

MINISTERE DE L'EDUCATION DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025



TITRE

N°....

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX EN POPULATION GENERALE ADULTE DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI EN 2025

Présentée et soutenue publiquement le 25 / 07 /2026
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Fakou Makan dit B. DEMBELE
Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maitre de Conférences Agrégé

Directeur : M. Housseini DOLO, Maitre de Conférences Agrégé

Membres : M. Cheick Abou COULIBALY, Maitre de Conférences

M. Abdoul Salam DIARRA, Maitre-Assistant

Co-Directeur : M. Dr Ogobara KODIO, Epidemiologiste

Ce travail a été soutenu par le Fonds compétitif pour la recherche et l'innovation technologique

LISTE DES ENSEIGNANTS

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie □ Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale □ Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique

33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale

15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Yousseuf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Yousseuf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim Drame	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale

17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
----	---------------------	---------------------------------

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépto Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale

46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique

3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale

7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 18 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'Allah, Le Tout miséricordieux, Le Très miséricordieux. Louange à Allah qui m'a donné la force, la patience et la santé pour accomplir ce travail.

A Allah Tout-Puissant, pour Ses bénédictions infinies et de m'avoir guidé tout au long de mon parcours universitaire.

A Toi Seul, Seigneur, je dédie l'effort derrière ces pages.

Puisse cette œuvre être une humble louange gravée dans le temps, un témoignage que toute science commence par Ta lumière et doit retourner à Toi.

A l'entrée de ma carrière médicale, je fais mienne la parole de reconnaissance des prophètes David et Salomon : *Louange à ALLAH qui nous a favorisés à beaucoup de ses serviteurs croyants (sourate AN-Naml verset 15).*

Oh Seigneur, fais que ce savoir nous élève en piété et en utilité pour le monde.

REMERCIEMENTS

A ma mère Oumou D. TRAORE

Pour ta présence rassurante, ton soutien sans faille tout au long de ce parcours et ton amour infini. Merci d'avoir porté mes rêves avec une force et une résilience qui m'inspirent chaque jour. Rien de tout cela n'aurait été possible sans ton courage exemplaire. Tu nous as tout donné et jamais moi et mes frères ne sous-estimerons ton effort. Merci d'être cette femme battante, audacieuse, plein d'amour et inspirante que tu es. Ce diplôme est notre victoire.

A la mémoire de mon père, le Docteur DEMBELE Moctar

Qui fut mon premier modèle et m'a transmis, bien avant les bancs de la faculté, la passion de ce métier et le respect du patient. Ton absence aujourd'hui est immense, mais ton souvenir et les valeurs de notre profession m'accompagnent à chaque étape de ma pratique. J'espère être digne de l'héritage médical et humain que tu m'as laissé, toi qui as dédié ta vie à la médecine communautaire. Toi le médecin, tu m'as montré la beauté et l'exigence de cette vocation. Revêtir cette blouse blanche est ma plus belle façon de te faire honneur et de perpétuer ton souvenir. Cette thèse te revient de droit. Tu n'es plus là pour voir l'aboutissement de mes efforts, mais chaque pas que je fais est guidé par les valeurs de rigueur, de dévouement et d'humanité que tu m'as transmises. Suivre tes traces et faire vivre ton héritage est ma plus grande fierté. Ta mémoire est une force quotidienne qui m'encourage à me dépasser.

Reposes en paix cher père !

A la mémoire de mon oncle tonton Bambo DEMBELE

Dont le souvenir m'accompagne en ce jour si particulier. Je n'oublie ni sa bienveillance passée, ni les encouragements qu'il a pu m'apporter. Que ce travail soit le juste témoignage de mon affection et de mon respect durable. Reposes en paix cher oncle.

A la mémoire de ma grande mère Dado KONE

Mon amie et ma confidente. Prendre soin de toi et surveiller tes paramètres vitaux a scellé le sens de mon métier. Tu n'es pas là aujourd'hui pour assister à ma soutenance, mais ta confiance dans la souffrance reste ma plus grande leçon de médecine. Merci pour tout. Veuillez trouver ici l'hommage ému de son petit-fils. Reposes en paix Dado.

A mes deux petits frères Abdoulaye et Diamadouga

En reconnaissance de votre présence constante, de votre complicité et de l'équilibre que vous m'apportez au quotidien. Merci d'avoir partagé, avec autant de patience que de discrétion, les exigences de mon parcours. Je suis fier de vous voir grandir à mes côtés.

A Monsieur Fakourou BAKHAGA

Je tiens à vous exprimer ma plus profonde reconnaissance pour votre soutien déterminant tout le long de mon cursus. Au-delà de votre immense générosité, votre présence à mes côtés a été le plus précieux témoignage d'une fidélité indéfectible à la mémoire de mon père. Soyez assuré de ma gratitude éternelle et de mon plus grand respect.

A mes tontons Issouf, Bouacar et Mory DEMBELE, Madou COULIBALY, Boubacar, Zoumana et Modibo TRAORE ; et mes tantes Mariam, Djitaba et Oumou DEMBELE ; Safiatou TRAORE

Je vous remercie chaleureusement pour votre bienveillance constante et l'affection dont vous m'entourez. Votre soutien régulier tout au long de ces années d'études a constitué un repère précieux pour notre famille. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A mes cousins et cousines, mes neveux et nièces

Pour votre présence, votre affection et les moments de légèreté partagés tout au long de ces années d'études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma chaleureuse gratitude.

A mes amis du quartier et mes connaissances du point G

Merci pour votre soutien indéfectible, votre écoute et les précieux moments qui ont jalonné ce parcours. Les liens tissés au quartier et au point G restent ma plus belle force. Trouvez ici le témoignage de ma fidèle et sincère amitié.

A nos maîtres du service de psychiatrie du CHU point G : Pr Souleymane dit papa COULIBALY, Pr Souleymane COULIBALY, Dr Joseph TRAORE, Dr Mahamadou KONE, Dr Apérrou dit Eloi DARA, Dr Zoua KAMATE, Dr Kadiatou TRAORE, Dr Boubacar H MAÏGA

Qui nous ont transmis le savoir, la rigueur et l'éthique de la pratique médicale. Votre encadrement, votre exigence bienveillante et l'exemple que vous incarnez au quotidien ont profondément guidés nos pas à l'hôpital. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre

profond respect et de notre sincère gratitude pour votre dévouement à la formation des futures générations de médecins.

Aux DES du service de psychiatrie du CHU Point G

Merci d'avoir partagé votre expérience clinique et de m'avoir transmis, par votre exemple, la rigueur et l'éthique de notre pratique. Votre disponibilité et vos conseils avisés ont été des repères essentiels dans mon apprentissage. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma vive gratitude.

Aux internes du service de psychiatrie du CHU Point G

Mes pairs et compagnons, avec qui je partage la même réalité, les mêmes responsabilités et les mêmes nuits de garde. Merci pour l'entraide spontanée et ce respect mutuel qui rend notre quotidien plus fort. C'est un honneur d'avancer à vos côtés dans cette aventure hospitalière. Veuillez trouver ici l'expression de ma haute considération et de mon amitié confraternelle.

A Dr Khadidjat KONE et Dr Aïssata Anne COULIBALY

Mes collègues d'unité, à cette équipe formidable avec qui j'ai eu le privilège de partager le quotidien, les urgences et la vie du service. Un immense merci pour votre bienveillance et l'excellente ambiance de travail que vous entretenez chaque jour. Au-delà de la collaboration professionnelle, votre soutien au quotidien, votre humour et notre cohésion face aux défis cliniques ont rendu ce parcours à la fois plus fluide et profondément humain. Travailler à vos côtés est une richesse à chaque instant. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma profonde gratitude, de ma haute considération et de mon amitié sincère.

A tous les personnels du service de psychiatrie du CHU Point G

Infirmiers, aides-soignants et l'ensemble des équipes multidisciplinaires avec qui j'ai eu l'honneur de travailler. Merci pour votre accueil, votre patience et votre précieuse collaboration au quotidien. Votre expérience du terrain, votre bienveillance et votre dévouement auprès des patients ont été essentiels à ma formation de terrain. Ce travail est aussi le reflet de notre collaboration quotidienne. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

A Dr Adama A. TRAORE

Un immense merci pour ton temps, ta rigueur et ton aide précieuse. Ton expertise et ton soutien, de la collecte sur le terrain jusqu'au traitement des résultats, ont été indispensables à la réalisation de ce travail. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Fonds compétitif pour la recherche et l'innovation technologique et au Centre national de la recherche scientifique et technologique du Mali

Je vous adresse ma profonde gratitude pour votre précieux soutien matériel et financier, qui a rendu possible la réalisation de cette étude. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour la confiance accordée à ce projet et pour votre engagement essentiel en faveur du développement de la recherche médicale au Mali.

A Dr Jean Marie MOUNKORO, Dr Marie Noëlle DIAWARA, Dr Sory Irahim MAIGA, Dr Cheick Oumar KONE, Dr Souleymane KONE, Dr Demba SACKO, Dr Fatouma DEMBELE, Dr Léontine Aïssata DIARRA, Mr. Esaïe Moutian DEMBELE

Des kilomètres parcourus aux imprévus du terrain, notre professionnalisme et notre bonne humeur ont été nos meilleurs atouts pour mener à bien ce recueil de données. Ce travail est le fruit de nos efforts partagés. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A la renaissance convergence syndicale

A mes camarades et compagnons de lutte avec qui j'ai partagé l'engagement au sein de notre faculté durant mon parcours universitaire, et avec qui le lien demeure intact aujourd'hui. Merci pour les combats menés ensemble pour la défense de nos droits, pour les valeurs de solidarité partagées et pour cette conviction commune qui nous anime encore. Cet engagement a profondément forgé l'homme et le médecin que je deviens. Merci ma renaissance, merci pour la formation, la transformation et l'information.

A l'association des étudiants malinkés et sympathisants

A mes chers pairs et compagnons de route au sein de cette communauté qui me tient tant à cœur. Être membre fondateur de cette association a été pour moi un honneur immense et une aventure humaine inoubliable. Merci pour la fraternité, la solidarité et l'engagement indéfectible dont nous avons fait preuve pour valoriser notre patrimoine et soutenir les nôtres. Ce travail est aussi le fruit des valeurs d'entraide et de rigueur que nous partageons. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude, de ma fierté et de mon amitié fraternelle.

A mon groupe d'exposé : Mr Aboubaa DIAO, Mme Tenimba SOUNTOURA, Mr Souley DAO, Mr. Albouhari Ag ABBA, Mme Oumou YANOGO, Mme Maïmouna SANOGO, Mr. Abou SISSOKO et Mr. Ibrahim TOGOLA

Ce travail doit beaucoup à la cohésion et à l'esprit d'équipe qui nous ont unis. Trouvez ici le témoignage de ma sincère amitié et de ma reconnaissance.

Aux patients

A tous ceux dont j'ai croisé le chemin dans les couloirs et les salles de consultation de l'hôpital. Merci pour la confiance et la dignité dont vous faites preuve face à l'épreuve de la maladie. En me confiant vos histoires, vos doutes et vos espoirs, vous m'avez enseigné la plus noble de notre art : l'écoute et l'humanité. Que ce travail soit le reflet de mon profond respect et de mon engagement envers vous.

A tous les participants à cette enquête

En acceptant de vous livrer et de participer à cette enquête, vous contribuez activement à l'évolution des pratiques médicales. Soyez assurés de ma profonde gratitude et de mon dévouement indéfectible à votre service.

A mes frères de la faculté, Dr Amadou Nonwah COULIBALY, Dr Charles DIASSANA, Dr Aboubacar SIDIBE, Dr Yanaoussou BOLY, Dr Seydou Bangolo DIARRA, Dr Issoumaïla DOUMBIA, Dr Moussa SY, Dr Modibo Kane SAMASSEKOU, Dr Badara Aliou KONATE, Dr Ousmane SOW, Mr Mahamadou SISSOKO, Mr Kalifa DOUMBIA, Mr Mohamed OUONOGO, Mr Koman KEITA, Mr Aboubacar Kiba BAGAYOKO, Mr Issouf KONE, Mr Gaoussou BERTHE, Mr Mamadou CISSE et Mr Abdoulaye KALOGA

A ce cercle d'amis fidèles devenus, au fil des ans, une seconde famille. C'est à vous que je réserve ces derniers mots, car vous avez été là du premier au tout dernier jour de cette aventure. Si je clos mes remerciements avec vous, c'est parce que vous incarnez le ciment de tout mon parcours universitaire : ceux qui ont transformé les exigences de la médecine en une épopée humaine inoubliable. Merci pour les éclats de rire, le soutien indéfectible dans les moments de doute, et cette complicité unique. Rien n'aurait eu la même saveur sans votre présence à mes côtés. Trouvez ici l'expression de ma profonde estime et de ma fraternité éternelle.

***Que toute personne qui m'a soutenu sur ce chemin reçoive ma profonde gratitude et mon respect !
MERCI !!!***

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Médecin, chef du service de psychiatrie du CHU Point G ;
- Maître de Conférences Agrégé à la FMOS ;
- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali ;
- Secrétaire à l'organisation de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ;
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences (SMN) ;
- Coordinateur du DES de psychiatrie ;
- Responsable de l'enseignement de la psychiatrie.

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et d'apporter à ce travail votre regard de clinicien, d'enseignant et de chercheur en psychiatrie. Votre parcours, marqué par l'exigence scientifique, le sens de la responsabilité et l'engagement constant pour le développement de la santé mentale au Mali, constitue pour nous une référence précieuse.

Au fil de notre formation, nous avons appris à reconnaître en vous un maître attentif, rigoureux et profondément attaché à la transmission du savoir. Votre disponibilité, votre simplicité dans les échanges et votre quête permanente de qualité ont nourri notre admiration et renforcé notre désir de servir avec sérieux et humanité.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre respectueuse considération et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Housseini DOLO

- MD, MSc, PhD en santé publique, contrôle de la maladie, épidémiologie et sciences médicales ;
- Maître de Conférences Agrégé en épidémiologie à la FMOS ;
- Enseignant-chercheur ;
- Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN) ;
- Coordinateur du Master de Santé Publique option Éthique de la Recherche ;
- Coordinateur du Master de Santé Publique option Recherche de Mise en Œuvre.

Honorable Maître,

Vous avez accepté de diriger ce travail avec une grande attention, une disponibilité constante et une rigueur méthodologique exemplaire. Sous votre orientation, ce travail a gagné en clarté scientifique, en cohérence analytique et en exigence dans l'interprétation des résultats.

Votre maîtrise de l'épidémiologie, votre sens de la précision et votre attachement à l'éthique de la recherche font de vous un modèle pour les jeunes chercheurs. Vos remarques, toujours justes et constructives, nous ont appris à mieux questionner les données, à mieux argumenter les résultats et à mieux inscrire ce travail dans les priorités de santé publique.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance, de notre admiration et de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Cheick Abou COULIBALY

- Maître de Conférences en épidémiologie à la FMOS ;
- Titulaire de Masters en santé publique et en médecine communautaire ;
- Agent d'appui technique à l'INSP/DOUSP.

