

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But -Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2025/2026



THEME :

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES TROUBLES DE L'HUMEUR DANS
CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI EN 2025**

Présentée et soutenue publiquement le 23 /07 /2026

Par : **Moutian Esaïe DEMBELE**

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY

Président : Mr Housseini **DOLO**, maitre de conférences agrégé

Membres : Mr Abdoul Salam **DIARRA**, maitre-assistant

Directeur : Mr Souleymane dit Papa **COULIBALY**, maitre de conférences agrégé

Co- Directeur : Mr Aperou dit Eloi **DARA**, charge de cours

*Ce travail a été soutenu par le fonds compétitif pour la recherche et l'innovation technologique
(FCRIT)*

DEDICACE

A mes parents :

A mon père : Mr Dembélé Olivier

À toi, que j'appelle tendrement mon Papa d'amour, Je suis fier, profondément fier d'être ton fils. Depuis ma naissance jusqu'à ce jour, tu as toujours été là, sans condition, sans relâche. Si l'on me donnait la possibilité de choisir à nouveau un père, sans hésiter, je te choisirais encore et encore. Tu es mon mentor, un modèle de vie dont le parcours force l'admiration. Je prie que Dieu me donne la grâce de faire plus, de continuer cette noble œuvre que tu as commencée, et de porter haut, très haut, notre NOM, jusqu'aux extrémités de la terre.

A ma mère : Ouaban Baya

À toi, ma précieuse maman, Ton amour est une lumière constante dans ma vie. Tu as porté mes douleurs comme si elles étaient tiennes, prié pour moi dans le silence, cru en moi même lorsque moi-même j'en doutais. Tu es la définition vivante du mot « sacrifice ». Si aujourd'hui j'arrive à cette étape de mon parcours, c'est en grande partie grâce à ton amour, ta force et ton courage. Que Dieu te récompense au-delà de tout ce que je pourrais te donner.

A mes frères et sœurs : Habayi Geremi Dembélé, Etienne Dembélé, karabahan Joséphine Dembélé, Martine Dembélé.

En témoignage de toutes les affections et amours fraternels que je vous porte et du lien de sang qui nous uni, votre présence et vos encouragements m'ont été d'une aide inestimable ! Je vous « adore » et je vous aime tous au-delà de toutes les limites. Que le seigneur accorde à nous tous et toutes, une longue vie avec une santé d'acier et rien que du bonheur...

A mes oncles, tantes, cousins et cousines mes amis ;

Vous avez, tous autant que vous êtes, été pour moi des tantes et des oncles ainsi que des cousins et cousines exemplaires, ce travail est le vôtre, soyez assurés de ma profonde affection spécialement à mon once Feu Fousseyni baya (paix a son âme)

A mes ami(e)s de peur d'en oublier, je me garde de citer. La bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme. A tous, bonheur, succès et réussite. Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus

pénibles qu'on reconnaît ses vrais amis. Je vous dis simplement un grand merci. Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère. A tous ceux dont j'ai oublié de citer. Merci pour tout

REMERCIEMENTS

À mon Seigneur

Éternel, mon Dieu et mon Roi, je ne trouve pas de mots assez forts pour exprimer ma gratitude pour tout ce que Tu as accompli dans ma vie. Tu m'as gardé depuis mon premier jour sur terre et Tu m'as accompagné de ma première à ma dernière année universitaire. Je T'élève mes louanges et je confesse que Tu es un Dieu de gloire et de majesté. Je T'implore de continuer à guider mes pas. Merci infiniment.

Au service de psychiatrie

Au Chef de service, aux psychiatres, aux étudiants en spécialisation, aux internes, aux étudiants en master, aux infirmiers, aux agents de sécurité et aux garçons de salle : vous avez été pour moi une seconde famille. Merci de m'avoir transmis les bases de la psychiatrie avec patience et générosité.

Aux enseignants et encadrants

Dr Koné Mamadou, Dr Joseph Traoré, Dr Zoua Kamate, Dr Boubacar H. Maïga, Dr Traoré Kadidiatou Ouattara : je suis honoré d'avoir été votre élève. Votre formation dépasse le cadre médical. Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

Aux DES du service de psychiatrie

Dr Souleymane Koné, Dr Sacko Demba, Dr Kafiatou Camara, Dr Hawa Diarra, Dr Marie Noëlle Diawara, Dr Traoré Adama, Dr Moïse Coulibaly, Dr Fatoumata Konaté, ainsi qu'à tous les autres DES : ce fut un plaisir de partager ces moments avec vous. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Aux internes du service de psychiatrie

Yaya Mariko, Babily Dembélé, Fatoumata T. Diaby, Mahamadou Cissé, Rayane Fougue, Ramata Ouattara, Khadîdja Koné, Cléo Michelle, Djelika Diarra, Rokia Sidibé, Sékou Keita : que Dieu nous accorde une brillante carrière.

À mes amis du quartier Amadou Fofana, Harouna Traoré, Diabaté Siaka, Mamadou Konaté, François Xavier Dembélé, Tièblé Coulibaly, Souleymane Coulibaly, Madou Diarra, Seydou Fané et tous les amis du grin de Doumanzana à Nafadji : je vous dédie ce travail en témoignage de notre amitié et des souvenirs partagés. Que votre vie soit remplie de santé et de bonheur.

À la famille Diallo et Dembélé du Point G

Votre amour, vos conseils et vos encouragements ont été des piliers pour moi. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

À mes camarades de lutte

Ibrahim Sidibé, Abdoulaye Diarra, Makan Fofana, Abdoulaye Diallo, Madani Berthe et tous les frères du grin chez Bouba : vous avez été pour moi des frères. Votre soutien indéfectible m'a porté. Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

A Dr Traoré Adama

Travailler à tes côtés a été un appui constant. Ta rigueur, ton calme et ta loyauté m'ont inspiré. Reçois ici toute ma gratitude fraternelle.

Au Centre de Santé Catholique de Nafadji

Spécialement au Dr Daouda Magassa, Dr Adama Mamadou Traoré, Dr Giles Dacko, aux aînés et au corps infirmier, ainsi qu'au guichet (feu Hawa Dembélé, paix à son âme) : vous m'avez aidé à mes débuts et appris à devenir ce que je suis aujourd'hui. Merci pour votre encadrement et votre soutien.

À ma famille À mon oncle Boureima Kamate, merci pour tes conseils et ton soutien moral. À ma cousine Mme Traoré Odile Denon, une sœur par le sang et une amie par le cœur, merci pour ton appui constant.

À mes enseignants Du primaire, du secondaire et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie : trouvez dans ce travail le témoignage de ma profonde gratitude.

À la FCRIT Merci au Fonds Compétitif pour la Recherche et l'Innovation Technologique pour la mise à disposition des données de l'enquête de couverture, rendant possible ce travail.

À la quinzième promotion du numerus clausus Merci pour la solidarité et l'esprit de camaraderie.

À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin Recevez mes remerciements les plus sincères. Que Dieu vous bénisse et vous le rende au centuple.

A notre Maitre et Président du jury

Professeur Housseini DOLO

- ❖ MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la maladie, Épidémiologie, Sciences Médicales
- ❖ Maître de conférences agrégé en Épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- ❖ Directeur du Laboratoire de Santé Publique de la FMOS
- ❖ Enseignant chercheur
- ❖ Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN)
- ❖ Coordinateur de master en sante publique option éthique de la recherche
- ❖ Coordinateur de master en sante publique option recherche de mise en oeuvre

Cher Maitre,

Vous nous avez honoré en acceptant de présider ce jury et cela malgré vos multiples occupations. Veuillez croire en l'expression de toute notre gratitude.

Nous vous souhaitons longue vie et pleine de succès dans votre carrière.

A notre Maitre et Juge

Docteur Abdoul Salam DIARRA

- ❖ Enseignant chercheur
- ❖ Maître-assistant au DERSP /FMOS/USTTB
- ❖ Ancien médecin SR (Santé de la Reproduction) et point focal des maladies non transmissibles à la direction régionale de Mopti
- ❖ Ancien praticien au Centre de Santé de Référence de Mopti

Cher Maitre

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité font de vous un être remarquable. Vous êtes pour nous le modèle scientifique par excellence. Votre humanisme et votre empathie forcent le respect et l'admiration pour les personnes que nous sommes.

Recevez, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Docteur Apérou dit Eloi DARA

- ❖ Psychiatre, Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G,
- ❖ Détenteur d'un Diplôme Universitaire en psycho traumatologie,
- ❖ Chargé de cours à la FMOS ;
- ❖ Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ;
- ❖ Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;

Cher Maitre

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant d'être co-directeur de cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos observations et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer ce travail.

Trouvez ici l'expressions de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ❖ Chef de service de psychiatrie du CHU Point-G ;
- ❖ Maître de conférences à l'USTTB/FMOS ;
- ❖ Agrégé de l'Enseignement Supérieur du C. A.M.E.S ;
- ❖ 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 des Neurosciences.
- ❖ Membre du consortium human heredity and health in africa (H3Africa)

Cher Maître

Vous êtes et demeurez une référence par votre expérience et par votre parcours professionnel. Honorable Maître, ce travail est le fruit de votre volonté d'assurer une formation de qualité. Professeur, nous souhaiterons emboîter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par vos qualités pédagogiques et l'humilité dont vous faites preuve. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements

Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e édition

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-5 : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition

EDS : Enquête Démographique et de Santé

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

INS : Institut National de la Statistique

INSTAT : Institut National de la Statistique du Mali

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MSP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:Caractéristiques socio démographique des participants	29
Tableau II:Prévalence à vie et actuelle des troubles de l'humeur par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025	32
Tableau III:: Prévalence à vie et actuelle des troubles de l'humeur par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025	33
Tableau IV:Comorbidités sur la vie entière des troubles l'humeur entre eux et avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 a l'analyse univariée	34
Tableau V::Comorbidités actuelles des troubles de l'humeur entre eux et avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 a l'analyse univariée	36
Tableau VI:Analyse univariée et multivariée des facteurs associés à l'Épisode Dépressif Majeur (EDM)	38
Tableau VII:Analyse multivariée et multivariée des facteurs associés à la dysthymie	40
Tableau IX:Analyse univariée et multivariée des facteurs associés aux troubles de l'humeur	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1:situation de la zone d'étude	18
Figure 2:pyramide sanitaire du Mali	19
Figure 3:Diagramme de Flux	20
Figure 4:Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois des troubles de l'humeur en population générale au Mali	32

TABLE DES MATIERES

1-INTRODUCTION	1
I-INTRODUCTION	2
2.1. Objectif général	5
3.1. Définition des concepts	7
3.2. Classification des troubles psychiatriques.....	8
3.2.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux , 5ème édition (DSM-5).....	8
3.2.2. Classification internationale des maladies, 10 ^e édition (CIM-10	8
3.3. Epidémiologie	11
3.3.1. Fréquence	11
3.3.2. Retentissement	11
3.3.3. Evolution	12
3.4. Facteurs déterminants.....	12
3.4.1. Déterminants de la fréquence des bipolaires	12
3.4.2. Facteurs de risque suicidaire	13
3.5. Formes cliniques	14
4.MATERIEL ET METHODES	17
4.1. Cadre et lieu de l'étude.....	17
4.1.1. Dioïla.....	17
4.1.2. Kalabancoro	17
4.1.3. Kolokani	17
4.1.4. Kati	17
4.1.5. Ouelessebouyou	18
4.2. Type et période d'étude.....	20
4.3. Population d'étude.....	20
4.4. Population cible.....	20
4.4.1. Critères d'inclusion	20
4.4.2. Critères de non inclusion.....	20
4.5. Echantillonnage	20
4.5.1. Taille de l'échantillon.....	20
4.5.2. Technique de l'échantillonnage.....	21
4.6. Collecte des données	22
4.6.1. Outils de collecte	22
4.6.2. Technique de collecte.....	23

4.7 variables étudiées :	24
4.9. Considérations Ethiques	26
6.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	44
7.CONCLUSION	48
8.RECOMMANDATIONS	50
Aux praticiens (agents de santé).....	50
À la Faculté de Médecine.....	50
À l'endroit de la population	50
9. REFERENCES.....	52
10.ANNEXES	57

1-INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Un trouble mental se définit comme « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement, traduisant un dysfonctionnement des processus psychologiques sous-jacents » (1).

