

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

USTTB

FMOS

Année : 2022-2023

TITRE

N°

**Étude de la Prévalence et des Facteurs Associés aux
Troubles Mentaux chez les Détenus de la Maison
Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali en 2023**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31/07/2023

déviant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par **M. Abdramane TOLO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'État**)

JURY

PRESIDENT : M. Souleymane COULIBALY, Professeur

MEMBRES : M. Housseini DOLO, Maitre de Conférences (agrégé)

M. Joseph TRAORE, Chargé de recherche

DIRECTEUR : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maitre de conférences

DEDICACES

Les mots ne sauront exprimer le respect et la reconnaissance que j'éprouve.

Je dédie donc ce travail :

À ma famille !

REMERCIEMENTS

À Allah

Je rends grâce à Allah, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux. À toi seigneur, je dis Al Hamdoulillah, merci de m'avoir accordé la permission d'accomplir ce travail.

À mon très cher défunt père Amery dit Oumar TOLO

Pour l'éducation, la confiance, le soutien et l'affection que tu m'as témoignées. Tu es pour moi une figure de la réussite basée sur le travail bien fait, un modèle en termes d'organisation de soi, de responsabilité et d'humilité. Je n'ai pas de mot pour qualifier avec exactitude ce que tu as fait pour moi. J'ose espérer que tu trouves satisfaction dans ce travail. Qu'Allah t'accorde son pardon. Merci d'avoir été un père exemplaire qui a su me donner l'engouement des études depuis mon enfance.

À mes chères mères Aicha TOLO, Binta TOLO, Awa Pamateck et surtout à ma défunte mère Aissa TOLO

Pour m'avoir inculqué des valeurs comme le pardon, la tolérance, la tendresse envers autrui. Vous êtes pour moi la personnification de l'amour et de la patience. Qu'Allah vous protège chères mères et fait, de moi l'oiseau qui vous apporte tout ce dont une mère attend de son fils. Merci d'avoir été des femmes affectueuses ayant toujours su m'écouter, me conseiller, m'épauler et me soutenir dans les moments les plus difficiles, je vous dis merci.

À mes frères et sœurs

En reconnaissance du soutien, de la complicité, de l'admiration en souvenir des moments agréables malgré mes absences et mes changements d'humeurs. Merci à vous.

À la mémoire de mes grands-parents

Plus que des grands parents, vous étiez une mère et un homme de marque pour moi. Ces moments de cohabitations m'ont permis d'acquérir de vous, des enseignements faisant de l'enfant d'hier, l'adulte d'aujourd'hui. J'aurais tellement aimé vous compter parmi l'assistance, le jour de ma soutenance de thèse. Puisse Allah vous accueillir dans son paradis.

À mes oncles, tontons et tantes

Merci pour la bienveillance et les mots d'encouragement.

À ma chère épouse Bintou GUINDO, à ma belle-famille Boukary GUINDO et Aoua SISSOKO

Merci pour les conseils et les soutiens

À mes cousins (es) et amis (es)

Merci pour la sympathie et la collaboration.

A la nation Malienne

Terre de mes ancêtres.

À mes maîtres du primaire, du secondaire et du lycée

Pour m'avoir offert la formation de base, car toute chose dépend de la base, si elle est solide, tout tiendra par elle. Merci

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la Faculté de pharmacie (FAPH)

Merci pour le dévouement pour une formation de qualité.

À mes encadrateurs et collaborateurs

Pour avoir donné forme au paquet de connaissance que j'ai reçu, car dans toute chose la finition est déterminante dans l'appréciation de la qualité. Une fois de plus, grand merci pour le temps, l'énergie et la qualité de l'encadrement que vous m'aviez offerte.

Au personnel de la Psychiatrie et surtout les internes de ce service.

Merci pour les encouragements et les moments de partage, le service restera pour moi une famille et c'est le moment pour moi de vous dire un grand merci. Qu'allah rehausse ce service

A Dr Adama A Traore Étudiant en Master II Santé Publique

Merci pour ton aide et le soutien à mon égard, merci d'avoir donné ton temps pour l'élaboration de ce document.

A Dr Ouattara Kadidiatou TRAORE Psychiatre du service

Merci pour les sages conseils et les encouragements depuis mon arrivée dans le service et surtout de m'avoir aidé dans la collecte de données ; merci pour tout.

Au Régisseur et à tous les personnels de la MCA ainsi que les détenus

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Souleymane COULIBALY

- ✚ Professeur titulaire de Psychologie clinique à l'Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako(USTTB) ;
- ✚ PhD en psychologie clinique ;
- ✚ Secrétaire générale de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM) ;
- ✚ Membre de la Société Africaine de la Santé Mentale (SASM).

Honorable maitre

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement et la bienveillance de votre encadrement. L'ouverture et la rigueur avec lesquelles vous avez porté votre regard sur notre travail ont orienté et nourri notre réflexion de façon considérable et unique. Veuillez trouver ici, honorable maitre, l'expression de notre estime et notre considération.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Joseph TRAORE

- ✚ Psychiatre d'Adultes ;
- ✚ Géro-psycho-gerontopsychiatre diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie (France) ;
- ✚ Spécialiste de Psycho traumatisme diplômé de l'Université Paris Descartes Comté (France) ;
- ✚ Praticien hospitalier au service de Psychiatrie au CHU Point G,
- ✚ Chargé de recherche à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS) ;
- ✚ Trésorier de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)
- ✚ Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;
- ✚ Secrétaire administratif de la Société Malienne de Neurosciences.

Cher Maître, c'est un réel plaisir d'être parmi vos élèves. Votre simplicité et votre humanisme font de vous un Maître exemplaire. Veuillez recevoir ici mes considérations.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Housseini DOLO

- ✚ MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la Maladie, Épidémiologie, Sciences Médicales ;
- ✚ Enseignant-chercheur,
- ✚ Maître de Conférences Agrégé en Épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- ✚ Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN).

Cher Maître, c'est un réel plaisir d'être parmi vos élèves. Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre humanisme font de vous un Maître exemplaire. Cher Maître, que ce travail soit le moyen de vous réitérer notre respect et considération. Que DIEU vous prête longue vie.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ✚ Médecin Psychiatre, chef du service de psychiatrie du CHU Point-G ;
- ✚ Maître de conférences à la FMOS ;
- ✚ Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- ✚ Membre de la Société Malienne de Santé mentale (SOMASAM) ;
- ✚ Secrétaire Général à l'Organisation de la Société Malienne de Santé mentale ;
- ✚ Secrétaire Général de la Société Africaine de santé Mentale (SASM) ;
- ✚ Membre de la Société Malienne de Neurosciences.

Cher Maître, vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre équipe de recherche. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités tant humaines que scientifiques, vos enseignements, votre sens élevé de la responsabilité, votre abord facile et surtout votre quête de la perfection dans le travail. Cher Maître, vous avez cultivé en nous l'esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience. Puisse ALLAH vous accorder une longue vie avec une santé de fer, plein de succès dans vos projets.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAP : Association Américaine de Psychiatrie

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies ; 10^{ème} version

CSDRF : centre spécialisé de détention et de réinsertion des femmes

DNAPES : Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Éducation Surveillée

DSM V : Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales ; 5^{ème} version

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto stomatologie

MCA : Maison Centrale d'Arrêt

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU DC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

PTSD : État de Stress Post Traumatique

TAG : Trouble Anxiété Généralisée

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

USTTB : Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Inventaire des notions dans les définitions citées.....	7
Tableau II: Fonctions de l'évaluation selon sa place par rapport à la séquence de formation chez L-M, Belair	9
Tableau III : Fonctions de l'évaluation des apprenants chez Ch, Hadji [19].....	10
Tableau IV: Classification de l'épisode dépressif caractérisé selon l'Hôpital universitaire de Genève.....	13
Tableau V: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur niveau d'instruction entre septembre et février 2023	27
Tableau VI: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le mode de vie en communauté entre septembre et février 2023	28
Tableau VII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le nombre d'incarcération entre septembre et février 2023	29
Tableau VIII : Distribution du nombre de détenus par cabinet à la MCA entre septembre et février 2023	30
Tableau IX: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le nombre de repas par jour entre septembre et février 2023	33
Tableau X: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une profession avant l'incarcération et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023	37
Tableau XI: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le statut matrimonial et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023	37
Tableau XII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le type d'incarcération et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023	37
Tableau XIII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le niveau d'instruction et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023.....	38

Tableau XIV: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la consommation de drogues et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023 38

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux	23
Figure 2: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur résidence entre septembre et février 2023	24
Figure 3: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur nationalité entre septembre et février 2023	25
Figure 4: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une profession avant l'incarcération entre septembre et février 2023	26
Figure 5: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur situation matrimoniale entre septembre et février 2023	27
Figure 6: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leurs conditions de logements entre septembre et février 2023	28
Figure 7: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon les types d'incarcération entre septembre et février 2023	29
Figure 8: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon qu'ils reçoivent ou non des visites de leurs proches entre septembre et février 2023	30
Figure 9: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la prise de douche journalière entre septembre et février 2023	31
Figure 10: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'accès à l'eau buvable entre septembre et février 2023	32
Figure 11: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la provenance du repas entre septembre et février 2023	33
Figure 12: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une activité occupationnelle durant la détention entre septembre et février 2023	34
Figure 13: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une activité récréative entre septembre et février 2023	34

Figure 14: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la prévalence des troubles mentaux entre septembre et février 2023 35

Figure 15: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la nature des troubles mentaux identifiés entre septembre et février 2023. 36

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	3
1.	Objectif général	3
2.	Objectifs spécifiques	3
III.	GENERALITES	4
1.	Définition des concepts	4
1.1.	Prévalence et Condition de vie	4
1.2.	Condition de vie et Détenus	4
1.3.	Évaluation	7
1.4.	Santé mentale	11
1.5.	Trouble mental	12
2.	Historique	16
3.	Maison d'arrêt	17
3.1.	Milieu carcéral et détenus	17
3.2.	Détenus	18
IV.	METHODOLOGIE	19
1.	Site d'étude.....	19
2.	Type et Période d'étude.....	19
3.	Population d'étude	19
3.1.	Critères d'inclusion	19
3.2.	Critères de non-inclusion	19
4.	Échantillonnage	20
4.1.	Taille de l'échantillon	20
4.2.	Technique d'échantillonnage	20
5.	Variables étudiées	20

6.	Collecte des données	21
7.	Plan de l'étude	22
8.	Gestion et analyse des données	22
9.	Considérations éthiques.....	22
V.	RESULTATS	23
5.2	Résultats descriptifs.....	24
5.2.1	Caractéristiques sociodémographiques	24
5.2.2	Histoire carcérale	29
5.2.3	Conditions de vie carcérale	30
5.2.4	État de santé mentale des détenus	35
5.3	Résultats analytiques	36
5.3.1	Facteurs sociodémographiques associées aux troubles mentaux.....	36
5.3.2	Usage de drogues et troubles mentaux.....	38
VI.	DISCUSSION	39
VII.	CONCLUSION	43
VIII.	RECOMMANDATIONS	44
IX.	REFERENCES.....	45
	ANNEXES	51

I. INTRODUCTION

Le trouble mental est un syndrome caractérisé par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse [1].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles mentaux sont très répandus et représentent une lourde charge dans le monde[2].

En 2019, une personne sur huit dans le monde, soit 970 millions de personnes, présentait un trouble mental [OMS].

En 2020, la prévalence des troubles mentaux a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les troubles anxieux ont représenté 25,6%, et les troubles dépressifs majeurs 27,6 % [2].

Charlson et al. rapportent que la prévalence des troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, le trouble bipolaire et la schizophrénie était estimée à 22,1% à tout moment dans les populations affectées par le conflit [3].

La prévalence de la survenue d'un ou de plusieurs des troubles mentaux sur la vie entière varie entre 12,0% et 47,4% [4,5].

Les facteurs qui génèrent le mal être, tels que l'isolement, la perte d'emploi, la perte de revenus, les tensions familiales, les conflits conjugaux, la précarité sociale, la consommation des drogues et d'autres facteurs de stress, sont associés à la genèse des troubles mentaux [6,7].

Le milieu carcéral est le lieu qui cumule plusieurs de ces facteurs. Les conditions de vie des détenus sont le plus souvent inhumaines dans plusieurs pays. Les personnes en détention ont des besoins spécifiques comme l'alimentation, les soins corporels, le besoin de se reproduire, etc., qui, non satisfaits peuvent affecter de façon disproportionnée leur état de santé mentale [8].

La prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral est largement supérieure à celle retrouvée en population générale[9]. Les entités pathologiques tels que, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles stress post-traumatiques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les déficiences intellectuelles sont retrouvées[9].

Eck et al. rapportent que la prévalence des troubles psychiatriques est élevée parmi les détenus des prisons françaises [10]. L'auteur précise que la prise en charge psychiatrique des personnes détenues est le plus souvent incomplète et hétérogène [10]. Favril et al. en Belgique ont affirmé la nécessité de la prise en compte de la santé mentale des personnes en prison dans les offres de soins [11].

En Afrique, plusieurs études ont rapporté des prévalences élevées pour des troubles psychiatriques en milieu carcéral [12]. Au Bénin, une étude publiée en 2012 par Egnonwa BC et al. avaient observé que 61,8% des détenus présentaient des troubles psychiatriques [13]. Koua AM et al, en Côte d'Ivoire ont rapporté une prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral à Abidjan qui était de l'ordre de 76% avec une prédominance masculine et la primo-incarcération [14]. Les principales affections retrouvées étaient l'épisode dépressif majeur, le risque suicidaire, la personnalité antisociale, les conduites addictives et les états psychotiques [14].

Au Mali, Traoré K et al. ont rapporté une prévalence de 74% des troubles mentaux chez les détenues du centre spécialisé de détention et de réinsertion des femmes « Bollé » (CSDRF) [15].

Les conditions d'incarcération des détenus sont marquées par la surpopulation, les difficultés d'accès aux soins, la quasi inexistence d'offres de formation, et les restrictions de communication avec l'extérieur. Les personnes détenues ne bénéficient pas d'évaluation mentale, hormis des cas de demandes spécifiques, le plus souvent dans le cadre d'intervention expertale. Ces conditions semblent propices à la survenue des troubles mentaux. Le but du présent travail a été de connaître la prévalence des troubles mentaux chez les personnes détenues dans la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali.

