



**Profil des patients reçus en consultations itinérantes dans les départements de Louga et de Bambe**  
**y (Sénégal). Une expérience en santé mentale primaire du Centre Dalal Xel de Thiès**  
*Profile of patients received in itinerant consultations in the Louga and Bambe*  
*y departments (Senegal).*  
*An experience in primary mental health at the Dalal Xel Center in Thiès.*

Diagne I<sup>\*</sup>, Sissako Mbou IM<sup>2</sup>, Camara M<sup>2</sup>, Ndiaye-Ndong ND<sup>2</sup>, Sylla A<sup>2</sup>

1. Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS), Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS), Sénégal
2. Service de psychiatrie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Sénégal

Auteur correspondant : Dr DIAGNE Ibra

## Résumé

**Introduction :** Pour répondre à l'accessibilité des soins psychiatriques au Sénégal, le centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès a mis en place un dispositif de consultations itinérantes mensuelles dans plusieurs localités du pays dépourvues de structures psychiatriques.

**Objectif :** Décrire le profil des patients suivis dans les consultations itinérantes au niveau des sites de Louga et Bambe.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective à visée descriptive basée sur l'exploitation de dossiers médicaux des patients âgés de 16 ans et plus reçus en consultation psychiatrique au niveau des sites de Bambe et de Louga entre le 1er juillet 2021 au 31 décembre 2021 inclus.

**Résultats :** 568 patients étaient éligibles (374 à Louga et 194 à Bambe). Le sexe féminin était le plus représenté avec un sex ratio F/H de 0,78. L'âge moyen était de 34,3 ans. Plus de la moitié des patients étaient non scolarisés (52,6 %). Les célibataires étaient dominants (47,5 %). La majorité des patients (59,7 %) était sans profession et le groupe ethnique socioculturel wolof était le plus présent (53,7 %). Les troubles schizophréniques (27,5 %) étaient les plus représentés. Les neuroleptiques de première génération étaient les classes thérapeutiques les plus prescrites (37,5 %). 83,5 % des patients avaient une évolution favorable. Ce taux exprime en partie l'adhésion de la population à ce dispositif décentralisé qui facilite l'accès aux soins des communautés.

**Conclusion :** A défaut d'une couverture psychiatrique suffisante au niveau des centres hospitaliers régionaux, il serait intéressant que la pratique d'assistance itinérante des soins psychiatriques soit étendue aux régions dans lesquelles les populations font face à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale.

**Mots clés :** Consultation itinérante - santé mentale - Dalal Xel - Sénégal - santé primaire.

## Summary

**Introduction:** In response to the lack of access to psychiatric care in Senegal, the Dalal Xel mental health center in Thiès has set up a system of monthly outpatient consultations in several localities with no psychiatric facilities.

**Objective:** To describe the profile of patients followed up in the mobile consultations at the Louga and Bambe sites.

**Methodology:** This was a cross-sectional, retrospective, descriptive study based on medical records of patients aged 16 and over seen in psychiatric consultations at the Bambe and Louga sites between July 1, 2021, and December 31, 2021, inclusive.

**Results:** 568 patients were eligible (374 in Louga and 194 in Bambe). Females were most represented, with an F/H sex ratio of 0.78. The mean age was 34.3 years. More than half the patients had no schooling (52.6%). Singles predominated (47.5%). Most patients (59.7%) had no occupation, and the Wolof socio-cultural ethnic group was the most prevalent (53.7%). Schizophrenic disorders (27.5%) were the most common. First-generation neuroleptics were the most prescribed therapeutic class (37.5%). 83.5% of patients had a favorable outcome. This rate partly reflects the population's support for this decentralized system, which facilitates community access to healthcare.

**Conclusion:** In the absence of sufficient psychiatric coverage at regional hospital centers, it would be worthwhile extending the practice of itinerant psychiatric care to regions where populations face difficulties in accessing mental health care.