Cher Maître,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'apporter votre expertise à l'évaluation de ce travail. Votre compétence en épidémiologie et votre expérience en santé publique donnent à votre regard une valeur particulière pour une étude menée en population générale.

Votre exigence scientifique, votre simplicité et votre disponibilité sont pour nous des qualités remarquables. Par vos observations et votre sens de l'analyse, vous contribuez à renforcer la portée méthodologique et pratique de ce travail.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre respect et de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Abdoul Salam DIARRA

- Enseignant-chercheur ;
- Maître-Assistant en santé publique;
- Ancien médecin en santé de la reproduction et point focal des maladies non transmissibles à la Direction régionale de la Santé de Mopti ;
- Ancien praticien au Centre de Santé de Référence de Mopti.

Cher Maître,

Vous nous faites l'honneur de prendre part à ce jury et de consacrer votre temps à l'appréciation de ce travail. Votre parcours, associant enseignement, recherche et expérience de terrain en santé publique, constitue pour nous une source d'inspiration.

Nous apprécions en vous la capacité à relier la rigueur scientifique aux réalités concrètes du système de santé. Votre sens de l'écoute, votre disponibilité et votre attachement au travail bien fait témoignent d'un engagement constant au service de la formation et de la recherche.

Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre sincère reconnaissance, de notre respectueuse considération et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Ogobara KODIO

- MD, PhD en Santé Publique, Maladies Infectieuses et Microbiologie
- Maître-Assistant en santé publique à la FMOS ;
- Spécialiste en ethnomédecine et en ethnopsychiatrie ;
- Spécialiste en Médiation Ethnoclinique ;
- Membre de la Société Malienne de Santé Publique ;
- Membre de la Société Française de Santé Publique ;
- Membre de la Société Française d'ethnopsychanalyse.

Cher Maître,

Vous avez accepté de co-diriger ce travail et de l'accompagner avec un regard à la fois scientifique, culturel et humain. Dans une recherche portant sur les troubles mentaux en population générale, votre expérience en santé publique, en ethnopsychiatrie et en médiation ethnoclinique a constitué un repère important.

Votre disponibilité, votre patience et votre souci du détail ont été déterminants pour mieux comprendre la complexité des représentations sociales de la maladie mentale. Vous nous avez rappelé, par votre approche, que la recherche médicale gagne en profondeur lorsqu'elle tient compte des réalités culturelles et du vécu des populations.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre admiration et de notre respectueuse reconnaissance.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CIM : Classification Internationale des Maladies

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DERSP : Département d'Étude et de Recherche en Santé Publique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EPH : Établissement Public Hospitalier

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

IC95% : Intervalle de Confiance à 95 %

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OCE : (non défini dans le texte ; apparaît dans la liste du personnel)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

ORa : Odds Ratio ajusté

PMA : Paquet Minimum d'Activités

SPA : Substance Psychoactive

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TSPT : Trouble du Stress Post-Traumatique

YLDs : Years Lived with Disability (Années vécues avec incapacité)

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble mental par sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.....	28
Tableau II: Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble mental par classe d'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025	29
Tableau III: Prévalences à vie des différents types de troubles mentaux en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.....	30
Tableau IV: Prévalences au cours des 12 derniers mois des différents types de troubles mentaux en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025	31
Tableau V: Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée	32
Tableau VI: Description d'une personne atteinte de trouble mental par la population enquêtée dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.....	34
Tableau VII: Perceptions de la population enquêtée dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025 sur les causes d'un trouble mental	35
Tableau VIII: Perceptions de la population enquêtée à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	36
Tableau IX: Facteurs associés à la survenue d'un trouble mental au cours de la vie en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation des cinq districts sanitaires étudiés au Mali. [40]	18
Figure 2 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali [41].	19
Figure 3 : Diagramme de flux.	21
Figure 4 : Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble mental en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025	28

TABLES DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	4
2.1. OBJECTIF PRINCIPAL.....	4
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	4
3. GENERALITES	6
3.1. DEFINITION	6
3.2. EPIDEMIOLOGIE.....	6
3.3. CLASSIFICATION	7
3.3.1. <i>Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques</i>	8
3.3.2. <i>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives</i>	8
3.3.3. <i>Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</i>	9
3.3.4. <i>Troubles de l'humeur</i>	12
3.3.5. <i>Troubles anxieux</i>	14
4. METHODOLOGIE	18
4.1. CADRE DE L'ETUDE.....	18
4.1.1. <i>Géographie du Mali</i>	18
4.1.2. <i>Démographie du Mali</i>	18
4.1.3. <i>Gestion des structures sanitaires</i>	18
4.1.4. <i>Description des districts sanitaires</i>	19
4.2. TYPE D'ETUDE	20
4.3. PERIODE D'ETUDE.....	20
4.4. POPULATION D'ETUDE	20
4.4.1. <i>Critères d'inclusion</i>	20
4.4.2. <i>Critères de non-inclusion</i>	20
4.5. ECHANTILLONNAGE	20
4.5.1. <i>Taille de l'échantillon</i>	20
4.5.2. <i>Technique d'échantillonnage</i>	22
4.6. COLLECTE DES DONNEES.....	22
4.6.1. <i>Outils de collecte</i>	22
4.6.2. <i>Techniques de collecte</i>	24
4.7. ANALYSE DES DONNEES	24
4.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	25
5. RESULTATS.....	28
6. DISCUSSION	40
7. CONCLUSION.....	45
8. RECOMMANDATIONS	47
9. REFERENCES.....	49
10. FICHE SIGNALÉTIQUE	57
11. ANNEXES	62

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Un trouble mental se définit comme un syndrome marqué par des altérations cliniquement significatives de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement. Ces manifestations traduisent un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux qui sous-tendent le fonctionnement mental, conformément à la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) [1].

À l'échelle mondiale, les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique [2]. Ils représentent une part importante de la charge mondiale de morbidité, touchant plus d'un milliard de personnes chaque année, selon les estimations du *Global Burden of Disease Study* [2]. Ces affections figurent également parmi les principales causes d'années vécues avec incapacité (YLDs), totalisant près de 125 millions d'années perdues chaque année en raison de la morbidité psychique [2]. Dans l'ensemble, elles contribuent à environ 13 % de la charge mondiale totale de morbidité [3], illustrant ainsi leur impact majeur sur la santé et le bien-être à l'échelle planétaire.

Sur le plan économique, la charge mondiale liée aux troubles mentaux était évaluée à environ 8,5 billions de dollars américains en 2010, et pourrait dépasser 16 billions d'ici 2030 si les tendances actuelles se maintiennent, soit plus de 4 % du produit intérieur brut mondial [4].

Aux États-Unis, selon le *National Institute of Mental Health (NIMH)*, près d'un adulte sur cinq (soit environ 58 millions de personnes) souffre chaque année d'un trouble psychique diagnostiquable. Les troubles anxieux, la dépression majeure et les troubles liés à l'usage de substances figurent parmi les plus courants [5].

La situation est encore plus critique en Afrique subsaharienne, où la stigmatisation et les inégalités renforcent le fardeau des troubles mentaux [6]. Les adolescents et jeunes adultes constituent un groupe particulièrement vulnérable : selon une méta-analyse, un jeune sur sept y présenterait un trouble psychique significatif [7]. Au Burkina Faso, ces affections figurent parmi les maladies chroniques les plus fréquentes au sein de la population générale, avec une prévalence à vie estimée à 50 % et une prévalence sur 12 mois comprise entre 15 et 25 % [3].

Au Mali, les données épidémiologiques sur les troubles mentaux demeurent fragmentaires et proviennent essentiellement des études hospitalières. La prévalence réelle de ces affections dans la population générale reste donc mal connue, ce qui constitue un obstacle majeur à la mise en

œuvre de politiques de santé mentale et de bien-être véritablement adaptées à la population et au contexte local.

Cependant, une étude menée entre 2014 et 2018 auprès des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU Point G a permis d'apporter quelques indications précieuses sur le profil des pathologies rencontrées. Elle a révélé que les troubles mentaux les plus fréquents sont les schizophrénies et troubles délirantes (67,8%), les troubles affectifs (18,2%), les troubles mentaux organiques (7,4%), les troubles liés à l'usage des substances psychoactives (5,6%), les troubles anxieux et ceux liés à des facteurs de stress (0,7%) [8].

La santé mentale, bien que partie intégrante du bien-être global, demeure négligée dans de nombreux pays en développement, y compris au Mali. Les mutations sociétales, la précarité économique et les défis sanitaires amplifient les vulnérabilités mentales, particulièrement chez les adultes en âge actif [9].

Malgré certaines avancées institutionnelles, les données épidémiologiques disponibles au Mali demeuraient parcellaires, les services spécialisés restaient principalement concentrés dans les grands centres urbains et la stigmatisation associée aux troubles mentaux persistait. Cette insuffisance de données en population générale limitait la compréhension de l'ampleur réelle du problème ainsi que l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge adaptées aux réalités culturelles, sociales et économiques du pays.

Dès lors, la question de recherche suivante s'est posée : quelle était la prévalence des troubles mentaux et quels étaient les facteurs qui leur étaient associés au sein de la population générale adulte dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025 ?

Pour y répondre, l'étude visait à estimer la fréquence des troubles mentaux, à décrire le profil des personnes concernées, à identifier les facteurs associés et à explorer les représentations socioculturelles de la maladie mentale.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1.Objectif principal

Etudier l'épidémiologie des troubles mentaux à l'aide de la version française du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) au sein de la population générale adulte sans cinq districts sanitaires au Mali en 2025.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer à l'aide du MINI, la prévalence des troubles mentaux dans la population générale adulte au Mali ;
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes de troubles mentaux au Mali ;
- Répertorier les représentations socioculturelles liées à la maladie mentale et aux maladies mentales dans la population générale adulte au Mali ;
- Identifier les facteurs associés aux troubles mentaux dans la population générale.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Définition

Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale. Cette dernière expression, plus large, englobe les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif importants [10].

3.2. Epidémiologie

En 2019, une personne sur huit dans le monde (970 millions de personnes) présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants [10]. En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19 [10]. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l'espace d'une année seulement [10]. S'il existe des options de prévention et de traitement efficaces, la plupart des individus présentant des troubles mentaux n'ont pas accès à des soins efficaces. Nombre d'entre eux sont également victimes de stigmatisation ou de discrimination et subissent des violations de leurs droits [10].

Selon les données récentes de l'OMS, plus d'un (1,1) milliard de personnes dans le monde vivent avec un trouble mental, les troubles anxieux et dépressifs étant les plus fréquents [11]. L'incidence de ces troubles est en tout lieu similaire à celle des pays européens, du moins pour les principales pathologies chroniques (schizophrénie et trouble bipolaire notamment), mais il existe des spécificités épidémiologiques propres à l'Afrique Subsaharienne [6]. Ces données sont difficilement interprétables, en regard du contexte socioculturel des pays concernés, où la maladie mentale est encore souvent interprétée comme une faiblesse de caractère, un châtimeur causé par des esprits surnaturels, voire même comme un mal dangereux et contagieux [12,13]. La maladie mentale y est donc peu prise en compte, d'autant plus que pour faire face à ces représentations, les programmes nationaux de développement de soins en santé mentale sont quasiment inexistantes [14]. La disparité des moyens octroyés par les différents états dans le monde est abyssale, tant sur le plan financier, que sur le plan des moyens matériel et humain.

De même, les initiatives non gouvernementales se détournent le plus souvent des prises en charge pérennes, au profit de la gestion de crises humanitaires et du traumatisme psychique [9,14,15]. L'exemple plus particulier du Bénin appuie ces données communes aux pays d'Afrique de l'Ouest. Il n'y existe qu'un seul centre hospitalier psychiatrique public pour tout le territoire, pour lequel il manque cruellement de main d'œuvre soignante (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, . . .). Les frais à la charge des familles, lorsqu'elles parviennent à consulter, sont colossaux, et ne peuvent être assurés de façon continue. Ainsi, la crainte, l'impuissance et la pauvreté poussent les familles à abandonner leurs parents, qui se retrouvent isolés de la société, errants dans les métropoles, enchaînés à des arbres ou accaparés par des sectes. Les maltraitances qu'ils subissent sont peu connues, et d'autant plus fréquentes, qu'à de rares exceptions près, elles s'inscrivent dans une absence de cadre juridique approprié [16].

Comme le soulignent plusieurs travaux récents (Kastler, 2011 ; Fondation Pierre Fabre, 2024 ; Be-Cause Health, 2021), la santé mentale demeure un enjeu majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. Au Mali, les troubles mentaux sont encore largement sous-diagnostiqués et soustraits, en raison de facteurs multiples tels que le manque de ressources humaines spécialisées, l'insuffisance des infrastructures et les représentations culturelles qui entourent la maladie mentale.

3.3. Classification

Bien que d'autres classifications existent, deux systèmes nosographiques psychiatriques sont traditionnellement utilisés au niveau international: [17]

- * la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10ème édition), rédigée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques en son cinquième chapitre [18].

- * le DSM-5 (5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques [1].

Les principaux repères se concentrent sur les troubles mentaux décrits dans la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM11) [19].

Dans le cadre de cette étude nous avons utilisé la CIM-10.

Classification des troubles psychiatriques selon la CIM-10

La CIM 10 comprend en son chapitre 5 qui traitent sur les troubles mentaux les catégories suivantes [18]:

- F05-F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substance psychoactive
- F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs)
- F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 : Retard mental
- F80-F89 : Troubles du développement psychologique
- F90-F98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99-F99 : Trouble mental, sans autre indication

3.3.1. Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

Pour l'OMS, la dernière révision de la classification internationale des maladies (CIM10) définit les troubles mentaux organiques comme « un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable à type de maladies ou de lésions cérébrales ou d'atteintes responsables de dysfonctionnement du cerveau ». Dans la pratique, il apparaît que plusieurs pathologies organiques peuvent jouer un rôle causal ou aggravant dans la survenue de troubles psychologiques et du comportement. Ces troubles « mentaux » peuvent soit révéler une affection organique méconnue ou survenir au cours d'une affection déjà installée. Dans tous les cas un trouble mental organique risque de poser un problème diagnostique et de prise en charge [20].

3.3.2. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

Une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses

- des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement ;
- des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits [21].

Les effets ressentis peuvent être perçus comme agréables ou désagréables, notamment selon qu'ils sont recherchés par le consommateur ou non. Certains effets psychiques ou physiques peuvent s'avérer dangereux, soit immédiatement, soit de manière différée, soit encore lorsque les prises sont répétées [21].

Une substance psychoactive peut être :

- d'origine « naturelle » (extraite d'une plante ou d'un champignon, à l'état quasi brut ou retraitée chimiquement) ou « synthétique » (totalement fabriquée en laboratoire à partir de produits chimiques) ;
- licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi) [21].

Les drogues psychoactives sont des substances qui, lorsqu'elles sont absorbées ou administrées dans le système d'une personne, affectent les processus mentaux, par exemple la perception, la conscience, la cognition ou l'humeur et les émotions. Les drogues psychoactives appartiennent à une catégorie plus large de substances psychoactives qui comprennent également l'alcool et la nicotine. « Psychoactif » n'implique pas nécessairement une dépendance et, dans le langage courant, le terme est souvent passé sous silence, comme dans « consommation de drogues », « consommation de substances » ou « substance abus » [22].

3.3.3. Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

Ce groupe réunit la schizophrénie, catégorie la plus importante de ce groupe de troubles, le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, et un groupe assez large de troubles psychotiques aigus et transitoires [23].

3.3.3.1.Epidémiologie

Les taux de prévalence annuelle ou sur la vie des troubles psychotiques délirants sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies chroniques. Ils fluctuent selon les données de la littérature internationale et même au sein d'un même pays comme les Etats-Unis ; soit respectivement :

- sur un an : 0,52 % et sur la vie : 0,70 % dans la National Comorbidity Survey [24].
- sur un an : 0,80 % et sur la vie : 1,30 % dans l'Epidemiologic Catchment Area [25].

Les taux rapportés, en population générale adulte dans le monde, se situent dans une fourchette comparable (0,5 à 1,5 % de life-time prévalence) en utilisant les critères du DSM pour les psychoses délirantes chroniques (troubles schizophrénique, schizophréniforme, schizo-affectif, troubles délirants principalement paranoïaques et autres psychoses délirantes atypiques).

La schizophrénie ne représenterait que la moitié, voire le tiers de ces troubles psychotiques délirants. Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 et 0,70 pour mille avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 pour mille, en population générale (27). La population à risque est principalement composée de sujets jeunes ou d'âge moyen puisque les troubles schizophréniques débutent entre 15 et 25 ans et que l'espérance de vie de ces sujets est relativement réduite. Donc, la prévalence des troubles psychotiques est d'environ 1 % (life-time) en population adulte, soit environ 400 000 sujets malades (en phase processuelle ou en rémission) et environ 10 000 nouveaux cas par an.[26]

La schizophrénie touche environ 24 millions de personnes, soit une sur 300 (0,32 %), dans le monde. Ce taux est de 1 personne sur 222 (0,45 %) parmi les adultes. Elle n'est pas aussi courante que beaucoup d'autres troubles mentaux. La schizophrénie débute le plus souvent à la fin de l'adolescence et entre 20 et 30 ans, et généralement plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Elle est souvent associée à un stress et à une déficience importants dans les domaines personnel, familial, social, éducatif, professionnel et d'autres domaines importants de la vie [27].

Ces troubles sont une cause importante de surmortalité. La revue des études de mortalité estime qu'environ 10 à 20 % des schizophrènes meurent de suicide et qu'un quart des décès par suicide sont attribuables à un trouble schizophrénique. Ils sont également une cause de mortalité prématurée, principalement par le fait des comorbidités addictives (alcool, tabac, drogues qui concernent respectivement 50, 80 et 30 % des schizophrènes) mais également par comorbidité

somatique (plus d'affections cardiovasculaires, infectieuses, le sida...) et iatrogènes (agranulocytose, mort subite, fausses routes...). Il est difficile de chiffrer la mortalité attribuable pour chacun de ces facteurs qui concourent à abaisser globalement l'espérance de vie des schizophrènes d'environ dix ans. La politique de prévention du suicide, menée globalement, a un effet sur la mortalité suicidaire des schizophrènes, mais des actions spécifiques peuvent réduire ce risque. Le trouble schizophrénique a un retentissement considérable sur la qualité de vie des schizophrènes et de leurs familles. Il débute vers 15–25 ans et dure toute la vie, avec une évolution permettant une bonne autonomie dans 10 % des cas, une autonomie partielle dans 70 % des cas et une perte d'autonomie dans 20 % des cas. Les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public (un tiers des cas) alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale. L'impact socioéconomique est très important puisque seuls 10 % des patients schizophrènes exercent une activité professionnelle et que le coût moyen de la prise en charge thérapeutique a été évalué il y a une dizaine d'années à environ 75 000 F/an et par patient, soit au moins 15 000 euros/an en moyenne actuellement. Dans cette étude, on constate que 41 % des schizophrènes reçoivent une Allocation aux adultes handicapés, 13,5 % une pension d'invalidité et 4 % le revenu minimum d'insertion [26].

3.3.3.2.Clinique

Ces troubles pour la plupart sont des psychoses caractérisées par des « idées délirantes » permanentes comme forme l'essentiel du tableau clinique. Par idées délirantes, il faut entendre non seulement les croyances et les conceptions par lesquelles s'expriment les psychotiques. Thèmes de la fiction délirante (persécution, grandeur, etc.), mais aussi tout le cortège de phénomènes idéo-affectifs dans lequel le délire prend corps (intuitions, illusions, interprétations, hallucinations, exaltation imaginative et passionnelle, etc.) [28].

Ainsi, La classification internationale des délires présente :

- Les psychoses délirantes aiguës : L'école psychiatrique française décrit sous le nom de psychoses délirantes aiguës un syndrome clinique caractérisé par un début aigu, l'intensité et le polymorphisme du délire, ainsi que l'évolution favorable [29].
- Psychoses délirantes chroniques :

❖ Sans évolution déficitaire

1° Psychoses délirantes systématisées (Paranoïa).

2° Psychoses hallucinatoires chroniques.

3° Psychoses fantastiques.

❖ **Avec évolution déficitaire**

Concernant la schizophrénie, Nous grouperons les éléments de la description en deux : d'une part la désagrégation de la vie psychique va donner lieu à une série de traits en quelque sorte négatifs, c'est le mode schizophrénique de déstructuration de la conscience et de la personne, appelé syndrome de dissociation, d'autre part le vide ainsi créé tend à se commuer en une production délirante positive, elle aussi d'un style particulier : c'est le délire autistique. Ces deux pôles de la description sont étroitement complémentaires et ils sont reliés par des caractères communs : ambivalence, la bizarrerie, impénétrabilité, le détachement qui donnent à la symptomatologie une allure si particulière [30].

3.3.4. Troubles de l'humeur

Le trouble bipolaire est un trouble mental qui affecte l'humeur, l'énergie, l'activité et les pensées et qui se caractérise par des épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et des épisodes dépressifs [31].

3.3.4.1.Epidémiologie

La prévalence à un an, en population générale, du trouble de l'humeur se situe dans les études internationales entre 0,1 et 1,7 %, selon les critères du DSM. La prévalence sur la vie est comprise entre 0,2 et 1,6 % [26].

Ces études se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I (accès maniaques francs alternant éventuellement avec des épisodes dépressifs). La prise en compte du trouble type II (hypomanie) et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,15 %) [32].

On peut retenir une valeur médiane de 1 à 1,5 % correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine déjà citées : la National Comorbidity Survey et l'Epidemiologic Catchment Area pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte. Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale ou leur lieu de résidence ; il débute autour de l'âge de 20 ans, la population à risque pour le dépistage est de 15 à 25 ans. Les taux d'incidence varient selon les études et surtout les méthodes utilisées. On peut la situer entre 10 et 40 pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité, notamment suicidaire, est généralement évalué avec celui des troubles dépressifs. Globalement, les troubles de l'humeur (uni- ou bipolaire) sont considérés comme responsables d'environ deux tiers des décès par suicide. Le ratio bipolaire/unipolaire étant d'environ d'un sur quatre, on peut estimer la prévalence du suicide des patients bipolaires à 15 %, soit environ 2000 morts par an [26]. Il convient d'y ajouter les décès par accident (les patients bipolaires en phase maniaque y sont plus exposés) ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies (en cas de comorbidité) et les accidents iatrogènes [26]. La mortalité suicidaire des bipolaires a baissé depuis l'introduction des sels de lithium en thérapeutique [26]. C'est une des données sur laquelle il y a un relatif consensus international. Les complications majeures du trouble bipolaire sont l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues et l'aggravation de la maladie par augmentation du nombre de cycles en l'absence de traitement [26]. Après 20 à 30 ans d'évolution, il y a de moins en moins de phases inter critiques chez une majorité de patients, voire des cycles rapides (passage incessant de la manie à la dépression) [26]. Le trouble bipolaire, lorsqu'il n'est pas traité, a une importante répercussion sur la qualité de vie ; par exemple, il multiplie par trois le risque de divorce et entraîne une insertion professionnelle d'autant plus préjudiciable que les bipolaires traités et équilibrés ont de bonnes capacités d'intégration socioprofessionnelle et familiale [26].

Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire sont plus susceptibles de fumer, de consommer de l'alcool, de souffrir d'un problème de santé physique (par exemple, une maladie cardiovasculaire ou respiratoire) et d'avoir des difficultés à accéder aux soins de santé. En moyenne, les personnes atteintes d'un trouble bipolaire meurent 13 ans plus tôt que la population générale [31].

3.3.4.2.Clinique

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte [23]. La CIM 10 distingue :

*Les épisodes maniaques s'appliquant à un épisode avec une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique [23].

* Trouble affectif bipolaire : caractérisé par plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression) [23].

* Les épisodes dépressifs : sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques » [23].

* Les Troubles dépressifs récurrents

* Troubles de l'humeur persistants

* Autres troubles de l'humeur [23].

3.3.5. Troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent plusieurs entités cliniques distinctes, partageant un noyau commun d'anxiété pathologique mais se différenciant par leurs modalités d'expression, leurs déclencheurs et leurs conséquences fonctionnelles [33,34].

3.3.5.1.Épidémiologie

Les troubles anxieux figurent parmi les affections psychiatriques les plus fréquentes dans le monde. Leur répartition varie selon les régions, les contextes socio-culturels et les méthodes diagnostiques utilisées. Les données disponibles mettent toutefois en évidence un fardeau important en population générale, souvent sous-estimé, en particulier dans les pays à ressources limitées [35].

À l'échelle mondiale, les troubles anxieux constituent les troubles mentaux les plus répandus. Les estimations internationales indiquent qu'environ 301 millions de personnes dans le monde vivent avec un trouble anxieux, soit près de 4 % de la population mondiale [9]. Leur impact

sur la santé publique est considérable en raison de leur fréquence élevée, de leur début souvent précoce et de leur évolution fréquemment chronique [2].

La prévalence varie selon les différentes entités cliniques. Les phobies spécifiques représentent la forme la plus fréquente, avec une prévalence au cours de la vie estimée entre 8 % et 10 %. Le trouble d'anxiété sociale présentent des prévalences comprises entre 4 % et 6 %, le trouble anxieux généralisé entre 3 % et 5 % tandis que le trouble panique concerne environ 2 % à 3 % de la population générale [35].

En Afrique, les données épidémiologiques sur les troubles anxieux demeurent limitées et hétérogènes. Les études disponibles, souvent ponctuelles, estiment une prévalence comprise entre 5 % et 15 % en population générale, soit des taux comparables aux moyennes mondiales [6,36].

Cette prévalence est probablement sous-estimée en raison de la stigmatisation, de l'expression somatique fréquente des symptômes, du recours aux soins traditionnels et de l'accès restreint aux services spécialisés [37]. Par ailleurs, la pauvreté, l'instabilité politique et les conflits accroissent la vulnérabilité aux troubles anxieux [38].

3.3.5.2.Clinique

Trouble anxieux généralisé (TAG)

Le trouble anxieux généralisé se caractérise par une anxiété et des préoccupations excessives, présentes la plupart du temps pendant au moins six mois, portant sur de multiples domaines de la vie quotidienne tels que la santé, le travail, les études ou la famille. Cette inquiétude est difficilement contrôlable et s'accompagne de symptômes somatiques et psychiques [1].

Cliniquement, le TAG associe une hypervigilance permanente, une anticipation négative des événements et des manifestations telles que la fatigabilité, la tension musculaire, l'irritabilité, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration. Il constitue un motif fréquent de consultation en soins primaires, souvent sous forme de plaintes somatiques chroniques [1].

Trouble panique

Le trouble panique est défini par la survenue répétée et inattendue de crises de panique. Celles-ci correspondent à des épisodes de peur intense d'apparition brutale, atteignant un pic en quelques minutes, et associées à des symptômes neurovégétatifs marqués tels que

palpitations, dyspnée, tremblements, vertiges, douleurs thoraciques ou sensations de perte de contrôle [1].

La crainte persistante de nouvelles crises et leurs conséquences conduit fréquemment à des comportements d'évitement et à un retentissement fonctionnel important. En médecine générale, le trouble panique est souvent confondu avec des pathologies somatiques aiguës, notamment cardiovasculaires [1].

Agoraphobie

L'agoraphobie correspond à une peur ou une anxiété intense dans des situations où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de malaise, telles que les transports publics, les espaces ouverts ou clos, les foules ou le fait de se retrouver seul hors du domicile [1].

Cette anxiété entraîne des conduites d'évitement marquées ou la nécessité d'être accompagné. L'agoraphobie est fréquemment associée au trouble panique, mais peut également se présenter de manière isolée, avec un impact parfois sévère sur l'autonomie du patient [1].

Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques se caractérisent par une peur intense, persistante et disproportionnée déclenchée par un objet ou une situation précise, tels que certains animaux, le sang, les hauteurs ou les espaces clos. L'exposition au stimulus phobogène provoque une réaction anxieuse immédiate, conduisant à un évitement systématique [1].

Le retentissement fonctionnel est variable, allant d'une gêne modérée à une limitation importante des activités quotidiennes, notamment lorsque le stimulus est difficilement évitable [1].

Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)

Le trouble d'anxiété sociale se manifeste par une peur marquée et persistante des situations sociales ou de performance dans lesquelles l'individu redoute d'être observé, jugé ou humilié. Cette anxiété entraîne un évitement des interactions sociales, telles que parler en public, participer à des réunions ou interagir avec des inconnus [1].

Sur le plan clinique, on observe fréquemment des manifestations somatiques associées, telles que rougeurs, tremblements, sudation ou évitement du regard. Le retentissement peut être majeur sur la scolarité, la vie professionnelle et les relations interpersonnelles [1].

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

L'étude a été conduite dans cinq districts sanitaires du Mali : Kati, Ouélessébougou, Kalaban-Coro, Kolokani et Dioïla. Un district sanitaire regroupe plusieurs aires de santé, chacune desservie par un Centre de santé communautaire (CSCoM).

4.1.1. Géographie du Mali

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 1 241 238 km². Selon le cinquième Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5), sa population était de 22 395 489 habitants en 2022 [39]. Le pays compte 19 régions administratives et le district de Bamako.

4.1.2. Démographie du Mali

La population malienne vit majoritairement en milieu rural. Les personnes âgées de 18 ans ou plus représentaient environ 46,0 % de la population en 2022 [39].

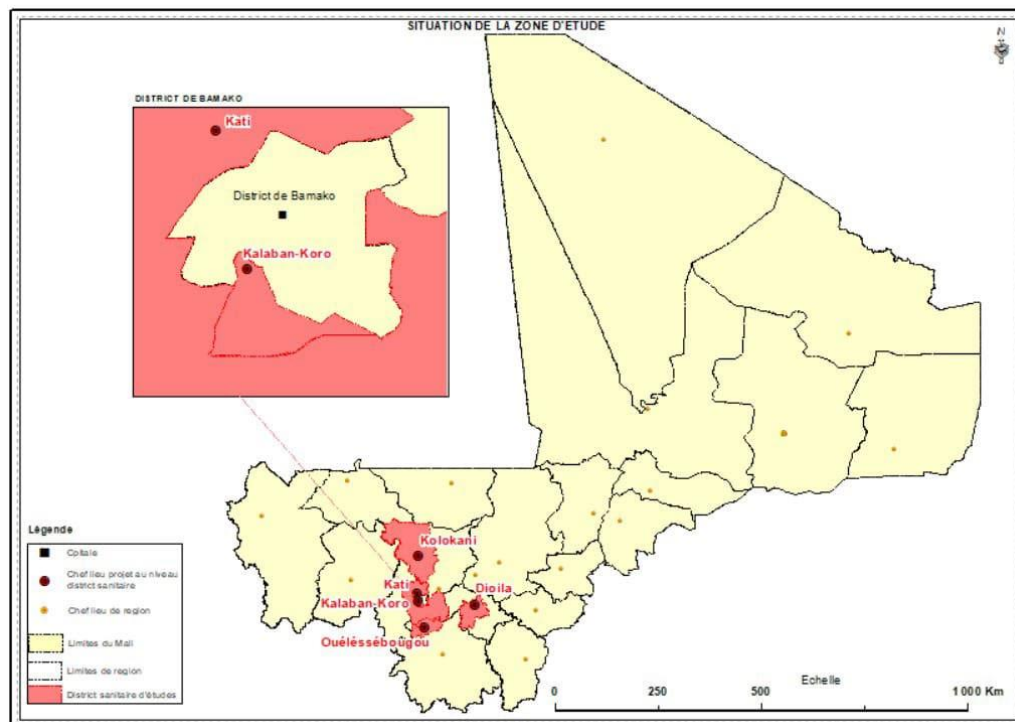


Figure 1 : Situation des cinq districts sanitaires étudiés au Mali. [40]

4.1.3. Gestion des structures sanitaires

Le système de santé malien est organisé de manière pyramidale. Le niveau opérationnel comprend les CSCoM et les Centres de santé de référence (CSRéf) ; le niveau intermédiaire est constitué des établissements hospitaliers régionaux ; le niveau central comprend les

établissements nationaux de troisième référence [41]. Les CSCom sont gérés avec la participation des Associations de santé communautaire (ASACO).

Les données relatives au nombre de structures correspondent à l'année de la source et doivent être interprétées comme telles [41].

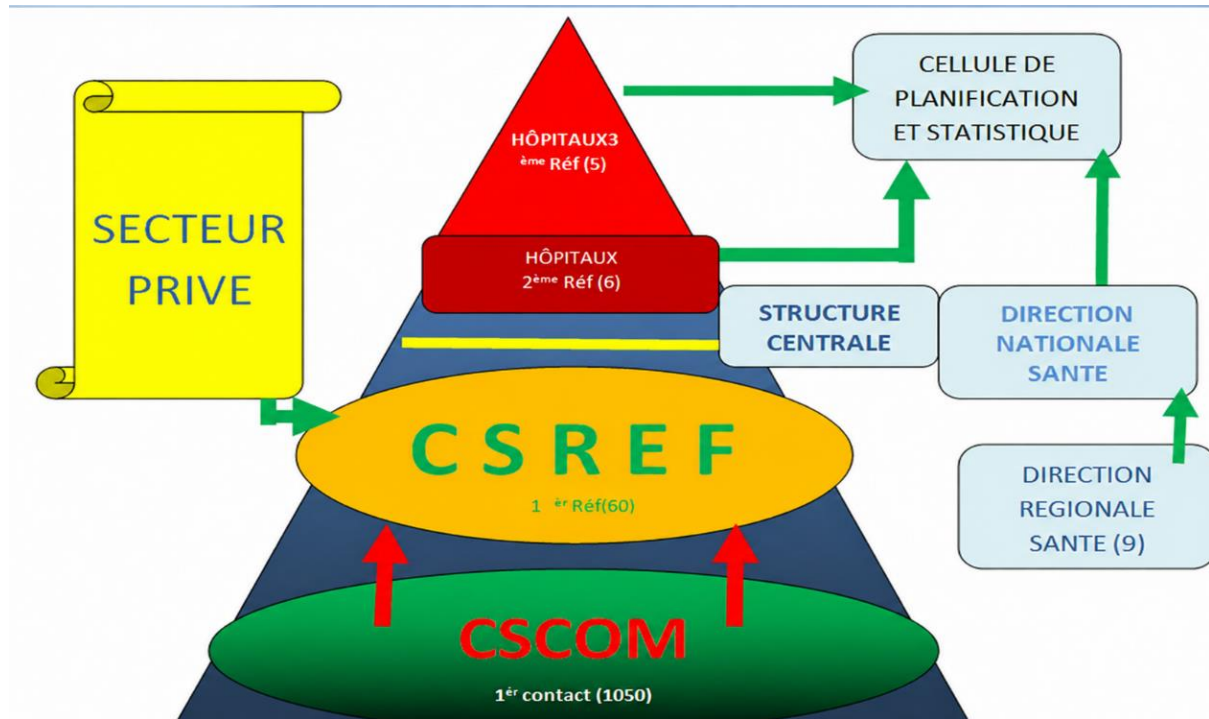


Figure 2 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali [41].

4.1.4. Description des districts sanitaires

Kalaban-Coro

Le district sanitaire de Kalaban-Coro est situé sur la rive droite du fleuve Niger, dans la région de Koulikoro, à proximité immédiate du district de Bamako. En 2020, il couvrait environ 25 425 km², regroupait 117 villages et comptait près de 349 970 habitants selon les données rapportées par Maïga et collaborateurs. Ces données décrivent le cadre territorial de l'étude et doivent être interprétées selon l'année de la source.

Dioïla

Le district sanitaire de Dioïla se situe dans la partie méridionale du Mali. Son chef-lieu est relié aux principaux axes de la région et dessert une population répartie entre espaces urbains et ruraux.

Ouélessébougou

Le district sanitaire d'Ouélessébougou est situé au sud de Bamako, sur l'axe Bamako-Sikasso. Les documents sanitaires récents rapportent une organisation autour d'un Centre de santé de référence et de plusieurs aires de santé communautaires. Les données démographiques et le

nombre exact d'aires de santé doivent toujours être accompagnés de leur année de référence, car le découpage sanitaire évolue.

Kati

Le district sanitaire de Kati est situé dans la région de Koulikoro et jouxte le district de Bamako. Une étude publiée en 2024 décrit 35 aires de santé fonctionnelles sur 37, réparties dans 23 communes, sur une superficie d'environ 9 636 km².

Kolokani

Le district sanitaire de Kolokani correspond au cercle de Kolokani, dans la région de Koulikoro. Il est situé sur l'axe Bamako-Nara et couvre un territoire majoritairement rural.

4.2.Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale en population générale.

4.3.Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant d'octobre 2024 à septembre 2025, la collecte des données s'est déroulée en un mois allant de janvier 2025 à février 2025.

4.4. Population d'étude

L'étude concernait la population générale âgée de 18 ans ou plus résidant au Mali.

4.4.1. Critères d'inclusion

L'enquête a pris en compte les individus âgés de 18 ans ou plus ayant donné leur consentement verbal.

4.4.2. Critères de non-inclusion

Les personnes institutionnalisées (prison, hôpitaux, campus, etc.) et celles incapables de comprendre et de répondre aux questions dans les langues utilisées pour l'étude n'ont pas été incluses.

4.5. Echantillonnage

4.5.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été estimée à l'aide de la formule de Daniel Schwartz :

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{d^2}$$

où :

- n représente la taille minimale de l'échantillon nécessaire ;
- Z correspond à la valeur de la loi normale réduite associée au niveau de confiance choisi, soit 1,96 pour un niveau de confiance de 95 % ;
- p désigne la prévalence attendue du phénomène étudié dans la population ;
- $1 - p$ représente la proportion de la population ne présentant pas le phénomène étudié ;
- d correspond à la précision souhaitée, fixée à 5 %.

Compte tenu du plan d'échantillonnage en grappes, un effet de grappe (DEFF) de 2 a été appliqué afin de tenir compte de la corrélation intra-grappe.

Le calcul de la taille provenait de l'étude mère sur les troubles mentaux en population générale. En l'absence de données nationales, une prévalence de 41,43 % rapportée au Burkina Faso pour l'ensemble des troubles mentaux a été utilisée [42].

Avec $p = 41,4 \%$, une précision de 5 %, un niveau de confiance de 95 % et un effet de plan de 2, la taille minimale a été estimée à 746 participants par district, soit 3 730 participants pour les districts de l'étude. L'effectif final analysé était de 3 832 participants.

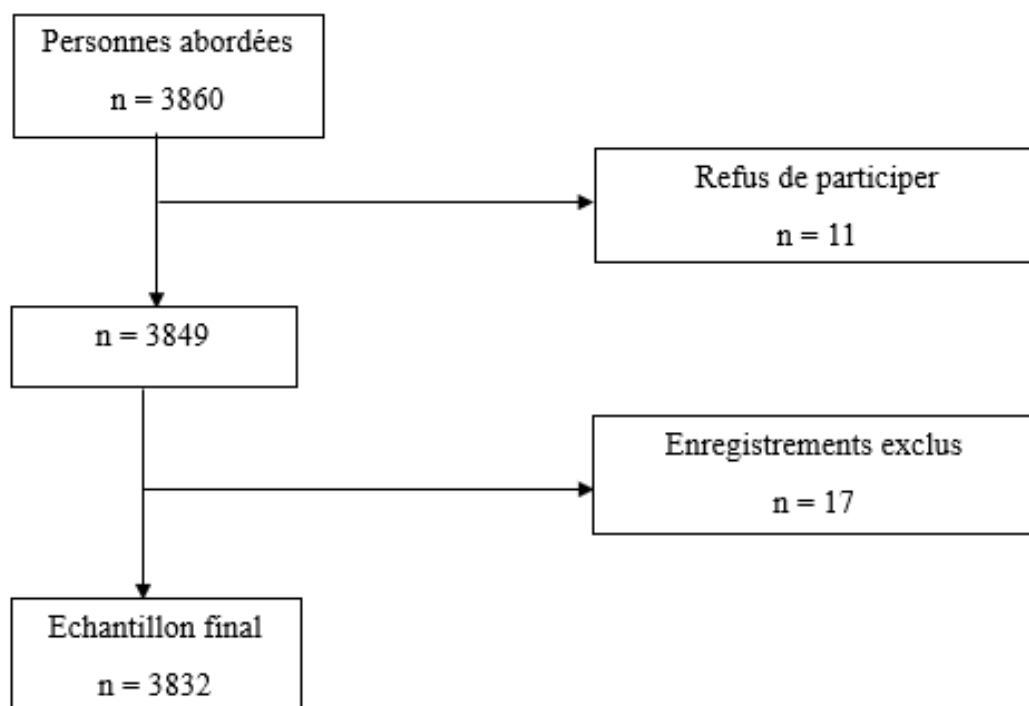


Figure 3 : Diagramme de flux.

4.5.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés.

- **Première étape : sélection des districts sanitaires**

Nous avons tiré au sort cinq (05) districts sanitaires parmi les 75 districts fonctionnels au Mali, en veillant à une répartition géographique qui reflète les diverses réalités du pays (zones urbaines, rurales, régions du nord et du sud). Chaque district retenu constitue une grappe primaire de l'échantillonnage. A l'issue de ce premier niveau de tirage, les cinq districts retenus furent Kati, Ouelessebougou, Kalaban-coro, Kolokani et Dioïla.

- **Deuxième étape : sélection des aires de santé et des villages/quartiers**

Dans chaque district sélectionné, un certain nombre d'aires de santé a été tiré au sort en fonction de la taille de la population du district. Le nombre d'aires de santé à inclure était proportionnel à la population totale du district, garantissant ainsi que les districts plus peuplés contribuent davantage à l'échantillon total.

Dans chaque aire de santé retenue, les villages, quartiers ou secteurs ont également été sélectionnés aléatoirement selon un principe de proportionnalité basé sur la population de chaque aire de santé. Dans chaque district, le chef-lieu sera systématiquement inclus dans l'enquête pour prendre en compte la représentation urbaine des troubles mentaux.

- **Troisième étape : choix des ménages**

Dans chaque village ou secteur tiré au sort, la maison du chef de village était considérée comme point central. A partir de ce point central, une direction était tirée au sort (en faisant tourner un stylo à bille après avoir choisi la pointe comme direction à prendre). Une fois la direction choisie, les enquêteurs ont procédé de proche en proche pour identifier les ménages jusqu'à obtenir la taille de l'échantillon souhaité par village. Le nombre de ménages choisis dans chaque village/quartier était proportionnel à la taille du village.

Chaque ménage est défini comme un groupe familial incluant un homme, son (ses) épouse(s), ses enfants, ainsi que tout autre parent vivant avec eux. Dans chaque ménage retenu, tous les membres âgés de 18 ans ou plus ont été invités à participer à l'étude, sous réserve de leur consentement éclairé.

4.6. Collecte des données

4.6.1. Outils de collecte

Dans le cadre de la présente enquête, plusieurs outils ont été utilisés pour la collecte des données. Pour chaque outil de collecte, les mots-clés ont fait l'objet d'une traduction en langues locales afin de permettre aux enquêteurs le cas échéant, de pouvoir lire et expliquer les contenus des questionnaires aux enquêtés.

Le questionnaire n°1 : il s'agissait d'un questionnaire écrit, développé par nous-mêmes, renseigné de façon anonyme par des enquêteurs. Ce questionnaire incluait plusieurs variables regroupées en deux volets, les caractéristiques sociodémographiques du sujet et les représentations sur les troubles mentaux.

Pour le repérage des différents troubles mentaux présents ou passés, Nous avons utilisé le Mini International Neuropsychiatric Interview ou questionnaire MINI [43]. Le MINI est un questionnaire structuré d'interview à visée diagnostique. Il est structuré en plusieurs modules pouvant être utilisés séparément. Dans la présente recherche, nous avons utilisé la version DSM-IV qui permet d'identifier les troubles suivants :

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)	Vie entière + Actuelle (2 dernières semaines)	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
F. AGORAPHOBIE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
G. PHOBIE SOCIALE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K'. TABAC	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K". JEU D'ARGENT ET DE HASARD	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K"". JEU VIDEO	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
M. ANOREXIE MENTALE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Vie entière + Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

Nous avons inclus tous les modules à l'exception des modules A', H, K', K'', K''', M, N et P. Un module supplémentaire tiré de la version CIM-10 évaluant l'insomnie au cours du mois écoulé a été ajouté au questionnaire Mini DSM-IV pour les besoins de l'enquête.

Au terme du remplissage du MINI, une fiche complémentaire évaluant les éventuels recours thérapeutiques utilisés pour faire face aux troubles mentaux ainsi que la satisfaction vis-à-vis des recours utilisés était administrée. Tous les outils ont été conçus sur un logiciel de collecte électronique « **KoboToolbox** ».

4.6.2. Techniques de collecte

Les données ont été collectées par des enquêteurs préalablement formés lors d'entretien en face à face. Des dispositions ont été prises pour s'assurer que les entretiens se déroulent dans un cadre permettant une libre expression, sans interférence d'autres membres du ménage. Dans le cas où une personne interrogée était en crise (état délirant, agitation, etc.), un répondant parmi ses proches a été sollicité pour fournir les informations requises.

4.7. Analyse des données

Les données collectées ont été saisies, nettoyées et analysées à l'aide du logiciel **IBM SPSS Statistics (version 25)**. Une vérification préalable de la cohérence, de la complétude et de la validité des données a été effectuée avant toute analyse statistique. Les données manquantes ont été traitées par exclusion des observations incomplètes lors des analyses concernées, sans imputation, compte tenu de leur faible proportion.

Les variables sociodémographiques ont été décrites par des effectifs (N) et des pourcentages (%) pour les variables qualitatives. L'âge a été regroupé en classes pertinentes sur le plan épidémiologique (18–24 ans, 25–34 ans, 35–44 ans et ≥ 45 ans).

Les prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois des troubles mentaux ont été estimées en calculant la proportion de participants présentant au moins un des troubles mentaux évalués dans le cadre de cette enquête ainsi que la proportion présentant chaque catégorie diagnostique (troubles de l'humeur, troubles anxieux, état de stress post-traumatique, troubles psychotiques, dépendance aux substances psychoactives). Les prévalences ont également été stratifiées selon le sexe et les classes d'âge, afin d'explorer les variations sociodémographiques de la morbidité psychiatrique.

Les représentations socioculturelles de la maladie mentale ont été analysées de manière descriptive. Les réponses aux items portant sur la description d'une personne atteinte de maladie

mentale, les causes perçues et les attitudes vis-à-vis des personnes atteintes ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages. Chaque item a été analysé séparément, les réponses multiples étant autorisées. Les proportions ont été calculées par rapport au nombre total de participants ayant répondu à chaque question.

Une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la présence d'au moins un trouble mental au cours de la vie.

Pour chaque variable explicative, une régression logistique binaire a été effectuée, avec le trouble mental (oui/non) comme variable dépendante. Les résultats ont été exprimés en Odds Ratio (OR) bruts accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95%) et des valeurs de p. Les variables ayant un niveau de significativité $p < 0,20$ en analyse univariée, ainsi que celles jugées pertinentes sur le plan clinique et épidémiologique, ont été retenues pour l'analyse multivariée.

Une analyse multivariée par régression logistique binaire a été réalisée afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la survenue d'au moins un trouble mental au cours de la vie, après ajustement sur les variables de confusion potentielles. Les résultats ont été présentés sous forme d'Odds Ratio ajustés (ORa) avec leurs IC95%. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

4.8.Considérations Ethiques

La présente recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'USTTB sous le numéro 2024/128/CE/USTTB. En outre, l'approbation des autorités coutumières et administratives locales étant indispensable à la bonne exécution de cette recherche, des contacts préalables ont été entrepris à leur endroit pour leur expliquer les buts de ladite recherche et susciter leur adhésion et soutien. Toutes les démarches nécessaires à cet effet ont été conduites par l'investigateur principal. L'enquête fut conduite conformément aux recommandations de déontologie et bonnes pratiques cliniques. Elle pouvait être arrêtée en cours de réalisation indépendamment de la volonté de l'investigateur principal.

La présente recherche impliquant la participation de sujets humains a été conduite conformément aux principes fondamentaux d'éthique, qui sont le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Toutes les dispositions utiles ont été observées en vue du respect de l'autonomie de toute personne qui participe à cette recherche. La présente recherche n'est assortie que de risques minimes. Chaque personne participant à cette recherche fut traitée conformément à ce qui est moralement équitable et approprié.

Avant toute inclusion, chaque personne a reçu des informations détaillées, précises et convenablement véhiculées dans la langue qu'elle maîtrise. Ces informations ont permis à la personne en toute connaissance de cause, d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et de se retirer à tout moment. Toutefois, dans le cas particulier des personnes inaptes à consentir, (état délirant, agitation psychomotrice, état démentiel, état confusionnel...), un assentiment était requis d'une autre personne membre de la famille. Cette dernière était sollicitée pour donner les informations utiles. En tout état de cause, l'assentiment de la personne qui se prête à la recherche devra être recherché autant que faire se peut.

L'anonymat absolu et la confidentialité furent garantis pour toute personne participant à la recherche. Les données personnelles collectées et rendues anonymes, ont été sauvegardées sur support informatique uniquement accessible à l'équipe de recherche. Leur utilisation ne sera faite qu'à des fins scientifiques.

Toute personne incluse dans la présente recherche et chez qui un problème de santé physique ou psychique a été décelé a reçu des informations personnalisées sur les possibilités de prise en charge tant médicale que psychologique et a été orientée vers les services compétents le cas échéant.

RESULTATS

5. RESULTATS

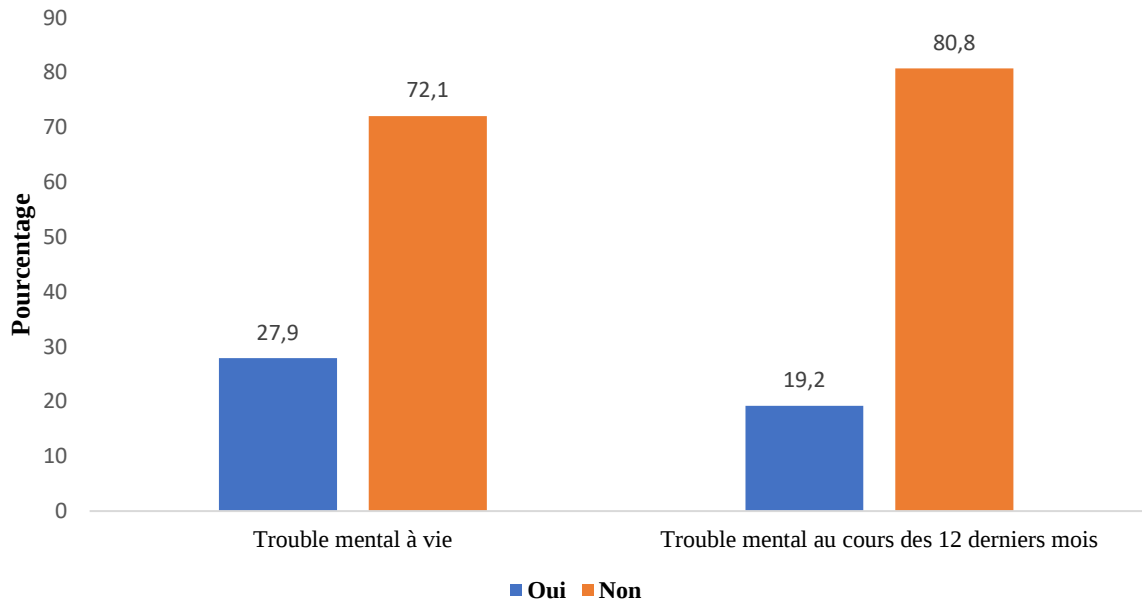


Figure 4 : Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d’au moins un trouble mental en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Les prévalences sur la vie entière et au cours des 12 derniers mois d’au moins un trouble mental étaient de 27,9 % et de 19,2 % respectivement.

Tableau I : Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d’au moins un trouble mental par sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Sexe	Trouble mental à vie		Trouble mental au cours des 12 derniers mois	
	N	%	N	%
Masculin	495	23,9	319	15,4
Féminin	575	32,7	416	23,6

La prévalence à vie d’au moins un trouble mental était de 32,7 % chez les femmes contre 23,9 % chez les hommes.

La prévalence au cours des 12 derniers mois d’au moins un trouble mental était de 23,6 % chez les femmes et de 15,4 % chez les hommes.

Tableau II: Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble mental par classe d'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Âge (ans)	Trouble mental à vie		Trouble mental au cours des 12 derniers mois	
	N	%	N	%
18-24	157	22,2	104	14,7
25-34	262	25,1	172	16,5
35-44	224	31	159	22
≥45	427	31,4	300	22,1

La prévalence à vie d'au moins un trouble mental était de 31,4 % chez les personnes âgées de 45 ans et plus.

La prévalence au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble mental était de 22,1 % chez les personnes âgées de 45 ans et plus.

Tableau III: Prévalences à vie des différents types de troubles mentaux en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Troubles mentaux	Oui	
	N	%
Episode dépressif majeur	395	10,3
Dysthymie	30	0,8
Hypomanie	67	1,7
Manie	24	0,6
Trouble de l'humeur	484	12,6
Trouble panique	227	5,9
Agoraphobie	127	3,3
Phobie sociale	42	1,1
Anxiété généralisée	185	4,8
Trouble anxieux	458	12
Etat de stress post traumatique	359	9,4
Usage de SPA	110	2,9
Dépendance aux SPA	49	1,3
Troubles psychotiques	237	6,2

Les troubles de l'humeur étaient les plus prévalents avec 12,6 %.

Tableau IV: Prévalences au cours des 12 derniers mois des différents types de troubles mentaux en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Troubles mentaux	Oui	
	N	%
Episode dépressif majeur	159	4,1
Risque suicidaire	310	8,1
Hypomanie	31	0,8
Manie	11	0,3
Trouble de l'humeur	224	5,8
Trouble panique	173	4,5
Agoraphobie	100	2,6
Phobie sociale	24	0,6
Anxiété généralisée	177	4,6
Trouble anxieux	375	9,8
Etat de stress post traumatique	229	6
Usage de SPA	86	2,2
Dépendance aux SPA	46	1,2
Troubles psychotiques	144	3,8

Les troubles anxieux étaient les plus prévalents avec 9,8 %.

Tableau V: Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Caractéristiques	N	%
Sexe (n = 3832)		
Féminin	1759	45,9
Masculin	2073	54,1
Tranche d'âge (n = 3832)		
18-24	707	18,4
25-34	1044	27,2
35-44	722	18,8
≥ 45	1359	35,5
District sanitaire (3832)		
Ouéléssebougou	796	20,8
Kati	782	20,4
Kolokani	765	20,0
Kalabancoro	747	19,5
Dioïla	742	19,4
Rang de la fratrie utérine (n=3832)		
1 ^{er} à 5 ^{ème}	3097	80,8
6 ^{ème} à 11 ^{ème}	702	18,3
12 ^{ème} et plus	34	0,9
Statut matrimonial (n = 3832)		
Marié(e)	3192	83,3
Célibataire	460	12,0
Veuf(ve)	155	4,0
Divorcé(e)	25	0,7
Education (n = 3832)		
Alphabétisé	114	3,0
Jamais scolarisé	1489	39,1
Primaire	1189	31,0
Secondaire	533	13,9
Supérieur	222	5,8

Ecole coranique	273	7,1
Non précisé	2	0,1
Situation professionnelle (n = 3832)		
Agriculteur	1008	26,3
Femme au foyer	908	23,7
Commerçant	557	14,5
Ouvrier/manœuvre	323	8,4
Salarié du secteur privé	268	7,0
Elève/Etudiant	185	4,8
Chômeur/Sans emploi	147	3,8
Artisan	132	3,4
Fonctionnaire	92	2,4
Retraité	88	2,3
Eleveur	54	1,4
Transporteur	28	0,7
Tradithérapeute	18	0,5
Artiste	13	0,3
Chef de village	11	0,3
Consanguinité parents (n=3832)		
Oui	1545	40,3
Non	2283	59,6
Non précisé	4	0,1
Croyance (n=3832)		
Oui	3711	96,8
Non	110	2,9
Refus	11	0,4
Religion (n=3711)		
Musulman	3454	93,1
Chrétien	131	3,5
Religion traditionnelle	126	3,4

Parmi les participants, 54,1 % étaient de sexe masculin, 27,2 % avaient un âge compris entre 25 et 34 ans, 21,3 % étaient premier né dans la fratrie utérine, 83,3 % étaient mariés, 39,1 % n'ont jamais été scolarisés, 26,3 % étaient agriculteurs, 59,6 % étaient issus d'un mariage non consanguin, 96,8% étaient croyant dont 93,1 % étaient de confession musulmane.

Tableau VI: Description d'une personne atteinte de trouble mental par la population enquêtée dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Description d'une personne atteinte d'un trouble mental	Oui	
	N	%
Une personne qui parle au hasard	2679	69,9
Une personne qui rit sans raison	1153	30,1
Une personne qui néglige son corps ou son habillement	1794	46,8
Une personne qui est agressive verbalement ou physiquement	1583	41,3
Une personne qui s'isole	1288	33,6
Une personne qui se promène et parcourt de longues distances sans raison	218	5,7
Une personne qui ramasse les déchets	148	3,9
Une personne qui fait des gestes bizarres	162	4,2

Dans la population enquêtée, les 69,9 % pensent qu'une personne qui parle au hasard est une personne atteinte de maladie mentale.

Tableau VII: Perceptions de la population enquêtée dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025 sur les causes d'un trouble mental

Causes d'un trouble mental	Oui	
	N	%
Héréditaire	1229	32,1
Causes surnaturelles (Possession par les génies, sorcellerie, ancêtres mécontents, châtiment de Dieu en cas de mal commis)	3617	94,5
Un abus de drogues	2584	67,4
Un abus d'alcool	997	26
Stress/Traumatismes physique ou psychique	845	22
Maladies somatiques ; Soumaya kokolen/soumaya/paludisme/paludisme grave	162	4,2
Dans la population enquêtée, les 94,4 % pensent que le surnaturel est la cause du trouble mental.		

Tableau VIII: Perceptions de la population enquêtée à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

Perceptions	Oui	
	N	%
Un garçon atteint de maladie mentale peut-il épouser une fille qui n'a pas de maladie mentale ?	909	23,7
Une fille atteinte de maladie mentale peut-elle se marier à un garçon qui n'a pas de maladie mentale ?	1135	29,6
Est-il possible de guérir d'une maladie mentale ?	2176	56,7
Doit-on contraindre un malade mental à se soigner ?	2091	54,6

Dans la population enquêtée, les 56,7 % pensent que c'est possible de guérir d'une maladie mentale.

Tableau IX: Facteurs associés à la survenue d'un trouble mental au cours de la vie en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025

Variables explicatives	Trouble mental				
	Univariée			Multivariée	
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%
Sexe					
Féminin	1,5	1,3-1,8	<0,0001*	1,7	1,4-2,0*
Masculin	Réf				
Classe d'âge (ans)					
18-24	0,6	0,5-0,7	<0,0001*	0,6	0,4-0,8*
25-34	0,7	0,6-0,8	0,0006*	0,7	0,6-0,9*
35-44	1,0	0,8-1,1	0,8531	0,9	0,8-1,2
≥45	Réf				
Consanguinité entre les parents					
Oui	0,8	0,7-0,9	0,0059*	0,9	0,7-1,0
Non	Réf				
Statut marital					
Marié	0,5	0,4-0,7	<0,0001*	0,6	0,4-1,0
Célibataire	0,4	0,2-0,5	<0,0001*	0,7	0,4-1,1
Divorcé	1,6	0,7-3,8	0,2614	2,2	0,9-5,3
Veuf/Veuve	Réf				
Niveau d'étude					
Alphabétisé	1,1	0,7-1,7	0,5878	1,0	0,62-1,4
Primaire	0,7	0,6-0,8	<0,0001*	0,8	0,7-1,0
Secondaire	0,7	0,6-0,9	0,0019*	0,8	0,6-1,0
Supérieur	0,5	0,4-0,7	0,0001*	0,7	0,5-1,0
Ecole Coranique	1,0	0,8-1,3	0,8755	1,1	0,8-1,5
Jamais scolarisé	Réf				

Religion

Musulmane	2,1	1,3-3,4	0,0026*	1,7	0,8-3,1
Chrétienne	1,4	0,7-2,7	0,2594	1,3	0,7-2,7
Religion traditionnelle	Réf				

District sanitaire

Kati	0,5	0,4-0,7	<0,0001*	1,4	0,9-1,5
Ouélessébougou	1,8	1,5-2,2	<0,0001*	--	--
Kalabancoro	0,7	0,6-1,0	0,0075*	1,5	1,1-2,0*
Kolokani	0,5	0,4-1,0	<0,0001*	--	--
Dioila	Réf				

Usage de SPA vie

Oui	6,1	4,0-9,2	<0,0001*	1,3	0,7-,2,3
Non	Réf				

OR : Odds Ratio ; IC95% : Intervalle de confiance à 95% ; *pvalue inférieur à 0,05

En raison d'une colinéarité entre la région et le district sanitaire, certaines modalités du district n'ont pas pu être estimées dans le modèle ajusté.

En analyse univariée, le sexe féminin, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la religion, la zone géographique, le district sanitaire et l'usage de substances psychoactives étaient significativement associés à la présence d'un trouble mental. Après ajustement, le sexe féminin et l'âge jeune (18–34 ans) restaient significativement associés aux troubles mentaux, de même que certaines zones géographiques.

DISCUSSION

6. DISCUSSION

Les résultats mettent en évidence une fréquence élevée des troubles mentaux dans la population générale adulte des cinq districts sanitaires étudiés au Mali : 27,9 % à vie et 19,2 % au cours des 12 derniers mois. La prévalence était plus élevée chez les femmes. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux dominaient le profil épidémiologique. Ces données soulignent la nécessité d'intégrer la santé mentale dans les politiques de santé publique au Mali.

Prévalence globale

Notre étude a révélé une prévalence de 27,9 % à vie et de 19,2 % au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence est supérieure à celle rapportée au Nigéria, autour de 12,1 % à vie [44]. Des estimations réalisées dans d'autres contextes africains ont rapporté une prévalence annuelle d'environ 25 % au Kenya [44] et de près de 30 % en Afrique du Sud [45]. À l'échelle internationale, environ une personne sur huit vit avec un trouble mental [9]. La prévalence élevée observée dans notre étude peut s'expliquer par le contexte de crise multidimensionnelle au Mali, la pénurie de services spécialisés, la stigmatisation et les représentations culturelles qui retardent le recours aux soins. Les différences de méthode et l'utilisation d'un outil de dépistage sensible peuvent également contribuer aux écarts observés.

Différences selon le sexe

Nous avons constaté une prédominance féminine marquée : 32,7 % à vie chez les femmes contre 23,9 % chez les hommes; sur les 12 derniers mois, les prévalences étaient respectivement de 23,6 % et 15,4 %. Ces différences concordent avec les données internationales indiquant une fréquence plus élevée des troubles anxieux et dépressifs chez les femmes [9]. En Afrique subsaharienne, cette vulnérabilité peut être accentuée par la précarité, la charge mentale domestique et les violences fondées sur le genre [46].

Différences selon l'âge

La prévalence à vie la plus élevée des troubles mentaux a été observée chez les personnes âgées de 45 ans et plus (31,4 %). Après ajustement, les adultes de 18-24 ans ($OR_a = 0,6$; $IC_{95} \% : 0,4-0,8$) et de 25-34 ans ($OR_a = 0,7$; $IC_{95} \% : 0,6-0,9$) présentaient des odds plus faibles de trouble mental que les personnes âgées de 45 ans et plus. Ces résultats peuvent refléter le cumul des expositions psychosociales, des contraintes socioéconomiques, des maladies chroniques et de l'isolement social avec l'avancée en âge [44,47].

Types de troubles

Les troubles de l'humeur étaient les plus fréquents à vie (12,6 %), suivis des troubles anxieux (12,0 %). Au cours des 12 derniers mois, les troubles anxieux prédominaient (9,8 %). L'épisode dépressif majeur concernait 10,3 % des participants à vie et 4,1 % au cours des 12 derniers mois; l'état de stress post-traumatique, 9,4 % et 6,0 %; et les troubles psychotiques, 6,2 % et 3,8 %. L'usage de substances psychoactives et la dépendance aux substances psychoactives étaient moins fréquents à vie (2,9 % et 1,3 %). Les prévalences de troubles anxieux et dépressifs ne permettent pas, à elles seules, de conclure à une comorbidité; elles justifient toutefois un dépistage clinique intégré [24].

Le risque suicidaire concernait 8,1 % des participants. Cette proportion était proche de la prévalence des idées suicidaires estimée à 7,9 % dans une récente méta-analyse menée au Nigéria [48]. Cette comparaison doit toutefois rester prudente, notre indicateur fondé sur le MINI regroupant plusieurs niveaux de suicidalité. Ce résultat souligne la nécessité d'un dépistage systématique et d'une orientation adaptée des personnes à risque.

L'épisode dépressif majeur (10,3 % à vie; 4,1 % au cours des 12 derniers mois) et l'état de stress post-traumatique (9,4 % à vie; 6,0 % au cours des 12 derniers mois) soulignent l'importance des traumatismes sociaux et politiques dans le contexte malien. La prévalence de l'état de stress post-traumatique observée dans cette étude est élevée au regard des données disponibles dans les populations exposées à des conflits [44]. Cette situation justifie le renforcement du dépistage et de la prise en charge des symptômes post-traumatiques.

Les troubles psychotiques (prévalence à vie : 6,2 % ; prévalence actuelle : 3,8 %) demeurent non négligeables dans notre étude. Ce taux, supérieur à la moyenne mondiale estimée à environ 1 % [2], témoigne d'un fardeau important et souligne la nécessité d'un renforcement des services spécialisés en santé mentale.

Représentations sociales

La majorité de la population associe la maladie mentale à des comportements visibles tels que le parler seul, la négligence corporelle ou l'agressivité, traduisant une représentation essentiellement comportementaliste et stigmatisante du trouble psychique. Cette perception rejoint les constats d'études menées dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, où la visibilité des symptômes est souvent perçue comme le principal critère du « désordre mental » [49,50].

L'étiologie perçue était dominée par les causes surnaturelles (94,5 %) et l'abus de drogues (67,4 %). Ces représentations sont similaires à celles décrites dans d'autres contextes d'Afrique de l'Ouest, où les génies sont fréquemment incriminés [51].

La stigmatisation reste un obstacle majeur : 76,3 % des enquêtés s'opposaient au mariage d'un homme atteint de trouble mental avec une femme non atteinte, et 70,4 % s'opposaient au mariage d'une femme atteinte avec un homme non atteint. Cette exclusion sociale peut freiner le recours aux soins conventionnels [52].

Facteurs associés

L'analyse multivariée a identifié trois associations indépendantes. Le sexe féminin était associé à une probabilité plus élevée de trouble mental (ORa = 1,7; IC95 % : 1,4-2,0). Par rapport aux personnes âgées de 45 ans et plus, les groupes de 18-24 ans (ORa = 0,6; IC95 % : 0,4-0,8) et de 25-34 ans (ORa = 0,7; IC95 % : 0,6-0,9) avaient des odds plus faibles. Le district de Kalaban-Coro était associé à une probabilité plus élevée de trouble mental (ORa = 1,5; IC95 % : 1,1-2,0).

Sur le plan géographique, seule la résidence dans le district de Kalaban-Coro demeurait associée à la présence d'un trouble mental après ajustement (ORa = 1,5; IC95 % : 1,1-2,0). Certaines modalités de district n'ont pas pu être estimées dans le modèle ajusté en raison d'une colinéarité avec la région. Les comparaisons géographiques doivent donc être interprétées avec prudence [47,53].

Les disparités géographiques observées peuvent refléter l'effet combiné de facteurs économiques, sociaux et structurels, notamment la précarité, la désorganisation des réseaux communautaires et la disponibilité limitée des services spécialisés [15].

Le sexe féminin demeurait indépendamment associé à la présence d'un trouble mental après ajustement (ORa = 1,7; IC95 % : 1,4-2,0). Cette observation concorde avec les données internationales décrivant une fréquence plus élevée des troubles anxieux et dépressifs chez les femmes [47].

Les associations observées pour le statut matrimonial en analyse univariée ne restaient pas concluantes après ajustement ; le statut matrimonial ne peut donc pas être retenu comme facteur indépendant dans cette étude. Le soutien social et familial peut néanmoins favoriser le bien-être psychologique dans d'autres contextes [53].

De même, les associations observées entre le niveau d'étude et les troubles mentaux en analyse univariée ne se maintenaient pas comme associations indépendantes après ajustement. La littératie en santé mentale et l'accès aux soins peuvent toutefois varier selon le niveau d'instruction [54]. La relation entre santé mentale et parcours scolaire peut également être bidirectionnelle [55].

L'usage de substances psychoactives était fortement associé aux troubles mentaux en analyse univariée (OR = 6,1; IC95 % : 4,0-9,2). Après ajustement, cette association n'était plus concluante (ORa = 1,3; IC95 % : 0,7-2,3); l'usage de substances psychoactives ne peut donc pas être présenté comme un facteur indépendant dans cette étude. Les données disponibles soulignent néanmoins l'importance d'une prévention intégrée des usages de substances et des troubles de santé mentale [56].

Enfin, la religion et les croyances traditionnelles n'ont pas montré d'association significative en analyse multivariée, suggérant une influence complexe et ambivalente sur la santé mentale.

D'un côté, la pratique religieuse peut offrir un soutien spirituel et communautaire favorisant la résilience psychologique [57]. De l'autre, les représentations spirituelles de la maladie mentale perçue comme une punition divine ou une possession peuvent retarder le recours aux soins médicaux au profit de traitements religieux ou traditionnels [57].

CONCLUSION

7. CONCLUSION

Cette étude menée dans cinq districts sanitaires du Mali a mis en évidence l'importance des troubles mentaux au sein de la population générale adulte. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le stress post-traumatique occupaient une place importante, avec une vulnérabilité plus marquée chez les femmes et les personnes exposées à l'usage de substances psychoactives. Elle a également révélé la persistance de représentations socioculturelles et d'attitudes stigmatisantes susceptibles de retarder le recours aux soins.

Ces résultats soulignent la nécessité de mieux intégrer la santé mentale dans les politiques de santé publique, de renforcer le dépistage et la prise en charge de proximité, et de développer des actions de sensibilisation adaptées aux réalités socioculturelles du Mali.

RECOMMANDATIONS

8. RECOMMANDATIONS

Au regard de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Pour les autorités sanitaires (Ministère de la santé)

- Intégrer la santé mentale dans le paquet d'activités des centres de références (CSRef) et des centres de santé communautaire (CSCOM) pour réduire le fossé thérapeutique.
- Renforcer les capacités des médecins généralistes et des infirmiers en matière de dépistage et de prise en charge des troubles anxio-dépressifs et du TSPT.
- Mettre en place des programmes de prévention et de sevrage tabagique et alcoolique au niveau communautaire.

Pour les populations et la société civile :

- Organiser des campagnes d'information pour déstigmatiser la maladie mentale et expliquer qu'elle relève de causes médicales traitables, au-delà des interprétations mystiques.
- Encourager la création de groupes de parole ou d'association de familles de patients pour briser l'isolement social.

Pour la recherche scientifique :

- Réaliser des études longitudinales pour mieux comprendre l'évolution du TSPT dans les zones directement touchées par les crises.
- Evaluer l'efficacité de l'intégration de la médecine traditionnelle et de la psychiatrie moderne pour une prise en charge holistique et culturellement acceptée.

REFERENCES

9. REFERENCES

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed [Internet]. 5^e éd. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed). Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
doi:10.1176/appi.books.9780890425596
2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Psychiatry*. 1 févr 2022;9(2):137-50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3 PubMed PMID: 35026139.
3. Nanema D, Goumbri P, Tindano T, Yaméogo H, Sawadogo I, Karfo K, et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des patients suivis dans le service de psychiatrie du CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso. *Inf Psychiatr*. 12 avr 2019;95(3):181-5. doi:10.1684/ipe.2019.1928
4. Trautmann S, Rehm J, Wittchen HU. The economic costs of mental disorders. *EMBO Rep*. 1 sept 2016;17(9):1245-9. doi:10.15252/embr.201642951
5. Mental illness - national institute of mental health (NIMH) [Internet]. [cité 6 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
6. Greene MC, Yangchen T, Lehner T, Sullivan PF, Pato CN, McIntosh A, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Africa: a scoping review. *Lancet Psychiatry*. août 2021;8(8):717-31. doi:10.1016/S2215-0366(21)00009-2 PubMed PMID: 34115983; PubMed Central PMCID: PMC9113063.
7. Jörns-Presentati A, Napp AK, Dessauvagie AS, Stein DJ, Jonker D, Breet E, et al. The prevalence of mental health problems in sub-saharan adolescents: a systematic review. *PLOS ONE*. 14 mai 2021;16(5):e0251689. doi:10.1371/journal.pone.0251689
8. Notue M, Alexandra C. Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU point G de bamako du 1erJanvier 2014 au 31 décembre 2018 [Thesis] [Internet]. Université des Sciences, des Techniques et des

- Technologies de Bamako; 2020 [cité 6 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3997>
9. World mental health report: transforming mental health for all. 1^{re} éd. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
 10. Troubles mentaux [Internet]. [cité 13 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 11. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global burden of disease study 2021 (GBD 2021) results [Internet]. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024. Disponible sur: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
 12. Gureje O, Lasebikan VO. Use of mental health services in a developing country. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1 janv 2006;41(1):44-9. doi:10.1007/s00127-005-0001-7
 13. Ae-Ngibise K, Cooper S, Adiibokah E, Akpalu B, Lund C, Doku V, et al. ‘Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them’: a qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. Int Rev Psychiatry. 1 déc 2010;22(6):558-67. doi:10.3109/09540261.2010.536149 PubMed PMID: 21226644.
 14. World Health Organization, World Health Organization, éditeurs. Mental health atlas 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. 62 p.
 15. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The lancet commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 27 oct 2018;392(10157):1553-98. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X PubMed PMID: 30314863.
 16. Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, République du Mali. État des lieux de la prise en charge de la santé mentale au mali [Internet]. 2023. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/item/7121-etat-des-lieux-de-la-prise-en-charge-de-la-sante-mentale-au-mali>
 17. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l’enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie,

- éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
18. World Health Organization, éditeur. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1992. 362 p. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true
 19. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité (11^e révision, CIM-11) [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 5 janv 2025]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
 20. Gaha L, Mechri A, Zaafrane F, Khiari G. LES TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES : QUAND LE PSYCHIQUE TRAHIT LE SOMATIQUE.
 21. Traoré I. Consommation des substances psychoactives chez les étudiants de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie [Thesis] [Internet]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019 [cité 7 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3709>
 22. Drugs [Internet]. [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
 23. CIM-10 Version : 2019 [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
 24. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617 PubMed PMID: 15939839; PubMed Central PMCID: PMC2847357.
 25. Eaton WW, Regier DA, Locke BZ, Taube CA. The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. Public Health Rep Wash DC 1974. 1981;96(4):319-25. PubMed PMID: 6265966; PubMed Central PMCID: PMC1424236.

26. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2008;166(1):63-70. doi:10.1016/j.amp.2007.11.010
27. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 24 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
28. Desseilles M, Massart N. Les psychoses délirantes chroniques. *Rev Médicale Liège.* 2009;64(9).
29. Weibel H, Metzger JY. Psychoses délirantes aiguës. *EMC - Psychiatr.* 1 janv 2005;2(1):40-61. doi:10.1016/j.emcps.2004.07.002
30. 200909_08.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Disponible sur: http://mentalhealthsciences.com/publications/pdf/200909_08.pdf
31. Trouble bipolaire [Internet]. [cité 24 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
32. Piver A, Yatham LN, Lam RW. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mai 2002;48:896-904. PubMed PMID: 12053634; PubMed Central PMCID: PMC2214054.
33. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety.* 2016;33(12):1141-54. doi:10.1002/da.22530
34. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? *Depress Anxiety.* 2009;26(12):1066-85. doi:10.1002/da.20633 PubMed PMID: 19957279.
35. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahbabi AA. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry.* 26 mai 2023;30(1):44. doi:10.1186/s43045-023-00315-3
36. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* mai 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X

37. Burns JK, Tomita A. Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juin 2015;50(6):867-77. doi:10.1007/s00127-014-0989-7
38. Juma K, Wekesah FM, Kabiru CW, Izugbara CO. Burden, drivers, and impacts of poor mental health in young people of west and central africa: implications for research and programming. In: McLean ML, éditeur. *West african youth challenges and opportunity pathways* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 5 janv 2026]. p. 233-65. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-21092-2_11 doi:10.1007/978-3-030-21092-2_11
39. Institut National de la Statistique du Mali (INSTAT). Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5): rapport des résultats globaux [Internet]. Bamako: INSTAT; 2022. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/rgph/rapport-resultats-globaux-rgph5_rgph.pdf
40. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Carte de Référence - Région de Koulikoro - Nouveau Découpage administratif du Mali. 2025.
41. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT): 2019–2023 [Internet]. Bamako: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales; 2019. Disponible sur: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/MLI_B3_s21_Plan%20Strategique%20MNT%20VF%20230319.pdf
42. Ouédraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanéma D, Sawadogo B. Prévalence des troubles mentaux en population générale au burkina faso. *L'Encéphale.* 1 sept 2019;45(4):367-70. doi:10.1016/j.encep.2018.03.002
43. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PubMed PMID: 9881538.
44. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-

- analysis. *Lancet Lond Engl*. 20 juill 2019;394(10194):240-8. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1 PubMed PMID: 31200992; PubMed Central PMCID: PMC6657025.
45. Achoki T, Sartorius B, Watkins D, Glenn SD, Kengne AP, Oni T, et al. Health trends, inequalities and opportunities in South Africa's provinces, 1990–2019: findings from the global burden of disease 2019 study. *J Epidemiol Community Health*. 1 mai 2022;76(5):471-81. doi:10.1136/jech-2021-217480 PubMed PMID: 35046100.
46. Gbadamosi I, Tabiri Henneh I, Okeowo O, Yawson E, Fokoua AR, Koomson A, et al. Depression in sub-saharan africa. *IBRO Rep*. 1 mars 2022;12:309-22. doi:10.1016/j.ibneur.2022.03.005
47. Global report on health equity for persons with disabilities. 1^{re} éd. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
48. Abubakar AK, Abioye AI, Yisa MN, Olofin DO, Okusanya TR, Olukorode SO, et al. Prevalence of suicidal behavior in nigeria: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 20 janv 2026;16(1):5799. doi:10.1038/s41598-026-36002-6
49. Gureje O, Nortje G, Makanjuola V, Oladeji B, Seedat S, Jenkins R. The role of global traditional and complementary systems of medicine in treating mental health problems. *Lancet Psychiatry*. févr 2015;2(2):168-77. doi:10.1016/S2215-0366(15)00013-9 PubMed PMID: 26052502; PubMed Central PMCID: PMC4456435.
50. Sorsdahl KR, Flisher AJ, Wilson Z, Stein DJ. Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in mpumulanga, south Africa. *Afr J Psychiatry*. sept 2010;13(4):284-90. doi:10.4314/ajpsy.v13i4.61878 PubMed PMID: 20957328.
51. Pigeon-Gagné É, Hassan G, Yaogo M, Saïas T, Ouedraogo D. La maladie mentale et la folie : représentations sociales des troubles de santé mentale à bobo-dioulasso (burkina faso). *Sci Soc Santé*. 24 mai 2023;41(1):41-64. doi:10.1684/sss.2023.0241
52. Bergot C. État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest. *Eur Psychiatry*. nov 2013;28(S2):72-72. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.09.192

53. Mwangala PN, Kerubo A, Makandi M, Odhiambo R, Abubakar A. Prevalence and associated factors of mental and substance use problems among adults in Kenya: a community-based cross-sectional study. *PLOS Glob Public Health*. 30 juin 2025;5(6):e0004130. doi:10.1371/journal.pgph.0004130

54. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(1):45-52. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x

55. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 27 août 2014;14(1):237. doi:10.1186/s12888-014-0237-4

56. Ebrahim J, Adams J, Demant D. Substance use among young people in sub-saharan africa: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 11 sept 2024;15. doi:10.3389/fpsyt.2024.1328318

57. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York, NY, US: Oxford University Press; 2012. xv, 1169 p. (*Handbook of religion and health*, 2nd ed).

FICHE SIGNALETIQUE

10. FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Fakou Makan dit Babily

Contact : +223 90 33 89 76

Adresse e-mail : babilydembele53@gmail.com

Titre de la thèse : *Epidémiologie des troubles mentaux en population générale adulte dans cinq districts sanitaires au Mali en 2025.*

Année de soutenance : 2026

Pays d'origine de l'étudiant(e) : Mali

Ville et lieu de soutenance : Bamako, Faculté de Médecine et d'Ondo-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Ondo-Stomatologie (FMOS)

Centre d'intérêt : Psychiatrie ; Santé mentale ; Santé publique ; Épidémiologie

11. RÉSUMÉ (Français)

Introduction :

Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Mali, les données épidémiologiques en population générale demeurent rares et fragmentaires, étant le plus souvent limitées aux études hospitalières. Cette insuffisance d'informations freine l'élaboration de politiques de santé mentale adaptées au contexte socioculturel local.

Objectif :

Étudier la prévalence des troubles mentaux et identifier les facteurs associés au sein de la population générale adulte dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique menée en population générale adulte dans cinq districts sanitaires du Mali. Les données ont été collectées à l'aide de la version française du **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**. Les variables sociodémographiques, cliniques et socioculturelles ont été analysées à l'aide du logiciel **SPSS**. Les troubles mentaux ont été classés selon la **CIM-10**.

Résultats :

La prévalence à vie d'au moins un trouble mental était élevée dans la population étudiée. Les troubles les plus fréquemment retrouvés étaient les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et les troubles anxieux. Plusieurs facteurs étaient significativement associés à la survenue d'un trouble mental, notamment le sexe, l'âge, le niveau socio-économique, les antécédents personnels et familiaux de troubles mentaux, ainsi que certaines représentations socioculturelles de la maladie mentale.

Conclusion :

Les troubles mentaux sont fréquents en population générale adulte au Mali et constituent un enjeu majeur de santé publique. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge intégrée de la santé mentale, tout en tenant compte des réalités socioculturelles locales.

Mots-clés : troubles mentaux, prévalence, santé mentale, Mali, stigmatisation.

IDENTIFICATION SHEET

Name: DEMBELE

First name: Fakou Makan, known as Babily

Contact : +223 90 33 89 76

E-mail address : babilydembele53@gmail.com

Thesis title: *Epidemiology of Mental Disorders in the General Adult Population Across Five Health Districts in Mali in 2025*

Year of defense: 2026

Country of origin of the student: Mali

City and place of defense: Bamako, Faculty of Medicine and Dentistry (FMOS), University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako (USTTB)

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry (FMOS)

Research Interests: Psychiatry, Mental Health, Public Health, Epidemiology.

ABSTRACT

Background:

Mental disorders represent a major global public health issue. In sub-Saharan Africa, particularly in Mali, epidemiological data from the general population remain scarce and are mainly derived from hospital-based studies. This lack of population-based data limits the development of effective and context-appropriate mental health policies.

Objective:

To assess the prevalence of mental disorders and identify associated factors among the adult general population in five health districts of Mali in 2025.

Methods:

A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted among the adult general population in five health districts of Mali. Data were collected using the French version of the **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**. Sociodemographic, clinical, and sociocultural variables were analyzed using **SPSS** software. Mental disorders were classified according to the **ICD-10**.

Results:

The lifetime prevalence of at least one mental disorder was high in the study population. The most frequently identified disorders were psychotic disorders, mood disorders, substance use-related disorders, and anxiety disorders. Several factors were significantly associated with the occurrence of mental disorders, including sex, age, socioeconomic status, personal and family history of mental illness, and sociocultural perceptions of mental illness.

Conclusion:

Mental disorders are common among the adult general population in Mali and represent a major public health challenge. These findings highlight the need to strengthen prevention strategies, early detection, and integrated mental health care services, while taking local sociocultural realities into account.

Keywords: mental disorders; prevalence; mental health; Mali; stigma.

ANNEXES

11. ANNEXES

Evaluation épidémiologique des troubles mentaux dans la population générale adulte au Mali

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le ministère de la santé, est soucieux de toujours disposer de données factuelles sur les problèmes de santé des populations

afin d'y apporter les solutions les plus appropriées. Pour ce faire, nous serions heureux de recueillir des informations

personnelles sur la maladie mentale. Merci de consacrer un peu de temps à remplir ces questionnaires, qui resteront anonymes. Nous vous assurons que ces informations demeureront confidentielles.

Nom et prénoms de l'enquêteur

Acceptez-vous de participer à cette enquête?

- ☐ Oui
☐ Non

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Région sanitaire

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Kayes | ☐ Koulikoro | ☐ Sikasso |
| ☐ Ségou | ☐ Mopti | ☐ Tombouctou |
| ☐ Gao | ☐ Kidal | ☐ Taoudéni |
| ☐ Ménaka | ☐ Nioro | ☐ Kita |
| ☐ Dioila | ☐ Nara | ☐ Bougouni |
| ☐ Koutiala | ☐ San | ☐ Douentza |
| ☐ Bandiagara | | |

District sanitaire

Ecrivez tout en majuscule Localité (village ou secteur) Ecrivez tout en majuscule

Enregistrez votre position actuelle latitude (x.y °) longitude (x.y °) altitude (m) précision (m)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Âge

en année révolue

Sexe

- ☐ Masculin
☐ Féminin

Rang dans la fratrie Mère

Rang dans la fratrie Mère selon le sexe

Lien de consanguinité entre les parents

- ☐ Oui
☐ Non

Situation matrimoniale

- ☐ Marié (e) (mariage civil, religieux, coutumier)
☐ Célibataire
☐ Divorcé (e) / séparé (e)
☐ Veuf (ve)
☐ Autre

Si autre, préciser

Quel est votre niveau d'études atteint ?

- ☐ Alphabétisé (e)
- ☐ Jamais scolarisé
- ☐ primaire
- ☐ Secondaire (lycée et écoles professionnelles)
- ☐ Supérieur (Université)
- ☐ Ecole coranique
- ☐ Autre

Si autre, préciser

Êtes-vous croyant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Refus

Si oui, quelle religion pratiquez-vous ? Sélectionnez une seule

- ☐ Musulman
- ☐ Catholique
- ☐ Protestant
- ☐ Témoins de Jéhovah
- ☐ Animiste
- ☐ Autre

Si autre, préciser

Quelle est votre principale activité professionnelle ?

- ☐ Agriculteur
- ☐ Eleveur
- ☐ Commerçant
- ☐ Ouvrier/Manœuvre
- ☐ Artisan
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Salarié du secteur privé
- ☐ Femme au foyer
- ☐ Elève / étudiant
- ☐ Chômeur / Sans profession
- ☐ Retraité
- ☐ Autre

Si autre, préciser

REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE

Selon vous, comment peut-on décrire une personne atteinte de maladie mentale ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Une personne qui parle au hasard
- ☐ Une personne qui rit sans raison
- ☐ Une personne qui néglige son corps ou son habillement
- ☐ Une personne qui est agressive verbalement ou physiquement
- ☐ Une personne qui s'isole
- ☐ Autre

Si autre, préciser

Selon vous, un garçon atteint de maladie mentale peut-il épouser une fille qui n'a pas de maladie mentale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon vous, une fille atteinte de maladie mentale peut-elle se marier à un garçon qui n'a pas de maladie mentale ?

- ☐ Oui
☐ Non

Selon vous, qu'est-ce qui peut causer une maladie mentale ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ La maladie mentale est héréditaire
☐ La maladie mentale est causée par une possession par les génies
☐ La maladie mentale est causée par une sorcellerie
☐ La maladie mentale est causée par les ancêtres mécontents
☐ La maladie mentale est un châtiment de Dieu en cas de mal commis
☐ La maladie mentale est causée par l'abus de drogue
☐ La maladie mentale est causée par l'abus d'alcool
☐ Autre

Si autre, préciser

Selon vous, est-il possible de guérir d'une maladie mentale ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

Selon vous, doit-on contraindre un malade mental à se soigner ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1 Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

A2 Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?

- ☐ Oui
☐ Non

A3.a Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?

- ☐ Oui
☐ Non

A3.b Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?

- ☐ Oui
☐ Non

A4.a Depuis combien de temps dure cette période ?

En jours

A4.b L'épisode actuel dure t-il depuis au moins 14 jours ?

SI A4b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL, SI A4b = NON : EXPLORER L'EPISODE PASSE LE PLUS GRAVE

- ☐ Oui
☐ Non

A5 Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :

A5.a Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 70 kg / 120 lbs.)

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

- ☐ Oui
☐ Non

A5.b Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?

- ☐ Oui
☐ Non

A5.c Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

A5.d Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

A5.e Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

A5.f Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

A5.g Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

S'il n'y a pas au moins 3 oui en A5 (ou 4 si A1 ou A2 est cotée non), allez directement à l'EDM et cochez non

- ☐ Oui
☐ Non

A6 Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent- ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?

Si non à A6, cochez non à l'EDM

- ☐ Oui
☐ Non

A7 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?

Si oui à A7, cochez non à l'EDM

- ☐ Oui
☐ Non

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, spécifier SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

- ☐ Actuel
☐ Passé

A8.a Au cours de votre vie, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eu durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

Nombre d'EDM y compris l'épisode actuel

A8.b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

période en année

A8.c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?

période en année

DYSTHYMIE

B1 Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?

Si non à B1, cochez non à la dysthymie

- ☐ Oui
☐ Non

B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?

Si oui à B2, cochez non à la dysthymie

- ☐ Oui
☐ Non

B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :

B3.a Votre appétit a-t-il notablement changé ?

- ☐ Oui
☐ Non

B3.b Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?

- ☐ Oui
☐ Non

B3.c Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?

- ☐ Oui
☐ Non

B3.d Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

- ☐ Oui
☐ Non

B3.e Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?

- ☐ Oui
☐ Non

B3.f Vous arrive-t-il de perdre espoir ?

S'il n'y a pas au moins 2 oui en B3, cochez non à la dysthymie

- ☐ Oui
☐ Non

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?

Si non à B4, cochez non à la dysthymie

- ☐ Oui
☐ Non

B5 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?

Si oui à B5, cochez non à la dysthymie

- ☐ Oui
☐ Non

DYSTHYMIE

- ☐ Oui
☐ Non

RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?

- ☐ Oui
☐ Non

C2 Voulu vous faire du mal ?

- ☐ Oui
☐ Non

C3 Pensé à vous suicider ?

- ☐ Oui
☐ Non

C4 Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?

- ☐ Oui
☐ Non

C5 Fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui
☐ Non

C6 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide au cours de votre vie ?

S'il y'a au moins un oui en C, cochez oui au risque suicidaire et évaluez le niveau de risque

- ☐ Oui
☐ Non

RISQUE SUICIDAIRE

- ☐ Oui
☐ Non

NIVEAU RISQUE SUICIDAIRE

- ☐ Léger
☐ Moyen
☐ Elevé

cotation du niveau du risque suicidaire: C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER; C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN; C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1.a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.

- ☐ Oui
☐ Non

D1.b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?

- ☐ Oui
☐ Non

D2.a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.

- ☐ Oui
☐ Non

D2.b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?

SI D1b OU D2b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL SI D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

- ☐ Oui
☐ Non

D3 Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

D3.a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.f Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?

- ☐ Oui
☐ Non

D3.g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

S'IL Y A MOINS DE 3 OUI EN D3 OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL), cochez non à l'hypomanie et à la manie

- ☐ Oui
☐ Non

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

Si D4 est côté non, cochez oui à l'épisode hypomaniaque. Si D4 est côté oui, cochez oui à l'épisode maniaque.

- ☐ Oui
☐ Non

EPISODE HYPOMANIAQUE

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé

- ☐ Actuel
☐ Passé

EPISODE MANIAQUE

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé

- ☐ Actuel
☐ Passé

TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES. SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- ☐ Oui
☐ Non

E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- ☐ Oui
☐ Non

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?

SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- ☐ Oui
☐ Non

E4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

E4.a Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.d Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.e Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.g Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.i Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.j Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.k Aviez-vous peur de mourir ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.l Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?

- ☐ Oui
☐ Non

E4.m Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?

- ☐ Oui
☐ Non

E5 Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?

- ☐ Oui
☐ Non

E6 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?

- ☐ Oui
☐ Non

AGORAPHOBIE

F1 Avez-vous déjà été anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2 ET EN F3

- ☐ Oui
☐ Non

F2 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?

- ☐ Oui
☐ Non

F3 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ces situations ? essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?

- ☐ Oui
☐ Non

TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL

SI F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST COTEE NON et E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST COTEE OUI, cochez oui à la question

- ☐ Oui
☐ Non

TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL

SI F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST COTEE OUI et E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST COTEE OUI, cochez oui à la question

- ☐ Oui
☐ Non

AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique

SI F3 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST COTEE OUI et E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST COTEE NON, cochez oui à la question

- ☐ Oui
☐ Non

PHOBIE SOCIALE

G1.a Avez-vous déjà eu une ou plusieurs périodes où vous redoutiez ou étiez gêné(e) d'être le centre de l'attention ou bien encore où vous aviez peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

- ☐ Oui
☐ Non

G1.b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ?

SI G1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE SI G1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

► Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

G2 Pensiez-vous que cette peur était excessive ou déraisonnable ?

- ☐ Oui
☐ Non

G3 Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous deviez les affronter ?

- ☐ Oui
☐ Non

G4 Cette peur entraînait-elle chez vous une souffrance importante ou bien vous gênait-elle de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?

- ☐ Oui
☐ Non

G5 Cette peur était-elle toujours déclenchée et maintenue par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ?

SI G5 EST COTEE NON, cochez oui à la phobie sociale

- ☐ Oui
☐ Non

PHOBIE SOCIALE

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé

- ☐ Actuel
☐ Passé

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?

EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...

- ☐ Oui
☐ Non

I2.a Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?

- ☐ Oui
☐ Non

I2.b Au cours du mois écoulé, cela vous est-il arrivé ?

SI I2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE, SI I2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

► I3 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

I3.a Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?

- ☐ Oui
☐ Non

I3.b Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?

- ☐ Oui
☐ Non

I3.c Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?

- ☐ Oui
☐ Non

I3.d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?

- ☐ Oui
☐ Non

I3.e Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?

- ☐ Oui
☐ Non

I3.f Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?

- ☐ Oui
☐ Non

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?

- ☐ Oui
☐ Non

► I4 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

I4.a Aviez-vous des difficultés à dormir ?

- ☐ Oui
☐ Non

I4.b Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?

- ☐ Oui
☐ Non

I4.c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?

- ☐ Oui
☐ Non

I4.d Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?

- ☐ Oui
☐ Non

I4.e Un rien vous faisait-il sursauter ?

- ☐ Oui
☐ Non

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?

- ☐ Oui
☐ Non

I5 Durant cette période / Au cours du mois écoulé, ces problèmes ont-ils entraîné chez vous une souffrance importante ou bien vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?

SI I5 EST COTEE OUI, cochez oui au diagnostic

- ☐ Oui
☐ Non

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

- ☐ Oui
☐ Non

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORE EST ACTUELLE OU PASSEE

- ☐ Actuel
☐ Passé

ANXIETE GENERALISEE

O1.a Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage ?

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORE PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

- ☐ Oui
☐ Non

O1.b Aviez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

- ☐ Oui
☐ Non

O2.a Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient-ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ?

- ☐ Oui
☐ Non

O2.b Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ?

SI O2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S SI O2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORES PRECEDEMMENT

► O3 Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement

préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:

O3.a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

- ☐ Oui
☐ Non

O3.b D'avoir les muscles tendus ?

- ☐ Oui
☐ Non

O3.c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

- ☐ Oui
☐ Non

O3.d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

- ☐ Oui
☐ Non

O3.e D'être particulièrement irritable ?

- ☐ Oui
☐ Non

O3.f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

- ☐ Oui
☐ Non

O4 Ces préoccupations / soucis ont-elles / ils été provoqué(e)s et maintenues par une maladie physique ou par la prise de médicaments ou de drogue ?

- ☐ Oui
☐ Non

ANXIETE GENERALISEE

Coter oui s'il y'a au moins 3 oui en O3 et non en O4

- ☐ Oui
☐ Non

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE

- ☐ Actuel
☐ Passé

DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL**J1.a Au cours de votre vie avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois durant laquelle il vous est arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?**

- ☐ Oui
☐ Non

J1.b Cela vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois ?

SI J1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE SI J1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

► J2 Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus importante / Au cours des**12 derniers mois :****J2.a Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?**

- ☐ Oui
☐ Non

J2.b Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

- ☐ Oui
☐ Non

J2.c Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?

- ☐ Oui
☐ Non

J2.d Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?

- ☐ Oui
☐ Non

J2.e Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?

- ☐ Oui
☐ Non

J2.f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?

- ☐ Oui
☐ Non

J2.g Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

S'IL Y A AU MOINS 3 OUI EN J2, cochez oui au diagnostic

- ☐ Oui
☐ Non

DEPENDANCE ALCOOLIQUE

- ☐ Oui
☐ Non

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

- ☐ Actuel
☐ Passé

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Opiacés

K1.a Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre des opiacés dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

Opiacés : héroïne, tramadol, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl

- ☐ Oui
☐ Non

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S)

- ☐ héroïne
☐ tramadol
☐ morphine
☐ opium
☐ méthadone
☐ codéine
☐ mépéridine
☐ fentanyl

K1.b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

SI J1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE SI J1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

► K2 En considérant votre consommation d'opiacés, au cours de cette période d'au moins 12 mois :

K2.a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

- ☐ Oui
☐ Non

K2.c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.g Avez-vous continué à prendre des opiacés tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

S'IL Y A AU MOINS 3 OUI EN K2, cochez oui au diagnostic

- ☐ Oui
☐ Non

DEPENDANCE aux OPIACES

- ☐ Oui
☐ Non

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

- ☐ Actuel
☐ Passé

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Cocaïne

K1.a Au cours de votre vie, une ou plusieurs périodes d'au moins 12 mois, durant laquelle il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre de la cocaïne dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

cocaïne, « coke », crack, « speedball », « cailloux »

- ☐ Oui
☐ Non

K1.b Avez-vous pris plusieurs fois l'une de ces substances au cours des 12 derniers mois ?

SI J1b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE LA PLUS SEVERE SI J1b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

- ☐ Oui
☐ Non

► K2 En considérant votre consommation de cocaïne, au cours de cette période d'au moins 12

mois

K2.a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

- ☐ Oui
☐ Non

K2.b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

☐ Oui

☐ Non

K2.c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

☐ Oui

☐ Non

K2.d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?

☐ Oui

☐ Non

K2.e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?

☐ Oui

☐ Non

K2.f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?

☐ Oui

☐ Non

K2.g Avez-vous continué à prendre de la cocaïne tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

S'IL Y A AU MOINS 3 OUI EN K2, cochez oui au diagnostic

☐ Oui

☐ Non

DEPENDANCE COCAÏNE

☐ Oui

☐ Non

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE

☐ Actuel

☐ Passé

TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE. NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉS. AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES. IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE. HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

L1.a Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?

☐ Oui

☐ Non

L1.b SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

☐ Oui

☐ Non

L2.a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?

- ☐ Oui
☐ Non

L2.b SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

- ☐ Oui
☐ Non

L3.a Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?

- ☐ Oui
☐ Non

L3.b SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?

- ☐ Oui
☐ Non

L4.a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?

- ☐ Oui
☐ Non

L4.b SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

- ☐ Oui
☐ Non

L5.a Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?

NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4

- ☐ Oui
☐ Non

L5.b SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?

- ☐ Oui
☐ Non

L6.a Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?

- ☐ Oui
☐ Non

L6.b SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

- ☐ Oui
☐ Non

L7.a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?

COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIEES

- ☐ Oui
☐ Non

L7.b SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

- ☐ Oui
☐ Non

► **OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :**

L8.b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE

PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?

- ☐ Oui
☐ Non

L9.b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?

- ☐ Oui
☐ Non

L10.b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS /

ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU

PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

- ☐ Oui
☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL

Coter oui, si de L1 à L10 il y'a au moins deux questions "b" cotées oui

- ☐ Oui
☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE

Coter oui, si de L1 à L7 il y'a au moins deux questions "a" cotées oui

- ☐ Oui
☐ Non

INSOMNIE

Au cours du mois écoulé :

P1 Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ?

- ☐ Oui
☐ Non

P2 Avez-vous eu des difficultés à rester endormi (réveils nocturnes, réveils matinaux précoces) ?

- ☐ Oui
☐ Non

P3 Avez-vous eu un sommeil de mauvaise qualité ?

- ☐ Oui
☐ Non

► **P4 Au cours du mois écoulé, vous m'avez dit avoir des difficultés à vous endormir / à rester**

endormi / avoir eu un sommeil de qualité non satisfaisante : (REPRENDRE LA REPONSE DU SUJET)

P4.a Cela vous est-il arrivé au moins trois fois par semaines pendant les 4 dernières semaines ?

- ☐ Oui
☐ Non

P4.b Ces problèmes de sommeil vous gênent-ils dans votre travail, vos activités sociales ou quotidiennes ou vous font-ils souffrir ?

- ☐ Oui
☐ Non

INSOMNIE ACTUELLE*SI P4a ET P4b COTEES OUI, cochez oui à l'insomnie*

- ☐ Oui
☐ Non

MODALITES DE PRISE EN CHARGE**Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier en santé mentale) ?**

- ☐ Oui
☐ Non

*Si oui, combien de fois avez-vous consulté un professionnel de la santé mentale au cours des 12 derniers mois ?***Quels types de services de santé mentale avez-vous utilisés ?***Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Consultations
☐ Hospitalisations
☐ Thérapies
☐ Autre

*Si autre, préciser***Après avoir utilisé les services de santé mentale, vos problèmes se sont-ils arrêtés ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Êtes-vous satisfait des services de santé mentale reçus ?

- ☐ Très satisfait
☐ Satisfait
☐ Neutre
☐ Insatisfait
☐ Très insatisfait

Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder aux services de santé mentale ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ Coût
☐ Distance
☐ Stigmatisation
☐ Autre

*Si autre, préciser***Avez-vous déjà consulté un guérisseur traditionnel pour des problèmes de santé mentale ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Quels types de traitements traditionnels avez-vous reçus ?*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Herbes médicinales
☐ Rituels
☐ Prières
☐ Autre

*Si autre, préciser***Après avoir utilisé les traitements traditionnels, vos problèmes se sont-ils arrêtés ?**

- ☐ Oui
☐ Non

Êtes-vous satisfait des traitements traditionnels reçus ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Neutre
- ☐ Insatisfait
- ☐ Très insatisfait

Pensez-vous que les traitements traditionnels sont efficaces pour les maladies mentales ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Préférez-vous (ou non) les traitements traditionnels par rapport aux traitements psychiatriques ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Neutre

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'Etre 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'intérieur 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 les lois 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 !