Questions de recherche

Quelle est la prévalence de troubles mentaux des personnes détenues dans la maison centrale d'arrêt de Bamako ?

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Évaluer la santé mentale des personnes détenues dans la MCA de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des troubles mentaux chez les personnes détenues à la MCA;
- Décrire la nature des troubles mentaux chez les personnes détenues à la MCA ;
- Identifier les facteurs associés à la présence des troubles mentaux chez les personnes détenues à la MCA.

III. GENERALITES

1. Définition des concepts

1.1. Prévalence et Condition de vie

Nombre de cas de maladie ou de personnes malades ou de tout autre événement tel qu'un accident, existant ou survenant dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, soit à un moment précis, soit au cours d'une période donnée. Autrement dit, la prévalence constitue un cliché instantané d'une maladie ou d'un état pathologique qui permet de savoir à quel point ce trouble de la santé est répandu au sein d'une population à un moment donné, sans qu'une distinction soit faite entre les nouveaux cas et ceux qui ont été diagnostiqués par le passé [15].

Selon le dictionnaire Larousse, condition veut dire :

- Place que quelqu'un occupe dans une société hiérarchisée selon des critères économiques, culturels, sociaux, selon la classe à laquelle il appartient.
- Situation, manière d'être, d'évoluer, de quelqu'un, d'un groupe, etc., à un moment donné, dans un contexte particulier :
- Elle est aussi définie par une circonstance extérieure, fait, situation, contexte dont l'existence est nécessaire pour que quelque chose ait lieu, se produise, se fasse ;

Les conditions de vie comprennent des aspects matériels (par ex. le revenu ou le logement) et immatériels (par ex. la formation ou la santé). Les ressources financières influencent les conditions et le niveau de vie, le niveau de consommation des biens et des services.

1.2. Condition de vie et Détenus

La violence du milieu carcéral engendre un fort taux de suicide. En prison, on se suicide 6 fois plus qu'en milieu libre. Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de trouver un travail en prison. Seuls 28 % des détenus ont accès à un travail en prison contre près de 50 % au début des années 2000. Il est généralement admis que l'entrée en détention fait partie des événements de vie susceptibles d'induire une souffrance psychique. Cependant, peu d'études concernent la santé mentale ordinaire des personnes détenues ordinaires, alors que la souffrance psychique en milieu pénitentiaire est attestée ne serait-ce que par les observations quotidiennes des personnels soignants exerçant en milieu carcéral. Cette souffrance psychique se traduit souvent par de l'insomnie, un sentiment de tristesse, d'angoisse ; elle a un retentissement sur les liens sociaux et sur la santé physique des personnes [16].

En prison, se retrouvent généralement des personnes dans des situations complexes de vulnérabilité aggravées par l’incarcération. La population détenue est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales en grande précarité, sans travail, sans abris ou au logement précaire, sans soutien de l'entourage compte tenu de la dissolution ou de l’absence de liens familiaux, au niveau éducatif peu élevé, avec un faible recours au système sanitaire avant l’incarcération bien que présentant de nombreuses difficultés en matière d’addiction ou de santé mentale. La précarité socioéconomique caractérise l’immense majorité des personnes détenues. L’écrou, l’enfermement et le quotidien de la vie carcérale représentent des événements stressants, parfois constitutifs de véritables traumatismes psychoaffectifs. Les deux caractéristiques principales de l’incarcération sont la contention spatiale et la durée de cette mise à l’écart. La rupture d’un « certain » équilibre de vie, la perte des repères affectifs, familiaux, professionnels, environnementaux (interruption de la vie sociale habituelle et manque de contact avec la famille et les amis) entre en résonance avec la souffrance psychique de l’entourage. L’isolement avec l’extérieur de la prison est paradoxalement étroitement lié aux conditions de détention dans leur dimension humaine (promiscuité, manque d’intimité, surveillance) mais aussi matérielle (surpopulation, confinement, insalubrité...). En 2011 l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirmait que les problèmes liés à la santé mentale sont jusqu’à sept fois plus susceptibles d’apparaître dans la population carcérale que dans le grand public des sociétés occidentales. Cette tendance à la hausse des troubles mentaux coïncide avec l’augmentation de la population carcérale. Il a été démontré qu’il existe des défaillances dans les mécanismes d’adaptation des détenus au cours du processus d’enfermement, qui varient selon l’endroit où ils ont été incarcérés et la durée de la peine. Il y a réduction des stratégies de l’individu lui permettant d’agir en réaction à l’incarcération; il y a aussi une perte d’idées, d’actions et de sentiments qui affectent progressivement la relation d’un individu avec son environnement. De plus, la population détenue est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales en grande précarité, sans travail, sans abris ou au logement précaire, sans soutien de l'entourage compte tenu de la dissolution ou de l'absence de liens familiaux, au niveau éducatif peu élevé, avec un faible recours au système sanitaire avant l’incarcération bien que présentant de nombreuses difficultés en matière d’addiction ou de santé mentale [18] .

C'est pour dire que les détenus arrivent en prison avec des problèmes de santé déjà existants, qui peuvent être le résultat d'une négligence, d'abus ou du style de vie du détenu. L'incarcération peut déclencher et aggraver les symptômes de la maladie mentale et ces effets peuvent durer longtemps après que quelqu'un ait franchi les portes de la prison. Ces chercheurs ont montré

que l'incarcération est liée à des troubles de l'humeur, notamment le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire. En effet, l'enfermement et le quotidien de la vie carcérale représentent des événements stressants, parfois constitutifs à de véritables traumatismes psychoaffectifs. C'est ainsi que l'incarcération entraîne la rupture d'un « certain » équilibre de vie, la perte des repères affectifs, familiaux, professionnels, environnementaux (interruption de la vie sociale habituelle et le manque de contact avec la famille et les amis) et sans oublier la souffrance psychique de l'entourage. L'isolement avec l'extérieur de la prison est paradoxalement, étroitement lié aux conditions de détention dans leur dimension humaine (promiscuité, manque d'intimité, surveillance) mais aussi matérielle (surpopulation, confinement, insalubrité...). L'incarcération est une rupture dans le cours du temps. Le temps judiciaire est incertain. Le temps en milieu carcéral ne s'écoule pas de la même manière qu'à l'extérieur. La gestion du temps de détention n'appartient pas à la personne détenue. L'activité est rythmée par les contraintes du milieu (horaire d'ouverture de cellules, des repas, des promenades...) et de l'environnement (parloirs, extractions, jugements, activités, visites diverses). La réalité du milieu carcéral nous a amenés à répertorier un certain nombre d'effets sur le psychisme et le moral des personnes détenues. Parmi lesquels nous avons

- Le syndrome carcéral ou le « carcéralisme »,

- Le syndrome du prisonnier,

- Gate fever » (la fièvre de la porte).

- Le syndrome carcéral, ou le « carcéralisme », défini par Buffard (1973), comme le désinvestissement du corps, le vieillissement précoce, les conversions somatiques, les troubles de la sexualité, la baisse du niveau psychomoteur et tout ce qui va avec, la baisse du rendement intellectuel et l'indifférence affective.

- Le syndrome du prisonnier, c'est lorsque quelqu'un est enfermé et qu'il ne fait rien. Et en ne faisant plus rien, il est de plus en plus fatigué et a de moins en moins envie de faire des choses. C'est l'anhédonie en ce moment.

- Le « gate fever» (la fièvre de la porte), qui se caractérise par une angoisse extrême lorsque se ferme la porte de la cellule. C'est l'angoisse de la fermeture, car c'est une nouvelle réalité qui commence à l'intérieur de la cellule. C'est en ce moment que le chef de chambre dicte sa loi. Les relations entre personnes détenues sont souvent basées sur des rapports de force, provoquant souvent un sentiment d'insécurité personnelle intense. Elles sont marquées par une

sorte de hiérarchisation selon le délit ou le crime commis, selon l'origine géographique, voire ethnique.

1.3. Évaluation

Au sens étymologique du terme, évaluer vient de « ex-valuere », c'est à dire « extraire la valeur de », « faire ressortir la valeur de », déterminer l'importance de quelque chose et attribuer une valeur à une situation ou à un produit [16].

Le mot « évaluer » est apparu au XIVème siècle dans le petit Robert, il tirait son origine « d'avaluer » (1283), de l'ancien français valué, valeur, prix. En 1366, il s'agit « d'ésvaluer » qui veut dire déterminer la valeur, le prix de quelque chose. Évaluer venait du latin « Valère » qui signifie : être fort, valoir [17]. Évaluer, veut dire : -Porter un jugement sur la valeur, le prix de Estimer, priser. Évaluer un meuble, un tableau par un expert.

Évaluer veut dire : « déterminer, délimiter, fixer avec précision » et conjecturer, faire l'estimation d'une quantité, d'une durée qui n'est pas encore véritable » [18].

Tableau I : Inventaire des notions dans les définitions citées

Notions	Implication
Calcul, chiffre, mesure	-Jugement précis, avéré, objectif, relatif à des critères, une norme.
-Estimation approximative	-Jugement global, prédictif, subjectif.
-Estimation valorisante	-Jugement subjectif, affectif

Le terme évaluer se définit aussi par son objet dans le domaine enseignement/apprentissage : performance individuelle, collective ou institutionnelle. Évaluation est une opération pratique qui permet de juger un seuil de réussite, elle un processus continu qui nous permettra de porter un jugement sur la valeur d'un objet en se référant à un ou plusieurs critères [17]. Comme le souligne L-M, Belair :

« L'appréciation d'un travail ou d'une production ne peut se réaliser qu'en fonction de critères fixes au préalable ; elle ne doit refléter ni la compétition, ni la comparaison aux autres, ni la récompense [19]. »

Cette approche interactive permet de concevoir l'évaluation comme une démarche d'explication des attentes de l'enseignant en ce qui concerne l'acquisition d'un savoir et

l'appropriation d'un savoir-faire. Ch, Tagliante dit à ce propos que « L'évaluation ne doit pas être envisagée comme une sanction mais plutôt comme un outil dont se servira pour construire l'apprentissage, dans la durée, en sachant vraiment ou l'on va [20].

L'évaluation pédagogique a quatre buts fondamentaux :

- Améliorer les décisions relatives à l'apprentissage de chaque élève.
- Informé sur sa progression l'élève et ses parents.
- Décerner les certificats nécessaires à l'élève et à la société.
- Améliorer la qualité de l'enseignement en général.

Pour J, Ardoino et G, Berger : Évaluer c'est donner du sens. L'évaluation est un dispositif constitué de méthodes, de techniques et d'outils, chargés de donner du sens.

D'après Ch, Hadji le but de l'évaluation est de contribuer à la réussite de l'enseignement, elle est au service de l'apprentissage. Selon lui, évaluer ce n'est pas mesurer un objet ou observer une situation. C'est se prononcer, ça veut dire prendre parti, sur la manière dont les attentes sont réalisées autrement dit, sur la mesure dans laquelle une situation réelle correspond à une situation désirée afin de juger la valeur de ce qui existe. L'acte d'évaluation dépend de sa place par rapport à l'action de formation ou d'enseignement. L-M, Belair nous présente un tableau montrant les fonctions de l'évaluation selon sa place par rapport à la séquence de formation[21].

Tableau II: Fonctions de l'évaluation selon sa place par rapport à la séquence de formation chez L-M, Belair

En (1) : AVANT L'ACTION DE FORMATION	En (2) : PENDANT L'ACTION	En (3) : APRES L'ACTION DE FORMATION
<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostique • Pronostique • Prédictive <p>Fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter • Adapter <p>Centrée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le producteur et ses caractéristiques (Identification) 	<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formative • « Progressive » <p>Fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réguler • Faciliter (l'apprentissage) <p>Centrée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les processus • L'activité de production 	<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sommative • Terminale <p>Fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier • Certifier <p>Centrée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les produits

Ch, Hadji, a résumé dans le tableau ci-dessous les fonctions de l'évaluation des apprenants en précisant pour chaque fonction : l'objet (au sens de G De Landsheere), l'utilisation sociale, la fonction principale définie par l'objectif central, le type d'évaluation ainsi que les fonctions annexes.

Tableau III : Fonctions de l'évaluation des apprenants chez Ch, Hadji [19]

OBJET	USAGE SOCIAL	FONCTION PRINCIPALE	TYPE D'EVALUATION	FONCTIONS ANNEXES
Inventaire	Vérifier (Probation)	Certifier	Sommative	Classer Situer, Informer
Diagnostic	Situer un niveau et comprendre des difficultés	Réguler	Formative	Inventorier Harmoniser Sécuriser Assister Guider. Renforcer Corriger Créer un dialogue
Pronostic	Prédire	Orienter	Diagnostic Pronostique Prédictive	Explorer ou identifier. Guider Comprendre (un mode de fonctionnement). Adapter (des profils)

Les différents types de l'évaluation :

- L'évaluation diagnostique :

Elle servira de point de départ à l'organisation de l'enseignement-apprentissage de la langue. Ch., Tagliante, définit ce type d'évaluation en précisant son rôle qui « (...) est, comme son nom l'indique en médecine, d'analyser l'état d'un individu, a un moment x, afin de porter un jugement sur cet état et de pouvoir ainsi, si besoin est, chercher les moyens d'y remédier. »

L'évaluation formative :

Cette notion a été proposée par Scriven (1967), son objectif est d'obtenir de l'information. Elle intervient dans le cours d'un apprentissage et permet de situer la progression de l'élève par

rapport à un objectif donné. L'objectif de l'évaluation formative est d'obtenir une double rétroaction [19]:

– L'évaluation normative :

Sa fonction est de vérifier ce qu'un élève est capable de faire, puis quelle utilise des produits visibles d'une compétence invisible. Les objets de cette évaluation sont des produits visibles réalisés par l'élève, c'est à dire les diverses traductions de compétence réalisées par chaque élève.

L'évaluation sommative :

Elle intervient à la fin d'un projet, d'une séquence d'apprentissage, à la fin d'un trimestre et à la fin de l'année, elle porte sur les résultats, elle est cumulative, elle a pour but d'établir un bilan et se traduit généralement par une note. C'est une pratique de contrôle qui s'appuie sur la mesure. Elle ne s'intéresse qu'aux résultats. Elle a de même une fonction sélective puisqu'elle permet d'attribuer des diplômes, elle est alors certificative [22].

L'évaluation critériée :

Elle est centrée sur l'élève et sur le degré de réalisation de ses apprentissages. Elle permet de suivre le développement des apprentissages de chacun des élèves. Elle a des effets bénéfiques au plan de la communication, elle permet à l'apprenant de savoir sur quoi il sera évalué. Elle consiste à vérifier la performance de chacun des élèves par rapport aux objectifs d'apprentissage visés et ce, sans égard pour les autres élèves, autrement dit, elle ne compare pas l'élève aux autres mais elle déterminera en référence à des critères s'il a maîtrisé l'objectif déterminé pour pouvoir passer à d'autres apprentissages.

L'évaluation formatrice « l'auto-évaluation » :

Le processus d'auto-évaluation est décrit comme un ensemble d'opérations liées à la démarche évaluative (intention, mesure, jugement, décision) ordonnées dans le temps et organisées de façon à amener l'élève à devenir de plus en plus autonome dans ses apprentissages. Le processus d'auto-évaluation comporte quatre phases principales : une phase de planification, de réalisation, de communication des résultats et une phase de prise de décision.

1.4. Santé mentale

La santé mentale définit le bien-être psychique, émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental. Le terme est relativement récent et polysémique.

La santé mentale est selon J. Sutter perçue comme « l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. »

Il n'existe aucune définition précise de la santé mentale, mais pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « on définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. La santé mentale peut être altérée par des troubles, dont la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires ou la schizophrénie. Une liste des troubles de la santé mentale et leur description sont données dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie et la Classification internationale des maladies de l'OMS. Les pays européens (Commission Européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent deux aspects de la santé mentale : la santé mentale « positive » (autonomie, bien-être, épanouissement personnel), et la santé mentale « négative » qui regroupe deux formes : d'une part la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), d'autre part les troubles mentaux, affections psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants.

1.5. Trouble mental

Le trouble mental est un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et lui entraîne de la détresse.

1.5.1 Dépression

La dépression est un trouble mental courant. À l'échelle mondiale, il est estimé que 5% des adultes souffrent de la maladie. Il se caractérise par la tristesse et le manque d'intérêt ou de plaisir pour des choses auparavant gratifiantes ou agréables activités[23]. Deux classifications internationales permettent de diagnostiquer cette maladie à savoir le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5ème version (DSMV) et la Classification internationale des maladies, 10ème version(CIM-10) [24].

Tableau IV: Classification de l'épisode dépressif caractérisé selon l'Hôpital universitaire de Genève

	DSM-V	CIM-10 (code F.32)
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères Essentiels/majeurs	<p>1 . Humeur dépressive</p> <p>2 . Perte d'intérêt ou de plaisir</p> <p><i>Présence d'au moins 1 des Symptômes toute la journée, presque</i></p> <p><i>Tous les jours.</i></p>	<p>1 . Humeur dépressive</p> <p>2 . Perte d'intérêt ou de plaisir</p> <p>3 . Fatigue ou perte d'énergie</p> <p><i>Présence d'au moins 2 des symptômes</i></p> <p><i>Toute la journée, presque tous les jours.</i></p>
Autres symptômes / Critères	<p><i>Présence d'au moins 4 symptômes</i></p> <p><i>(Sur un total de 7) :</i></p> <p>3 . Perte ou gain de poids significatif</p> <p>4 . Insomnie ou hypersomnie</p> <p>5 . Agitation ou ralentissement psychomoteur</p> <p>6 . Fatigue ou perte d'énergie</p> <p>7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être Délirante)</p>	<p><i>Présence d'au moins 2 critères mineurs</i></p> <p><i>(Sur un total de 7) :</i></p> <p>4 . Inappétence, perte de poids</p> <p>5 . Troubles du sommeil</p> <p>6 . Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi</p> <p>7 . Attitude morose, pessimiste face à l'avenir</p> <p>8 Sentiment de culpabilité/dévalorisation</p> <p>9 Baisse de la concentration /attention</p> <p>10. Idées suicidaires</p>

	8 Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	
	9 Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	
Degré de sévérité (la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)	- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres - Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel - Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques

Elle comporte trois types de dépression tels que légère, modérée et sévère et la prise en charge s'accroît sur la psychothérapie de soutien et ou la prescription d'un antidépresseur en fonction du tableau clinique [25].

1.5.2 Troubles anxieux

C'est un ensemble de troubles psychiatriques caractérisés par une manifestation de quelques symptômes notamment une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement et l'anxiété étant une peur, crainte sans objets[26].

L'anxiété n'est pas en soi pathologique que lorsqu'elle devient excessive et envahissante et qu'elle entraîne de manière permanente ou discontinue une souffrance significative ou une gêne au fonctionnement individuel [27]. Les différents troubles anxieux sont : Trouble panique, Trouble Anxiété Généralisée (TAG), Troubles phobiques, Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), état de stress post-traumatique (PTSD) et état de stress aigu. La prise en charge repose sur les psychothérapies de soutien plus un traitement biologique (antidépresseurs associés aux anxiolytiques) en fonction des différents troubles de l'anxiété.

1.5.3 Schizophrénie

La schizophrénie est un état psychotique chronique caractérisée par la désorganisation (intellectuelle, comportementale et affectif) le délire de type paranoïde et un repli autistique évoluant depuis plus de 6 mois ou plus et ayant beaucoup de forme clinique (simple, catatonique, paranoïde, dysthymiques, hébéphrénique, héboïdophrénique ...). Elle est un problème de santé publique avec 1% de la population générale avec une prédominance masculine [28].

La schizophrénie est la plus fréquente des psychoses chroniques. Le terme de « psychose » désigne en psychiatrie un type de pathologie mentale, caractérisée par un trouble grave de la relation avec la réalité, des troubles de l'identité ou de la conscience de soi, des troubles des relations intersubjectives (donc de la communication), et des perturbations spécifiques de l'activité mentale, en particulier le délire et les hallucinations. Les psychoses sont opposées aux « névroses », comme l'hystérie ou la phobie, où la relation avec la réalité est maintenue ; et où le sujet, contrairement au psychotique, reconnaît l'existence de son trouble [28]. Le traitement de la schizophrénie se fait par des antipsychotiques (atypiques, classiques) sur une durée allant de 6 mois à des années.

1.5.4 Paranoïa

La paranoïa est un état délirant chronique basée sur une croyance infondée ou exagérée, caractérisée par des thèmes de persécution, de conspiration et de menace interpersonnelle et allant de la méfiance aux délires très pénibles avec un mécanisme prévalent interprétatif [29]. La prévalence est de 2 à 2,5% de la population générale et est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

On distingue deux types de personnalités paranoïaque à savoir la personnalité paranoïaque typique qui associe une hypertrophie du moi, la méfiance, la fausseté du jugement et une psychorigidité et la personnalité paranoïaque de type sensitif faite de l'hyperémotivité, l'insatisfaction d'eux-mêmes, une incapacité d'extérioriser les sentiments, des préoccupations hypochondriaques et la tendance dépressive [30]. Le traitement permet de réduire les symptômes, préserver les aptitudes sociale et professionnelle et repose sur une psychothérapie de soutien et des antipsychotiques atypiques (neuroleptiques de 2ème génération) et l'hospitalisation est nécessaire devant l'angoisse, le risque suicidaire

1.5.5 Trouble psychotique Bref

La Trouble psychotique Bref est un état psychotique aigu de survenue brutale d'un délire polymorphe associé à une confusion mineure et quelques modifications de l'humeur. C'est une urgence psychiatrique et est plus fréquente chez les adultes jeunes de 20 à 35ans [31].

Les professionnels de santé exerçant en unité psychiatrique décrivent la BDA comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein », du fait de son début brutal. En effet, elle s'installe en quelques jours et, à l'extrême, peut survenir en quelques heures seulement. La BDA, est la forme la plus commune de mode d'entrée dans la schizophrénie. C'est donc un état psychotique aigu, brutal et transitoire qui survient en dehors de toute cause organique [31]. Le concept Français de bouffée délirante a été développé par Magnan et ses disciples (Legrain et Saury), qui ont distingué délire d'emblée (primaire, multiple et polymorphe) des états délirants plus stables et uniformes (délire chronique à évolution systématique) [32]. L'hospitalisation est nécessaire devant une BDA et la prise en charge se fait par les neuroleptiques atypiques en première intention. Le traitement de la BDA à partir de l'électroconvulsivothérapie reste exceptionnel en cas de résistance au traitement neuroleptique et la psychothérapie après la phase aigüe est primordiale.

2. Historique

En 1843, William Sweetser est le premier auteur à utiliser le terme d'"hygiène mentale", un précurseur des futures approches de la santé mentale. Isaac Ray, l'un des trente fondateurs de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP), définit la santé mentale comme un art de préserver l'esprit contre les incidents et les influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité ou son développement. Une figure importante de l'"hygiène mentale", est l'américaine Dorothea Dix (1808-1887), une institutrice qui a consacré toute sa vie à aider les personnes atteintes de troubles mentaux, et à faire la lumière sur les conditions déplorables dans lesquels ils étaient traités. Ce mouvement est connu sous le nom de "mouvement d'hygiène mentale". Au début du xxe siècle, les individus atteints de troubles mentaux étaient encore considérablement négligés, souvent laissés seuls dans des conditions déplorables, et possédant parfois à peine de quoi s'habiller. Les efforts de Dix ont servi et nombre de patients atteints de troubles mentaux ont été mieux pris en charge dans des hôpitaux psychiatriques d'État, même si ces institutions manquaient largement de personnel.

En 1908, Clifford Beers fonde aux États-Unis le National Committee for Mental Hygiene et ouvre la première clinique pour patients atteints de troubles mentaux aux États-Unis.

Le nouvel élan des politiques de santé mentale, impulsé dans les années 1990, va bien au-delà de ces dispositifs limités. Avec ce terme, il s'agit en réalité d'un changement de paradigme des politiques de santé publique. Là où autrefois le champ psychiatrique de la folie constituait le fondement et le socle légitime des interventions de l'État, la santé mentale est désormais la priorité et la fin d'un nouveau domaine illimité. C'est que le malaise social est de plus en plus décrit et appréhendé comme un malaise subjectif : la dépression est déclarée « mal du siècle » et tout lien social peut être cause de traumatisme. Mais c'est aussi et surtout que l'idéal de santé, conçue comme le capital-ressource nécessaire pour faire face aux aléas de la vie en société, constitue le nouveau bien démocratique. La santé mentale a ainsi été déclarée « nouveau droit de l'homme ». L'idéal est celui de la « santé mentale positive », dont la production est posée comme préoccupation de l'État, et dont la réalisation doit être le souci de chacun.

3. Maison d'arrêt

3.1. Milieu carcéral et détenus

Une maison d'arrêt est un établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes prévenues en détention provisoire (détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive), les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peines.

Le régime carcéral en maison d'arrêt se distingue de celui des autres établissements pénitentiaires en ce qu'il doit être compatible avec le statut contraignant des prévenus, notamment la restriction et la surveillance de la communication avec l'extérieur. Cette communication est restreinte car le prévenu ne doit pas pouvoir faire pression sur un témoin par exemple. Ces restrictions s'appliquent généralement aux personnes détenues condamnées comme aux prévenues pour des raisons pratiques. L'usage d'Internet est par conséquent interdit dans les maisons d'arrêt, comme dans tous les établissements pénitentiaires français.

Depuis le début de l'année 2011, les nouvelles règles pénitentiaires européennes sont mises en application. Ainsi, les condamnés et les prévenus des maisons d'arrêt ont accès aux cabines téléphoniques comme en centre de détention et en maison centrale.

Il peut y avoir en maison d'arrêt des détenus condamnés à des peines de plus d'un an si, par exemple, la condamnation n'est pas définitive (procédure d'appel en cours) ou si le détenu est encore en cours de jugement pour une autre affaire. Dans les établissements pour peine, il y a un *numerus clausus*, qui empêche la surpopulation carcérale. Ce n'est pas le cas dans les maisons d'arrêt, qui accueillent tous les détenus.

3.2. Détenus

Le terme détenu désigne toute personne placée par décision de justice dans un établissement pénitencier.

Le détenu peut l'être soit à titre provisoire, soit en vue d'exécuter une peine. Le détenu est celui qui est régulièrement appelé par le grand public le "prisonnier".

Appelés « prisons » dans le langage courant, les centres pénitentiaires désignent une réalité complexe qui permet la détention des personnes condamnées ou en attente d'une décision de justice[33].

Un centre pénitentiaire est une prison qui comprend au moins deux régimes de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Il s'agit donc d'un établissement pénitentiaire polyvalent regroupant des quartiers distincts pouvant appartenir aux différentes catégories d'établissements pénitentiaires.

Les établissements pénitentiaires dépendent de l'administration pénitentiaire. Ce sont des locaux destinés à recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté ou à accueillir des personnes placées en détention provisoire dans l'attente de leur procès [33].

IV. METHODOLOGIE

1. Site d'étude

La présente étude a été menée au sein de la Maison Centrale d'Arrêt (MCA) de Bamako au Mali. La MCA fut créée le 1^{er} avril 1951. C'est un centre pénitencier pour adulte de sexe masculin située dans la commune III du district de Bamako. Il est rattaché à la Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Éducation Surveillée. Ce centre a pour mission de concourir à la mise en œuvre de la politique nationale dans le domaine pénitentiaire et éducatif. À ce titre, il est chargé de :

- Assurer la surveillance, la rééducation, la formation professionnelle et scolaire et la réinsertion sociale des détenus qui y sont placés par décision de justice ;
- Prendre en charge les détenus condamnés à de longues peines ; accueillir également les détenus les plus difficiles, ou ceux dont on estime qu'ils ont peu de chance de réinsertion sociale ;
- Mener des études visant à améliorer les conditions de détention.

Ce centre comprend : un secrétariat, un standard, un fichier central, un greffe, une comptabilité, un bureau peloton, une école, un service social et un service de santé.