**Keywords:** Itinerant consultation - mental health - Dalal Xel - Senegal - primary health care.

## Introduction

L'assistance psychiatrique en régions rurales en Afrique a toujours fait l'objet des préoccupations des différents acteurs de la santé mentale [1, 2]. A cet effet, plusieurs recommandations ont été émises par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » (Mental Health GAP Action Programme–mhGAP) [3]. Ce programme a pour but d'accélérer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires [4]. Le Sénégal, comme d'autres pays membre de l'OMS, a répondu à ces recommandations depuis l'époque coloniale [5-7] par la création en 1978 de plusieurs modèles d'assistance psychiatrique dont le plus récent et encore fonctionnel est la mise sur pied d'une politique de santé mentale basée essentiellement sur l'ouverture des centres psychiatriques et de services de psychiatrie dans les hôpitaux [8]. Cependant ce plan d'action reste limité surtout dans les régions rurales à cause de nombreuses difficultés dont le plus notable est le déficit de spécialistes, concourant ainsi à une baisse de la prise en charge et de l'adhérence thérapeutique. Or selon plusieurs études [9, 10], la prise en charge des troubles mentaux dans les soins de santé primaire possède plusieurs avantages pouvant palier ces difficultés. C'est fort de cela que le Centre de Santé Mentale Dalal Xel de Thiès, fréquenté par plusieurs patients provenant de régions éloignées du pays, a initié des consultations itinérantes mensuelles depuis 2010 dans plusieurs régions du pays. Cette pratique consiste pour le personnel médical à se déplacer pour soigner les malades dans des structures sanitaires proches de leurs domiciles [7].

Depuis la mise en place de ces consultations itinérantes, nous avons retrouvé peu de documentation sur les patients suivis dans ces localités. Ce constat justifie notre étude dont l'objectif était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des troubles psychiatriques chez les patients âgés de 16 ans et plus suivis dans ces consultations itinérantes au niveau des sites de Louga et Bambey. La connaissance des caractéristiques de ces patients permet une meilleure évaluation de ce dispositif afin de l'ajuster aux contextes locaux et aux besoins des populations concernées.

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale à visée descriptive basée sur l'exploitation de dossiers médicaux des patients

âgés de 16 ans et plus reçus en consultation psychiatrique entre 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021 inclus dans deux localités dépourvues de structures psychiatriques où les consultations itinérantes mensuelles se déroulent depuis 2010. Il s'agissait des localités de Louga et de Bambey, situées respectivement à 128 kms et à 51 kms du centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès. Etaient ainsi concernées des populations respectives de 677 533 habitants et de 21 250 habitants, soit au total 698 783 individus. Pour les consultations, le personnel du centre de santé mental Dalal Xel se déplaçait à la rencontre des patients au niveau des postes de santé identifiés au préalable au niveau des deux sites.

La population d'étude est constituée de tous les patients, des deux sexes confondus et âgés de plus de 16 ans, reçus en consultation durant la période de l'étude. L'échantillonnage était non probabiliste, il s'agissait donc de consulter tous les dossiers des patients. Ainsi nous avons colligé 374 dossiers de patients à Louga et 194 à Bambey répondants aux critères d'inclusion, a contrario tous les dossiers de patients de plus de 16 ans incomplets ont été exclus de cet échantillon. Une fois les dossiers médicaux complets sélectionnés, nous avons opéré à une saisie informatique des variables sociodémographiques, cliniques, diagnostiques et évolutives à partir d'une fiche de recueil de données standardisée. Les diagnostics sont portés selon les critères établis dans la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels Microsoft Word office 2007 et Sphinx2+. Le directeur du centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès a accordé les autorisations nécessaires à la réalisation de l'étude. L'anonymat et la confidentialité des patients ont été respectés tout au long du processus de recueil et du traitement des données.

## Résultats

Le tableau I donne un aperçu des caractéristiques sociodémographiques des patients suivis en consultations itinérantes au niveau des sites de Louga et de Bambey. Dans le champ couvert par l'étude, 568 dossiers de patients âgés de 16 ans et plus ont été retenus. Le sexe féminin était le plus représenté à 56,2% avec une sex-ratio H/F de 0,78. La moyenne d'âge était de 34,3 ans avec des extrêmes allant de 16 à 91 ans. La tranche d'âge 16-25 ans était la plus représentée (32,7%). Plus de la moitié des patients étaient non scolarisés



soit 52,6% et 20,9% des patients avaient un niveau primaire. Par rapport au statut matrimonial, les célibataires représentaient 47,5% des cas, venaient ensuite les personnes mariées (42,1%). Plus de la moitié de la

population d'étude était sans profession (59,7%) ou avait un travail informel (27,3%). Les Wolofs représentaient le groupe socioculturel le plus important avec une proportion de 53,7%

**Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des patients suivis en consultation itinérantes au niveau des sites de Louga et de Bambey du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2021.**

Variables sociodémographiques	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
<i>Sexe</i>		
<b>Masculin</b>	249	43,8
<b>Féminin</b>	319	56,2
<i>Tranches d'âge</i>		
<b>16-25 ans</b>	186	32,7
<b>26-35 ans</b>	143	25,2
<b>36-45 ans</b>	111	19,5
<b>46-55 ans</b>	55	9,7
<b>56-65 ans</b>	39	6,9
<b>Sup à 65 ans</b>	34	6,0
<i>Niveau d'instruction</i>		
<b>Non scolarisé</b>	299	52,6
<b>Primaire</b>	119	20,9
<b>Secondaire</b>	102	18,0
<b>Étude supérieure</b>	18	3,2
<b>Étude coranique uniquement</b>	30	5,3
<i>Profession</i>		
<b>Sans activités</b>	339	59,7
<b>Activités informelles</b>	155	27,3
<b>Activités formelles</b>	16	2,8
<b>Élèves/Étudiants</b>	58	10,2
<i>Statut Matrimonial</i>		
<b>Célibataire</b>	270	47,5
<b>Marié (e)</b>	239	42,1
<b>Divorcé(e)</b>	39	6,9
<b>Veuf (ve)</b>	20	3,5
<i>Ethnies</i>		
<b>Wolofs</b>	305	53,7
<b>Sérères</b>	103	18,1
<b>Peulhs</b>	120	21,1
<b>Autres ethnies</b>	40	7,1

Sur le plan clinique, la quasi-totalité des patients n'avait aucun antécédent personnel médical (95,2%) et 117 patients, soit 20,6% de notre population d'étude avait des antécédents psychiatriques familiaux. Quatre-vingt-six (86) patients (15,1%) présentaient à la fois des antécédents psychiatriques personnels et

familiaux. La consommation de substance psychoactive est retrouvée chez 3,9% des patients. Les diagnostics les plus représentés sont les troubles schizophréniques (27,5%), les troubles psychotiques brefs (21,3%), puis les épilepsies (19,9%) (Tableau II).



Tableau II. Distribution des patients par catégorie diagnostique.

Catégories diagnostiques	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Troubles mentaux organiques (F00 - F09)	21	3,7
Substances psychoactives (F10 - F19)	15	2,6
Troubles schizophréniques (F20)	156	27,5
Troubles délirants persistants (F22)	26	4,6
Troubles psychotiques aigus transitoires (F23)	121	21,3
Troubles affectifs bipolaires (F31)	53	9,3
Troubles dépressifs (F32-F33)	31	5,5
Troubles névrotiques (F40-F48)	4	0,7
Psychoses puerpérales (F53)	19	3,3
Troubles de la personnalité (F60-F61)	5	0,9
Retard mental (F70-F79)	4	0,7
Épilepsies	113	19,9
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>100</b>

Sur le plan thérapeutique, la médication était quasi-systématique avec l'utilisation de médicaments. La figure 1 montre un aperçu sur la fréquence des différents médicaments utilisés chez les patients. Les neuroleptiques de première génération constituaient les médicaments les plus fréquemment prescrits (37,5%), suivis des

antiparkinsoniens (14,3%) et des antiépileptiques (11,9%). La prescription des thymorégulateurs était de 10,4%.

Une évolution favorable est rapportée dans 83,5% des cas. Alors qu'elle était défavorable dans 9,3% des cas et stationnaire dans 7,2% des cas.

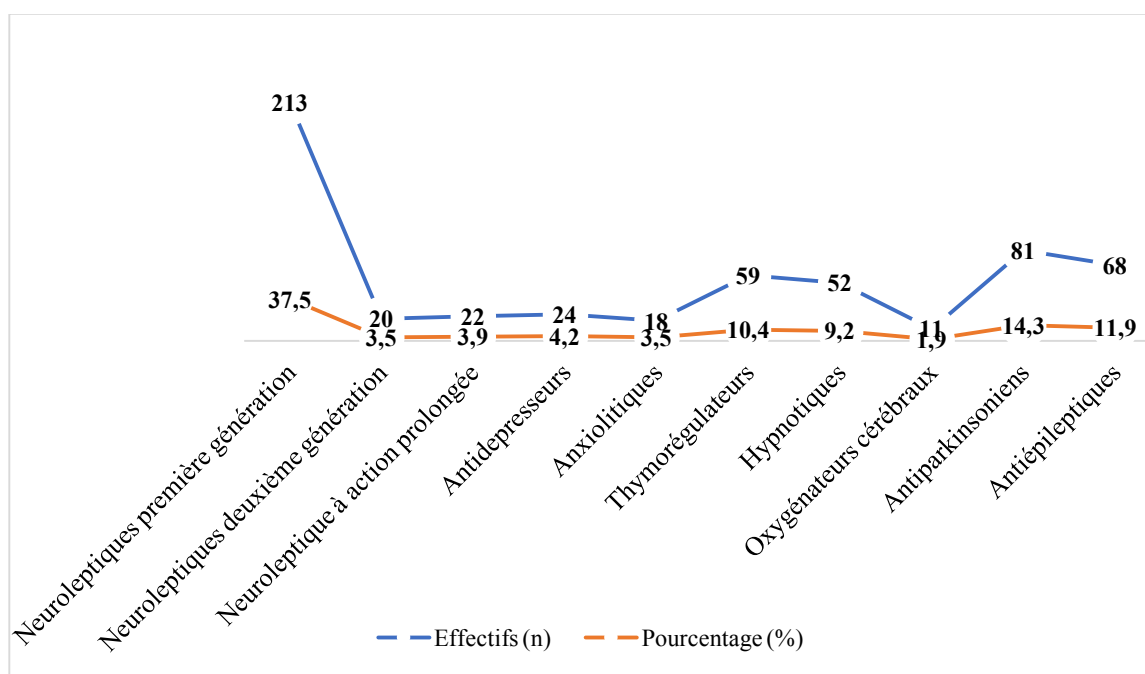


Figure 1. Répartition des prescriptions médicamenteuses chez les patients

## Discussion

### Profil sociodémographique des patients suivis dans les consultations itinérantes

Dans notre série, le sexe féminin était prédominant avec un sexe ratio hommes/femmes (249/319) de 0,78. Nos résultats sont similaires à ceux de Koundoul et al. [11] au Sénégal, de

Gansou et al. [12] au Bénin et Anguis et al. [13] en France qui ont observé une prédominance des femmes avec des sexes ratio respectifs de 0,9 (52,7% de femmes), de 0,73 (57,8% de femmes) et de 0,61 (62% de femmes). La similarité entre ces résultats pourrait être expliquée par le fait que les femmes «se déclarent en plus mauvaise santé,



apparaissent plus soucieuses de leur santé et consultent plus fréquemment» [14]. L'étude de Kovess et al. [15] en France renforce cette analyse générale en concluant que les femmes ont tendance à consulter davantage que les hommes en cas de problèmes de santé mentale. De plus cette prédominance de femmes au sein de la population de notre étude pourrait être justifiée par la structure de la population sénégalaise elle-même. En effet, selon le rapport de 2020 de l'Agence nationale de la statistique et de démographie (ANSD) portant sur l'enquête démographique du Sénégal (EDS) [16], la population de sexe féminin est supérieure à celle de sexe masculin au niveau national. Elle est de 8 391 358 soit 50.2% contre 8 314 250, soit 49.8%. Au niveau régional on observe des variations dues aux mouvements migratoires. C'est le cas des départements de Louga et de Bambey qui sont des zones traditionnelles d'émigration internationale qui concerne majoritairement des hommes. Dans les régions de Louga et de Diourbel en 2018, le rapport de masculinité était de 98,9 et de 92,9 [17].

L'âge moyen de la population de l'étude était de 34,3 ans, alors que l'âge moyen de la population sénégalaise est d'environ 19 ans [18], cet écart pouvant s'expliquer notamment par la complexité des parcours thérapeutiques qui retardent l'accès aux soins [19] et une moindre attention à la santé mentale des enfants et des jeunes. Néanmoins, la population qui fréquente les consultations itinérantes est relativement jeune puisque la classe d'âge de 16 ans à 25 ans était la plus représentée soit 32,7%. Cette forte représentativité des jeunes avait été soulignée dans les travaux antérieurs réalisés au Sénégal [21, 11, 21], au Bénin [22] et en France [23]. La prévalence des maladies psychiatriques chez les jeunes dans notre étude pourrait s'expliquer par la vulnérabilité liée à cette période de vie notamment les problèmes psychosociaux liés à la place des jeunes dans la famille et la société, les difficultés d'insertion économique et d'accès à l'autonomie ainsi que la précocité du mariage. C'est également à cet âge que surviennent certaines pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, les troubles de l'humeur [24, 25]. A l'inverse la faible représentation des patients âgés de plus de 65 ans pourrait être justifiée par la mortalité plus élevée des patients psychiatriques ou des pathologies moins graves qui ne sont pas traitées. En effet, selon l'OMS les personnes atteintes de troubles mentaux meurent prématurément, jusqu'à vingt ans plus tôt [26].

Le statut de célibataire était le plus fréquent dans notre population d'étude (47,5%). Des résultats semblables sont enregistrés dans d'autres études récentes réalisées au Sénégal [11, 27] et dans certains pays d'Afrique comme le souligne Koundoul [11]. Cependant, des taux plus élevés sont retrouvés au Bénin (57,4%) [28] et au Cameroun (65,2%) [29]. Le statut de célibataire est considéré par plusieurs auteurs comme un facteur de vulnérabilité de survenue de troubles mentaux [21, 30]. De plus, compte tenu de leur apparition fréquente à l'adolescence, la plupart des maladies mentales influent sur les possibilités de développer des relations interpersonnelles [31].

Sur le plan professionnel, plus de la moitié de nos patients demeurait sans emploi (59,7%). Ce constat a déjà été mis en exergue dans plusieurs études antérieures au Sénégal [11, 21, 24, 27]. Concernant l'éducation, notre étude a mis en évidence le faible niveau scolaire des patients, puisque les trois quarts (73,5%) n'ont pas atteint le secondaire : 52,6% était non scolarisés et 20,9% avaient un niveau primaire. Ces constats établis sur les plans professionnel et scolaire ont également été objectivés par Tognon en 2009 [28] au Bénin dans son étude sur la schizophrénie au centre hospitalier départemental de Borgori. Selon ce dernier les maladies mentales influencent la réussite scolaire et les possibilités de succès professionnels du fait de leur fréquente apparition à l'adolescence. En outre, selon Koundoul et al. [11], les malades mentaux rencontreraient des difficultés considérables pour accéder à un emploi du fait de la discrimination et de la stigmatisation.

Les Wolofs étaient les plus nombreux (53,7%) suivis des Peulhs (21,1%) et des Sérères (18,1%). Nos résultats sont identiques à ceux de Diagne et al. [21] qui dans leur étude effectuée sur les urgences psychiatriques de nuit reçus au centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès en 2020 avait observé la répartition ethnique suivante : 38,3% de Wolofs, 23,1% de Peulhs et 17,7% de Sérères. Cette représentation est conforme aux données du recensement, qui classe ces populations parmi les trois premiers groupes ethniques les plus représentés au Sénégal et dans les régions concernées par notre étude [32]. Cette répartition s'explique également par l'appartenance territoriale puisque les Wolofs et les Peulhs sont des groupes autochtones de la région de Louga. Tandis que les Sérère et les Wolofs de celle de la région de Diourbel, du fait de sa position géographique, se situe entre les pays traditionnels wolofs au Nord et Sérère au Sud [33].



### Aspects cliniques des patients suivis dans les consultations itinérantes

Un cinquième des patients (20,6%) avaient des antécédents psychiatriques familiaux et 15,1% des patients avaient à la fois des antécédents psychiatriques personnels et familiaux. De nombreuses études au Sénégal et en Afrique [11, 34, 35] établissent un constat similaire. La conjonction des éléments d'hérédité des troubles mentaux et l'influence de l'environnement pourraient dans une certaine mesure contribuer à cette explication [36]. Par rapport aux habitudes de prise de substance 3,9% de patients consommaient des substances psychoactives. Ce taux concorde avec l'étude de Eyoum et al. [37] au Cameroun qui rapportait une proportion de 3,6% des patients reçus en consultation. Koundoul et al. [11] à Ziguinchor trouvait un taux de 12,6% de consommateurs de substances psychoactives. Le centre de santé mentale Émile Badiane à Ziguinchor, où sont effectuées ces observations, est situé dans une zone de production de cannabis en Casamance et de trafic compte tenu de sa situation frontalière, ce qui expose davantage la jeunesse qui est dans une situation sociale difficile. Au vu de ces valeurs nous pouvons dire que nos résultats ne sont pas concordants avec la prévalence des addictions en Afrique subsaharienne qui est de 70% pour le cannabis et 15% pour l'alcool [38]. Un aspect fondamental à noter est que la plupart du temps il y a une comorbidité addictive chez les patients psychiatriques [39] et dans notre étude cet aspect n'a pas été pris en compte et cela pourrait expliquer la faible fréquence des addictions.

Du point de vue du profil diagnostique, les troubles schizophréniques étaient les plus fréquents chez notre population d'étude (27,5%) suivis des troubles psychotiques aigus transitoires (21,3%) puis des épilepsies (19,9%). Les autres pathologies (troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux et les troubles addictifs) étaient moins représentées (10% ou moins pour chacun). Cette prédominance des troubles schizophréniques est aussi observée dans l'étude de Diagne et al. [21] au Sénégal. Ce constat diffère de l'étude de Daoudi et al. [40] au Maroc et celle de Tognon et al. [41] au Bénin. La différence pourrait s'expliquer par le fait que nous avons travaillé en milieu hospitalier et non dans la population générale contrairement aux études faites au Maroc et au Bénin. Il faut signaler que les schizophrènes représentent l'un des plus gros contingents de patients en milieu spécialisé et consultant dans le service public [26].

En dehors des troubles schizophréniques, les troubles psychotiques aigus et transitoires (21,3%) occupaient le second rang des diagnostics les plus retenus chez nos patients. Nos résultats se rapprochent de celui de Soedje K. et al. [42] et Koundoul et al. [11] avec des taux respectifs 39,6%, et de 40,9%. Cette prévalence pourrait s'expliquer par les caractéristiques cliniques de cette pathologie avec des symptômes nombreux, bruyants, envahissants et difficilement gérables (agressivité, agitation, délire polymorphe, etc.). Ce qui pousse les familles à amener le patient en consultation plus rapidement par rapport aux signes plus silencieux dans d'autres pathologies mentales comme la dépression qui affectent moins l'entourage de la personne vivant avec un trouble mental.

L'épilepsie représentait la troisième affection la plus fréquente dans les consultations itinérantes (19,9%). Seck [27] au Sénégal et Sow et al. [43] en Guinée observent de leurs côtés des proportions à hauteur de 27,26% et 36,8% dans leurs études. Cette similarité entre les études sénégalaise et guinéenne pourrait s'expliquer par le fait que, les manifestations motrices et les états confusionnels qui accompagnent le tableau clinique de l'épilepsie seraient interprétés par la famille ou considérés culturellement comme une maladie mystérieuse relevant de la psychiatrie plutôt que de la neurologie selon Ouédraogo et al. [35]. A ce point culturel pourrait s'ajouter l'absence d'un service de neurologie dans les hôpitaux régionaux des localités dans lesquelles sont réalisées notre étude ce qui ne favorise pas l'établissement d'un diagnostic précis. Cette situation a déjà fait l'objet d'une mention par Sow et al. [43]. Par ailleurs, il faut souligner que la prévalence de l'épilepsie au Sénégal reste relativement élevée (8,3% à 14,2%) [44] par rapport à la prévalence moyenne mondiale qui est de 4 à 10% [19].

### Aspects thérapeutiques et évolutifs des patients suivis dans les consultations itinérantes

Sur le volet thérapeutique, l'utilisation de médicaments était quasi-systématique. Les neuroleptiques de première génération étaient les médicaments les plus prescrits (37,5%) suivis des antiparkinsoniens 14,3% et des antiépileptiques 11,9%. La plus grande fréquence de prescriptions des neuroleptiques de première génération (chlorpromazine, Halopéridol) contrairement aux neuroleptiques de deuxième génération est retrouvée dans plusieurs études africaines [12, 43]. Outre leur indication de référence dans les



psychoses (affections fortement représentées dans notre étude), leur disponibilité et leur accessibilité financière semblent être déterminant pour le choix de leur prescription. Ceci est en conformité avec les recommandations de l'OMS sur la prescription des médicaments essentiels en soins de santé primaire [45]. De plus ces médicaments sont vendus aux patients lors de ces consultations à des prix accessibles.

Les antiparkinsoniens se démarquaient en occupant le deuxième rang des prescriptions avec un taux de 14,3%. Cette prescription est sous tendue par leur action correctrice sur les effets secondaires des neuroleptiques [12]. Pour rappel selon la littérature, cette prescription ne doit être ni systématique ni à visée préventive lors de l'initiation du traitement par neuroleptiques [46]. En fin, la prescription des antiépileptiques était aussi fréquente dans notre étude avec une proportion de 11,9%. La part importante de ces antiépileptiques dans les prescriptions pourrait être attribuée à la proportion importante de patients épileptiques (19,9%) retrouvée dans notre étude ou elle représente la troisième affection la plus récurrente. Cependant la différentielle de la proportion d'antiépileptiques prescrits et de patients épileptiques (8%) peut s'expliquer par l'utilisation de thymorégulateurs comme alternative aux antiépileptiques classiques.

Chez les 568 patients de notre étude, une proportion de 83,5% des consultants avait une évolution favorable. Ce constat pourrait être justifié par le fait qu'on ne prend la précaution de proposer ces consultations itinérantes qu'aux patients dont l'état de santé s'est amélioré. De plus elle pourrait être due aux avantages qu'offre ce type de soins de santé primaire en termes d'accessibilité géographique et financière [47].

### Conclusion

S'il a été possible aux patients de venir consulter dans ces hôpitaux de Bambey et de Louga, cela tient au travail de prise en charge psychiatrique mensuelle que mène l'équipe du centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès dans les structures non psychiatriques, à la disponibilité du personnel soignant et à l'accessibilité financière des patients. Ce travail nous a permis de définir les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives des patients suivis pendant six mois dans une consultation itinérante de psychiatrie du centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès à Louga et à Bambey. Cette pratique présente l'avantage d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaire comme

le recommande l'OMS. Elles règlent aussi les problèmes d'accessibilités géographiques et financières. Sans compter qu'elles permettent un gain de temps et une meilleure adhésion. Compte tenu du déficit de psychiatres dans le pays, cette pratique d'assistance aux malades mentaux semble constituer une excellente alternative. Ainsi son extension aux régions dans lesquels les populations font face à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale pourrait être envisagée.

**Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.**

**Remerciements :** Les auteurs remercient le directeur du centre de santé mentale Dalal Xel de Thiès.

### REFERENCES

1. Gueye M. Assistance psychiatrique au Sénégal : bilan et perspectives. *L'information psychiatrique*, 1995 ; 71, 6 : 525-529
2. Raynaud de Prigny P, Bergot C, Alarcon W. Lettre du Bénin. *L'information psychiatrique*, 2017 ; 93 :811-816.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Programme d'action «Comblé les lacunes en santé mentale» (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Genève (Suisse), 2008. 174, [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_french.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf).
4. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N et al. Building capacity in mental health care in low-and middle-income countries by training primary care physicians using the mhGAP: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*. 2020; 35, 2: 186-98
5. Collignon R. La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. In : *Tiers-Monde*. 2006, tome 47, n°187. La santé mentale dans le rapport Nord-Sud. : 527-546 ; doi : <https://doi.org/10.3406/tiers.2006.5668>



6. Collomb H. Les programmes d'assistance psychiatrique dans les pays en voie de développement. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology.* 1978; 12: 335-339
7. Collignon R. A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire. Les dispositifs villageois d'assistance. *Éléments pour un dossier. Psychopathologie Africaine.* 1983 ; 19, 3 : 287-328
8. Tine JA. « Rapport d'activité 2019 de la Division de la Santé Mentale », Direction de la lutte contre la maladie, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal, 2019, 51. [En ligne], <https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files>
9. Fleury MJ, Farand L, Aubé D, Imboua A. La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien.* 2012 ; 58, 58 : 725-31
10. Demyttenaere K, Bruffaerts J, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004; 291, 21: 2581-90
11. Koundoul A, Seck D, Wone I, Kane Y, Seck S, Thiam M. « Profil des patients porteurs d'affection psychiatrique au centre psychiatrique de Ziguinchor au sud du Sénégal », *Health Sciences & Diseases.* 2021 ; 22, 8 : 68- 72
12. Gansou GM, Tognide CM, Fiossi kpadonou E, Salifou S, Ezin Hounbe J, Agossou TH. Psychiatrie itinérante à Cotonou au Bénin. *Le Bénin Médical.* 2011 ; 48 : 18-22
13. Anguis M, Peretti C, Chapireau F. Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). 2003. *Études et Résultats N° 231.* 12
14. Polton D. Egalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regard. Cairn.info.* 2016 ; 2, 50 : 35-45
15. Kovess V, Labarte S, Chanoit PF. La santé mentale en région Ile-de-France : des données épidémiologiques à la planification. *Inform Psychiatr* 2002 ; 76 : 43-55
16. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2019. *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019).* Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.pdf>
17. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal]. *Situation Economique et Sociale du Sénégal Ed. 2017/2018. Etat et structure de la population.* Juillet 2020, 11. [En ligne]. [https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-11/1-SES-2017-2018\\_Etat-structure-population\\_0.pdf](https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-11/1-SES-2017-2018_Etat-structure-population_0.pdf)
18. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal]. *Population du Sénégal en 2020.* 2020, 25. [En ligne]. [https://investinsenegal.com/wp-content/uploads/2021/03/Rapport-sur-la-Population-du-Sngal-2020\\_03022021-1.pdf](https://investinsenegal.com/wp-content/uploads/2021/03/Rapport-sur-la-Population-du-Sngal-2020_03022021-1.pdf)
19. Petit V. Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Revue francophone sur la santé et les territoires [En ligne]. Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement,* mis en ligne le 16 décembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/374> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.374>
20. Collomb H, Zwingelstein J. Les états dépressifs en milieu Africain. *L'information Psychiatrique.* 1962 ; 6 : 515-28
21. Diagne I, Dieye M, Seck K, Ndiaye-Ndong ND, Sylla A. The Epidemiological Profile of Night-Time Psychiatric Emergencies at the Dalal Xel Mental Health Center in Thies, Senegal. *International Journal of Innovative Science and Research Technology.* 2022; 7, 4: 1332-1338



22. Tognidé CM, Klikpo E, Gansou GM et al. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou (Bénin). *Le Bénin Médical*. 2010 ; 45/46 : 32-38
23. Chastang F, Rioux P, Kovess, Lorteau P, Bazin C, Zarifian E. Etude épidémiologique des patients et suicidants admis aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*. 1996 ; 44, 5 : 427- 436
24. Ba I. Les urgences psychiatriques et leurs prises en charge au service de psychiatrie du CHU Fann. Thèse de doctorat en médecine. UCAD : FMPO ; 2000. 90
25. Rouillon F. Epidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques*. 2008 ; 166 : 63-70
26. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization. 2019, WHO/MSD/19.1.7. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
27. Seck PS. Épidémiologie des troubles mentaux au service de psychiatrie au centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga : étude de 796 cas sur une période de six mois. Thèse doctorat médecine. UCAD n° 13, 2020. 124
28. Tognon FT. La schizophrénie au centre hospitalier départemental de Borgori : Aspects épidémiologiques et pronostiques. 1<sup>er</sup> congrès de neurosciences de Bamako du 15-16-17-18 Novembre 2009
29. Mbassa Menick D, Dassa S, Menguene Mviena J. & Benguilé, B. Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des psychoses aiguës au Cameroun. *Perspectives Psy*, 49, 2010, 213-219
30. Le Clainche C, Philippe Courtet P. Facteurs de risque de Suicide et vulnérabilité au suicide. *Observation Nationale du Suicide - 2<sup>ème</sup> rapport* ; 124
31. Bouchard L, Batista R, Colman I. Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012. Minorités linguistiques et société
32. Direction de la Protection Sociale. 2<sup>ème</sup> Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages. Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat-RGPH-2002
33. Direction de la prévision et de la Statistique. Recensement général, de la population et de l'habitat de 1988. Rapport national résultats définitifs. Ministère de l'économie, des finances et du plan. 24
34. Salifou S, Kpinsaga M, Kanekatoua S et al. Nouveaux Patients Suivis à l'Hôpital Psychiatrique de Zébé (Togo) : aspects épidémiologiques et cliniques. *Health Sci. Dis*: 2021; 22, 12: 81-84.
35. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'Encéphale*, 2006 ; 32 : 437-43, cahier 1
36. Krebs MO. Troubles psychiatriques génétique ou environnement : vers la fin du débat ? Dans l'information psychiatrique. 2007 ; 2, 83 : 117-121
37. Eyoum C, Mbongo'o GC, Njiengwe E et al. Pratique de la Psychiatrie à l'Hôpital Laquintinie de Douala : Evaluation de Trois Ans d'Activités. *Health Sciences and Diseases*. 2021 ; 22 : 76-81
38. Nubukpo P. Les addictions en Afrique subsaharienne. Congrès international de psychiatrie et d'addictologie de la Caraïbe, Martinique. 2011. *Le Courrier des addictions* (13) -n° 4
39. Dervaux A. Addictions et comorbidités psychiatriques, Xavier Laqueille éd., *Pratiques cliniques en addictologie*. Lavoisier, 2017, 119-133



40. Daoudi D, Tazi MA, Asouab F et al. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc : une étude rétrospective sur 11 années. *Rev Épidémiol Sante Publique*. Mai 2017 ; 65 Suppl 2 : S94
41. Tognon TF, Adoukonou T, Djidonou A et al. Prévalence des troubles mentaux dans une communauté rurale à Parakou au nord Bénin. *Annales médico psychologiques*. 9, 178, 908-912
42. Soedje KM, Assogba K, Djidonou A et al. Caractéristiques sociodémographiques des populations prise en charge aux urgences du CHU Campus (Lomé). *Mali Médical*. 2015 Tome xxx n° 4
43. Sow A, Criel B, Branger B et al. Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée. *Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique*. drsowab@msn.com
44. Dadah SML, Ben-Adji DW, Basse AM et al. Épilepsie de l'enfant et de l'adolescent au Sénégal. *African Journal of Neurological Sciences*. 2015 ; 34, 1.
45. Jambaque I. Dysfonctionnements mnésiques et épilepsies focales chez l'enfant. *Epilepsies* 2006 ; 18 : 58-64
46. Ministère de la santé et de l'action sociale. Liste nationale des médicaments et produits essentiels du Sénégal. 2018. Direction de la pharmacie et du médicament. Direction générale de la santé. USAID-OMS
47. Bartois G. La qualité de prescription des correcteurs anticholinergiques associés aux antipsychotiques. *Sciences pharmaceutiques*. 2012. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734485>