Dans ce cadre, les troubles de l'humeur constituent un groupe d'affections psychiatriques marquées par des altérations prolongées et pathologiques de l'état affectif. Ils se manifestent typiquement par des épisodes de dépression majeure, caractérisés par une tristesse excessive, une perte d'intérêt ou de plaisir, et une altération du fonctionnement quotidien ; des épisodes de manie ou d'hypomanie, définis par une exaltation anormale de l'humeur, une augmentation de l'énergie et une réduction du besoin de sommeil ou encore par l'alternance des deux pôles, comme observé dans le trouble bipolaire. Ainsi, la dépression et la manie représentent les deux extrêmes cliniques du spectre des troubles de l'humeur, traduisant une dérégulation profonde des mécanismes neurobiologiques et psychosociaux impliqués dans la modulation affective (1).

Bien que la joie et la tristesse soient des émotions normales qui sont des réponses et des expressions naturelles, elles deviennent pathologiques lorsqu'elles sont trop intenses et trop longues. Elles deviennent également un trouble lorsqu'elles empêchent le patient de vivre normalement (2).

Les principales catégories incluent les épisodes dépressifs majeurs, les troubles bipolaires et les troubles de l'humeur induits par les substances ou des pathologies médicales. Chaque forme présente ses propres caractéristiques, mais partagent cette capacité à transformer radicalement la vie d'une personne (3).

Le trouble dépressif est un problème de santé mentale courant (4). On estime que 4,0 % de la population mondiale souffre de dépression soit 332 millions de personnes, dont 5,7 % des adultes dont 4,6 % des hommes et 6,9 % des femmes et 5,9 % des personnes âgées de 70 ans ou plus (4).

Parmi les groupes vulnérables, plus de 10 % des femmes enceintes ou en période post-partum présentent un épisode dépressif [3].

En 2021, Selon l'Organisation mondiale de la santé la dépression constitue l'un des déterminants majeurs du suicide. Les estimations cliniques montrent qu'entre 5 % et 20 % des patients dépressifs finissent par se suicider (4).

.En France, une étude menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a montré qu'environ 11 % des adultes présentent un syndrome dépressif. Par ailleurs, une autre enquête française a révélé que 13 % des patients vus en consultation psychiatrique souffraient d'un trouble bipolaire, confirmant l'importance de cette pathologie dans la charge globale des troubles de l'humeur. ???

Dans le même registre, en Angleterre le trouble bipolaire à représenter une prévalence de 13 %, confirmant la place significative de cette pathologie dans les pays européens (6).

En Afrique, la charge des troubles de l'humeur demeure largement sous-estimée, en raison du manque de données épidémiologiques représentatives. Toutefois, certaines études nationales apportent des éléments essentiels.

Dans la même perspective, une étude réalisée. en 2017 en population générale avait retrouvé une prévalence élevée de la dépression névrotique, estimée à 34,7 % (9).

une étude menée au centre psychiatrique universitaire Ibn Rochd de Casablanca, entre janvier 2001 et janvier 2011, a mis en évidence une fréquence de 22 % pour les troubles bipolaires parmi les patients hospitalisés, confirmant l'importance de cette pathologie dans le spectre des troubles de l'humeur au Maroc (10)

Au Burkina Faso, une enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux en population générale a mis en évidence un taux de 11,60 % pour l'épisode dépressif, qui constituait le trouble le plus fréquent dans la population étudiée (12).

Au Mali, une étude réalisée en milieu hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G, entre janvier 2014 et décembre 2018, portant sur 1 105 patients hospitalisés, a retrouvé une fréquence de 18,1 % pour les troubles de l'humeur (13).

Le trouble bipolaire figure comme l'une des entités cliniques majeures, aux côtés de la dépression, confirmant son importance dans la charge globale des maladies mentales dans le pays (14).

Malgré l'importance des troubles de l'humeur dans la morbidité psychiatrique au Mali, les données épidémiologiques restent limitées et centrées sur le milieu hospitalier. Il existe peu d'études en population générale, ce qui empêche d'avoir une vision claire de la prévalence réelle et des spécificités locales (15).

Cette étude vise à mesurer la prévalence de ces pathologies en population générale au Mali afin d'orienter les politiques sur la prise en charge ainsi que les éléments d'alertes de ces pathologies

Question de recherche

Quelle est la prévalence des troubles de l'humeur en population générale au Mali ?

2-OBJECTIFS

2.OBJECTIFS

2.1. Objectif général

- ❖ Déterminer, la prévalence des troubles de l'humeur au Mali en 2025 dans les cinq districts d'étude
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants inclus en 2025 dans les cinq districts d'étude
- ❖ Déterminer la prévalence des troubles de l'humeur des participants inclus en 2025 dans les cinq districts d'étude
- ❖ Décrire les caractéristiques cliniques des troubles de l'humeur observés chez participants en 2025 dans les cinq districts d'étude ;
- ❖ Identifier les facteurs associés aux troubles de l'humeur des participants en 2025 dans les cinq districts d'étude
- ❖ Identifier les comorbidités diagnostiquées aux troubles de l'humeur en 2025 dans les cinq districts d'étude

3-GENERALITES

3.1. Définition des concepts

a. Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

(16)

La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale. La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». C'est un élément essentiel de la santé. L'OMS rappelle par ailleurs, que comme dans le reste de la médecine, quatre faits principaux sont relatifs à la santé mentale elle fait partie intégrante de la santé, en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale ; elle est plus que l'absence de troubles mentaux ; elle est déterminée par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques ; elle peut bénéficier de stratégies et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer et la santé mentale n'est pas considérée, tant s'en faut, comme aussi importante que la santé physique. De fait, elle a été largement ignorée ou négligée. (16)

b. Trouble mental

Le trouble mental quant à lui, c'est « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental » (17). Il pourrait se définir par une physiopathologie sous-jacente univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie ». Pour autant, l'association de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielles) est importante dans l'étude de l'épidémiologie (18). Ils affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de life time prévalence (19). Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide, à laquelle s'ajoute la surmortalité non suicidaire, et d'une importante morbidité : baisse de productivité, mauvaise qualité de vie et handicap. Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins (20). L'école de santé publique d'Harvard, la banque mondiale et l'OMS en retiennent cinq parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbi-mortalité chez les 15–44 ans: dépression, alcoolisme, troubles auto agressifs dont le suicide, schizophrénie et trouble bipolaire (16, 21).

Le modèle catégoriel favorise la prise de décision puisqu'il permet de justifier une thérapeutique qui permet d'influer le pronostic naturel. Il facilite également l'information du patient et de son entourage. Bien que d'autres classifications existent, deux systèmes nosographiques psychiatriques sont traditionnellement utilisés au niveau international (22)

3.2. Classification des troubles psychiatriques

La classification des troubles mentaux repose principalement sur deux systèmes de référence :

3.2.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux , 5^{ème} édition (DSM-5)

Elle classe uniquement les troubles psychiatriques publié en 2013, il est utilisé à l'échelle internationale, surtout dans les pays anglo-saxons, par les psychiatres, psychologues, chercheurs et autres professionnels de santé mentale (17).

3.2.2. Classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10)

La Classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10), élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), constitue la référence internationale pour la codification des maladies. Elle est utilisée dans la plupart des systèmes de santé publique, y compris au Mali, car elle permet d'uniformiser les diagnostics, de faciliter la recherche et de comparer les données épidémiologiques entre pays. Le chapitre V de la CIM-10 est consacré aux troubles mentaux et du comportement. Il regroupe l'ensemble des pathologies psychiatriques en catégories codifiées, allant des troubles organiques aux troubles du développement psychologique. Cette classification est essentielle car elle offre un cadre standardisé pour la pratique clinique, la recherche et la santé publique.

a. Catégories diagnostiques des troubles mentaux selon Chapitre V de la CIM-10 ()

- ❖ **F00-F09** : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques Ils regroupent les démences (comme la maladie d'Alzheimer), les troubles liés à des lésions cérébrales ou à des affections somatiques.
- ❖ **F10-F19** : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives Cette catégorie inclut les troubles liés à l'alcool, aux drogues et aux médicaments, allant de l'intoxication aiguë à la dépendance chronique.
- ❖ **F20-F29** : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants. Elle regroupe les psychoses chroniques, caractérisées par des altérations profondes de la pensée, des perceptions et du comportement.
- ❖ **F30-F39** : Troubles de l'humeur (affectifs). Cette catégorie est centrale pour notre étude. Elle comprend les épisodes dépressifs, les troubles dépressifs récurrents, les

troubles bipolaires, ainsi que les troubles persistants de l'humeur comme la dysthymie et la cyclothymie.

- ❖ **F40-F48** : Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Ils incluent les troubles anxieux, les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles liés au stress post-traumatique.
- ❖ **F50-F59** : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques. Cette catégorie regroupe les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), les troubles du sommeil et autres syndromes liés à des perturbations biologiques.
- ❖ **F60-F69** : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Ils concernent les personnalités pathologiques (antisociale, borderline, obsessionnelle, etc.) et les troubles du comportement durable.
- ❖ **F70-F79** : Retard mental. Cette catégorie regroupe les déficiences intellectuelles, allant du retard léger au retard profond.
- ❖ **F80-F89** : Troubles du développement psychologique. Ils incluent les troubles du langage, les troubles spécifiques des apprentissages et les troubles du spectre autistique.
- ❖ **F90-F98** : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence. Cette catégorie regroupe l'hyperactivité, les troubles oppositionnels, les troubles anxieux infantiles et autres troubles émotionnels précoces.
- ❖ **F99** : Trouble mental sans précision. Utilisé lorsque la symptomatologie ne permet pas de classer le patient dans une catégorie spécifique (22).

b. Place des troubles de l'humeur dans la CIM-10

Les troubles de l'humeur (F30-F39) occupent une place centrale dans la classification internationale des maladies (CIM-10). Ils regroupent l'ensemble des pathologies affectives caractérisées par une perturbation durable ou récurrente de l'humeur, qu'elle soit orientée vers la tristesse (dépression) ou vers l'exaltation (manie). Cette catégorie est essentielle car elle représente une part importante de la morbidité psychiatrique mondiale et constitue un enjeu majeur de santé publique.