2. Type et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 12 Septembre 2022 au 13 Février 2023.

3. Population d'étude

La population ciblée par cette étude était les personnes détenues à la Maison Centrale d'Arrêt.

3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les personnes détenues au sein de la MCA depuis au moins 30 jours et qui ont donné leur consentement.

3.2. Critères de non-inclusion

Nous n'avons inclus dans notre étude, les personnes détenues de la MCA qui avaient moins de 30 jours de détention et celles qui étaient dans l'incapacité de répondre au questionnaire à cause d'un handicap physique.

4. Échantillonnage

4.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante : $N = Z^2 \frac{PQ}{i^2}$. Le nombre total de prisonniers à la MCA de Bamako a été estimé entre 2000 et 3000 personnes détenues de 2019 à 2020 selon des données anecdotiques communiqué par le bureau fichier de la MCA à l'équipe d'enquête.

Nous avons pris comme référence, la prévalence des troubles mentaux retrouvée en milieu carcéral au Bénin en 2012 qui était de l'ordre de 61,8%, pour définir la proportion (P) dans notre étude.

Le risque $\alpha=5\%$, $Z=1,96$. La précision i a été fixée à 0,05 et le calcul nous a permis d'obtenir une taille de 363 individus. Cette taille minimale a été majorée à 500 pour pallier le problème de non-répondant.

4.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire systématique en utilisant la liste de détenus comme base de sondage. À l'aide du nombre total de détenus et de la taille de l'échantillon, nous avons calculé un pas de sondage soit $3000/500 = 6$. Nous avons sélectionné le premier participant au hasard en tirant un chiffre entre 1 et 6. Ensuite nous avons tiré tous les autres participant de façon systématique en ajoutant le pas de sondage à chaque fois jusqu'à atteindre notre taille désirée.

5. Variables étudiées

– Sociodémographiques

Âge, le statut, matrimonial, niveau d'instruction, la profession avant l'incarcération ; lieu de résidence, nationalité ;

– Condition de vie avant incarcération : logement, vie sociale

Antécédents de troubles mentaux avant incarcération : Parcours de soins pour problèmes de troubles mentaux (conventionnel ou traditionnel avant l'incarcération) ; attribution d'un diagnostic de trouble mental avant l'incarcération en charge des patients à l'hôpital

– Histoire carcérale : motif de la détention, type de détention, durée de la détention, type d'infraction, nombre de détention, charge des patients à domicile

- **Condition de vie carcérale** : nombre de codétenu, accès à une alimentation, accès aux activités récréatives (causerie, lecture, sport ...), accès à une activité occupationnelle (jardinage, couture, bijouterie, soudure...)
- **Variables cliniques** : Les items du MINI

6. Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire hétéroadministré conçu sur le logiciel de collecte électronique KoboToolbox. Ledit questionnaire était divisé en trois sections, la première section permettait de recueillir les données sociodémographiques, la seconde recueillait les informations sur les conditions de détentions des détenus, enfin la dernière section permettait de récolter des données sur l'état de santé mentale des détenus en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux éléments principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.

À la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permettront au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints. Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min ; médiane 15 min), explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

7. Plan de l'étude

Une demande écrite a été adressée à la Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Éducation Surveillée (DNAPES) pour l'obtention d'une autorisation de mener l'enquête. Une visite de terrain a été organisée, une phase pilote consistait à administrer un questionnaire à 10 pensionnaires sélectionnées au hasard et une analyse sommaire a été faite de cette phase pilote et le questionnaire a été définitivement adopté à la lumière des corrections issues de la phase pilote.

La première phase de cette étude consistait à recueillir les données sociodémographiques. A la deuxième phase, il s'agissait de savoir les conditions d'incarcération des personnes détenues. La troisième phase était basée sur l'entretien du M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) french version 5.0.0 tout en préparant les personnes détenues au cadre clinique inhabituel en lui indiquant que nous allons lui poser des questions précises sur ses potentiels troubles psychologiques et que nous attendons de lui des réponses de type (oui ou non) afin de diagnostiquer les troubles mentaux majeurs et les troubles de la personnalité.

8. Gestion et analyse des données

Les données ont été collectées via KoboToolbox, puis exportées vers SPSS version 25 pour analyse. Certaines données ont été catégorisées, et recodées pour les besoins de l'analyse après nettoyage de la base. Nous avons procédé aux calculs des fréquences pour les variables qualitatives et de moyenne et écart type pour les variables quantitatives. L'association entre les variables a été mesurée par le test de Chi-carré quand les conditions s'y prêtaient et le test exact de Fisher dans le cas échéant. Le test de Student a été utilisé pour les comparaisons de moyennes. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

9. Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation de la Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Éducation Surveillée (DNAPES) pour mener cette étude. Chaque détenu a donné son consentement avant l'entretien. Les participants à l'étude ont été interrogés dans un cadre purement clinique tout en respectant les précautions de sécurité standard, les règlements pénitentiaires ainsi que le code de conduite. La confidentialité et l'anonymat étaient observées pour l'ensemble des participants sur l'ensemble du processus de gestion des données.

V. RESULTATS

5.1 Résultats globaux

Au total, 522 détenus ont été invités à participer à la présente étude, 515 d'entre eux ont accepté d'y participer soit un taux de participation de 98,7%.

Le diagramme ci-dessous présente le flux des données collectées.

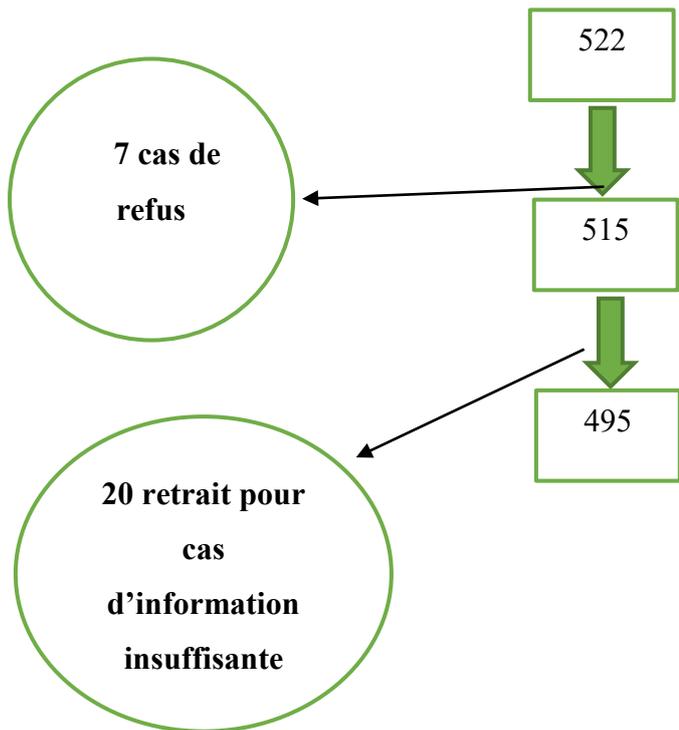


Figure 1: Diagramme de flux

5.2 Résultats descriptifs

5.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

- Age

L'âge moyen des enquêtés était de 33,49 ans avec un écart-type de 11,48 ans et des extrêmes de 18 et 76 ans.

- Lieux de résidence

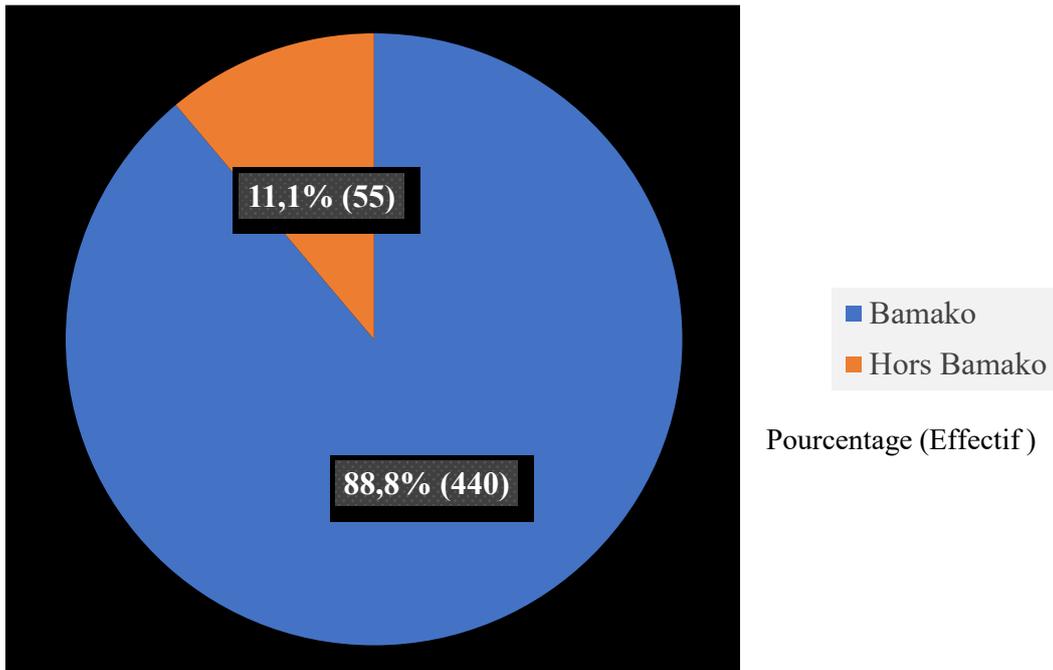


Figure 2: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur résidence entre septembre et février 2023

La plupart des détenus de la MCA résidaient à Bamako avec 88,8% des observations.

- Nationalité

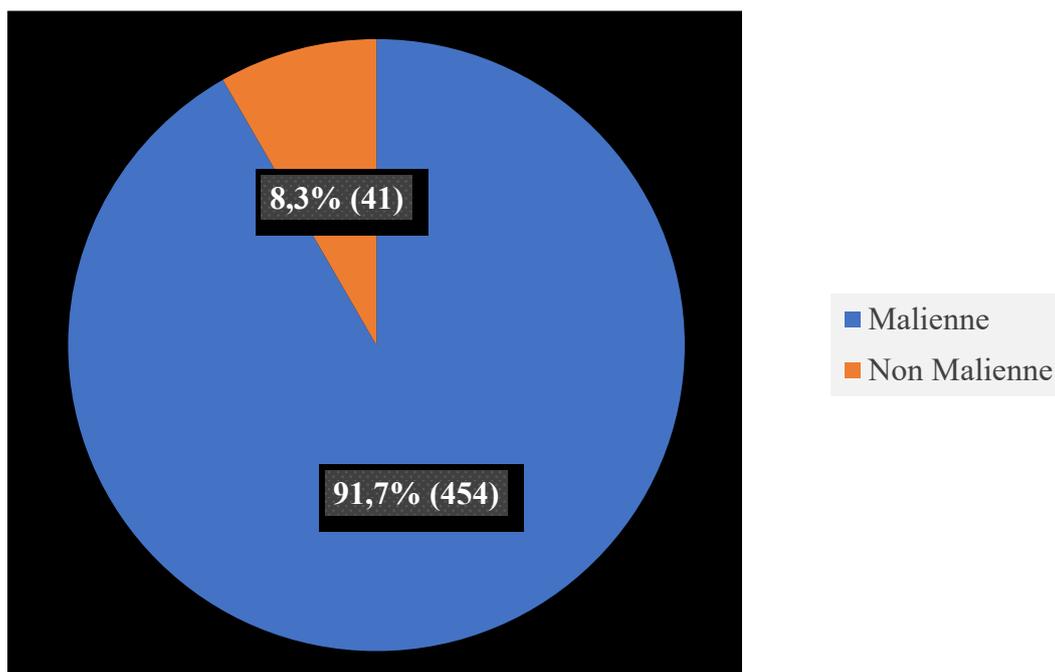


Figure 3: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur nationalité entre septembre et février 2023

La nationalité malienne était la plus représentée parmi les détenus avec 91,7% des cas.

- Profession exercée avant l'incarcération

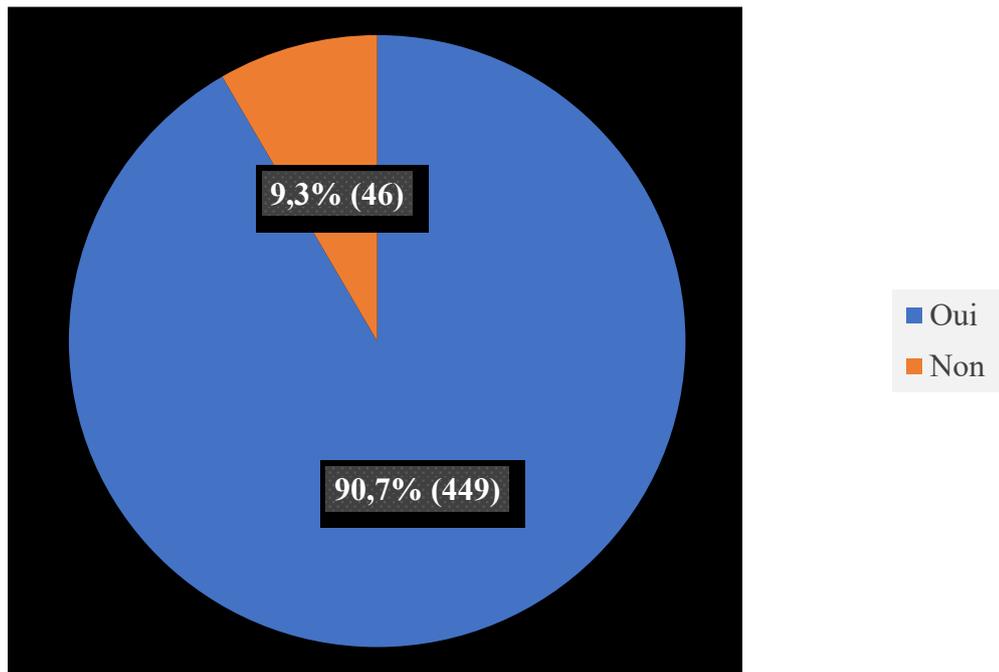


Figure 4: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une profession avant l'incarcération entre septembre et février 2023

Parmi les détenus, ceux qui exerçaient une profession avant leur incarcération étaient les plus représentés avec 90,7% des cas.

- **Situation matrimoniale**

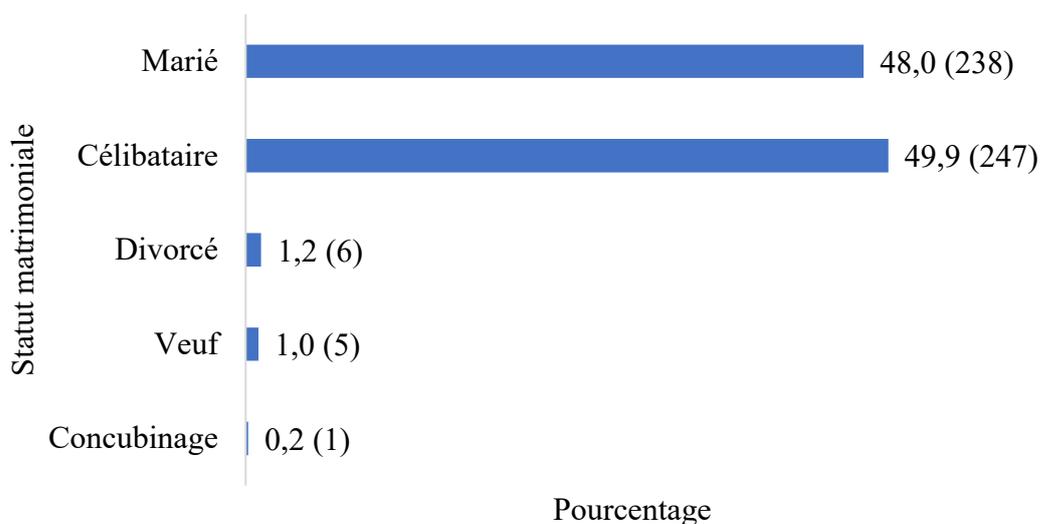


Figure 5: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur situation matrimoniale entre septembre et février 2023

Au cours de l'étude les célibataires étaient nombreux parmi les détenus avec 49,9%.

- **Niveau d'instruction**

Tableau V: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leur niveau d'instruction entre septembre et février 2023

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
A suivi des études supérieures et ou Possède un diplôme universitaire	82	16,6
A terminé les études secondaires	53	10,7
A suivi des études secondaires	75	15,2
A suivi un niveau d'études primaires	86	17,4
N'a pas achevé le cycle primaire	117	23,6
Non Scolarisé	82	16,6
Total	495	100,0

Les détenus n'ayant pas achevé le cycle primaire était majoritaire au cours de l'étude avec 23,6% des cas.

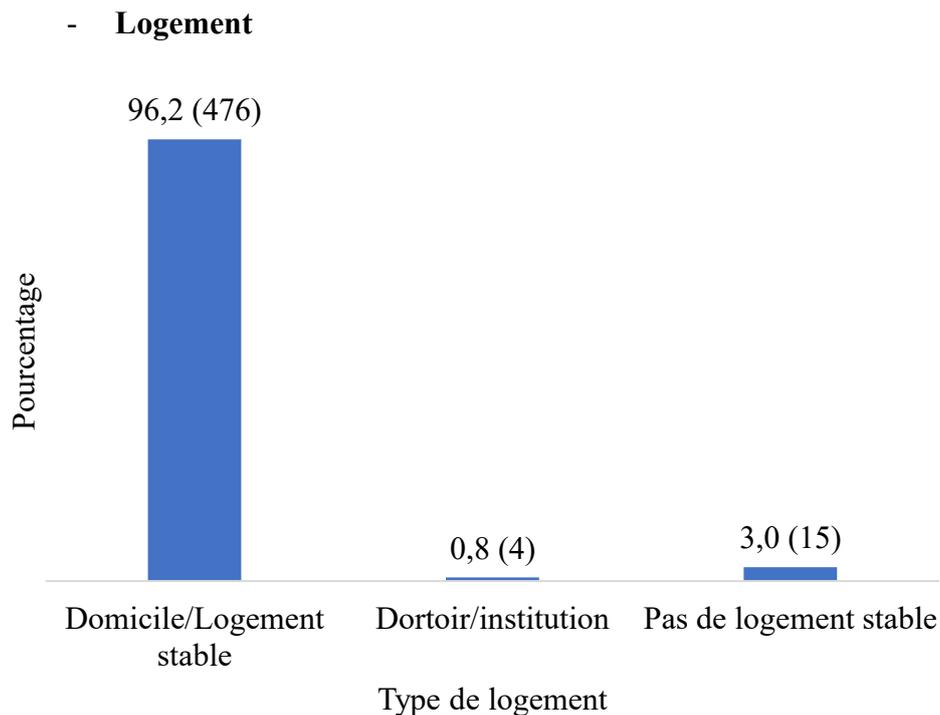


Figure 6: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon leurs conditions de logements entre septembre et février 2023

Parmi les détenus de la MCA de Bamako, ceux ayant un domicile ou logement stable étaient les plus représentés avec 96,2%.

- Condition de vie

Tableau VI: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le mode de vie en communauté entre septembre et février 2023

Mode de vie	Effectif	Pourcentage
Vit avec Parents	191	38,6
Vit avec Conjoint	151	30,5
Vit avec Conjoint et Parents	66	13,3
Vit Seul	36	7,3
Vit avec Amis	23	4,6
Vit avec Parents et enfants (sans le conjoint)	17	3,4
Vit Sans domicile fixe	6	1,2
Vit avec Enfants (sans le conjoint)	5	1,0
Total	495	100,0

Dans cette étude, les détenus de la MCA de Bamako vivant avec les parents avant l’incarcération ont représenté 36,8% de l’échantillon.

5.2.2 Histoire carcérale

- Type d'incarcération

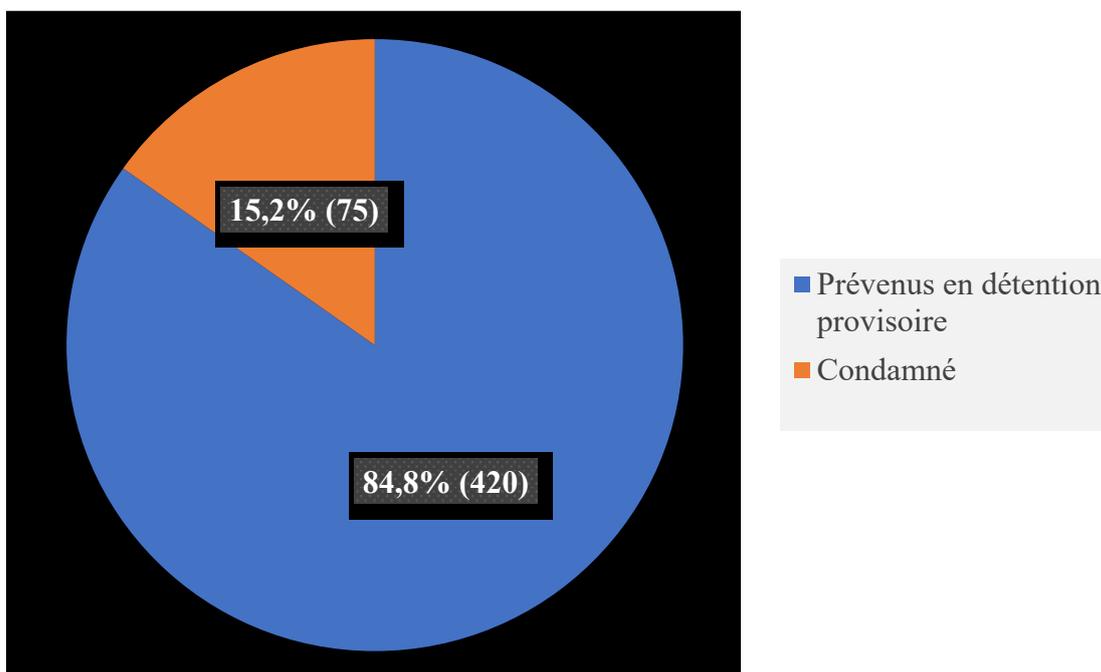


Figure 7: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon les types d'incarcération entre septembre et février 2023

Parmi les détenus de la MCA de Bamako, les prévenus en détention provisoire étaient les plus représentés avec 84,8% des observations.

- Nombre d'incarcérations

Tableau VII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le nombre d'incarcération entre septembre et février 2023

Nombre d'incarcération	Effectif	Pourcentage
Une fois	448	90,5
Deux fois	44	8,9
Trois fois	3	0,6
Total	495	100,0

Le nombre d'incarcération moyen des enquêtés était de 1,1 fois avec un écart-type de 0,32 fois avec des extrêmes de 1 et 3 fois.

Les détenus de la MCA de Bamako étaient à leur première incarcération dans 90,5% des cas.

5.2.3 Conditions de vie carcérale

- Visite des proches

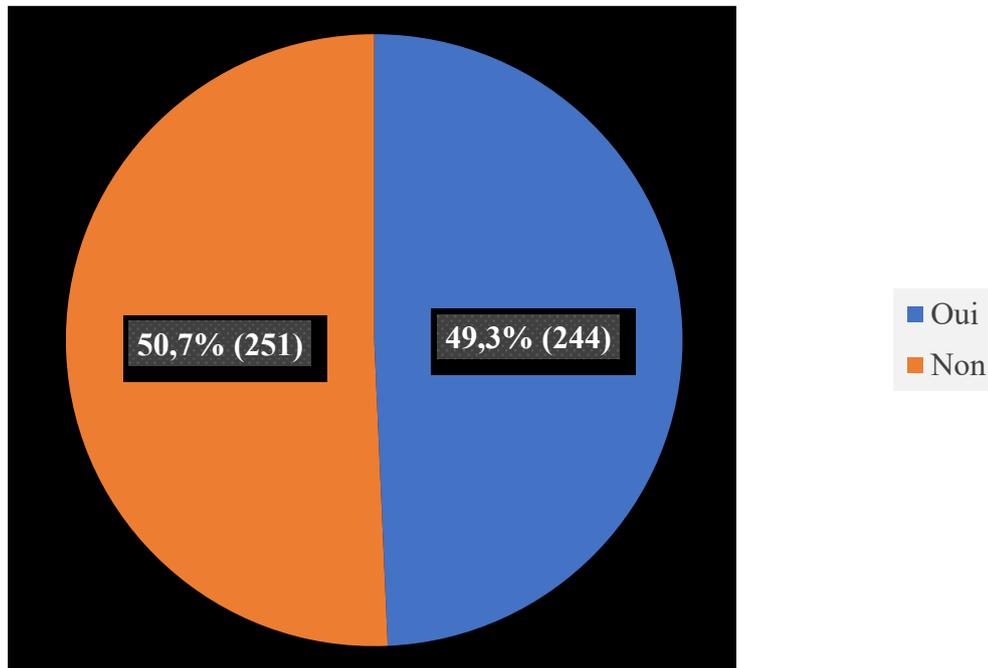


Figure 8: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon qu'ils reçoivent ou non des visites de leurs proches entre septembre et février 2023

Au cours de l'étude, les détenus de la MCA de Bamako qui ne recevaient pas des visites des proches ont représenté 50,7% de l'échantillon.

Tableau VIII : Distribution du nombre de détenus par cabinet à la MCA entre septembre et février 2023

Nombre de détenus par cabinet	Valeur
Minimum	1
Maximum	510
Moyenne	267
Écart-type	119

Le nombre moyen de détenus par cabinet (chambre) était de 267 ± 119 avec des extrêmes de 1 à 510.

- **Prise de douche**

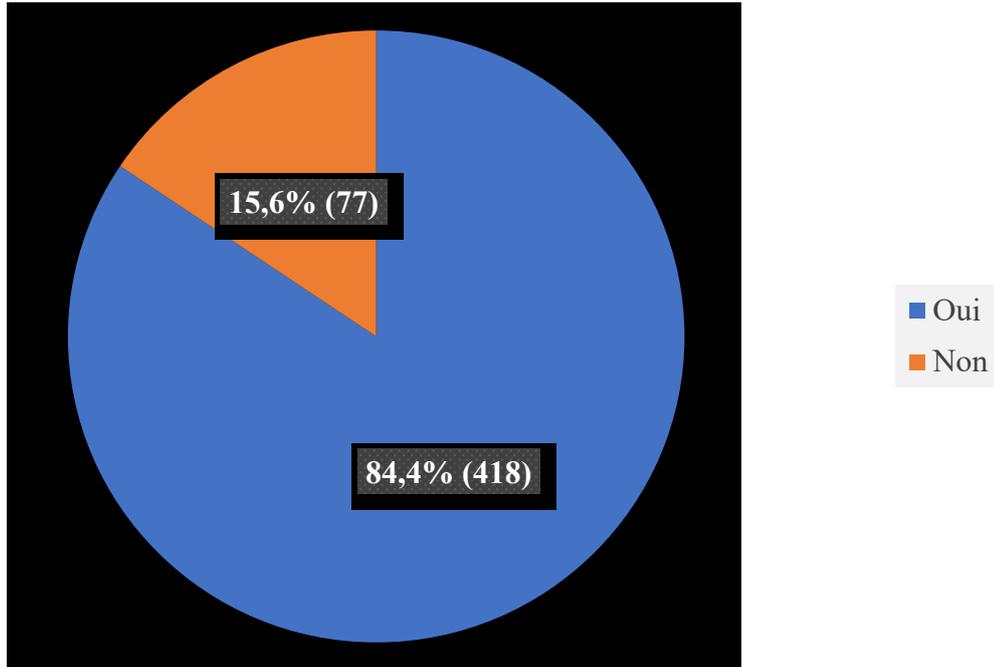


Figure 9: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la prise de douche journalière entre septembre et février 2023

Parmi les détenus de la MCA de Bamako, 84,4% avaient accès à plus d'une prise de douche par jour.

- Accès à l'eau potable

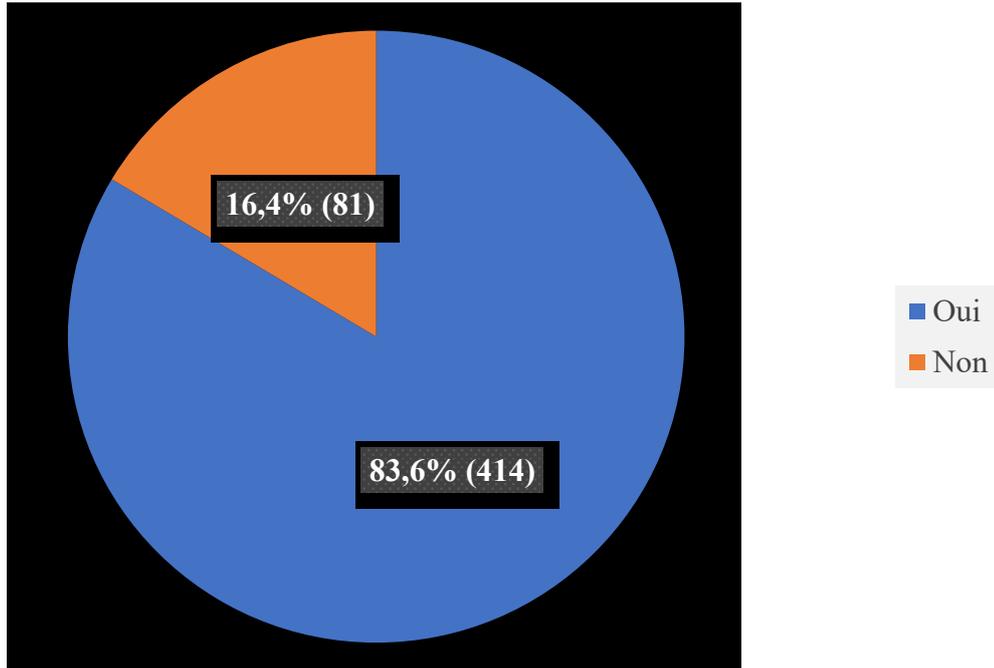


Figure 10: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'accès à l'eau buvable entre septembre et février 2023

Au cours de l'étude, 83,6% des détenus ont déclaré avoir un accès suffisant à l'eau potable pour leur besoin journalier.

- **Provenance des repas**

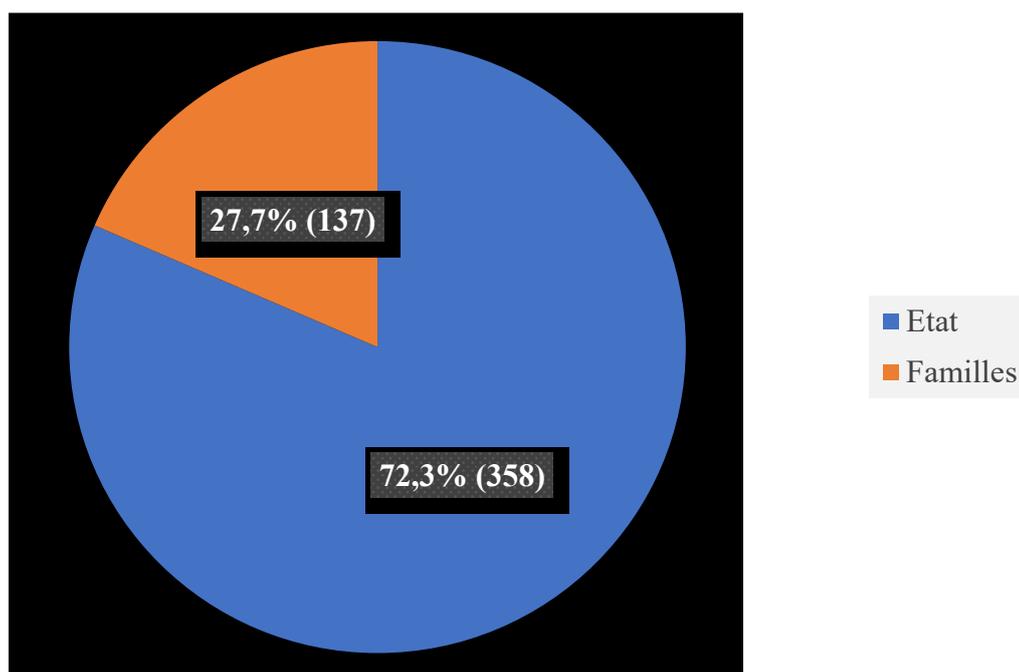


Figure 11: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la provenance du repas entre septembre et février 2023

La provenance du repas des détenus de la MCA de Bamako étaient assurés par l'État à 72,3% des observations.

- **Nombre de repas quotidiens**

Tableau IX: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le nombre de repas par jour entre septembre et février 2023

Nombre de Repas par jour	Effectif	Pourcentage
Deux	375	75,8
Trois	67	13,5
Un	52	10,5
Quatre	1	0,2
Total	495	100,0

Le nombre moyen de repas par jour était de 2,03 avec un écart type de 0,5 et des extrêmes de 1 et 4.

Parmi les détenus de la MCA de Bamako 75,8% avaient deux repas par jour.

- Exercice d'une activité occupationnelle

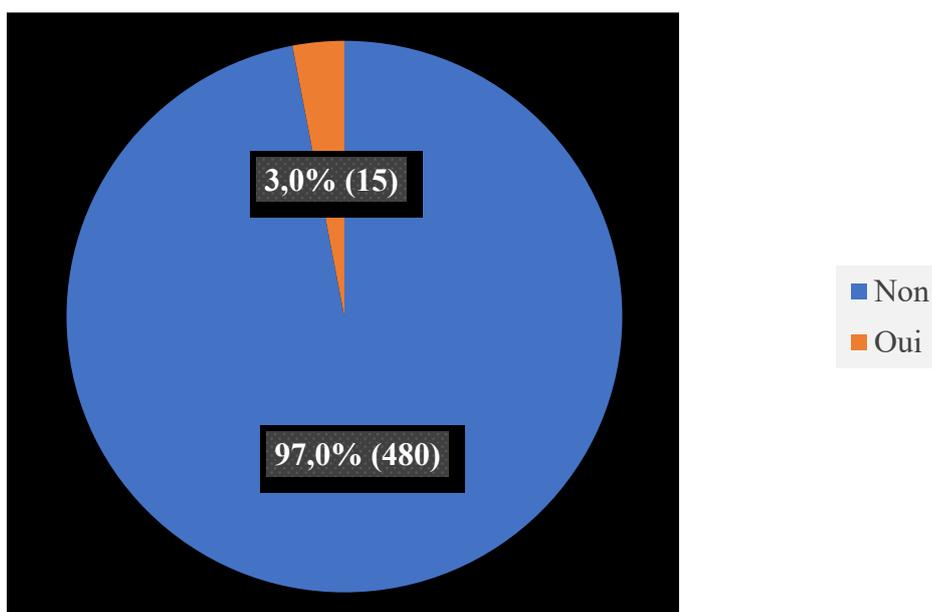


Figure 12: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une activité occupationnelle durant la détention entre septembre et février 2023

Les Détenus qui n'exerçaient pas d'activité occupationnelle ont représentés 97% de l'échantillon.

- Exercice d'une activité récréative

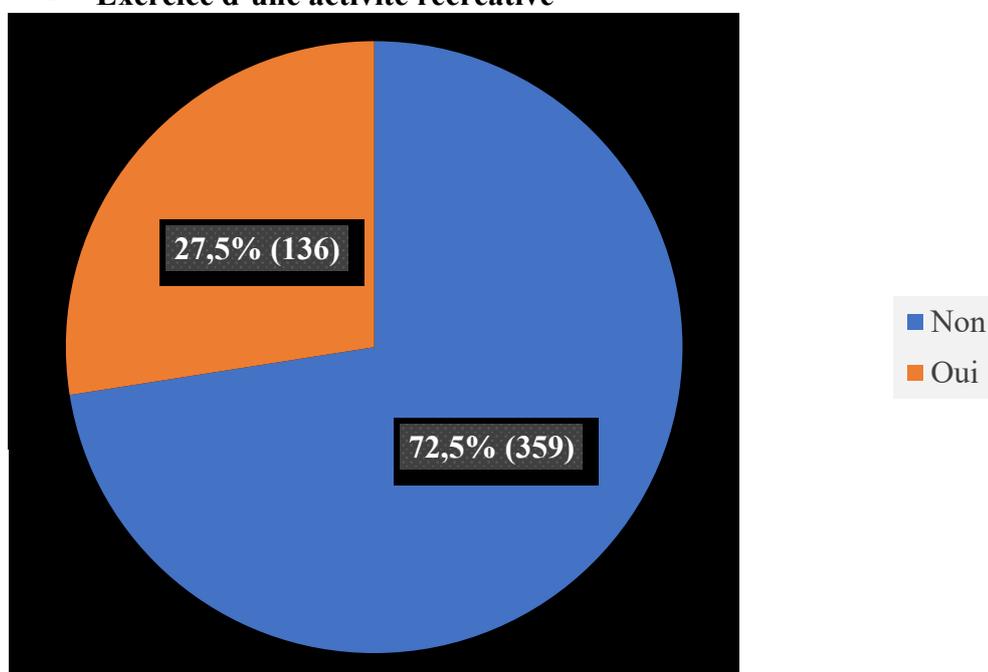


Figure 13: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une activité récréative entre septembre et février 2023

Les détenus qui n'exerçaient pas d'activité récréative ont représentés 72,5% de l'échantillon.

5.2.4 État de santé mentale des détenus

- Prévalence des troubles mentaux

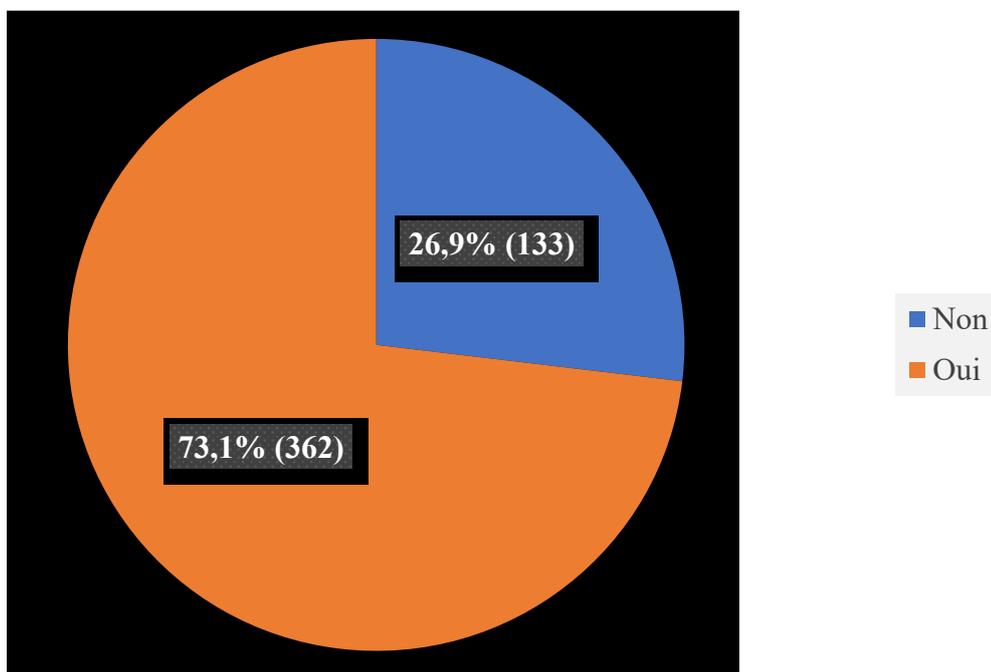


Figure 14: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la prévalence des troubles mentaux entre septembre et février 2023

Au cours de l'étude la prévalence des troubles mentaux chez les détenus de la MCA de Bamako était de 73,1%.

- Types de troubles mentaux

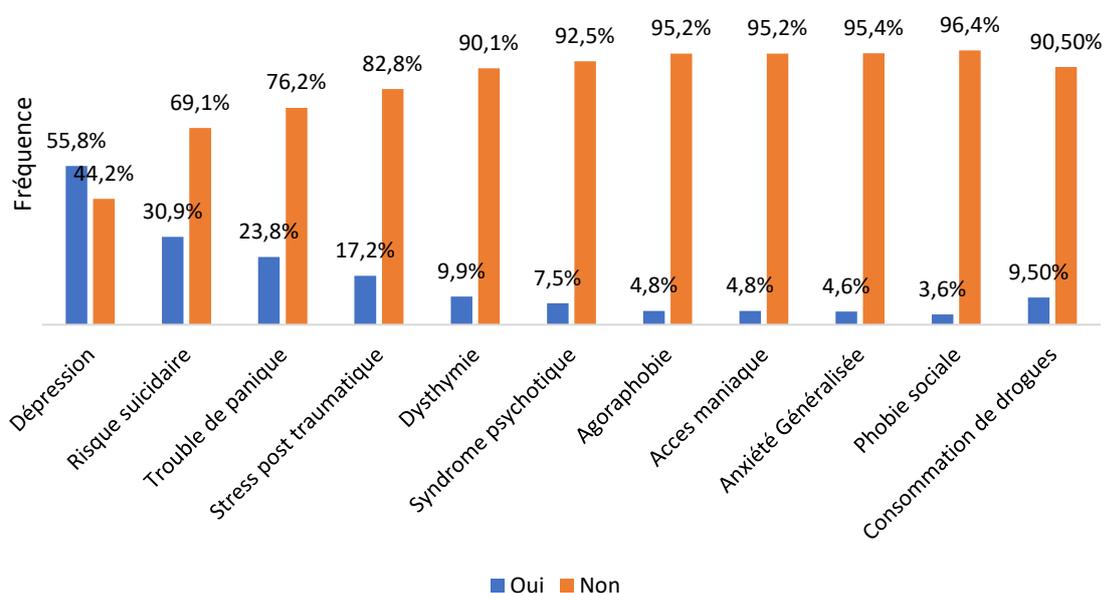


Figure 15: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la nature des troubles mentaux identifiés entre septembre et février 2023.

La dépression était majoritaire chez les détenus de la MCA de Bamako avec 55,8% des observations.

5.3 Résultats analytiques

5.3.1 Facteurs sociodémographiques associées aux troubles mentaux

- Age et troubles mentaux

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre l'âge moyen des détenus souffrant de troubles psychiatriques et celui des détenus qui n'en souffraient pas (**P = 0,791**)

- **Exercice d'une profession avant l'incarcération et troubles mentaux**

Tableau X: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon l'exercice d'une profession avant l'incarcération et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023

		Présence de trouble mentaux			Total	OR	P
		Oui	Non				
Exercice d'une profession	Oui	n(%)	328(73,1)	121(26,9)	449(100,0)	0,96	0,900
	Non	n(%)	34(73,9)	12(26,1)	46(100,0)	Réf	

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'exercice d'une profession avant l'incarcération et la présence de troubles mentaux chez les détenus.

- **Statut matrimonial et troubles mentaux**

Tableau XI: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le statut matrimonial et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023

		Présence de trouble mentaux		Total	OR	P	
		Oui	Non				
Statut matrimonial	Célibataire	n(%)	184(71)	75(29)	259(100,0)	0,80	0,272
	Marié	n(%)	178(75,4)	58(24,6)	236(100,0)	Réf	

Il n'existait pas de lien significatif entre le statut matrimonial et les troubles mentaux.

- **Types d'incarcération et troubles**

Tableau XII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le type d'incarcération et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023

		Présence de trouble mentaux		Total	OR	P	
		Oui	Non				
Type d'incarcération	Condamné	n(%)	58(77,3)	17(22,7)	75(100,0)	1,30	0,373
	Prévenus	n(%)	304(72,4)	116(27,6)	420(100,0)	Réf	

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le type d'incarcération et la présence de troubles mentaux.

- **Nombre d’incarcération et troubles mentaux**

Il n’existait pas de différence significative entre le nombre moyen d’incarcération des détenus souffrant de troubles psychiatriques et celui des détenus ne souffrant pas de troubles psychiatriques (P=0,443).

- **Niveau d’instruction et de troubles mentaux**

Tableau XIII: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon le niveau d’instruction et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023

		Présence de trouble mentaux			P
		Oui	Non	Total	
Niveau d’instruction	Suivi des études n(%)	56(74,7)	19(25,3)	75(100,0)	0,569
	Secondaire				
	Supérieur, possède un diplôme n(%)	58(70,7)	24(29,3)	82(100,0)	
	Terminé des études secondaires n(%)	37(69,8)	16(30,2)	53(100,0)	
	Études primaires n(%)	64(74,4)	22(25,6)	86(100,0)	
	N’a pas achevé cycle primaire n(%)	81(69,2)	36(30,8)	117(100,0)	
	Non scolarisé n(%)	66(80,5)	16(19,5)	82(100,0)	

Il n’existait pas d’association statistiquement significative entre le niveau d’instruction et la présence de troubles mentaux.

5.3.2 Usage de drogues et troubles mentaux

Tableau XIV: Répartition des détenus de la MCA de Bamako selon la consommation de drogues et la présence de troubles mentaux entre septembre et février 2023

			Présence de trouble mentaux			OR	P
			Oui	Non	Total		
Consommation de drogues	Oui	n(%)	32(68,1)	15(31,9)	47(100,0)	Réf	0,412
	Non	n(%)	330(73,7)	118(26,3)	448(100,0)	1,31	

Il n’existait pas d’association statistiquement significative entre la consommation de drogues et la présence de troubles mentaux.

VI. DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale afin d'étudier la prévalence et les facteurs associés aux troubles mentaux chez les détenus de la MCA de Bamako, au Mali.

Dans la population carcérale à la MCA de Bamako, la fréquence des troubles mentaux chez les détenus était de 73,1%. La dépression était la plus fréquente (55,8%) des syndromes psychiatriques suivie du risque suicidaire (30,9%) et du trouble de panique (23,8%).

Les forces majeures de cette étude concernent le nombre de sujets enquêtés qui était plus grand que la taille minimale calculée, ce qui augmente la précision de l'estimation des paramètres. Ce travail est d'un apport précieux dans l'acquisition de connaissances sur la santé mentale des détenus de la MCA de Bamako au Mali, compte tenu de la rareté des données dans ce domaine. Cette étude est la première au sein de la MCA de Bamako.

En dépit de ces forces, cette étude présentait aussi quelques limites. L'une des limites de cette étude est qu'elle a concerné principalement une seule population carcérale de la capitale et dont les détenus sont tous de sexe masculin, ce qui est différent de la population carcérale générale où la prévalence des troubles mentaux reste méconnue. Par conséquent, d'autres études doivent être menées en population générale. Une autre limite concerne le risque accru de biais d'information dans l'étude. En effet, certains détenus peuvent faire une rétention d'information. Nous avons tenté de limiter ce biais en expliquant aux détenus la nécessité d'avoir des informations correctes et complètes.

Dans notre étude l'âge moyen des enquêtés était de $33,49 \pm 11,48$ ans. Ce résultat est similaire à celui de Bigot Cédric Egnonwa et al qui ont rapporté un âge moyen de 34 ± 10 ans dans leur étude réalisée en 2018 au Bénin [13]. Koua AM et al ont rapporté une moyenne d'âge de 33 ans avec comme extrême 15 et 66 ans dans leur étude en 2015 en Côte d'Ivoire [34]. Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que la population africaine est majoritairement jeune.

La plupart des détenus de la MCA résidaient à Bamako la capitale. La MCA est située en plein centre-ville de la capitale et la plus peuplée comparativement aux autres régions ce qui pourrait expliquer le nombre élevé de détenus résidant à Bamako.

Au cours de l'étude, les célibataires étaient nombreux parmi les détenus. Ce résultat est similaire à celui de l'étude de AM et al qui retrouvaient aussi que les célibataires sans enfants étaient les plus représentés parmi les détenus de la maison d'arrêt d'Abidjan en 2008 publiée en 2015 [35]. Il est important de signaler qu'au Mali les jeunes prennent un retard pour se marier à cause

des conditions qui seraient difficiles et coûteux. En outre être célibataire c'est avoir peu de responsabilités familiales et ceci pourrait les amener à commettre des actes antisociaux.

Les détenus de la MCA de Bamako étaient à leur première incarcération dans 90,5% des cas. Ce chiffre pourrait expliquer que la plus majorité des détenus exerçait un travail qui n'arrivait pas à couvrir leurs besoins et voulant vivre au-dessus de ses moyens pourraient les amener à commettre des actes de vagabondages. En outre on peut signaler que le respect des lois et règles sont difficiles d'être respectés par la population malienne. Notre résultat est différent de celui de AM et al qui ont rapporté que près de la moitié de leurs détenus étaient à leurs deuxième incarcération [35].

Les détenus n'ayant pas achevé le cycle primaire était majoritaire au cours de l'étude avec 23,6% des cas. Par contre A.Y. Armiya'u MBBS et al au Nigeria ont trouvé que 23,8 % avaient terminé leurs études secondaires[36]. Ceci pourrait être lié au fait qu'en Afrique on assiste à un faible taux d'alphabétisation surtout dans le contexte Malien. À noter que la jeunesse malienne abandonne l'école depuis le primaire au profit du commerce qui est l'activité la plus répandue dans notre pays, mais la communication pour le changement de comportement pourrait être nécessaire pour remédier à l'abandon précoce du cursus scolaire. Un adolescent non instruit peut être dans la rue sans éducation aucune de ses parents et pourrait s'adonner à des comportements antisociaux tels que : consommations de drogues, vol, conflits avec les autorités.

Dans la présente étude, la prévalence des troubles psychiatriques était de 73%. Cette prévalence est largement supérieure à celle retrouvée par Zahra Sepehrmanesh et al qui ont rapporté 43,4% en 2014 dans la ville de Kashan/Iran dans la prison pour homme [37] et celle retrouvée par Charia dans la prison de Téhéran et l'étude d'Abram KM dans la prison américaine en 2010 avec 46.9% et 45.9% respectivement [38,39]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre population d'étude est composée que de sexe masculin et en plus du nombre pléthorique et des conditions de détention dans la MCA de Bamako qui sont des facteurs prédisposant à la survenue des troubles psychiatriques. Nous pouvons ajouter le fait qu'il n'y ait pas d'examen psychiatrique systématique des détenus avant leur admission à la prison. Cela augmente le risque de voir emprisonner des malades mentaux. Cette prévalence est superposable avec l'étude de Nanéma et al. en 2014 avec 70,64% au Burkina Faso à Ouagadougou [40].

La prévalence élevée des troubles psychiatriques en milieu carcéral a été aussi notée dans plusieurs régions du monde. Ainsi, Alemseged Salomon [41] et al, en Éthiopie à Addis-Abeba, Jimmy Ben Forry et al [42], en Ouganda à M'Barara en 2019, Zabala-Baños et al [43], en Espagne, trouvaient des taux de prévalence élevés, respectivement de 58,4%,73%,90,2%.

Dans notre étude la dépression était la plus prévalente chez les détenus de la MCA de Bamako avec près de 56% des observations. La prévalence de la dépression dans notre série est inférieure à celle observée à la préfecture de l'Attique en Grèce dans l'étude de Dimitrios Kastos et al en 2021 avec 62,4% [44]. Cette prévalence est par contre deux fois plus importante que celle observée dans les prisons Ethiopiennes dans l'étude de Bethlehem Girma et al en 2020 en Éthiopie avec 29,9% [45]. Plusieurs facteurs sont considérés comme responsables de la prévalence élevée de la dépression en prison, principalement de mauvaises conditions de vie (pièce étroite, perte d'intimité), des relations interpersonnelles limitées et un manque d'accès aux soins de santé mentale. Selon les estimations mondiales, un détenu sur neuf souffre d'un trouble psychiatrique, principalement une dépression [46]. Les personnes suspectées comme étant les plus à risque de faire une dépression en prison, sont décrits comme étant plus jeunes avec un manque de soutien social (souvent célibataires) et à l'insertion professionnelle précaire.

Le risque suicidaire était présent chez 30,9% des détenus de la MCA de Bamako. Ce résultat est largement supérieur à celui de Louis Favril et al qui ont rapporté une fréquence de 8,6% en 2022 à Oxford aux USA [47]. Cette différence peut être expliquée par le fait que la plupart des détenus n'ont pas une assistance sociale qui peut être un facteur de soutien psychologique. Les taux de suicide chez les personnes incarcérées sont élevés par rapport aux personnes du même âge et du même sexe qui vivent dans la collectivité. L'amélioration des évaluations et des interventions visant à réduire le risque de suicide nécessitent des données probantes actualisées sur les facteurs de risque [48].

Dans notre étude il y avait 5,5% de consommateurs d'alcool et 5,7% de consommateurs de cannabis. Une étude réalisée au Nigéria par Armiya'u A Y et al en 2013, a retrouvé la toxicomanie à 48,7 % chez les détenus[49]. Ce résultat est supérieur à celui de notre étude, et cette différence pourrait être expliquée par le fait que la plupart des consommateurs ne se sont pas déclarés, ce qui constitue une rétention d'information, par peur de punition ou voir une augmentation de leur séjours carcéral. Selon l'OMS, les prisons sont des lieux où les conditions de vie sont très difficiles, où les populations carcérales sont des communautés pauvres, et les

groupes sociaux marginaux surreprésentés. Ces populations carcérales sont souvent caractérisées par de fortes consommations de drogues [50].

La toxicomanie généralisée au cours d'une vie rend une personne vulnérable au développement d'un trouble psychiatrique et une telle personne est plus susceptible d'être arrêtée pour des infractions liées aux drogues [51]. Une étude réalisée à Oxford aux USA en 2018 disaient qu'il y a des preuves convaincantes de la relation entre la consommation de drogues et le comportement criminel avec une méta-analyse révélant que les utilisateurs de drogues étaient 7 à 8 fois plus susceptibles de commettre des infractions que les non-consommateurs de drogues [52].

Dans notre étude Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre l'âge moyen des détenus souffrant de troubles mentaux et celui des détenus qui n'en souffraient pas (**P = 0,791**). Il n'existait pas non plus de différence significative entre le nombre moyen d'incarcération des détenus souffrant de troubles mentaux et celui des détenus ne souffrant pas de troubles mentaux (P=0,443). Ce résultat est superposable à celui de Egnonwa et al [13] qui ont rapporté que la durée et le nombre d'incarcérations n'étaient pas non plus statistiquement associés à la fréquence de la dépression.

VII. CONCLUSION

Nos résultats suggèrent une prévalence élevée des troubles mentaux au sein de la MCA de Bamako. Les principaux troubles retrouvés étaient la dépression, le risque suicidaire, le trouble de panique, le stress post traumatique, la consommation des substances psychoactives et les états psychotiques. Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les troubles mentaux et les variables indépendantes.

VIII. RECOMMANDATIONS

À la fin de notre étude et vu les résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Au Ministère en charge de la santé

- Affecter un psychiatre ou un spécialiste de santé mentale à la MCA ;
- Former l'équipe médicale de la MCA dans le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux.

Au Ministère en charge de la justice

- Construire de nouvelles prisons pour réduire le nombre de détenus à la MCA ;
- Créer des espaces de divertissements et des activités occupationnelles au sein des prisons ;
- Prendre en compte les besoins sociaux des détenus en plus de la santé.

Aux personnels soignants

- Faire des études sur la santé mentale des détenus dans chaque maison carcérale du pays.

IX. REFERENCES

1. Boyer P, Crocq MA, Guelfi JD, Pull C, Pull-Erpelding MC. American Psychiatric Association, DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux [Internet]. Paris: Elsevier Masson SAS; 2015. 22 p. Available from: <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-destroubles-mentaux.pdf>.
2. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. Programme d'Action Comblent 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 2008 [Cité le 08 Février 2022]. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43976>
3. Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S et al. New WHO Prevalence Estimates of Mental Disorders in Conflict Settings: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet*. 2019;394(10194):240–8.
4. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf RON, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168.
5. Saraceno B. The WHO world health report 2001 on Mental Health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2002;11(2):83–7.
6. Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43976>
7. Vallée C, Poirier LR, Aubé D, Fournier L, Caulet M, Roberge P, et al. Plan d'action québécois en santé mentale: contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*. 2009;34(1):35–53.
8. Van Hout MC, Mhlanga-Gunda R. Prison health situation and health rights of young people incarcerated in sub-Saharan African prisons and detention centres: a scoping review of extant literature. *BMC international health and human rights*. 2019;19(1):1–16.
9. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv*. 2020 Aug 1;71(8):824–8.
10. Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. [Health care delivery and psychiatric hospitalizations in the prisons of the North of France: An observational study]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020 Sep;68(5):273–81.
11. Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020 Aug;7(8):682–91.
12. Lovett A, Kwon HR, Kidia K, Machando D, Crooks M, Fricchione G, et al. Mental health of people detained within the justice system in Africa: systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019 May 6;13:31.

13. Egnonwa BC, Yves A, Francis T, Lucesse A, Angele K, Fabien H. Dépression et facteurs associés: cas de la prison civile de Cotonou. *Mali Medical*. 2020;6(3):51–6.
14. Koua AM , Ahounou EI, Coulibaly SP , Djo Bi DF, Konan KP. Morbidité psychiatrique dans une population carcérale: Enquête de prévalence à la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Mali Medical*. 2015;30(4):11–5.
15. Traoré K, Traoré J, Coulibaly SP, Mounkoro PP, Togora A, Sangaré M et al. Morbidités psychiatriques chez les détenues du centre spécialisé de détention et de réinsertion des femmes « Bolle » (CSDRF). *Mali Medical*. 2021;12–5.
16. Gouadec D. Comprendre, évaluer, prévenir: Pratique, enseignement et recherche face à l'erreur et à la faute en traduction. *TTR: traduction, terminologie, rédaction*. 1989;2(2):35-54. DOI: 10.7202/037045ar
17. Boë LJ, Tubach JP. A à zut: Dictionnaire Phonétique du Français parlé [En ligne]. ELLUG; Amazon France; 1992 [Cité le 05 septembre 2022]. Disponible: <https://books.google.ml/books?id=K5-HZ6nm0x1C>
18. Helen Gomez-Figueroa and Armando (2022). Mental and behavioral disorders in the prison context. *Rev Esp Sanid Penit*, 2022 May-Aug: 24(2):66-74. Published online 2022 Doi: 10.18176/resp.000.
19. Perrenoud, Philippe. L'évaluation des élèves De la fabrication de l'excellence à la régulation des apprentissages. Entre deux logiques Bruxelles, De Boeck, 1998.php_evaluation.html. [Cité le 09 Février 2022]. Disponible: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_livres/php_evaluation.html
20. Vasilievna PI, Pavlovich CHA. Formation des experts de la commission thématique régionale sur les langues étrangères (sur l'exemple du français). *Mesures pédagogiques*. 2019 ;(2):103-7.21. André B. Évaluer la formation pratique des enseignants : enjeux, défis et propositions. *Revue française de pédagogie Recherches en éducation*. 15 Décembre 2013;(184):5–14 [article en russe].
22. Adib Yasmine. Évaluation des acquis d'apprenants du français langue étrangère en module de technique d'expression écrite et orale en 1 année universitaire[Thèse]. D'Oran: Université d'Oran, Faculté de médecine 2012.
23. Organisation mondiale de la santé [En ligne] Dépression. [Cité le 08 Avril 2023]. Disponible: <https://www.who.int/health-topics/depression>
24. Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, CP Marie Claire Pull Erpelding. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. 5 édition. 2013. (American Psychiatric Association; vol. 1275).
25. Serge Mazda T Shahidi. *Nouveau Précis de semiologie des troubles psychiques*. 1912. (Guides professionnels de santé mentale; vol. 463).
26. Arboleda-Florez J. Mental illness in jails and prisons. *Current opinion in psychiatry* 1999; 12: 677-82.

27. Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Troubles anxieux.[Cité le 07 Février 2022]. Disponible: [http:// www.who.int/health-topics/troubles_anxieux](http://www.who.int/health-topics/troubles_anxieux).
28. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015;69(11):661–73.
29. Lavin R, Bucci S, Varese F, Berry K. The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *Br J Clin Psychol*. 2020 Mar;59(1):39–65.
30. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018 Nov 23;9:199–210.
31. Charlotte Guitet. La bouffée délirante aiguë. [En ligne].2015 [Cité le 10 Février 2022];6. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S177098571500110X>
32. Conceptual Issues in Acute and Transient Psychotic Disorders - FullText - Psychopathology 2022, Vol. 55, No. 1 - Karger Publishers [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/520087>
33. Ooreka. Ooreka.fr [En ligne]. Centre pénitentiaire : définition et caractéristiques [Cité le 06 Février 2022]. Disponible: [//justice.ooreka.fr/astuce/voir/447845/centre-pénitentiaire](http://justice.ooreka.fr/astuce/voir/447845/centre-penitentiaire)
34. Koua AM , Ahounou EI, Coulibaly SP , Djo Bi DF, Konan KP. Morbidité psychiatrique dans une population carcérale: Enquête de prévalence à la maison d’arrêt et de correction d’Abidjan (Côte d’Ivoire). *Mali Medical*. 2015;30(4):11–5.
35. Koua AM , Ahounou EI, Coulibaly SP , Djo Bi DF, Konan KP. Morbidité psychiatrique dans une population carcérale: Enquête de prévalence à la maison d’arrêt et de correction d’Abidjan (Côte d’Ivoire). *Mali Médical*. 2015;30(4).
36. Armiya’u AY, Audu MD, Obembe A, Adole O, Umar MU. A study of psychiatry morbidity and co-morbid physical illness among convicted and awaiting trial inmates in Jos prison. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2013 Nov 1;20(8):1048–51.
37. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Akasheh G, Saei R. Prevalence of Psychiatric Disorders and Related Factors in Male Prisoners. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Jan;16(1):e15205.
38. Ashkani H,Deh Bozorgi, Shojae SA. Épidémiologie des troubles mentaux chez les hommes de la prison Adel Abad à Chiraz. 2002;(8):4–8.
39. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Nov;60(11):1097–108.
40. Nanéma D, Goumbri P, Karfo K, Ouango JG, Ouédraogo A. Aspects épidémiologiques et cliniques des troubles psychiatriques en milieu carcéral à Ouagadougou, Burkina Faso. *Annales Africaines de Psychiatrie*. 2014;3(1–2):59–73.
41. Solomon A, Mihretie G, Tesfaw G. The prevalence and correlates of common mental disorders among prisoners in Addis Ababa: an institution based cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2019 Jul 12;12:394.

42. Forry JB, Ashaba S, Rukundo GZ. Prevalence and associated factors of mental disorders among prisoners in Mbarara municipality, southwestern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2019 Jun 11;19:178.
43. Zabala-Baños MC, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero-Ayuso D, et al. Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2016;18(1):13–23.
44. Kastos D, Dousis E, Zartaloudi A, Pavlatou N, Kalogianni A, Toulia G, et al. Depression in Male Inmates. *Clin Pract*. 2022 Dec 27;13(1):1–13.
45. Girma B, Taye A, Wondimu W, Sinaga M. Factors associated with depression among prisoners in Mizan prison institute, southwest Ethiopia. *International journal of prisoner health* [Internet]. 2021 Jan 10 [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586758/>
46. Alemayehu F, Ambaw F, Gutema H. Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019 Mar 11;19:88.
47. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clinical Psychology Review*. 2022 Nov 1;97:102190.
48. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021 Feb 10;6(3):e164–74.
49. Armiya'u AY, Audu MD, Obembe A, Adole O, Umar MU. A study of psychiatry morbidity and co-morbid physical illness among convicted and awaiting trial inmates in Jos prison. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2013 Nov 1;20(8):1048–51.
50. Organisation mondiale de la santé [Internet] Drugs. [cited 2023 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
51. A El Gilany, M Khater, Z Gomaa. Psychiatric Disorders among Prisoners: A National Study in Egypt [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/736-1601-v26n1-p30>
52. Dominique de Andrade, Ritchie J, Rowlands M, Mann E, Hides L. Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions. *Epidemiol Rev*. 2018 Jun 1;40(1):121–33. DOI: 10.1093/epirev/mxy004

Fiche signalétique (Français)

Nom : TOLO

Prénoms : Abdramane

Titre de la thèse : Étude de la Prévalence et des Facteurs Associés aux Troubles Mentaux chez les Détenues de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali en 2023

Année de soutenance : 2022-2023.

Nationalité : Malienne

Lieu de dépôt : Bibliothèque des Facultés de Médecine et d'Odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé Mentale.

Courriel : abdramanetolo8@gmail.com

Tel : +223 76 69 11 03/ +223 99 88 43 43

Résumé : Le trouble mental est un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse. La prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral est largement supérieure à celle retrouvée en population générale. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la santé mentale des personnes détenues dans la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako au Mali. Il s'agissait d'une étude transversale de la population des détenues. La présence de trouble mental était admise sur la base de la réponse positive aux critères d'une des catégories diagnostiques identifiées par l'outil MINI. La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Daniel SCHWARTZ. Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25. Nous avons colligé 495 détenus. L'âge moyen était de 33,49 ans avec un écart-type de 11,48 ans. Les principaux troubles retrouvés étaient : la dépression (55,8% soit 276/495), le risque suicidaire (30,9% soit 153/495), le trouble de panique (23,8% soit 118/495). Les résultats montrent une forte prévalence de la dépression, du risque suicidaire et du trouble panique parmi les détenus au Mali. En outre, il est nécessaire de mettre en place un processus d'orientation clair pour les personnes souffrant de troubles mentaux. L'amélioration des conditions et du niveau de vie des personnes incarcérées contribuerait à prévenir les troubles mentaux et leurs comorbidités.

Mots clés : Prévalence, Troubles mentaux, MCA, Bamako.

Fiche signalétique (English)

Last name: TOLO

First name: Abdramane

Thesis title: Study of the Prevalence and Factors Associated with Mental Disorders in Prisoners at the Bamako Central Remand Prison in Mali in 2023

Year of defense: 2022-2023.

Nationality: Malian

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology of Mali.

Area of interest: Mental Health.

E-mail: abdramanetolo8@gmail.com

Tel : +223 76 69 11 03/ +223 99 88 43 43

Abstract: A mental disorder is a health condition characterized by an alteration in thinking, mood or behavior that disrupts a person's functioning and causes distress. The prevalence of mental disorders in prisons is much higher than in the general population. The aim of this study was to assess the mental health of inmates at the Bamako Central Prison in Mali. It was a cross-sectional study of the inmate population. The presence of a mental disorder was accepted on the basis of a positive response to the criteria of one of the diagnostic categories identified by the MINI tool. The sample size was calculated using Daniel SCHWARTZ's formula. Data were analyzed using SPSS version 25 software. We collected data from 495 inmates. The mean age was 33.49 years, with a standard deviation of 11.48 years. The main disorders found were: depression (55.8% or 276/495), suicidal risk (30.9% or 153/495), panic disorder (23.8% or 118/495). The results show a high prevalence of depression, suicidal risk and panic disorder among prisoners in Mali. In addition, there is a need for a clear referral process for people suffering from mental disorders. Improving the living conditions and standard of living of incarcerated people would help prevent mental disorders and their comorbidities.

Key words: Prevalence, Mental disorders, MCA, Bamako.

ANNEXES

**MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET
DES DROITS DE L'HOMME**

**DIRECTION NATIONALE DE
L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE
ET DE L'ÉDUCATION SURVEILLÉE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

AUTORISATION D'ACCÈS

Le Directeur National de l'Administration Pénitentiaire et de l'Éducation Surveillée, autorise l'équipe du Service de Psychiatrie du CHU-Point-G, dans le cadre d'une enquête à accéder à la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako, pendant la période allant du 15 août 2022 au 16 février 2023, à charge pour elle de se conformer au règlement en vigueur.

Il s'agit de :

- 01- Dr OUATTARA Kadidiatou TRAORE,
- 02- Monsieur Abdramane TOLO.

Bamako, le 10 août 2022

LE DIRECTEUR NATIONAL



Ibrahima TOUNKARA

Officier de l'Ordre National



Fiche d'enquête individuelle

N° de dossier : Date :

A- IDENTIFICATION DU DETENU

Age (ans) : Résidence (quartier) :

Profession : Nationalité : Malienne Autres :

Situation matrimoniale

Célibataire Marié Divorcé

Veuf Union libre Autre :

Situation d'éducation : Scolarisé Oui Non

A suivi des études secondaires

N'a pas achevé le cycle primaire A terminé les études secondaires

A un niveau d'études primaires A suivi des études supérieures/

Possède un diplôme universitaire

B- CONDITIONS DE VIE AVANT L'INCARCERATION

Logement : Domicile /logement stable Dortoir/institution Pas de logement stable

Avec qui habite l'intéressé : Seul Avec ses parents Avec un conjoint/partenaire

Avec des amis Avec ses enfants (sans le conjoint) Autres.....

C- ANTECEDENTS

Avez-vous reçu des traitements de trouble mental avant l'incarcération Non Oui

Conventionnel Traditionnel

On vous a attribué un diagnostic de trouble mental Oui Non

D- HISTOIRE CARCERALE

Infraction (s) commise :

Type d'incarcération

Condamné Prévenus

Durée de la peine attribuée (mois):

Nombre d'incarcération :

Date d'entrée en prison : __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__

Date prévue de sortie de prison : __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__

E-CONDITION DE VIE CARCERALE

Fréquence des visites des proches

Vous recevez des visites : NON Oui A quelle fréquence ?

1. Chaque jour ou presque chaque : cinq à sept jours/semaines
2. Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine
3. Mensuellement : une à trois fois en un mois
4. Une ou deux fois au cours des 3 derniers mois
5. Jamais : pas de visite au cours des 3 derniers mois

Nombre de codétenu (s) dans la chambre de détention : _____

Avez-vous la possibilité de se laver Oui NON

Avez-vous suffisamment à boire Oui NON

Qui vous donne la nourriture ? Famille État Autres

Avez-vous droit à combien de repas par jours Un Deux Trois

Avez-vous accès à une activité occupationnelle Oui NON

Menuiserie Couture Bijouterie Éducation

Autres :

Avez-vous accès à une activité récréative Oui NON

Sport Causeries Lectures Autres :

F-DIAGNOSTIC DU M.I.N.I

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES

DYSTHYMIE RISQUE SUICIDAIRE EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

TROUBLE PANIQUE AGORAPHOBIE PHOBIE SOCIALE

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

ANXIETE GENERALISEE

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !