophrénie paranoïde F20.0, 03 troubles schizo-affectif, type maniaque F25.0, une schizophrénie hébéphréno-catatonique F 20.1 et F20.2, un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision F69 et un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptôme psychotique F31.1 sur fond de personnalité histrionique F60.4).

Cela a justifié une prise en charge médicamenteuse chez la totalité des patients avec un traitement à base de neuroleptiques. La durée d'hospitalisation était majoritairement supérieure aux 15 jours. Cela était en contradiction avec le cadre légal qui prévoit une hospitalisation de 15 jours renouvelable avec des conditions précises telles que prévues par la loi 75-80.

Dans l'ensemble, les patients présentaient une bonne évolution. Tous les patients sortis sur décision du médecin sont revenus au rendez-vous de contrôle. Quatre patients sont réadmis en hospitalisation dont deux à la demande d'un tiers et deux avec un arrêté d'internement. Les rechutes notées chez les patients sont

survenues pour la majorité des cas au cours des 20 premières semaines après l'exéat.

L'une des difficultés majeures notée dans la prise en charge était l'absence de cellules d'isolement, et de personnel qualifié pour faire face à une hospitalisation sous contrainte. Le seul moyen dont dispose le médecin reste la contention chimique avec usage de neuroleptiques. Ces derniers sont souvent en rupture ou inaccessible financièrement ou géographiquement. Cela contribue à augmenter le stress lié au risque sécuritaire devant un patient agité et agressif.

Par ailleurs, il prévaut une méconnaissance de la loi 75-80. Indépendamment du fait qu'elle n'a pas bénéficié d'une révision depuis 45 ans ; il existe une confusion autour de cette même loi et le code de procédure pénal sénégalais dans l'établissement des documents.

Au niveau familial, on notait une incapacité à gérer l'agressivité du patient souvent secondaire à une mauvaise compliance thérapeutique. Cette situation aboutissait très souvent à une demande d'internement. Une demande d'internement dont les difficultés propres sont l'obtention d'un certificat médical et la mobilisation des forces de l'ordre pour le transport du patient. Une fois à l'hôpital, la famille rapportait des difficultés en rapport avec le paiement des frais inhérents à la prise en charge hospitalière.

Il reste une particularité qui est le cas des malades errants. Ils posent avant tout l'absence d'accompagnant et les difficultés à retrouver leurs familles. A cela s'ajoute des obstacles dans le recueil d'informations médicales.

RECOMMANDATIONS

Il ressort de notre étude les recommandations suivantes :

- Une nécessité de réviser voire changer la loi 75-80 qui contribuera à la création de nouvelles unités voire des structures fermés dans les centres de prise en charge psychiatrique.
- Munir chaque service de psychiatrie de cellules et de gardes malades formés pour pouvoir interner les patients car la capacité de Thiaroye est insuffisante
- Une bonne formation de tous les acteurs (préfets, sapeurs-pompiers, policier, gendarmes, gardes malades, vigiles, infirmiers et médecins psychiatres en formation) intervenants dans le processus d'internements afin qu'il y ait un respect strict de la loi et une transparence dans l'application de l'hospitalisation sans consentement.
- La création de disposition légale permettant un suivi obligatoire et rapproché suite à un internement.
- La création d'une dotation spéciale de médicaments en urgence pour les patients reçus avec un document légal ainsi qu'une facilitation des examens complémentaires.
- Un accroissement de la sécurité au niveau des services de psychiatrie.
- La création d'une structure d'accueil médicalisée et de réinsertion sociale pour les patients sans famille.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BENEZECH M.** Introduction à l'étude de la dangerosité. Rapport pour les 13èmes rencontres nationales des services médico psychologiques régionaux et unités pour malades : « Les dangerosités ». Paris : Centre Chaillot-Galliera, 19 novembre 2001.
2. **BENEZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS M L.** Criminologie et psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
3. **BERARD J, CHANTRAINE G.** La carcéralisation du soin psychiatrique. *Vacarme* 2008 ; 1 (42) : 91 - 4.
4. **BITTON A.** La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et « putsch » judiciaire. *L'Information psychiatrique* 2013; 89: 9 - 12.
5. **BOURGEOIS ML, BENEZECH M.** Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques* 2001 ; 159 (7) : 475 - 86.
6. **BOURGEOIS ML, BENEZECH M, LE BIHAN P.** La haine psychotique et le passage à l'acte destructeur. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 656-61.
7. **BOUSSAT M, AHYI R.** Réflexions sur une pratique psychiatrique "ouverte". *Médecine d'Afrique noire* 1977 ; 24 (1) : 15 - 20.
8. **CAIRE M.** Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique. *Journal français de psychiatrie* 2010 ; 3 (38) : 6 - 11.
9. Code de procédure pénal. [En ligne]. Consulté le 16 juin 2020. Disponible : <http://www.droit-afrique.com/upload/doc/senegal/Senegal-Code-1965penal.pdf>
10. **COLLIGNON R.** La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. *Revue Tiers Monde* 2006 ; 3 (187) : 527 - 46.

11. **COLLIGNON R.** Santé mentale entre psychiatrie contemporaine et pratique traditionnelle. *Psychopathologie africaine* 2000, XXX, 3 : 283 - 98.
12. **COLLIGNON R.** Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar. *Psychopathologie africaine* 1978 ; XIV, 2-3 : 133 - 324.
13. **DELPA P.A.** Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164, 10 : 864 - 67.
14. **DELTEIL P.** Psychiatrie et justice à la recherche de la vérité. *Annales Médico-Psychologiques*. 2012 ; 170 (2) : 69 - 74.
15. **DESCARPENTRIES F.** Le consentement aux soins en psychiatrie. Paris L'Harmattan ; 2007 : 174 p.
16. **DIEYE M ép. DIOP.** Aspects juridiques, administratifs et cliniques des internements provisoires au Centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor au Sénégal : à propos de onze observations. Thèse Doctorat Médecine. Université Cheikh Anta Diop, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie. Dakar (Sénégal) ; 12 Juillet 2014 : 76 p.
17. **DIOP B, COLLIGNON R.** Aspects éthiques et culturel de la psychiatrie en Afrique. *Social Science & Medecine. Part B : Medical Anthropology* 1979 ; 13, 3 : 183 - 93.
18. **DIOUF M, MBODJ M.** L'administration coloniale et la question de l'aliénation mentale (1840- 1956). In D'Almeida et al. *La folie au Sénégal*. Dakar : ACS ; 1997 : 13 - 45.
19. **DUBREUCQ J-L, JOYAL C, MILLAUD F.** Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 852 - 65.
20. **DUFLOT C.** L'expertise psychologique : Procédures et méthodes. Paris : Dunod ; 1999 : 200 p.

- 21.EY H, BERNARD P, BRISSET C.** Manuel de psychiatrie. Sixième édition revue et corrigée. Paris : Masson ; 2015 : 1166 p.
- 22.FAYE PL, THIAM MH, BA I, SECK S.** Problématique de la réinsertion d'un patient auteur de parricide dans un contexte de sorcellerie. *L'information psychiatrique* 2010 ; 86, 9 : 794 - 7.
- 23.FERRERI F, AGBOKOU C.** ECN FLASH Psychiatrie. Paris : Maloine ; 2008 : 34 p.
- 24.GUIBET-LAFAYE C.** Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). *Éthique et santé* 2015 ; 12 : 46 - 55.
- 25.HUM P, BOURY D, DANIEL T, DEMAILLY L, DUJARDIN V, ETHUIN C et al.** Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement. *Ethique et santé* 2015 ; 12 : 56 - 63.
- 26.**Loi n°75-80 du 9 juillet 1975 relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés. *Journal officiel de la République du Sénégal* 1975, n° 4436 : 1008 - 9.
- 27.MARZANO M.** Je consens, donc je suis. Éthique de l'autonomie. Paris: PUF; 2006 : 261 p.
- 28.MEJDA C, ELLOUZE F, ZOUARI A, LOUATI A, ABOUB H.** Histoire de la stigmatisation des malades mentaux en Tunisie. *L'information psychiatrique* 2007 ; 83 (8) : 689 - 94.
- 29.MILLAUD F, DUBREUCQ J-L.** Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 846 - 51.
- 30.MILLAUD F, MARLEAU J.D, PROULX F, BRAULT J.** Violence homicide intrafamiliale. [En ligne]. Consulté le 10 juin 2020. Disponible : <https://doi.org/10.7202/018664ar>
<https://www.erudit.org/en/journals/pv/2008v8-n1-pv2381/018664ar/>

- 31.ORTIGUES M C, DIOP M, COLLOMB H.** Intégration des données culturelles africaines à la psychiatrie de l'enfant dans la pratique clinique du Sénégal. *Psychopathologie Africaine* 1966 ; II (3) : 441 - 51.
- 32.OSWALD P, SALOPPE X, DUCRO C, MACQUET D, CORNU P-J, PHAM T et al.** Caractéristiques cliniques d'une population internée : un cas particulier, l'établissement de défense sociale « Les Marronniers » à Tournai (Belgique). *L'Encéphale* 2017 ; 43 : 229 - 34.
- 33.PERREAULT I.** Psychiatrie et ordre social, analyses des causes d'internement et des diagnostics donnés à l'Hôpital Saint Jean de Dieu dans la perspective du genre, 1920-1950. Thèse Doctorat Histoire. U Ottawa, Faculté des études supérieures et postdoctorales, Département d'Histoire. Ottawa (Canada) ; 2009 : IX - 376 p.
- 34.PRZYGODZKI-LIONET N, NOËL Y.** Individu dangereux et situations dangereuses : les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychologie française* 2004 ; 49 : 409 -
- 35.RENNEVILLE M.** La psychiatrie légale dans le projet de réforme du Code pénal français (1930-1938). In Arveiller J. Psychiatries dans l'histoire. Caen : PUC ; 2008 : 385 - 406.
- 36.RICHARD-DEVANTOY S, CHOCARD AS, BOURDEL MC, GOHIER B, DUFLOT JP, LHUILIER JP.** « Homicide et maladie mentale graves : quelles sont les différences socio-démographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques. *Encéphale* 2009 ; 35 : 304 - 14.
- 37.ROSE N.** Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés* 2006 ; 38 (2) : 113 - 31.

- 38.SALOPPE X, THIRY B, CAELS Y, DAVAUX A, DELOYER J, ENGLEBERT J et al.** Prévalences psychiatriques de patients internés dans les hôpitaux psychiatriques belges francophones. *Acta psychiatrica belgica* 2012 ; 112 (3) : 20 - 30.
- 39.SARR O.** Les internements provisoires au CHNP de Thiaroye : Evaluation sur cinq ans (Janvier 2000-Décembre 2004).Thèse Doctorat Médecine Université Cheikh Anta Diop, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie. Dakar (Sénégal) ; 2009 : 79 p.
- 40.SAUVAGE F.** Le consentement à l'acte médical du patient sous protection juridique. *Médecine & Droit* 2011 ; 2011, 111 : 235 - 40.
- 41.SENON J-L, JONAS C.** « Droit des patients en psychiatrie ». *EMC-Psychiatrie* 2004 ; 1 (2) : 107 - 27.
- 42.SENON JL, LOPEZ G, CARLO R et al.** Psycho-criminologie : Clinique, prise en charge, expertise. Paris : Dunod ; 2008 : 445 p.
- 43.SOW I.** Sur la notion de folie. In D'Almeida L et al. La folie au Sénégal. Dakar : ACS ; 1997 : 141 - 61.
- 44.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 CES Psychiatrie. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie ; 1998 : 61 p.
- 45.SYLLA A, NDIAYE-NDONGO ND, FALL L, SY A, NDOYE AN, THIAM MH.** Caractéristiques cliniques d'homicides commis par des malades mentaux au Sénégal. *Psy Cause* 2015, 69 : 12 - 8.
- 46.VANDAMME MJ.** « Schizophrénie et violence: facteurs cliniques, infracliniques et sociaux ». *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167 : 629 - 37.

47.ZOUITINA N, ROLLAND B, WILQUIN M, THEVENON C, DESMARAIS P, THOMAS P et al. Les soins ordonnés par la Justice en France : principes des procédures et place du médecin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2013 ; 61 (3) : 269 - 75.

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 agréées 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'infirmierie 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'infirmierie 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 tous moments 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
Léopold Sédar SENGHOR
Par le Président de la République :

Le Premier Ministre,
Abdou DIOUF

Journal officiel de la République du Sénégal, 1975, sp. n° 4436, 21 juillet 1975 : 1008-1009.

**HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE:
LOI DE 1990, MODIFIÉE PAR L'ORDONNANCE DE JUIN 2000**

1. Exemple de certificat pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers

Je soussigné....., Docteur en médecine, exerçant à....., certifie avoir examiné ce jour M./M^{me}/M^{elle}....., né le..... à....., profession....., domicilié à.....

Son état mental à ce jour présente les particularités suivantes:.....

Cet état mental:

- impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier;
- rend impossible son consentement à une hospitalisation;
- nécessite une hospitalisation selon les termes de l'article L.3212-1 du Code de santé publique:

Je certifie n'être ni parent (au 4^e degré inclus), ni allié avec cette personne, avec le tiers demandeur, avec le directeur de l'hôpital d'accueil ou avec le médecin rédacteur de l'autre certificat.

Fait à....., le.....

Signature

2. Exemple de certificat pour une hospitalisation d'office

Je soussigné....., Docteur en médecine, exerçant à....., certifie avoir examiné ce jour M./M^{me}/M^{elle}....., né le..... à....., profession....., domicilié à.....

Son état mental à ce jour présente les particularités suivantes:.....

Cet état mental:

- impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier;
- rend impossible son consentement à une hospitalisation;
- nécessite une hospitalisation selon les termes de l'article L.3213-1 du Code de santé publique.

Fait à....., le.....

Signature

LA PROBLEMATIQUE DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT DANS UN MILIEU PSYCHIATRIQUE OUVERT A DAKAR A PROPOS DE HUIT CAS

RESUME

INTRODUCTION :

Le consentement occupe une position importante dans le dispositif de soins tant sur le plan clinique, juridique, qu'éthique. Il arrive qu'un individu devienne un danger pour lui ou autrui, dès lors l'hospitalisation sous contrainte s'impose. Au Sénégal, la loi 75-80 régit les hospitalisations en psychiatrie. La clinique Moussa Diop est dédiée aux hospitalisations libres. Cependant, il arrive qu'elle soit désignée par les autorités pour des hospitalisations sous contrainte. Ceci soulève de nombreuses problématiques.

OBJECTIF :

Notre étude rétrospective et qualitative portée sur 03 ans (2013-2016). Notre objectif général était de faire ressortir les difficultés liées à l'internement à la clinique Moussa Diop tant chez le patient, sa famille que chez le médecin.

MATERIELS ET METHODE :

Notre population d'étude s'intéressait à l'ensemble des patients reçus et hospitalisés avec un arrêté d'internement ou autres papiers légaux avec une demande de prise en charge dans toutes les divisions durant une période de trois ans (1er janvier 2013 au 31 décembre 2016). Nous avons interrogé les dossiers des patients, avons fait des entretiens téléphoniques avec les patients et leurs familles, Nous avons aussi interrogés (03) médecins.

DISCUSSION :

Les patients de notre étude étaient majoritairement des adultes jeunes, sans attache, sans emploi. Ils étaient majoritairement diagnostiqués schizophrène. Des difficultés ont été notées concernant la méconnaissance des autorités, des familles et parfois des médecins de la loi 75-80, ainsi que l'application de celle-ci dans notre structure. Dans notre service, l'absence de dispositif pour une hospitalisation sans consentement met le médecin dans une impasse.

Les recommandations principales sont une révision voire une modification de la loi 75-8 avec une formation de tous les acteurs de l'application de l'hospitalisation sans consentement. Une augmentation et amélioration des conditions d'internements dans le pays.

Mots clés : contrainte, consentement, dangerosité, psychiatre, justice, internement, prise en charge

Mail : biba.rb18.bb@gmail.com