1. Episodes dépressifs

Ils peuvent être légers, modérés ou sévères selon l'intensité des symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne. Ils se caractérisent par une humeur dépressive persistante, une perte d'intérêt et de plaisir, un ralentissement psychomoteur et des troubles instinctuels (sommeil, appétit, sexualité).

2. Troubles dépressifs récurrents

Ils se définissent par la répétition d'épisodes dépressifs séparés par des périodes de rémission. Leur évolution chronique en fait une pathologie particulièrement invalidante, avec un risque élevé de rechute et de complications, notamment suicidaires.

3. Troubles bipolaires

Ils associent des épisodes maniaques ou hypomaniaques à des épisodes dépressifs. Le trouble bipolaire illustre la polarité de l'humeur, alternant entre exaltation et tristesse profonde. Il constitue une entité clinique majeure, souvent sous-diagnostiquée en Afrique, mais responsable d'un lourd fardeau socio-économique.

4. Troubles persistants de l'humeur

Ils regroupent des formes chroniques et atténuées comme la **dysthymie** (humeur dépressive modérée mais persistante) et la **cyclothymie** (alternance de symptômes dépressifs et hypomaniaques légers). Ces troubles, bien que moins spectaculaires, entraînent une souffrance durable et un retentissement fonctionnel important.

5. Autres troubles affectifs non spécifiés

Cette catégorie permet de classer les tableaux cliniques atypiques ou incomplets, qui ne répondent pas aux critères stricts des entités précédentes mais présentent une symptomatologie significative nécessitant une prise en charge.

c. Importance de cette classification

La classification des troubles de l'humeur dans la CIM-10 permet :

- ❖ **D'uniformiser le diagnostic** : les cliniciens disposent de critères standardisés, ce qui réduit les variations subjectives et améliore la fiabilité des diagnostics.
- ❖ **De faciliter la recherche** : les données épidémiologiques peuvent être comparées entre pays et contextes, ce qui est essentiel pour comprendre la charge mondiale des troubles de l'humeur.
- ❖ **D'orienter les politiques de santé publique** : en identifiant clairement les catégories de troubles, la CIM-10 aide à planifier les ressources, les programmes de prévention et les stratégies de prise en charge.

d. Pertinence pour le Mali

Dans le contexte malien, cette classification est un outil indispensable pour analyser la prévalence et les spécificités des troubles de l'humeur dans les districts sanitaires. Elle permet de :

- ❖ **Adapter les diagnostics aux réalités locales**, malgré les contraintes de ressources et la stigmatisation sociale.

- ❖ **Comparer les données nationales avec celles d'autres pays africains et occidentaux**, afin de situer le Mali dans le paysage épidémiologique mondial.
- ❖ **Renforcer la recherche et la formation en psychiatrie**, en offrant un cadre scientifique reconnu internationalement

L'humeur ou thymie est une disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. " L'affectivité est une thymie affinée, orchestrée et souvent amplifiée par l'intelligence et les fonctions psychiques supérieures qui constituent l'étage terminal de la personnalité " (P. Guiraud)(23)

3.3. Epidémiologie

3.3.1. Fréquence

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 % (20). 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 %) ((24)). 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 (*the 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

3.3.2. Retentissement

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. 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. La mortalité suicidaire des bipolaires a baissé depuis l'introduction des sels de lithium en thérapeutique. 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. 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). (20)

3.3.3. Evolution

La prévalence du trouble bipolaire est assez constante à travers le temps, si ce n'est une diminution sensible de l'âge de début (autour de 30 ans selon les publications de Kraepelin, 20 ans en moyenne dans l'Epidémiologie Catchment Area). La seule tendance qui peut être soulignée est l'intérêt porté depuis une dizaine d'années aux formes mineures (hypomanie, tempérament cyclothymique). Par effet de « halo » autour de la forme typique (le trouble bipolaire de type I), il y a un élargissement sensible de la population considérée comme appartenant au spectre bipolaire. Selon le « père du lithium », le psychiatre scandinave Schou, un tiers des bipolaires à un excellent rapport efficacité/tolérance du traitement par sels de lithium et peut mener une vie quasiment normale, un tiers n'est que partiellement amélioré ou à une tolérance imparfaite du traitement et un tiers est intolérant ou résistant au lithium. Il y a donc actuellement un mouvement de recherche très actif pour trouver des alternatives thérapeutiques (antiépileptique à effet thymorégulateur, antipsychotique atypique...) (20)

3.4. Facteurs déterminants

3.4.1. Déterminants de la fréquence des bipolaires

Certains éléments cliniques et évolutifs permettent de suspecter une évolution vers un trouble bipolaire chez un patient initialement dépressif. Ces facteurs sont importants car ils orientent le clinicien vers une vigilance accrue et une prise en charge adaptée.(20)

a. Symptomatologie dépressive particulière

- ❖ L'hypersomnie (sommeil excessif) et la somnolence diurne sont fréquentes.
- ❖ L'hyperphagie (augmentation de l'appétit) et la prise de poids sont des signes atypiques qui doivent alerter.
- ❖ Le ralentissement psychomoteur marqué, associé à une fatigue intense, peut être un indicateur.
- ❖ Une anxiété psychique très prononcée ou une culpabilité pathologique renforcent le risque.
- ❖ La présence de caractéristiques psychotiques ou d'une humeur labile (instabilité émotionnelle) est également évocatrice.

b. **Éléments liés à l'évolution de la maladie :**

- ❖ Un début précoce de la maladie dépressive, avant l'âge de 25 ans, est fortement associé à une évolution bipolaire.
- ❖ La répétition d'épisodes dépressifs (plus de quatre épisodes antérieurs) augmente le risque.
- ❖ Un nombre élevé de tentatives de suicide dans l'histoire du patient est un facteur prédictif majeur.(20)

c. **Antécédents familiaux et contextuels :**

- ❖ La présence de troubles bipolaires chez des membres de la famille constitue un facteur de risque important.
- ❖ La dépression du post-partum est souvent associée à une évolution vers la bipolarité.
- ❖ Le « virage » sous antidépresseurs, c'est-à-dire l'apparition d'un épisode maniaque ou hypomaniaque après traitement, est un signe révélateur.
- ❖ Ces facteurs, lorsqu'ils sont réunis, doivent inciter à une surveillance clinique renforcée et à une réflexion sur le diagnostic différentiel entre dépression unipolaire et trouble bipolaire. (20)

3.4.2. Facteurs de risque suicidaire

Le suicide constitue la complication la plus redoutable des troubles de l'humeur. Il est responsable d'une mortalité élevée et représente un enjeu majeur de santé publique. Les facteurs de risque sont multiples et peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

a. **Facteurs liés à l'épisode dépressif :**

- ❖ La sévérité de l'épisode, avec une intensité marquée des symptômes.
- ❖ Le désespoir, défini par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir.
- ❖ La culpabilité excessive ou inappropriée, parfois délirante.
- ❖ La présence d'une anxiété importante, qui peut favoriser un passage à l'acte impulsif.
- ❖ Les caractéristiques psychotiques, notamment les délires de culpabilité ou d'indignité.

b. **Facteurs liés au patient :**

- ❖ Le sexe masculin est associé à un risque plus élevé de suicide accompli, tandis que le sexe féminin présente d'avantage de tentatives.
- ❖ Les âges extrêmes (adolescents et sujets âgés) sont particulièrement vulnérables.
- ❖ Les maladies physiques chroniques ou invalidantes (douleurs persistantes, atteintes fonctionnelles, préjudice esthétique) augmentent le risque.
- ❖ Les antécédents personnels de tentatives de suicide, surtout graves ou multiples, constituent un facteur prédictif majeur.

- ❖ L'impulsivité et la comorbidité avec des troubles de la personnalité (borderline, antisociale) renforcent la probabilité de passage à l'acte.

c. Facteurs liés à l'environnement :

- ❖ Les situations de stress intense, notamment chez les adolescents (ruptures, conflits familiaux, rejet social).
- ❖ L'isolement affectif ou social, avec absence de soutien familial ou amical.
- ❖ La médiatisation du suicide, qui peut avoir un effet d'imitation, surtout chez les jeunes.
- ❖ L'accessibilité des moyens létaux (armes à feu, cordes, produits toxiques) constitue un facteur déterminant (22).

3.5. Formes cliniques

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 (11). La CIM 10 distingue :

a) Les épisodes maniaques

Ils s'appliquent 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.

b) Trouble affectif bipolaire

Il se caractérise 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).

c) Les épisodes dépressifs

Le 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 ».

d. Troubles dépressifs récurrents

Les troubles dépressifs récurrents se caractérisent par la survenue répétée d'épisodes dépressifs séparés par des périodes de rémission partielle ou complète. Les symptômes comprennent une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, une fatigue importante, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi qu'une diminution de l'estime de soi. La fréquence et la sévérité des épisodes varient d'un individu à l'autre.

e. Troubles de l'humeur persistants

Les troubles de l'humeur persistants regroupent des affections caractérisées par une perturbation chronique de l'humeur durant plusieurs années. Ils incluent notamment la dysthymie, marquée par une humeur dépressive durable mais généralement moins sévère qu'un épisode dépressif majeur, ainsi que la cyclothymie, caractérisée par des fluctuations chroniques de l'humeur entre symptômes dépressifs légers et symptômes hypomaniaques.

f. Autres troubles de l'humeur

Cette catégorie comprend les troubles de l'humeur qui ne répondent pas strictement aux critères diagnostiques des troubles dépressifs ou bipolaires classiques. Elle inclut notamment les troubles de l'humeur induits par une substance ou un médicament, ceux liés à une affection médicale générale, ainsi que certaines formes atypiques ou non spécifiées de perturbation de l'humeur (22).

4-MATERIEL ET METHODES

4.MATERIEL ET METHODES

4.1. Cadre et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans cinq districts sanitaires du Mali incluant Dioïla, Kalabancoro, Kolokani, Kati et Ouelessebougou.

4.1.1. Dioïla

La région de Dioïla, 13^e région administrative malienne, issue du démembrement de la région de Koulikoro, est une circonscription administrative et une collectivité territoriale, résultant de la loi 2012-017 du 2 mars 2012 et de la loi 2023-006 du 13 mars 2023. Elle a pour chef-lieu, la ville de Dioïla.

Située au sud-ouest du pays, elle s'étend sur 12 330 km² soit 0,99 % du territoire national. La région de Dioïla est limitrophe de cinq régions maliennes. La région est située dans le bassin versant du fleuve Niger, elle est drainée par les rivières : Bagoé, Banifing, Baoulé et leurs affluents. (43)

4.1.2. Kalabancoro

Kalabancoro est une localité et une commune rurale du Mali, dans le Cercle de Kati et la région de Koulikoro, elle devient dans le cadre de la réforme administrative de 2023, un quartier du 7^e arrondissement du district de Bamako. La commune s'étend de la rive droite du fleuve Niger à la périphérie au sud du district de Bamako.) (44)

4.1.3. Kolokani

Kolokani est une localité et une commune rurale malienne, chef-lieu du cercle de Kolokani, dans la région de Koulikoro. Il est limité par quatre sous-communes au nord Djidjéni au sud Tioribougou à l'ouest sagabala1 et à l'est Mansatola. Elle se situe sur la route nationale RN 3 (axe Bamako-Diéma) à 130 km au nord de la capitale Bamako (44)

4.1.4. Kati

Kati est une ville et une commune urbaine malienne, chef-lieu de cercle dans la région de Koulikoro, elle s'étend sur une partie nord-ouest de l'agglomération de Bamako. Elle est située sur la route nationale RN 3 (axe Bamako-Nioro-Mauritanie) à 16 km du monument de l'indépendance, centre-ville de Bamako au nord-ouest de la capitale malienne. La ville de Kati compte près de 255 000 habitants, elle est enclavée dans la commune rurale de Kambila. Le chef-lieu cercle de Kati est composé de 37 sous-communes ou « communes ». La ville abrite aussi une cité-garnison, l'un des plus grands camps militaires du pays (45)

Ouesselbougou est une ville et une commune rurale du Mali, chef-lieu de cercle dans la région de Bougouni. Sa population est estimée à 50 056 habitants, elle est composée de 44 villages. Elle couvre une superficie de 1117 km² environ avec une population estimée à 52229 habitants en 2025. Aujourd'hui, la commune est dirigée par un conseil communal de 23 membres dirigé par M Babary Samaké, élu sous les couleurs de Horonya ton. Cette ville est en plein essor, on y trouve toutes les modalités indispensables à l'humain. La ville est divisée par un marigot : sur la rive droite, on y trouve les quartiers de la Mission Bamanankin et sur la rive gauche Ntentoubougou et Flabougou. Ntentoubougou est la porte d'entrée de la ville en provenance de Bamako(44).



La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation et l'accès aux soins et la participation communautaire. Le système de santé malien est organisé en trois niveaux : Le niveau opérationnel / district sanitaire est constitué de 2 échelons :

Le premier échelon ou premier niveau de recours aux soins offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans 1.534 Centres de Santé Communautaire (CSCoM) fonctionnels en 2021 [23].

Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué de 62 Centres de Santé de Référence (CS Réf) fonctionnels en 2021 [23].

Le niveau intermédiaire regroupe : 8 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale.

Le niveau central (3ème référence) comprend : 5 EPH dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali).

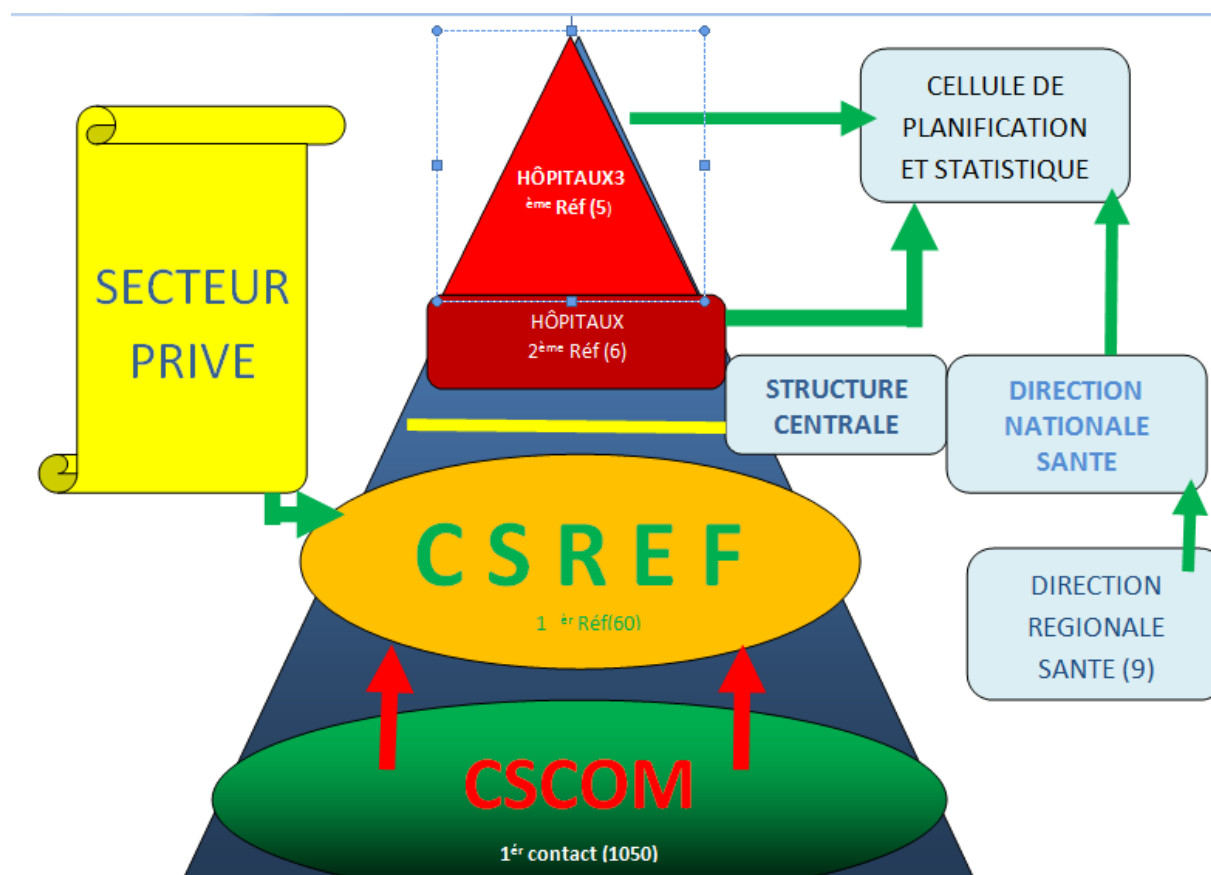


Figure 2:pyramide sanitaire du Mali

Le système d'information sanitaire actuel ne prend en compte que de façon Parcelaire les données sur les maladies mentales sur le plan national. Le service de santé mentale est une structure pluridisciplinaire (psychologues, Psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) offrant un accueil, un diagnostic, un soutien et un traitement pour les difficultés psychiques, relationnelles ou psychiatriques de tous les âges, via des consultations, thérapies, accompagnements sociaux, et parfois des soins d'urgence, pour une prise en charge complète et adaptée, souvent de manière ambulatoire.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, analytique, réalisée avec un recrutement prospectif en population générale. L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois avec une période de collecte d'un mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des personnes âgées de 18 ans ou plus résidant dans les cinq districts sanitaires retenus pour l'enquête.

4.4. Population cible

La population cible était constituée de l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, résidant de façon permanente au Mali.

4.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude

- ❖ Tous les individus âgés de 18 ans ou plus ayant donné leur consentement éclairé, résidant dans les 5 districts sanitaires d'étude.

4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre

- ❖ Tous les individus institutionnalisés (prison, hôpitaux, campus, etc.)
- ❖ Tous les individus incapables de comprendre et de répondre aux questions dans les langues utilisées pour l'étude

4.5. Echantillonnage

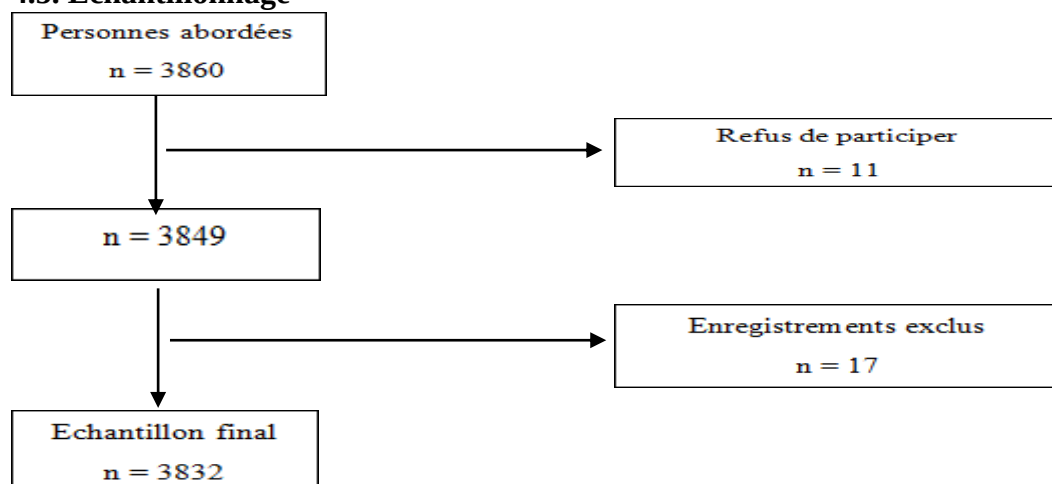


Figure 3: Diagramme de Flux

4.5.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante de Schwartz.

$$n = \frac{Z^2 pq}{i^2}$$

Z : Ecart type de la loi normale pour un intervalle de confiance de 95 % (Z=1,96)

P : prévalence des troubles mentaux en Afrique de l'Ouest 41,43 %.

I : la précision souhaitée avec 5%

La taille de notre échantillon était de 746 par district sanitaire soit une taille totale de **3730** participants pour les cinq districts sanitaires.

4.5.2. Technique de l'échantillonnage

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés qui couvrait l'ensemble des districts sanitaires étudiés.

❖ Première étape

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 , 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

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 a été systématiquement inclus dans l'enquête pour prendre en compte la représentation urbaine des troubles mentaux.

❖ 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 la maladie mentale.

Pour le repérage des différents troubles mentaux présents ou passés, Nous avons utilisé le Mini International Neuropsychiatric Interview ou questionnaire Mini. 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. Technique 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 variables étudiées :

4.7.1 . variable dépendante

La variable dépendante était la présence ou l'absence d'un trouble de l'humeur chez un enquêté

4.7.2. variable indépendante :

Les variables explicatives comprenaient :

Variables sociodémographiques

sexe

âge (classes d'âge)

statut matrimonial

niveau d'instruction

Variables socioculturelles

croyance religieuse

religion

consanguinité parentale

Variables géographiques

région sanitaire

district sanitaire

Variables cliniques

troubles de l'humeur

troubles anxieux

troubles psychotiques

troubles liés à l'usage de substances psychoactives

dépendance aux substances psychoactives

risque suicidaire et troubles du sommeil

4.8. Analyse des données

Les données recueillies ont été vérifiées, nettoyées et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (version 25).

Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée afin de caractériser le profil sociodémographique des participants. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les résultats descriptifs ont été présentés sous forme de tableaux et de figures.

Les prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois des troubles de l'humeur ont été estimées dans la population étudiée. Les troubles analysés comprenaient :

- l'épisode dépressif majeur (EDM),
- la dysthymie,
- l'hypomanie,
- la manie,
- et l'ensemble des troubles de l'humeur.

Les prévalences ont été exprimées en pourcentages avec leurs effectifs correspondants. Elles ont été présentées globalement, puis stratifiées selon le sexe et les catégories d'âge afin d'explorer les variations selon ces caractéristiques sociodémographiques.

Les comorbidités des troubles de l'humeur entre eux et avec d'autres troubles psychiatriques ont été étudiées pour la vie entière et au cours des 12 derniers mois. Les troubles étudiés incluaient :

- les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale et trouble anxieux généralisé) ;
- les troubles psychotiques ;
- les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et la dépendance ;
- les troubles du sommeil ;
- le risque suicidaire.

Les comorbidités ont été exprimées en pourcentages, correspondant à la proportion de sujets présentant le trouble en ligne parmi ceux présentant le trouble en colonne. La force des associations entre les troubles a été estimée à l'aide des odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95%).

Afin d'identifier les facteurs associés à la survenue des troubles de l'humeur, une analyse univariée a d'abord été réalisée. Les variables explorées comprenaient :

- les facteurs sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, situation professionnelle) ;
- les facteurs familiaux (rang dans la fratrie, consanguinité parentale) ;
- les facteurs socioculturels (croyance et religion) ;

- les facteurs géographiques (région et district sanitaires) ;
- l'usage et la dépendance aux substances psychoactives.

Les résultats ont été exprimés sous forme d'odds ratios bruts (OR) avec leurs IC95%.

Dans un second temps, une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée afin d'identifier les facteurs indépendamment associés aux différents troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, dysthymie, hypomanie et ensemble des troubles de l'humeur).

Les variables ayant présenté une association statistiquement significative ou une valeur de $p < 0,20$ lors de l'analyse univariée ont été introduites dans les modèles multivariés.

Les résultats ont été exprimés sous forme d'**odds ratios ajustés (ORa)** avec leurs **intervalles de confiance à 95 %**. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ pour l'ensemble des analyses.

4.9. Considérations Ethiques

Le protocole de la présente recherche et ses annexes ont été au préalable soumis à l'approbation d'un comité d'éthique du Mali. La présente recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'USTTB sous le N° 2024/128/CE/USTTB.

Toutes les dispositions utiles ont été observées en vue du respect de l'autonomie de toute personne qui participe à cette recherche.. Chaque personne participant à cette recherche a été 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 (voir fiche d'information jointe en annexe). 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 incapables de consentir, (état délirant, agitation psychomotrice, état démentiel, état confusionnel...), un consentement a été requis d'une autre personne membre de la famille. Cette dernière a été sollicitée pour donner les informations utiles. Par ailleurs, un consentement écrit a été requis de chaque personne pressentie pour participer à la recherche. L'anonymat absolu et la confidentialité ont été 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 n'était faite qu'à des fins scientifiques Toute personne incluse dans la présente recherche et chez qui un problème de santé physique ou psychique avait été décelé avait 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

5-RESULTATS

5-Resultats

5.1- fréquence des troubles de l'humeur

Sur 3860 personnes abordées, 11 ont refusé de participer et 17 enregistrements ont été exclus.

L'échantillon final comprend donc 3832 participants. Cela montre une bonne acceptabilité de l'étude, avec un taux de participation élevé.

5.2- Caractéristiques socio-démographiques

Tableau I:Caractéristiques socio démographique des participants

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)	Moyenne ecart type
Tranche d'âge (ans) (n=3832)			
18-24	707	18,4	39,9 ± 16,4
25-34	1044	27,2	
35-44	722	18,8	
≥ 45	1359	35,5	
Sexe (n=3832)			
Masculin	2073	54,1	
Féminin	1759	45,9	
Statut Matrimonial (n=3832)			
Marié(e)	3192	83,3	
Célibataire	460	12,0	
Divorcé(e)/Séparé(e)	25	0 ,7	
Veuf(ve)	155	4,0	
Education (n=3832)			
Alphabétisé(e)	114	3,0	
Jamais scolarisé	1499	39,1	
Primaire	1189	31,0	
Secondaire	533	13,9	
Supérieur	222	5,8	
Ecole Coranique	273	7,1	

Autre	2	0,1
Situation		
Professionnelle (n=3832)		
Agriculteur	1008	26,3
Eleveur	54	1,4
Commerçant	557	14,5
Ouvrier/Manoeuvre	323	8,4
Artisan	132	3,4
Fonctionnaire	92	2,4
Salarié du secteur privé	268	7,0
Femme au foyer / ménagère	908	23,7
Elève / étudiant	185	4,8
Chômeur / Sans profession	147	3,8
Transporteur / Conducteur / Chauffeur auto-moto	28	0,7
Tradithérapeute / Guérisseur / Marabout / Féticheur / Maître coranique	18	0,5
Artiste (peintre, sculpteur, musicien, chanteur, griot...)	13	0,3
Retraité	88	2,3
Autre	11	0,3
Fratrie Utérine (n=3832)		
1 ^{er} -5	3097	80,9
6 ^{eme} -10	661	17,3
Plus de 11	74	1,9
Non précise	1	0,0
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	10	0,3
Non Précisé	1	0,1
Religion (n=3711)		
Musulman	3454	93,1
Chrétien	131	3,5
Religion traditionnelle	126	3,4

La tranche d'âge prédominante était celle de 45 ans et plus (35,5 %), suivie des 25–34 ans (27,2 %).

L'échantillon étudié comprenait une légère majorité d'hommes (54,1 %) par rapport aux femmes (45,9 %)

La majorité des participants étaient mariés **(83,3 %)**.

Concernant le niveau d'instruction, 39,1 % n'avaient jamais été scolarisés, tandis que 31,0 % avaient atteint le primaire

La population était principalement composée d'**agriculteurs (26,3 %) et de femmes au foyer (23,7 %)**.

La distribution dans la fratrie était concentrée sur les **premiers rangs (1er à 5ème : 80,9 %)**

40,3 % des participants avaient une consanguinité parentale.

Dans la population étudié ,96,6% étaient des croyants

La croyance religieuse musulmane était la plus représentée (93 %).

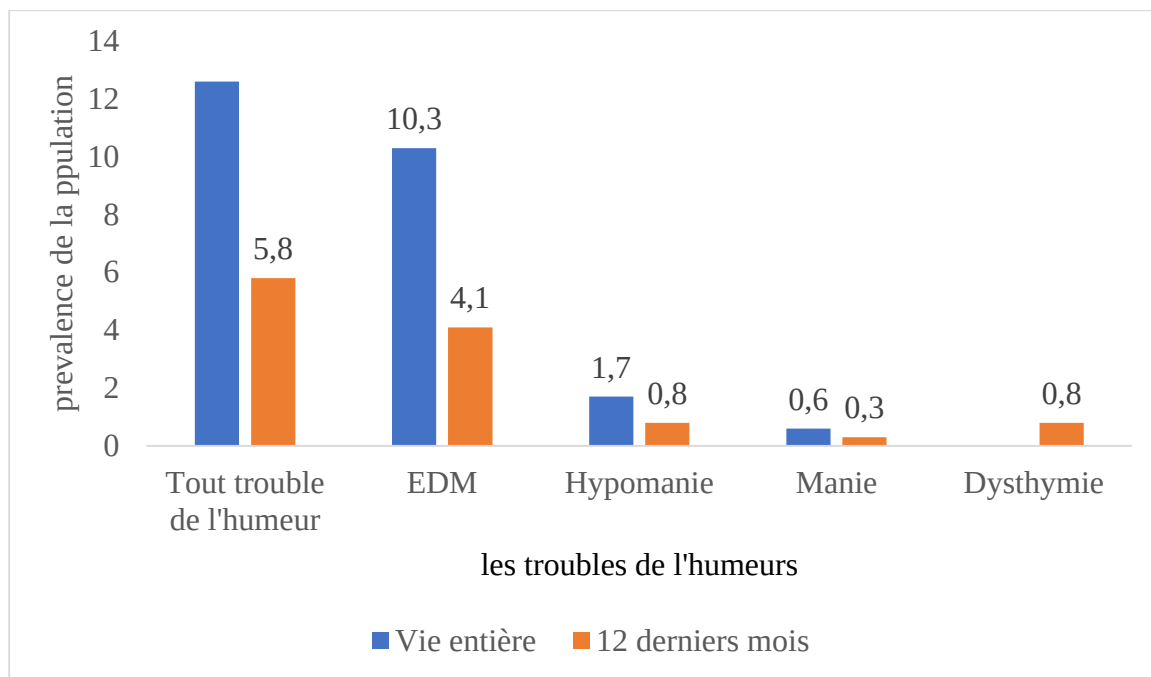


Figure 4:Prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois des troubles de l'humeur en population générale au Mali

Les prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois de tout trouble de l'humeur étaient de 12,6 % et 5,8 % respectivement.

Tableau II:Prévalence à vie et actuelle des troubles de l'humeur par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Troubles de l'humeur	Masculin				Féminin				Total			
	A vie		Actuelle		A vie		Actuelle		A vie		Actuelle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDM	178	8,6	61	2,9	217	12,3	98	5,6	395	10,3	159	4,1
Dysthymie	--	--	11	0,5	--	--	19	1,1	--	--	30	0,8
Hypomanie	42	2,0	18	0,9	25	1,4	13	0,7	67	1,7	31	0,8
Manie	10	0,5	04	0,2	14	0,8	07	0,4	24	0,6	11	0,3
Tout trouble de l'humeur	224	10,8	91	4,4	260	14,8	133	7,6	484	12,6	224	5,8

EDM= Episode Dépressif Majeur

L'épisode dépressif majeur (EDM) constitue le trouble le plus fréquent. Sa prévalence à vie était de 10,3 % dans l'ensemble de la population, avec une fréquence plus élevée chez les

femmes (12,3 %) .La prévalence actuelle de l'EDM était de 4,1 %, également plus élevée chez les femmes (5,6 %).

La dysthymie était moins fréquente, avec une prévalence actuelle globale de 0,8 %, sans cas rapporté à vie chez les hommes et les femmes dans ce tableau.

Tableau III:: Prévalence à vie et actuelle des troubles de l'humeur par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Troubles de l'humeur	18-24				25-34				35-44				≥45			
	A vie		Actuelle		A vie		Actuelle		A vie		Actuelle		A vie		Actuelle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDM	46	6,5	12	1,7	85	6,5	12	1,7	84	11,6	84	11,6	180	13,2	83	6,1
Dysthymie	--	--	1	0,1	--	--	7	0,7	--	--	12	1,7	--	--	10	0,7
Hypomanie	22	3,1	11	1,6	20	1,9	5	0,5	7	1,0	5	0,7	18	1,3	10	0,7
Manie	9	1,3	2	0,3	2	0,2	1	0,1	7	1,0	5	0,7	6	0,4	3	0,2
Tout trouble de l'humeur	69	9,8	25	3,5	108	10,3	42	4,0	104	14,4	53	7,3	203	14,9	104	7,7

L'épisode dépressif majeur (EDM) apparaît comme le trouble le plus fréquent dans toutes les tranches d'âge. Sa prévalence à vie augmente avec l'âge, passant de 6,5 % chez les 18–24 ans et les 25–34 ans ,pour atteindre 13,2 % chez les sujets âgés de 45 ans et plus. La prévalence actuelle suit une tendance similaire, avec un pic chez les 35–44 ans (11,6 %) et les ≥45 ans (6,1 %). La dysthymie reste rare dans toutes les classes d'âge, avec des proportions actuelles variant entre 0,1 % et 1,7 %, légèrement plus élevées chez les 35–44 ans.

Tableau IV: Comorbidités sur la vie entière des troubles l'humeur entre eux et avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 a l'analyse univariée

	EDM			Hypomanie			Manie		
Comorbidités	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Trouble panique	20,3	5,7	4,2-7,6	10,4	1,9	0,8-4,2	25,0	5,4	2,1-13,8
Agoraphobie	9,1	3,7	2,5-5,5	10,4	3,5	1,6-7,9	20,8	7,9	2,9-21,6
Phobie sociale	14	4,5	2,3-8,6	1,5	1,4	4,2-3,9	4,2	3,9	0,5-30,3
TAG	16,2	5,3	3,8-7,3	10,4	2,4	1,2-5,2	8,3	1,8	0,4-7,7
Tout trouble anxieux	35,9	5,5	4,4-7,0	25,4	2,6	1,5-4,5	33,3	3,7	1,6-8,8
EDM	--	--	--	26,9	3,3	1,9-5,7	37,5	5,3	2,3-12,2
Hypomanie	4,6	3,3	1,9-5,7	-	--	--	0,0	1,0	1,0-1,0
Manie	2,3	5,3	2,3-12,2	0,0	1,0	1,01-1,02	--	--	--
Trouble psychotique	18,2	4,4	3,3-5,9	28,4	6,4	3,7-11,1	50	15,9	7,1-35,8
Usage de substance	6,1	2,5	1,7-4,0	7,5	2,8	1,1-7,1	0,0	1,0	1,0-1,0
Dépendance	3,0	2,9	1,5-5,6	4,5	3,8	1,1-12,5	0,0	1,0	1,0-1,0

L'analyse univariée des comorbidités sur vie entière montre que les troubles de l'humeur sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques, en particulier aux troubles anxieux.

L'épisode dépressif majeur (EDM) présente les associations les plus marquées avec les troubles anxieux (35,9%). En effet, plus d'un tiers des sujets souffrant d'EDM (35,9 %) présentent au moins un trouble anxieux comorbide (OR = 5,5). Les liens sont particulièrement forts avec le trouble panique (OR = 5,7) et le trouble anxieux généralisé (OR = 5,3).

Tableau V::Comorbidités actuelles des troubles de l'humeur entre eux et avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 a l'analyse univariée

	EDM			Dysthymie			Hypomanie			Manie		
Comorbidités	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Trouble panique	27,7	10,5	7,1-15,5	16,7	4,3	1,6-11,4	6,5	1,5	0,3-6,2	18,2	4,7	1,0-22,1
Agoraphobie	10,7	5,17	2,9-8,9	6,7	2,7	0,6-11,5	6,5	2,6	0,6-11,0	36,4	22,8	6,4-77
Phobie sociale	5,0	12,1	5,1-28,7	3,3	5,7	0,7-43,4	0	1,0	1,0-1,0	9,1	16,5	2-134,3
TAG	23,3	7,7	5,1-11,5	33,3	10,9	5,0-23,6	6,5	1,4	0,3-6,0	18,2	4,6	1-21,6
Tout trouble anxieux	42,8	8,2	5,9-11,5	40,0	6,3	3,0-13,2	12,9	1,4	0,5-3,9	36,4	5,3	1,5-18,2
EDM	25,4	10,5	7,1-15,5	0,0	1,0	1,0-1,0	6,5	1,6	0,4-6,8	9,1	2,3	0,3-18,2
Hypomanie	2,0	2,4	0,2-24,4	66,7	2,4	0,2-27,9	--	--	--	--	--	--
Manie	0,6	2,3	0,3-18,2	6,7	30,1	6,2-145,7	--	--	--	--	--	--
Trouble psychotique	13,8	4,7	2,9-7,6	23,3	8,1	3,4-19,3	22,6	7,8	3,3-18,4	54,5	32,0	9,7-106,2
Dysthymie	0,0	1,0	1,0-1,0	--	--	--	6,5	9,3	2,1-40,8	18,2	30,1	6,2-145,7
Usage de substance	8,8	4,8	2,7-8,8	0,0	1,0	1,0-1,0	6,5	3,0	0,7-12,9	0	1,0	1,0-1,0
Dépendance	3,8	3,6	1,5-8,5	0,0	1,0	1,0-1,0	3,2	2,8	0,4-20,8	0,0	1,0	1,0-1,0
Troubles du sommeil	30,8	8,4	5,8-12,2	30,0	6,8	3,1-15,1	9,7	1,7	0,5-5,5	27,3	5,8	1,5-22,2
Risque suicidaire	41,5	9,9	7,0-13,9	63,1	20,7	9,8-43,9	29,0	4,7	2,2-10,3	27,3	4,3	1,1-16,1

L'analyse univariée met en évidence une forte charge de comorbidités actuelles psychiatriques associées aux troubles de l'humeur, avec des niveaux de risque particulièrement élevés pour certains troubles anxieux, psychotiques et le risque suicidaire. Les troubles anxieux apparaissent comme les comorbidités les plus fréquentes. L'épisode dépressif majeur (EDM) est fortement associé aux troubles anxieux, avec 42,8 % des sujets concernés présentant au moins un trouble anxieux comorbide (OR = 8,2). Les associations sont particulièrement marquées avec le trouble panique (OR = 10,5), le trouble anxieux généralisé (OR = 7,7) et l'agoraphobie (OR = 5,17)

Tableau VI:Analyse univariée et multivariée des facteurs associés à l'Épisode Dépressif Majeur (EDM)

Variables explicatives	EDM				
	Univariée			Multivariée	
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%
Sexe					
Masculin	0,7	0,5-0,8	<0,0001	0,6	0,5-0,7
Féminin	Réf				
Classe d'âge (ans)					
18-24	0,5	0,3-0,6	<0,0001	0,4	0,3-0,6
25-34	0,6	0,4-0,8	<0,0001	0,6	0,4-0,8
35-44	0,9	0,7-1,1	0,2756	0,8	0,6-1,1
≥45	Réf				
Statut marital					
Marié	0,4	0,3-0,6	0,0427	0,6	0,4-0,9
Célibataire	0,2	0,1-0,4	<0,0001	0,6	0,3-1,2
Divorcé	2,1	0,8-5,1	0,1119	3,2	1,2-8,5
Veuf/Veuve	Réf				
Niveau d'étude					
Alphabétisé	0,8	0,4-1,5	0,4787	0,7	0,3-1,3
Primaire	0,7	0,6-0,9	0,0129	0,9	0,7-1,3
Secondaire	0,7	0,5-0,9	0,0412	0,9	0,6-1,4
Supérieur	0,8	0,5-1,2	0,2776	1,1	0,6-1,5
Ecole Coranique	1,0	0,7-1,6	0,7832	1,1	0,8-1,7
Jamais scolarisé	Réf				
Religion					
Musulmane	3,7	1,3-10,0	0,0109	1,8	0,6-5,0
Chrétienne	1,2	0,3-4,6	0,7798	0,6	0,1-2,4

Religion traditionnelle	Réf				
Région sanitaire					
Koulikoro	0,6	0,4-0,8	<0,0001	0,3	0,2-0,5
Dioila	1,6	1,2-2,1	0,0022	1,8	1,3-2,4
Bougouni	Réf				
District sanitaire					
Kati	0,5	0,4-0,7	<0,0001	3,1	1,9-5,1
Ouélèssebougou	0,6	0,5-0,9	0,0023	--	-----
Kalabancoro	0,5	0,3-0,6	<0,0001	2,9	1,8-4,9
Kolokani	0,2	0,1-0,3	<0,0001	--	-----
Dioila	Réf				
Usage de SPA vie					
Oui	2,5	1,6-3,9	<0,0001	1,6	0,8-3,3
Non	Réf				
Dépendance de SPA vie					
Oui	2,8	1,5-5,6	0,0017	2,3	0,9-6,4
Non	Réf				

A l'analyse multivariée, les épisodes dépressifs majeurs étaient significativement associés au sexe féminin, à l'âge jeune (18–24 ans), ainsi qu'à l'usage et la dépendance aux substances psychoactives. Pour l'hypomanie, les facteurs associés étaient le sexe masculin, les tranches d'âge 25–34 ans et 35–44 ans, la pratique de la religion musulmane, ainsi que la résidence dans certaines régions et districts sanitaires.

Tableau VII:Analyse multivariée et multivariée des facteurs associés à la dysthymie

Variables explicatives	Dysthymie				
	Univariée			Multivariée	
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%
Sexe					
Masculin	0,4	0,2-1,0	0,0589	0,4	0,2-0,9
Féminin	Réf				
Classe d'âge (ans)					
18-24	0,2	0,0-1,5	0,1151	0,2	0,0-1,3
25-34	0,9	0,3-2,4	0,8434	0,8	0,3-2,1
35-44	2,3	0,9-5,3	0,0554	2,1	0,9-5,0
≥45	Réf				
Consanguinité entre les parents					
Oui	1,7	0,8-3,5	0,1510	1,6	0,8-3,3
Non	Réf				
Religion					
Musulmane	0,3	0,1-1,0	0,0504	0,3	0,0-0,9
Chrétienne	0,6	0,1-3,9	0,6229	0,6	0,0-3,6
Religion traditionnelle	Réf				

A l'analyse multivariés, les facteurs significativement associés à la survenue de manière positive d'une hypomanie au cours de la vie étaient : la classe d'âge de 18-24 ans, le niveau d'étude primaire et secondaire ainsi que l'usage et la dépendance aux spa

Tableau VIII:Analyse univariée et multivariée des facteurs associés aux troubles de l'humeur

Variables explicatives	Trouble de l'humeur				
	Univariée			Multivariée	
	OR	IC95%	p-value	OR	IC95%
Sexe					
Masculin	0,7	0,6-0,8	0,0002	0,6	0,5-0,8
Féminin	Réf				
Classe d'âge (ans)					
18-24	0,6	0,5-0,8	0,0010	0,5	0,4-0,8
25-34	0,7	0,5-0,8	<0,0001	0,6	0,5-0,8
35-44	0,9	0,7-1,2	0,7441	0,9	0,7-1,2
≥45	Réf				
Statut marital					
Marié	0,5	0,3-0,7	<0,0001	0,7	0,4-1,0
Célibataire	0,4	0,2-0,6	<0,0001	0,8	0,4-1,4
Divorcé	1,9	0,8-4,6	0,1757	2,3	0,9-5,8
Veuf/Veuve	Réf				
Région sanitaire					
Koulikoro	0,8	0,6-0,9	0,0233	0,6.	0,4-0,8
Dioila	1,5	1,4-1,9	0,0031	1,7	1,2-2,2
Bougouni	Réf				
District sanitaire					
Kati	0,6	0,5-0,9	0,0019	1,8	1,3-2,6
Ouélessébougou	0,7	0,5-0,9	0,0031	--	-----
Kalabancoro	0,5	0,4-0,7	<0,0001	1,5	1,0-2,1
Kolokani	0,3	0,2-0,5	<0,0001	--	-----
Dioila	Réf				
Usage de SPA vie					
Oui	2,2	1,4-3,4	<0,0001	1,6	0,8-3,1
Non	Réf				
Dépendance de SPA vie					

Oui	2,8	1,5-5,3	0,0012	2,1	0,9-5,3
Non	Réf				

A l'analyse multivariés, les facteurs significativement associés à la survenue de manière positive de tout trouble de l'humeur au cours de la vie étaient ; le sexe masculin, classe d'âge entre 18-24 ans ainsi que de 25-34 ans statut marital marié et célibataire certaine région sanitaire (Koulikoro et Dioila) certains districts sanitaires, ainsi que l'usage et la dépendance aux SPA

6-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

❖ Limite de l'étude

Bien que cette étude ait permis d'estimer la fréquence des troubles de l'humeur dans les cinq district sanitaire de l'étude ainsi que les facteurs qui y sont associés, elle présente certaines limites. La principale limite réside dans sa nature transversale, qui ne prend en compte que les sujets présents au moment de l'enquête. Cette caractéristique peut entraîner un biais de sélection et ne permet pas d'établir une relation de causalité entre les facteurs étudiés et les troubles de l'humeur dans les cinq districts de l'étude.

❖ Profil socio-démographique

La population étudiée se compose majoritairement d'adultes actifs, mariés et faiblement instruits. Ce profil est cohérent avec les enquêtes démographiques et de santé menées dans la sous-région. L'EDS Mali 2023 a montré que 62 % des adultes n'avaient pas atteint le secondaire et que plus de 70 % des femmes étaient mariées dès 25 ans (25). De manière similaire, l'EDS Burkina Faso 2020 rapporte que 64 % des adultes n'ont pas dépassé le primaire et que 76 % des femmes étaient mariées (26). En Côte d'Ivoire, l'EDS 2021 indique que 67 % des femmes et 59 % des hommes adultes étaient mariés, avec 34 % de non-scolarisation en milieu rural (27). Ces convergences traduisent un contexte où la scolarisation reste limitée et où le statut marital constitue un déterminant majeur de la vie sociale. Enfin, Esch et al. (2014) ont mis en évidence le rôle des troubles mentaux dans l'abandon scolaire précoce, renforçant le cercle vicieux entre faible niveau d'éducation et vulnérabilité psychologique (32).

❖ Prévalence des troubles de l'humeur

La prévalence à vie des troubles de l'humeur est de 12,6 %, avec une prévalence actuelle de 5,8 %, dominée par l'épisode dépressif majeur (10,3 % à vie ; 4,1 % actuel). Ces chiffres rejoignent ceux observés dans plusieurs pays africains au Mali, une étude hospitalière menée à Bamako a montré que la dépression représentait 12 % des diagnostics psychiatriques (30) ; au Burkina Faso, une enquête réalisée au CHU de Ouahigouya a retrouvé une prévalence de la dépression de 27 % chez les patients hospitalisés (31) ; en Côte d'Ivoire, l'étude de cohorte de Taabo a révélé une prévalence de la dépression modérée ou sévère de 17 % (PHQ-9 $\geq$ 10) (32) ; au Niger, une enquête communautaire à Niamey a estimé la prévalence de la dépression à 10,5 % (33) ; au Sénégal, l'enquête STEPS 2015 a montré que 36 % des adultes présentaient des symptômes dépressifs (34) ; enfin, au Maroc, Kadri et al. ont rapporté une prévalence nationale de la dépression de 11,2 % (35).

Ces résultats confirment que la dépression est le trouble de l'humeur le plus fréquent en Afrique, avec des taux oscillants entre 10 % et 17 % en population générale, et des proportions plus élevées en milieu hospitalier. Gbadamosi et al. (2022) soulignent que la dépression est le trouble psychiatrique le plus répandu en Afrique subsaharienne, représentant un enjeu majeur de santé publique (36). Les données récentes de Mwangala et al. (2025) au Kenya montrent également une forte charge des troubles mentaux et des addictions dans la communauté (37).

❖ **Distribution par âge et sexe**

La prévalence augmente avec l'âge et reste plus élevée chez les femmes (12,3 % contre 8,6 % chez les hommes). Cette tendance est universelle et confirmée par les travaux régionaux : au Mali, 60 % des cas de dépression concernaient des femmes, avec une augmentation significative après 40 ans (30) ; au Burkina Faso, 58 % des patients dépressifs étaient des femmes, avec une prévalence plus élevée dans la tranche des 35–54 ans (31) ; en Côte d'Ivoire, l'étude de Taabo a confirmé que les femmes présentaient des taux plus élevés de dépression que les hommes (32) ; au Maroc, Kadri et al. ont rapporté que la prévalence féminine atteignait 14 % contre 8 % chez les hommes (35).

Ces résultats confirment que la vulnérabilité féminine est une constante régionale, qui pourrait être renforcée par des facteurs hormonaux, sociaux et culturels. Gbadamosi et al. (2022) rappellent que les femmes en Afrique subsaharienne présentent une vulnérabilité accrue, liée à des facteurs biologiques et sociaux (36). Achoki et al. (2022) soulignent que les inégalités de genre renforcent cette vulnérabilité (28).

❖ **Comorbidités**

Les données révèlent une forte intrication entre dépression et anxiété (42,8 %), ainsi qu'une association marquée avec les troubles psychotiques et le risque suicidaire. Au Mali, une étude hospitalière a montré que 33 % des patients post-AVC présentaient une dépression, souvent associée à des troubles anxieux (30). Au Burkina Faso, les travaux hospitaliers ont confirmé la présence de comorbidités anxieuses dans 38 % des cas et psychotiques dans 12 % (31). En Côte d'Ivoire, l'étude de Taabo a révélé que la dépression était fortement associée à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles, renforçant les comorbidités anxieuses (32). Au Sénégal, l'enquête STEPS a montré que la dépression était liée à un risque suicidaire élevé, touchant près de 9 % des adultes (34). Au Maroc, Kadri et al. ont rapporté que 35 % des patients dépressifs présentaient une comorbidité anxieuse et que 25 % avaient des idées suicidaires (35). Ces résultats soulignent la gravité clinique des troubles de l'humeur et la nécessité d'un dépistage systématique et d'une prise en charge intégrée. L'OMS (2022) insiste sur l'importance d'une approche globale de la santé mentale, incluant la prise en charge des

comorbidités (37). Pigeon-Gagné et al. (2023) ont montré que les représentations sociales de la maladie mentale au Burkina Faso influencent la reconnaissance et la prise en charge des comorbidités (38).

❖ Facteurs associés

Les analyses montrent que le sexe féminin, certaines tranches d'âge jeunes, le statut marital et l'usage de substances psychoactives sont associés aux troubles de l'humeur. Au Mali, une étude universitaire a identifié le stress académique et la consommation de substances comme facteurs aggravants chez les étudiants (30). Au Burkina Faso, les travaux hospitaliers ont montré que la pauvreté et les maladies chroniques étaient des facteurs associés à la dépression (31). En Côte d'Ivoire, l'étude de Taabo a confirmé que la pauvreté et le sexe féminin étaient des déterminants majeurs (32). Au Sénégal, l'enquête STEPS a révélé que la dépression était fortement liée aux conditions socio-économiques et au risque suicidaire (34). Au Maroc, Kadri et al. ont montré que le stress académique et les difficultés financières étaient des facteurs associés à la dépression chez les étudiants (35).

Ces résultats sont cohérents avec les travaux régionaux et internationaux. Ebrahim et al. (2024) ont confirmé que la consommation de substances est un facteur aggravant majeur chez les jeunes en Afrique subsaharienne (39). Par ailleurs, Koenig et al. (2012) ont montré que la religion peut jouer un rôle ambivalent, tantôt protecteur, tantôt aggravant selon les contextes (40). Enfin, Sorsdahl et al. (2010) ont mis en évidence l'importance des guérisseurs traditionnels dans la prise en charge des troubles mentaux en Afrique du Sud (41). Gureje et al. (2015) ont également souligné le rôle des médecines traditionnelles et complémentaires dans le traitement des troubles mentaux, en particulier dans les contextes africains où l'accès aux soins psychiatriques reste limité (42).

7-CONCLUSION

7.CONCLUSION

La présente étude met en évidence une prévalence à vie des troubles de l'humeur de 12,6 %, avec une prévalence actuelle de 5,8 %, dominée par l'épisode dépressif majeur. Les résultats montrent une vulnérabilité accrue chez les femmes et les sujets âgés, confirmant une tendance régionale déjà observée dans plusieurs pays africains. Les comorbidités anxieuses et psychotiques, ainsi que le risque suicidaire, renforcent la gravité clinique et soulignent l'importance d'un dépistage systématique. Enfin, les déterminants sociaux tels que la pauvreté, la faible scolarisation et l'usage de substances apparaissent comme des facteurs majeurs, plaidant pour une intégration urgente de la santé mentale dans les soins primaires

8-RECOMMANDATION

8.RECOMMANDATIONS

A partir de ces Résultats nous formulons ces recommandations suivantes

Aux autorités sanitaires

- Renforcer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires.
- Réduire les disparités géographiques dans l'accès aux services de santé mentale.
- Promouvoir la collaboration entre le système de santé, les acteurs communautaires et les organisations de la société civile.
- Mettre en œuvre des campagnes d'éducation, d'information et de communication visant à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et à améliorer la connaissance des ressources de santé mentale disponibles.
- Investir dans la formation des professionnels spécialisés en santé mentale et dans le renforcement des compétences du personnel de santé en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des troubles mentaux.

Aux praticiens (agents de santé)

- Renforcer l'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles sur les troubles de santé mentale, notamment en ce qui concerne leur prévention, leur prise en charge et l'importance de l'adhésion aux soins.
- Renforcer les systèmes de référence et de contre-référence afin d'assurer une orientation rapide, efficace et adaptée des personnes présentant des troubles de santé mentale vers les structures de prise en charge appropriées.

À la Faculté de Médecine

- Encourager la recherche étudiante en santé mentale, notamment sur les besoins, les déterminants et l'utilisation des services de santé mentale.

À l'endroit de la population

- Encourager le recours précoce aux soins de santé mentale dès l'apparition des premiers signes de souffrance psychique ou de troubles mentaux.
- Renforcer les connaissances et la compréhension de la santé mentale au sein de la population afin de favoriser une meilleure reconnaissance des troubles et des besoins en soins.

- Valoriser le rôle de la solidarité familiale et communautaire dans la prévention, le soutien et l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles de santé mentale.
- Réduire le recours exclusif aux pratiques traditionnelles en sensibilisant les populations à l'importance d'une prise en charge complémentaire et adaptée par les services de santé mentale.
- Promouvoir le soutien communautaire et l'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles de santé mentale afin de lutter contre la stigmatisation et l'isolement.

9. REFERENCES

1. Coryell W, Zimmerman M. Présentation des troubles de l'humeur – Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. Vérifié/révisé janv. 2026. [cité 4 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-l-humeur/pr%C3%A9sentation-des-troubles-de-l-humeur>
2. **MedecinDirect. Quels sont les troubles de l'humeur ? Causes, symptômes, conséquences [Internet]. Paris: MedecinDirect; 2025 [cité 4 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.medecindirect.fr/maladies/quels-sont-les-troubles-de-l-humeur-causes-symptomes-consequences>**
3. Menir O. Troubles de l'humeur : guide complet 2025 - symptômes, traitements, innovations [Internet]. Le Médecin; 2025 [cité 2025 déc 23]. Disponible sur : <https://lemedecin.fr/medical/pathologies/troubles-de-l-humeur.html>
4. Organisation mondiale de la Santé. Principaux repères sur la dépression [Internet]. Genève : OMS ; [date inconnue] [cité 2025 déc 23]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Rouillon F. Épidémiologie des troubles bipolaires: article scientifique [Internet]. Studylib France; [date inconnue]. [cité 4 juin 2026]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3821574/épidémiologie-des-troubles-bipolaires>.
8. Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R, Paes M, Toufiq J, Moussaoui D. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(1):71-74. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01431.x
9. Daoudi D, Tazi MA, Asouab F, Harrag M, Meski FZ, Khattabi A. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc : une étude rétrospective sur 11 années. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 mai 2017;65:S94.
10. Belghazi D, Moussaoui D, Kadri N. Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de asablanca. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mars 2016;174(2):100-4.

11. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Classification internationale des maladies.
10ème éd. (Cim-10) [Consulté le 02/02/2019]. Disponible à partir de URL :
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>

12. 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.

13. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. *Pan Afr Med J* [Internet]. 23 févr 2022 [cité 23 déc 2025];41(160). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/41/160/full>

14. World Health Organization. Trouble bipolaire [Internet]. Genève: WHO; [cité 28 août 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>

15. Bergot C. État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest. *Eur Psychiatry*. nov 2013;28(S2):72-72.

16. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Genève: OMS; 2001. [cité 4 juin 2026]. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8a1a85ac-989f-4b2d-881f-39116db7e9f2/content>

17. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

18. 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).

19. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. févr 2002;59(2):115-23.

20. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2008;166(1):63-70.
21. Vanelle C. La crise suicidaire : repérer et prendre en charge [Internet]. [date inconnue] [cité 2025 déc 25]. Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/vanelle.html>
22. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies [Internet]. Genève : OMS ; [date inconnue] [cité 2025 déc 25]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/standards/classifications/classification-of-diseases>
23. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille. Annuaire 2021 du Système National d'Information Sanitaire et Social [Internet]. Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille; 2021 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSNISS_2021.pdf
24. Piver A, Yatham LN, Lam RW. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mai 2002;48:896-904.
25. EDS Mali 2023. Enquête Démographique et de Santé au Mali. Bamako: Ministère de la Santé; 2023.
26. EDS Burkina Faso 2020. Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso. Ouagadougou: Ministère de la Santé; 2020.
27. EDS Côte d'Ivoire 2021. Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire. Abidjan: Ministère de la Santé; 2021.
28. Achoki T, Sartorius B, Watkins D, 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.* 2022;76:471–81. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217480>
29. Étude hospitalière Bamako. Données psychiatriques hospitalières. Bamako: CHU Point G; 2019.
30. Étude CHU Ouahigouya. Prévalence de la dépression chez les patients hospitalisés. Ouahigouya: CHU; 2020.

31. Étude de cohorte Taabo. Prévalence de la dépression modérée ou sévère en Côte d'Ivoire. Taabo: Institut de Santé Publique; 2021.
32. Enquête communautaire Niamey. Prévalence de la dépression en population générale. Niamey: Ministère de la Santé; 2020.
33. Enquête STEPS Sénégal 2015. Prévalence des symptômes dépressifs. Dakar: OMS/Ministère de la Santé; 2015.
34. Kadri N, et al. Prévalence nationale de la dépression au Maroc. Rabat: Ministère de la Santé; 2013.
35. Gbadamosi I, Tabiri Henneh I, Okeowo O, et al. Depression in sub-saharan africa. IBRO Rep. 2022;12:309–22. <https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.03.005>
36. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022.
37. Pigeon-Gagné É, Hassan G, Yaogo M, et al. La maladie mentale et la folie: représentations sociales des troubles de santé mentale à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Sci Soc Santé. 2023;41:41–64. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0241>
38. Mwangala PN, Kerubo A, Makandi M, et al. Prevalence and associated factors of mental and substance use problems among adults in Kenya: a community-based cross-sectional study. PLOS Glob Public Health. 2025;5:e0004130. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004130>
39. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
40. Sorsdahl KR, Flisher AJ, Wilson Z, et al. Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumalanga, South Africa. Afr J Psychiatry. 2010;13:284–90. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i4.61878>
41. Gureje O, Nortje G, Makanjuola V, et al. The role of global traditional and complementary systems of medicine in treating mental health problems. Lancet Psychiatry. 2015;2:168–77. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00013-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00013-9)

43. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Mali*. New York: UNOCHA; [cité 4 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.unocha.org/mali>
44. Institut National de la Statistique du Mali. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2008)*. Bamako: INSTAT; 2009.
45. Souleymane M. *Aspects épidémiologiques des troubles de l'humeur*. [PhD thesis]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.

10.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

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| ☐ KayesKoulikoroSikasso | ☐ | ☐ |
| ☐ SégouMoptiTombouctou | ☐ | ☐ |
| ☐ GaoKidalTaoudéni | ☐ | ☐ |
| ☐ MénakaNioroKita | ☐ | ☐ |
| ☐ DioilaNaraBougouni | ☐ | ☐ |
| ☐ KoutialaSanDouentza Bandiagara | | |

District sanitaire

Ecrivez tout en majuscule

Localité (village ou secteur)

Ecrivez tout en majuscule

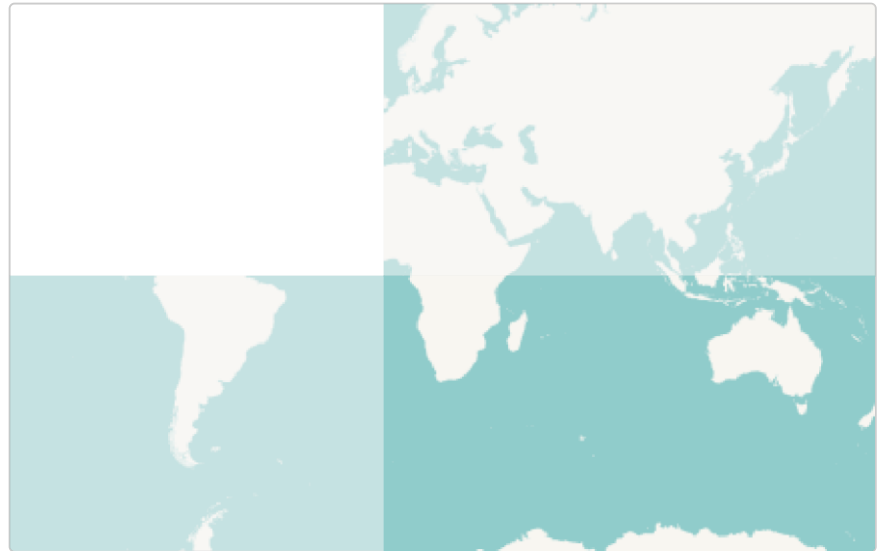
Enregistrez votre position actuelle

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 paniquiez, 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 Pensez-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 EXPLOREE 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 Pipéridine

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 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 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 EXPLOREE 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 » ? cocaine, « 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 EXPLOREE 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 INAPPROPRIES. AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES. IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMLABLE, 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 INAPPROPRIÉES

☐

☐ 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

FICHE SIGNALETIQUE

1.Nom : Moutian Esaïe

2.Prénom : DEMBELE

3.TEL : 00 223 74 51 13 70

4.Email : moutianesaid@gmail.com

5.Titre de la thèse : aspects épidémiologiques des troubles de l'humeur dans cinq districts sanitaires au Mali : diola, Kalaban-coro, Kolokani, kati et Ouelessebougou.

Secteur d'intérêt : service de psychiatre ; Epidémiologie, Santé Publique

6.Année de soutenance : 2026

7.Lieu de soutenance : Bamako/Point G **Pays d'origine :** MALI

8.Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

Introduction : Les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, dysthymie, hypomanie, manie) constituent un problème majeur de santé publique, responsable d'une morbidité et d'une mortalité importantes, notamment par suicide. Au Mali, les données épidémiologiques restent limitées en population générale. Cette étude visait à déterminer la prévalence de l'humeur et les facteurs associés dans cinq districts sanitaires au Mali.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée sur 12 mois dans cinq districts sanitaires du Mali, chez des adultes de 18 ans et plus, par sondage en grappes à plusieurs degrés (n=3832). Le diagnostic reposait sur le Mini International Neuropsychiatric Interview. Les facteurs associés ont été estimés par régression logistique (odds ratios, IC95 %).

Résultats : L'échantillon comptait 3832 participants (54,1 % d'hommes). La prévalence à vie de tout trouble de l'humeur était de 12,6 % (5,8 % actuelle), dominée par l'épisode dépressif majeur (10,3 % ; 4,1 %), devant l'hypomanie (1,7 %) et la manie (0,6 %). La prévalence était plus élevée chez les femmes et augmentait avec l'âge. Les comorbidités les plus fréquentes étaient les troubles anxieux (42,8 % avec l'EDM), psychotiques (54,5 % avec la manie) et le risque suicidaire (63,1 %). En multivariée, le sexe féminin, l'âge jeune et l'usage de substances psychoactives étaient associés aux troubles de l'humeur.

Conclusion : Les troubles de l'humeur, notamment la dépression, sont fréquents en population générale malienne, touchant davantage les femmes, avec une forte charge de comorbidités, plaidant pour l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires.

Mots-clés : Troubles de l'humeur ; dépression ; prévalence ; facteurs associés ; Mali.

IDENTIFICATION SHEET

1. **Last Name:** Moutian Esaïe
2. **First Name:** DEMBELE
3. **Phone:** +223 74 51 13 70
4. **Email:**
5. **Thesis Title:** Epidemiological Aspects of Mood Disorders in Five Health Districts in Mali: Diola, Kalabancoro, Kolokani, Kati, and Ouélessébougou
Field of Interest: Psychiatry; Epidemiology; Public Health
6. **Year of Defense:** 2026
7. **Place of Defense:** Bamako / Point G, Mali
Country of Origin: Mali
8. **Place of Deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Dentistry of Mali

Abstract

Epidemiological aspects of mood disorders in five health districts in Mali: Dioïla, Kalabancoro, Kolokani, Kati and Ouélessébougou

Introduction: Mood disorders (major depressive episode, dysthymia, hypomania, mania) constitute a major public health problem, responsible for significant morbidity and mortality, particularly through suicide. In Mali, epidemiological data remain limited in the general population. This study aimed to determine the prevalence of mood disorders and associated factors in five health districts in Mali.

Methods: This was a descriptive and analytical cross-sectional study conducted over 12 months in five health districts of Mali, among adults aged 18 and over, using multi-stage cluster sampling (n=3832). Diagnosis was based on the Mini International Neuropsychiatric Interview. Associated factors were estimated by logistic regression (odds ratios, 95% CI).

Results: The sample included 3832 participants (54.1% men). The lifetime prevalence of any mood disorder was 12.6% (5.8% current), dominated by major depressive episode (10.3%; 4.1%), followed by hypomania (1.7%) and mania (0.6%). Prevalence was higher among women and increased with age. The most frequent comorbidities were anxiety disorders (42.8% with MDE), psychotic disorders (54.5% with mania) and suicidal risk (63.1%). In multivariate analysis, female gender, young age and psychoactive substance use were associated with mood disorders.

Conclusion: Mood disorders, particularly depression, are frequent in the general Malian population, affecting women more, with a heavy burden of comorbidities, advocating for the integration of mental health into primary care.

Keywords: Mood disorders; depression; prevalence; associated factors; Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !