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

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But– Une Foi

U.S.T.T.B

Université des Sciences, des Techniques Et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2024 - 2025 **N°……/**

EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI EN 2025

Présentée et soutenue publiquement le 20/07/ 2026 devant le jury de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mme. Djélika DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ÉTAT)

Membres du Jury

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

Co-Directeur : M. Ilo DICKO, ***Chargé de Recherche***

Membre(s) : M. Eloi dit Aperou DARA, ***Psychiatre, Chargé de cours a la FMOS***

Directeur : M. Housseini DOLO, Maître de Conférences Agrégé

Cette étude a reçu le financement du Fond Compétitif pour la Recherche et l'Innovation Technologique (FCRIT) du Mali.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE -** PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE -** MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

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

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

77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

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

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

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

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

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale

11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

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

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

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne

9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	**Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE**	Pédiatrie

36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mme Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

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

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

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

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

8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

Bamako, le 18 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail à Dieu, a ma famille, en particulier à ma tendre et douce mère.

A Allah

Je rends grâce à Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux, qui m'a accordé la sante et la résilience nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Sa grâce infinie a été mon refuge dans les moments de doutes et ma boussole tout au long de mon cursus médical. Je lui exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir donné la patience d'aller jusqu'au bout de mes aspirations.

Ya Allah, je dis Al Hamdoulillah, ce travail n'aurait pas vu le jour sans sa volonté.

A ma douce et tendre mère feue Arouna Amizetou,

Nana de mon cœur, comme j'aime t'appeler, si j'ai choisi la voix de la médecine c'était pour te soigner. Ton départ précoce à laisser un vide immense en moi mais m'a aussi forgée et à transformer ma douleur en détermination sans faille. Tu as été l'étincelle de ma vocation ; ma première enseignante dans l'art de soigner ; une source d'inspiration pour moi et le pilier de mon esprit entrepreneurial. Bien que tu sois partie trop tôt ton souvenir a été ma force et mon moteur de tous les jours. Ce diplôme est le prolongement de tout l'amour que je te porte et la réalisation de la promesse que je m'étais faite pour te soigner à travers chaque patient que je rencontre aujourd'hui. J'espère que de là ou tu es, tu es fière de cette femme et du médecin que je deviens et que mon travail à honorer ta mémoire et porter haut les valeurs que tu m'as léguées. En terminant ce cursus médical et en valorisant nos richesses naturelles, je ne fais que suivre le chemin que tu as tracé pour moi avec bienveillance.

Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude éternelle et une prière pour le repos de ton âme.

A mon père Modibo DIARRA

A mon père mon roc ; mon bouclier ; merci d'avoir cru en mon rêve de devenir médecin si je prête ce serment aujourd'hui c'est grâce à toi. Merci de m'avoir appris que le travail acharné l'honnêteté et la rigueur l'intégrité sont les seuls chemins qui mènent vers la réussite. Tu es mon model de droiture, et j'espère exercer ma profession avec les mêmes valeurs qui te définissent.

A mon oncle et tuteur Basouleymane kamite DIARRA

'Papa' comme j'aime t'appeler affectueusement, à toi qui m'a accueilli les bras ouverts dès mon arrivée, tu as été pour moi un second père. Permet moi de rendre hommage à l'homme bon

et généreux que tu es. Grace à toi je n'ai jamais ressenti le manque de la présence paternelle, tu as su combler chaque vide par ton soutien indéfectible, ta bienveillance et tes conseils précieux. T'entendre parler de moi avec autant d'honneur et de fierté ont été ma force. J'ai trouvé une famille et une confiance qui m'ont permis de devenir cette femme sûre d'elle. Puisse ce diplôme t'apporter autant de fierté que tu m'as donné de bonheur et de sécurité. Merci d'être ce grand homme qui m'honore de son affection et de sa protection.

REMECIEMENTS :

A ma grande mère n'nah

A toi qui a été mon refuge et ma force silencieuse. Merci pour ton amour inconditionnel et ce flair unique de deviner mes peines sans même que je ne t'en parle. Je n'oublierai jamais ces moments où, épuisée, je venais pauser ma tête sur tes genoux. Ce travail est le fruit de cette paix intérieure que tu as su m'offrir.

A mes tantes et oncles

Je vous remercie du fond du cœur pour votre soutien indéfectible et vos bénédictions quotidiennes. Vous avez été au petits soins et m'entourant d'un amour qui m'a portée. Que ce travail soit le reflet de votre confiance et l'immense fierté que je ressens à appartenir à cette famille.

A mes frères mes sœurs mes cousins et cousines

A vous ma première équipe, que ce diplôme vous montre que tout est possible avec la persévérance. Je l'ai fait pour nous, et j'espère que mon parcours vous inspirera à poursuivre vos rêves avec la même passion. Je vous aime.

A toi tonton Fousseyni Diakite

A l'homme qui n'a jamais douté de ma réussite. Tu as su être présent au bon moment, m'entourant d'une affection et d'une confiance paternelles qui me touchent profondément. Merci d'avoir toujours été là.

A toi tonton Alassane CAMARA

Merci d'avoir été las quand le chemin semblait être difficile. Tes encouragements resterons a jamais dans ma mémoire à chaque fois que je voudrais abandonner.

A toi tonton razack Adam

A toi, qui malgré la distance qui nous sépare, as toujours su te rendre présent a été réconfortant. Merci de m'épauler avec autant de générosité dès que le besoin se fait sentir. Ta sollicitude est pour moi un pilier sur lequel je m'appuie en toute confiance.

A mes sœurs les 2 tiers des 3D, Docteur DAOUDA et Docteur DEGBEY

On ne choisit pas sa famille de sang, mais on choisit celle de son âme. Nous sommes trois, mais nous ne formons qu'un seul être. Contre vents et marées, vous avez été là, la main sur le cœur, sans jamais regarder derrière sans jamais me juger sans jamais hésiter vous avez porté mes doutes et mes rêves comme s'ils étaient les vôtres. Votre confiance en moi a été ma plus grande force dans les moments les plus sombres ; elle m'a suivie partout comme une lumière qui ne s'éteint jamais. Ce qui nous lie dépasse l'entendement : vous m'aviez aimé respecté et surtout vous m'avez donné ma place. En me considérant comme votre grande sœur, en cherchant mon

avis et ma guidance dans chaque situation, vous avez honoré la personne que suis. Votre confiance aveugle a été mon refuge et votre respect, ma dignité. Ce diplôme est le fruit de notre fusion. Aujourd'hui, je boucle cette thèse qui est la nôtre. On a commencé ensemble, on a lutté ensemble, et on restera un et indivisible. Enfin je viens compléter notre trio des trois D. Que le tout puissant veille sur nous et nous élèvent au-delà de tout entendement. Amen.

A toi ma Kemi, ma sœur d'une autre mère

Il y'a des amitiés qui s'effacent avec le temps et il y'a la nôtre qui défie les années. Comme j'aime le dire souvent 'rien n'a changé', malgré le temps et la distance. Tu as été là à chaque épreuve, à chaque pas et surtout là ou les autres ont choisi de partir. Tu es celle qui ne m'a jamais lâchée, celle qui vibre et célèbre chacune de mes réussites avec une joie pure.

A toi et a ta famille qui m'a toujours entouré d'un amour et d'une disponibilité sans faille, je vous dis un immense merci. Merci d'avoir partagé mes ombres et mes lumières. Merci pour ce que tu as fait ce que tu fais et ce que tu continueras de faire je t'aime profondément.

A toi, Docteur Fabo Affectueusement

A toi mon préféré, les vrais amis se relèvent dans les moments difficiles, et tu m'as agréablement surprise une fois de plus. Ton soutien spontané au moment où j'en avais le plus besoin m'a profondément touchée. Tu as été toujours là pour moi. Tu m'as montré que je suis très importante à tes yeux. Que Dieu nous unisse davantage. Merci pour ta présence très précieuse. T'avoir comme ami et frère est une bénédiction pour moi.

A toi Docteur NOMBRO, ma sœur

Merci pour ton écoute, ta gentillesse et tes attentions. Merci d'être cette personne spéciale sur qui je peux compter. Merci pour ta disponibilité et l'intérêt porté a mon document.

A mes grands frères de la cite verte

A vous docteur Adama Famoussa TRAORE, Docteur Abdoul-Moumouni POUDIOUGOU et mes autres grands frères de la cite verte. A vous qui m'avez ouvert la voie dès ma première année. Merci pour votre disponibilité, les cours, les conseils et vos encouragements à chaque fois que nos chemins se croisent.

Tonton Lazare

Merci d'avoir toujours été là pour m'épauler me soutenir et me conseiller. Votre main tendue et votre soutien pendant toutes ses années m'ont beaucoup touché. Trouvez dans ce document le témoignage de ma profonde gratitude et de mon immense respect pour votre grand cœur.

A toi ma Dossi,

A toi qui prouve chaque jour que la distance n'a aucun pouvoir sur les liens du cœur. Merci de m'avoir toujours soutenue dans chaque décision que je prends. Loin des yeux près du cœur. Je t'aime fort.

A vous, Docteur Philippe et Docteur Marc

A vous qui avez fait de ce long parcours médical une aventure inoubliable. Merci pour ces bons moments passes ensemble, cette dose de légèreté et de détente quand la pression devenait trop forte. Votre présence a agrémenté mes années de formation a la faculté.

A toi mon petit frère que j'aime tant Azaria

Se retrouver à Bamako et construire ce que nous avons partagé a été une bénédiction pour moi. Merci d'être ce petit frère exceptionnel, toujours respectueux, aimant et dévoué. Dans ce long parcours nous avons su être là l'un pour l'autre, nous épaulant a chaque étape avec une confiance aveugle. Reçois ce travail comme le symbole de ma profonde gratitude et de l'Amour fraternel et sincère que je te porte.

A toi mon cher petit frère Ahmed Alidou

A toi, mon petit frère, que j'aime et considère tant. Merci pour ton affection pure et surtout d'avoir toujours été présent et disponible. Tu es ce petit frère attentionné qui sait toujours veiller sur moi, prendre de mes nouvelles et répondre présent à mes moindres sollicitations. Je t'aime profondément et je suis fière de partager cette victoire finale avec toi.

A mes précieuses bonnes petites, Amen ; Janasse et Landrya

A vous qui subissez mes humeurs, mes exigences et mes ordres au quotidien ; vous m'avez aimé à ma juste valeur, sans jamais poser de questions. Je ne pouvais écrire ce document sans vous dire à quel point je vous aime. Je sais que je vous fatigue et vous dérange beaucoup. Merci de m'avoir soutenue écoutée et supportée malgré tout. Je ne vous le dis pas assez je vous aime. Vous êtes mes petites sœurs de cœur.

Ma Dio

Il y'a des âmes qui se reconnaissent dès le premier regard, et là notre en est la preuve vivante. Depuis le collège jusqu'aujourd'hui tu as été une lumière constante dans ma vie. Merci de ton amour désintéressé et pur. Tu as toujours endossé ce rôle de protectrice, veillant sur moi, m'estimant à ma juste valeur et relevant dans mes moments de doute. Ta présence ininterrompue est l'un de mes plus beaux trésors. Merci de ton amour. Je t'aime de tout mon cœur.

Aux sœurs HOUESSOU

Mon amitié a commencé avec toi ma Aubi et s'est étendue sur toute la famille…Merci a vous, mes chères sœurs (Mireille, Petronie, Lorette et Corine) de m'avoir ouvert vos cœurs et de

m'avoir adoptée au sein de votre fratrie avec autant de spontanéité. Même si la vie nous a fait pendre différentes routes, votre tendresse, votre affection et votre amour n'ont jamais failli. Malgré le temps et la distance qui s'installent parfois, la force de notre lien n'a jamais changé. Merci d'être ce que vous êtes pour moi.

A mes frères et sœurs de Zoom Services

Un grand merci à mes compagnons des premiers jours, a vous avec qui j'ai partagé mon enfance enfance, mes éclats de rire et mes rêves de jeunesse. En devenant médecin je n'oublie pas d'où je viens ni les rues qui nous ont vu grandir. Ce diplôme est notre fierté.

A mes anciens camarades mes compagnons de route

Traverser ce long parcours me ramène inévitablement à mes débuts. J'ai sans doute partagé mes meilleurs moments à vos côtés. Merci pour toutes ses années de complicités d'insouciance pour les éclats de rire, et les joies partagées. Ces moments partagés ont posé les fondations de ce que je suis aujourd'hui. Merci pour cette belle jeunesse.

A vous Kelly et Mégane

Il y'a des présences qui rendent le voyage plus léger, et le vôtres a été essentiel. Merci d'avoir été là, solides et aimantes, du début jusqu'à la fin de cette aventure. Merci beaucoup.

Aux Docteures Lea, Ninelle et Ematy et a Aimée

Merci à vous pour votre présence. Merci d'avoir partager ce long moment avec moi.

Merci à mes petits frères d'amour : Hamady, Moussa, Embroise, Issa, Benjamin et Rosine. Je vous aime.

A vous mes petites sœurs Lucresse, Francine, Faroles, Kalvons, Opportune, Chancelle et Eunice merci pour ces belles années passées ensemble.

HEDOKINGBE Florent,

A l'homme qui a cru en moi quand les temps étaient incertains. Ta présence dans ma vie a un certain moment de ma vie a été crucial. Tu m'as donné les moyens de croire en mes rêves.je n'oublie pas d'où je viens. Merci pour ta bienveillance et ta bonne foi.

Dr Modibo SANGARE,

Je tiens à saluer le grand philanthrope que vous êtes, un homme d'une gratuité absolue, sans jamais rien attendre en retour. Vous avez bousculé le cours de mon destin pour me permettre de réaliser mon rêve. Merci pour votre générosité sans limites. Recevez ici l'expression de mon respect le plus sincères.

A mon grand frère Dr Bamiki Lassana Toure

A toi-même qui incarne la définition même d'un grand frère aimant protecteur et inspirant. Merci pour ton soutien inconditionnel dans tout ce que je fais. Tu as toujours été là pour me motiver m'encourager et me pousser vers le haut. Merci pour ta présence dans ma vie.

A vous Docteurs Fatouma Dembele, Mayoro Dembele, Abdoulaye Diakite Aminata Doumbia et Soumaila poudiougo

L'entrée a la Faculté de médecine est un monde impressionnant mais votre accueil a tout changé. Merci de m'avoir pris sous vos ails toutes ses années. Vous avez su toujours me guider. Aujourd'hui c'est un immense honneur pour moi d'emboiter vos pas.

Merci aux familles Songoma AgoroKone Konate Alaye-Djiman Sanny-Wayiken Degbey Daouda Diarra Poudiougou Coulibaly pour tout le soutien et laccompagnement

A mon entreprise EPICES DU TERROIR

On dit souvent 'qu'un entrepreneur donne la vie a une entreprise mais parfois c'est l'entreprise qui nous maintient debout.'

Je prends un moment aujourd'hui pour te dire merci. Je sais que c'est moi qui t'ai imaginée, bâtie et portée jour après jour, mais la vérité est que sans toi je n'aurais pas tenu le coup. Tu as été mon équilibre et mon ancrage dans mes moments de doutes de fatigue et de tempête. Tu m'as poussé à me surpasser et à trouver de l'énergie là où je pensais n'en plus avoir. Tu es bien plus qu'une entreprise tu es ma thérapie mon miroir. Merci d'avoir été présente a chaque instant. Ce voyage ne fait que commencer, et je suis fiere de la force que nous avons construite ensemble.

A mes encadreurs et collaborateurs

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

Au personnel du Service de Psychiatrie et surtout les internes dudit Service

Merci pour les encouragements et les moments de partage, pour cette solidarité qu'on a su développer tout au long de cette formation. Le service restera pour moi une famille et c'est le moment pour moi de vous dire un grand merci ; qu'Allah rehausse ce service et nous unisse davantage

A mon chef d'unité Mahamadou KONE,

Nous tenons à saluer l'encadreur d'exception que vous êtes au sein de l'unité et du service.

Merci pour votre patience et cette humilité remarquable qui vous caractérise. Trouver au prés de vous un soutien aussi constante bienveillant a rendu notre apprentissage plus serein. Que ce

travail soit le reflet de notre profonde reconnaissance pour tout ce que vous nous apportez au quotidien

A mon mentor Adama A TRAORE,

C'est à vous que je dois le tournant décisif de mon parcours. Merci de m'avoir transmis le gout et la passion de la psychiatrie. Au-delà de l'inspiration, vous avez été un pilier tout au long de ma formation et un guide précieux dans l'élaboration de cette thèse. Vos contributions, vos corrections votre sens de l'écoute ont façonné ce travail.

FCRIT : Nous remercions toute l'equipe pour leur initiative

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de thèse

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Médecin psychiatre, Chef du service de psychiatrie du CHU Point-G
- Maitre de Conférences Agrégé à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- Secrétaire Général à l'Organisation de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences (SMN).
- Coordinateur du DES de psychiatrie
- Responsable de l'enseignement de la psychiatrie

Honorable Président,

C'est pour nous un immense honneur de vous voir présider ce jury

Professeur, au-delà de votre immense savoir, nous tenons à saluer l'homme d'exception que vous êtes. Votre humilité et votre intégrité sont des leçons de vie quotidiennes. Merci pour cette accessibilité rare qui brise les barrières et pour votre dévouement total à notre formation. Tout au long de notre parcours en tant qu'étudiante nous avons appris ce que c'est que la passion du métier, le sens profond de la responsabilité et surtout l'amour du travail bien fait. Vous n'enseignez pas seulement la médecine, vous transmettez des valeurs et une éthique qui feront de nous de meilleurs praticiens. Nous profitons de cette occasion pour vous dire merci pour votre soutien. Nous vous sommes reconnaissante pour votre disponibilité. Trouver en un seul homme un maitre un guide scientifique et un modèle d'humanité est une chance rare. Veuillez agréer, monsieur le président, le respect de notre très haute admiration et respect. Que le tout puissant vous accorde une longue vie et une santé de fer.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Housseini DOLO

- MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la maladie, épidémiologie, Sciences Médicales ;
- Maitre de conférences Agrégé en Epidémiologie à la FMOS;
- Chercheur à l'unité de recherche et de formation sur les maladies tropicales négligées (URF-MTN).

Cher maitre,

Que Dieu vous prête longue vie.

Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre humanisme font de vous un maitre exemplaire. Cher maitre, que ce travail soit le moyen de vous réitérer notre respect et considération. Ce travail est le reflet de votre investissement, je vous en suit éternellement reconnaissante

Docteur Ilo DICKO

- Master en Santé publique - Epidémiologie et Contrôle des Maladies
- PhD en Sciences de la santé - Epidémiologie
- Coordinateur de recherche au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)
- Chargé de recherche à la FMOS, USTTB

Cher maitre

Un grand merci pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Au-delà de vos compétences scientifiques c'est votre accessibilité votre rigueur et votre bienveillance qui m'ont permis d'accomplir ce travail. Trouver ici le témoignage de mon grand respect et de ma haute considération.

A notre Maître et membre du jury

Dr Apérou dit Eloi DARA

- Médecin psychiatre, praticien hospitalier au CHU point G
- Diplômé 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 Maître,

Au-delà de ce jury, nous tenons à saluer votre humilité en tant qu'encadreur. Votre engagement, votre rigueur et votre bienveillance ont été une source d'inspiration. Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté d'évaluer ce travail et nous vous exprimons notre profonde gratitude ainsi que notre respect le plus sincère.

LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

ASACO	Association de santé communautaire
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10e révision
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11e révision
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSCom	Centre de santé communautaire
CSRéf	Centre de santé de référence
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4e édition
DSM-V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 5e edition
EDM	Épisode dépressif majeur
EMDR	*Eye* Movement Desensitization and Reprocessing désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
	PMA *Paquet Minimum d'Activités (PMA*)
EPH	Établissement public hospitalier
IC à 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
MINI	Mini International Neuropschiatic Interview
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR	Odds rapport des cotes
ORa	Odd ratio ajusté rapport des cotes ajusté
PMA	Paquet minimum d'activités
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RGPH5	Cinquième Recensement général de la population et de l'habitat
SNISS	Système national d'information sanitaire et social
SPA	Substance psychoactive
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAG	Trouble anxieux généralisé
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des participants selon la tranche d'âge 29
Tableau II: Répartition des participants selon le Statut Matrimonial 30
Tableau III: Répartition des participants selon le niveau d'étude 30
Tableau IV : Répartition des participants selon le lien de consanguinité des parents 32
Tableau V : Répartition des participants selon les croyances 32
Tableau VI : Répartition des participants selon la religion 32
Tableau VII : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 35
Tableau VIII : Comorbidités sur la vie entière du trouble stress post traumatique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 36
Tableau IX : Comorbidités au cours du mois écoulé du trouble stress post traumatique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 37
Tableau X : Facteurs associés au trouble stress post traumatique au cours de la vie en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 38

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025……31
Figure 2 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025……...31
.....**Erreur ! Signet non défini.**
Figure 3 : Principales structures cérébrales impliquées dans le trouble de stress post-traumatique. Source : Iqbal et al., 2023. [15]. 9
Figure 4: Carte administrative du Mali 17
Figure 5: Pyramide sanitaire du Mali 19
Figure 6 : Diagramme de Fux 28
Figure 7 : Répartition des participants selon le genre 29
Figure 8 : Répartition des participants selon le la situation professionnelle 31
Figure 9 : Répartition des participants selon la fratrie utérine 31
Figure 10 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 33
Figure 11 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025 34

Table des matières

1 INTRODUCTION 1

2 OBJECTIFS 4

2.1 Objectif général 4

2.2 Objectifs spécifiques 4

3 GÉNÉRALITÉS 6

3.1 Définition 6

3.2 Historique du concept de traumatisme psychique 6

3.3 Manifestations cliniques et critères diagnostiques 7

3.3.1 Symptômes d'intrusion 7

3.3.2 Évitement 7

3.3.3 Altérations négatives des pensées et de l'humeur 7

3.3.4 Altérations de l'éveil et de la réactivité 7

3.4 Mécanismes du trouble de stress post-traumatique 8

3.4.1 Conditionnement de la peur 8

3.4.2 Rôle de l'amygdale 8

3.4.3 Rôle du cortex préfrontal 8

3.4.4 Rôle de l'hippocampe 8

3.4.5 Perturbations neuroendocriniennes et neurochimiques 9

3.5 Épidémiologie 9

3.6 Facteurs de risque 10

3.6.1 Facteurs pré-traumatiques 10

3.6.2 Facteurs péri-traumatiques 11

3.6.3 Facteurs post-traumatiques 11

3.7 Retentissement du trouble de stress post-traumatique 11

3.7.1 Retentissement psychologique et psychiatrique 11

3.7.2 Retentissement somatique 11

3.7.3 Retentissement familial et social 12
3.7.4 Retentissement scolaire et professionnel 12
3.7.5 Retentissement sur la qualité de vie 12
3.8 Démarche diagnostique 12
3.9 Prise en charge thérapeutique 13
3.9.1 Psychothérapies 13
3.9.2 Traitement médicamenteux 13
3.9.3 Soutien psychosocial 14
3.9.4 Prévention et intervention précoce 14
4 MATERIELS ET METHODE 16
4.1 Cadre et lieu d'étude 16
4.1.1 Géographie du Mali 16
4.1.2 Démographie du Mali 16
4.1.3 Organisation du système de santé au Mali 17
4.2 Type d'étude 19
4.3 Période d'étude 19
4.4 Population d'étude 19
4.4.1 Critères d'inclusion 19
4.4.2 Critères de non inclusion 19
4.5 Echantillonnage 20
4.5.1 Taille de l'échantillon 20
4.5.2 Technique d'échantillonnage 20
4.6 Outils et technique de collecte des données 21
4.7 Plan d'analyse des données 23
4.8 Considérations éthiques 25
4.9 Financement 26
5 RESULTATS 28

5.1 Prévalence du trouble stress post traumatique en population générale au Mali de mai 2024 à septembre 2025 28

5.2 Profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes du stress post traumatique au Mali de mai 2024 à septembre 2025 29

5.3 facteurs associés au trouble stress post-traumatique au Mali de mai 2024 à septembre 2025. 38

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION 41

6.1 Prévalence du trouble de stress post-traumatique en population générale au Mali de mai 2024 à septembre 2025 41

6.2 Profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes du stress post-traumatique au Mali de mai 2024 à septembre 2025 42

6.3 Facteurs associés au trouble de stress post-traumatique au Mali de mai 2024 à septembre 2025 43

7 CONCLUSION 47

8 RECOMMANDATIONS 48

9 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 50

10 ANNEXES 57

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble mental pouvant survenir après l'exposition directe ou indirecte à un événement extrêmement menaçant ou traumatisant, notamment un conflit armé, une agression, un accident grave, une catastrophe ou une violence sexuelle. Selon le Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux, cinquième édition révisée, il se caractérise par des symptômes d'intrusion, des comportements d'évitement, des altérations négatives des pensées et de l'humeur ainsi que des modifications de l'éveil et de la réactivité persistant au-delà d'un mois. La Classification Internationale des Maladies , onzième révision, retient principalement la reviviscence de l'événement, l'évitement et le sentiment persistant de menace, associés à un retentissement sur le fonctionnement familial, social ou professionnel [1,2].

À l'échelle mondiale, la prévalence du trouble de stress post-traumatique au cours de la vie est estimée à 3,9 % dans la population générale et à 5,6 % parmi les personnes ayant été exposées à un événement traumatique [3]. Aux États-Unis, elle est estimée à 3,6 % au cours d'une année et à 6,8 % au cours de la vie, avec une fréquence plus élevée chez les femmes [4]. En Europe, des études menées dans plusieurs pays rapportent une prévalence d'environ 1,1 % au cours des douze derniers mois dans la population générale [5,6].

En Afrique subsaharienne, une revue systématique a estimé la prévalence du trouble de stress post-traumatique probable à 22 %, atteignant 30 % dans les régions exposées aux guerres ou aux conflits armés, contre 8 % dans les régions non exposées [7]. Des fréquences élevées ont également été rapportées chez les personnes déplacées internes, notamment au Nigeria, où la prévalence atteignait 42,2 %, et dans le sud de l'Éthiopie, où elle était de 58,4 % [8,9]. Ces variations peuvent être liées à la nature et à l'intensité des traumatismes, aux déplacements forcés, aux conditions de vie après l'événement ainsi qu'aux méthodes diagnostiques utilisées.

Au Mali, le contexte sécuritaire et humanitaire est marqué depuis plusieurs années par des conflits armés, des violences, des déplacements de populations et des pertes humaines, exposant une partie de la population à des événements potentiellement traumatiques répétés. Les données disponibles sur le trouble de stress post-traumatique restent cependant limitées. À Bamako, Keita et al. ont rapporté, chez des patients présentant des crises non épileptiques psychogènes, que le trouble de stress post-traumatique constituait la comorbidité psychiatrique la plus fréquente, retrouvée chez 73,7 % des patients [10]. Cette fréquence élevée doit toutefois être interprétée en tenant compte du caractère hospitalier de l'étude et de la population clinique spécifique concernée. Elle ne permet donc pas d'estimer la prévalence du trouble de stress post-traumatique dans la population générale malienne.

Cette insuffisance de données en population générale rend difficile l'appréciation de l'ampleur du problème, l'identification des groupes les plus exposés et la planification d'interventions adaptées en santé mentale. L'évaluation du trouble de stress post-traumatique dans cinq districts sanitaires permettra ainsi d'en déterminer la prévalence, de décrire le profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes, d'identifier les comorbidités et de rechercher les facteurs qui lui sont associés.

Dès lors, la question suivante se pose : **quelle est la prévalence du trouble de stress post-traumatique et quels sont les facteurs associes et comorbidites psychiatriques dans cinqs districts sanitaires au Mali en 2025 ?**

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Évaluer le trouble stress post-traumatique en population générale au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer à l'aide du *mini international neuropsychiatric interview Mini International Neuropschiatric Interview(MINI),* la prévalence du trouble stress post traumatique en population générale au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025 ;
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes du stress post traumatique au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025 ;
- Identifier les facteurs associés au trouble stress post-traumatique au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025 ;
- Identifier les comorbidités du trouble stress post traumatique avec d'autres troubles au Mali d'octobre 2024a octobre 2025.

GENERALITES

3 GÉNÉRALITÉS

3.1 Définition

Le traumatisme psychique correspond à l'ensemble des réactions psychologiques provoquées par l'exposition à un événement menaçant ou violent dépassant les capacités habituelles d'adaptation de la personne. Il ne dépend pas uniquement de la gravité objective de l'événement, mais également de la manière dont celui-ci est vécu, des ressources psychologiques de la personne, de ses expériences antérieures et de son environnement familial, social et culturel.

Après un événement traumatique, certaines réactions comme la peur, les troubles du sommeil, les souvenirs pénibles ou l'hypervigilance peuvent apparaître de manière temporaire. Chez la majorité des personnes, ces manifestations diminuent progressivement. Lorsqu'elles persistent au-delà d'un mois, provoquent une souffrance importante et perturbent la vie quotidienne, elles peuvent correspondre à un trouble de stress post-traumatique [1,2].

Le Trouble Stress Post Traumatique est donc une affection liée à l'exposition directe ou indirecte à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à une violence sexuelle. L'exposition peut résulter d'un événement vécu personnellement, observé chez une autre personne, appris lorsqu'il concerne un proche ou rencontré de façon répétée dans le cadre professionnel [1].

3.2 Historique du concept de traumatisme psychique

Des manifestations ressemblant au Trouble Stress Post Traumatique ont été décrites depuis l'Antiquité dans des récits de guerres et de catastrophes. Certains combattants présentaient après les affrontements des cauchemars, une peur persistante, des réactions de sursaut et des souvenirs répétitifs des scènes vécues [11,12].

Au XIX^{e} siècle, le développement du chemin de fer a permis d'observer des troubles psychologiques persistants chez des personnes ayant survécu à des accidents graves. Ces manifestations furent d'abord considérées comme les conséquences physiques d'une atteinte du système nerveux, puis comme une forme de « névrose traumatique ». Les travaux de Jean-Martin Charcot, Pierre Janet, Hermann Oppenheim et Sigmund Freud ont progressivement permis de mieux comprendre les liens entre l'événement traumatique, la mémoire, les émotions et les phénomènes de dissociation [11,12].

Pendant la Première Guerre mondiale, les troubles observés chez les soldats furent désignés par le terme « shell shock ». Après la Seconde Guerre mondiale, les expressions « fatigue de combat » et « névrose de guerre » furent davantage utilisées. Les conséquences psychologiques observées chez les anciens combattants de la guerre du Vietnam, ainsi que la reconnaissance

des effets des violences sexuelles et familiales, ont ensuite favorisé une meilleure définition de cette affection [11].

En 1980, le Trouble Stress Post Traumatique fut officiellement introduit dans la troisième édition du Manuel Diagnostic et stastistique de Troubles Mentaux. Cette reconnaissance a marqué une étape importante, car l'origine du trouble n'était plus uniquement attribuée à une fragilité individuelle, mais également à l'exposition à un événement traumatique extérieur [11]. Les critères diagnostiques ont ensuite été précisés dans les éditions suivantes du manuel et dans la Classification internationale des maladies [1,2].

3.3 Manifestations cliniques et critères diagnostiques

Selon la cinquième édition révisée du Manuel Diagnostic et stastistique de Troubles Mentaux, le diagnostic du Trouble Stress Post Traumatique repose sur plusieurs groupes de symptômes apparaissant après l'exposition à un événement traumatique [1].

3.3.1 Symptômes d'intrusion

Les symptômes d'intrusion correspondent à la réapparition involontaire de l'événement traumatique. Ils peuvent se manifester par des souvenirs pénibles et répétitifs, des cauchemars, une détresse intense devant des éléments rappelant le traumatisme ou des réactions dissociatives au cours desquelles la personne a l'impression de revivre l'événement [1].

3.3.2 Évitement

L'évitement correspond aux efforts réalisés pour ne pas penser au traumatisme ou ne pas ressentir les émotions qui lui sont associées. Il peut également concerner l'évitement des personnes, des lieux, des activités ou des conversations rappelant l'événement [1].

3.3.3 Altérations négatives des pensées et de l'humeur

Ces manifestations comprennent les difficultés à se souvenir de certains aspects de l'événement, les croyances négatives persistantes sur soi-même ou sur le monde, le sentiment de culpabilité, la diminution de l'intérêt pour les activités habituelles, le détachement affectif et la difficulté à ressentir des émotions positives [1].

3.3.4 Altérations de l'éveil et de la réactivité

Elles peuvent se manifester par une irritabilité, une hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des troubles de concentration et des perturbations du sommeil. Ces symptômes traduisent le maintien d'un sentiment de danger, même lorsque la menace initiale a disparu [1]. Pour retenir le diagnostic, les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois et entraîner une souffrance importante ou une altération du fonctionnement familial, social, scolaire ou professionnel. Ils ne doivent pas être mieux expliqués par une affection médicale, un autre trouble mental ou l'effet d'une substance [1].

La Classification internationale des maladies, onzième révision, repose sur trois manifestations principales : la reviviscence de l'événement dans le présent, l'évitement des éléments rappelant le traumatisme et le sentiment persistant d'une menace actuelle [2]. Elle reconnaît également le Trouble Stress Post Traumatique complexe. Celui-ci associe les symptômes principaux à des difficultés durables de régulation émotionnelle, à une perception négative de soi et à des perturbations importantes des relations interpersonnelles [2].

3.4 Mécanismes du Trouble Stress Post Traumatique

Le trouble de stress post-traumatique résulte de l'interaction entre des mécanismes psychologiques, neurobiologiques, génétiques et environnementaux. L'événement traumatique peut perturber les systèmes cérébraux responsables de la détection du danger, de la mémoire, de la régulation des émotions et de la réponse au stress [13–15].

3.4.1 Conditionnement de la peur

Au cours d'un événement traumatique, certains sons, images, lieux ou sensations peuvent être associés à la peur ressentie. Après l'événement, ces éléments peuvent déclencher une réaction intense, même en l'absence de danger réel. Chez les personnes atteintes, les mécanismes permettant de différencier une situation dangereuse d'une situation devenue sans risque peuvent être perturbés. Cette difficulté contribue à l'évitement, à l'hypervigilance et aux réactions de peur persistantes [15].

3.4.2 Rôle de l'amygdale

L'amygdale intervient dans la détection des menaces et le déclenchement des réactions de peur. Une activité accrue de cette structure est fréquemment observée chez les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique. Elle participe à l'hypervigilance, aux réactions de sursaut et à la forte réactivité émotionnelle devant les éléments rappelant le traumatisme [13–15].

3.4.3 Rôle du cortex préfrontal

Le cortex préfrontal intervient dans le contrôle des émotions, la prise de décision et l'inhibition des réactions de peur. Une diminution de son activité peut réduire sa capacité à contrôler les réponses produites par l'amygdale. La personne peut alors continuer à réagir comme si le danger était toujours présent [14,15].

3.4.4 Rôle de l'hippocampe

L'hippocampe participe à l'organisation et à la contextualisation des souvenirs. Des modifications de son fonctionnement et, chez certains patients, une réduction de son volume ont été rapportées. Ces modifications pourraient contribuer aux difficultés à replacer le souvenir traumatique dans le passé et favoriser sa réapparition sous forme de cauchemars ou de reviviscences [13–15].

3.4.5 Perturbations neuroendocriniennes et neurochimiques

Le trouble de stress post-traumatique est associé à une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, responsable d'une grande partie de la réponse hormonale au stress. Des modifications variables de la production et de la régulation du cortisol ont été observées [14,15]. Une augmentation de l'activité noradrénergique peut contribuer à l'hypervigilance, aux réactions de sursaut et aux troubles du sommeil. Les systèmes sérotoninergique et dopaminergique interviennent également dans la régulation de l'humeur, de la peur, de la motivation et des comportements [14,15].

Des facteurs génétiques et épigénétiques peuvent enfin modifier la vulnérabilité individuelle. Ils n'agissent pas seuls, mais interagissent avec les traumatismes antérieurs, l'environnement familial, le soutien social et les conditions de vie [15–17].

Ces modifications neurobiologiques ne sont cependant pas présentes de manière identique chez toutes les personnes et ne constituent pas, à elles seules, des outils permettant de poser le diagnostic.

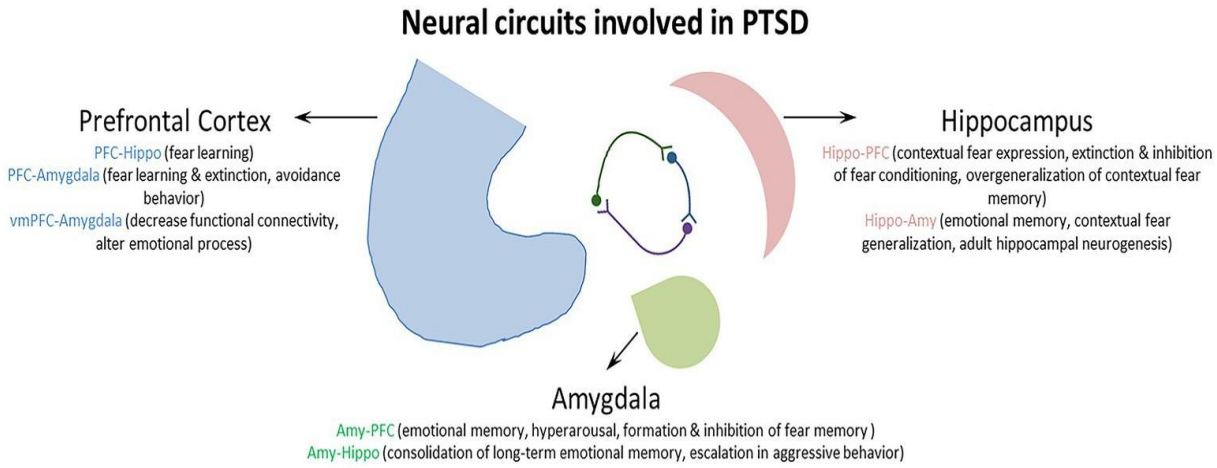


Figure 1 : Principales structures cérébrales impliquées dans le trouble de stress post-traumatique. Source : Iqbal et al., 2023. [15].

3.5 Épidémiologie

L'exposition à un événement potentiellement traumatique est fréquente dans la population générale. À l'échelle mondiale, environ 70,4 % des personnes sont exposées à au moins un événement de ce type au cours de leur vie. La prévalence du trouble de stress post-traumatique au cours de la vie est estimée à 3,9 % dans la population générale et à 5,6 % parmi les personnes ayant vécu un événement traumatique [3].

Aux États-Unis, environ 3,6 % des adultes présentent le trouble au cours d'une année et 6,8 % au cours de leur vie. La prévalence annuelle rapportée est plus élevée chez les femmes, avec 5,2 %, contre 1,8 % chez les hommes [4].

En Europe, une étude réalisée dans plusieurs pays a estimé la prévalence au cours des douze derniers mois à environ 1,1 % dans la population générale. Les résultats varient cependant selon les pays, les événements étudiés et les méthodes diagnostiques utilisées [5,6].

En Afrique subsaharienne, une revue systématique portant sur 58 887 participants a estimé la prévalence du trouble de stress post-traumatique probable à 22 %. Elle atteignait environ 30 % dans les régions exposées aux guerres ou aux conflits armés, contre 8 % dans les régions non exposées [7].

Des fréquences élevées ont été rapportées parmi les populations déplacées internes. Elles étaient estimées à 42,2 % au Nigeria, à 58,4 % dans le sud de l'Éthiopie et à environ 32 % parmi les personnes déplacées étudiées à Mogadiscio, en Somalie [8–10].

Les différences observées entre les études peuvent être liées à la nature des événements traumatiques, à la répétition des violences, aux caractéristiques des populations, aux outils de dépistage utilisés et à l'accès aux services de santé mentale. Les résultats obtenus avec des questionnaires de dépistage doivent également être distingués des diagnostics établis au moyen d'un entretien clinique.

3.6 Facteurs de risque

La survenue du trouble de stress post-traumatique n'est pas systématique après un traumatisme. Elle dépend de l'interaction entre les caractéristiques de la personne, la nature de l'événement et les conditions de vie après celui-ci. Les facteurs de risque peuvent être regroupés en facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques [16,17].

3.6.1 Facteurs pré-traumatiques

Les facteurs pré-traumatiques sont présents avant l'événement. Le sexe féminin est associé à un risque plus élevé, même si cette association varie selon la nature des traumatismes et les populations étudiées. Le jeune âge, le faible niveau d'instruction, les conditions socio-économiques défavorables, les traumatismes vécus pendant l'enfance et l'exposition antérieure à d'autres événements traumatiques peuvent également augmenter la vulnérabilité [16,17].

Les antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux, notamment les troubles dépressifs et anxieux, sont également associés à une probabilité plus importante de développer des symptômes post-traumatiques [16,17].

3.6.2 Facteurs péri-traumatiques

Les facteurs péri-traumatiques concernent les caractéristiques de l'événement et les réactions qui apparaissent pendant celui-ci. La gravité de la menace, la durée de l'exposition, les blessures physiques, la perte de proches et l'exposition répétée ou cumulative augmentent le risque [16,17].

Les violences interpersonnelles, les violences sexuelles, la torture et les conflits armés sont généralement associés à un risque plus élevé que certains événements accidentels. Une peur intense, un sentiment d'impuissance, une perte de contrôle ou une dissociation au moment de l'événement peuvent également favoriser l'apparition du trouble [16,17].

3.6.3 Facteurs post-traumatiques

Les facteurs post-traumatiques apparaissent après l'événement et peuvent favoriser la persistance des symptômes. Le manque de soutien familial ou communautaire constitue l'un des facteurs les plus importants. À l'inverse, un soutien social adapté peut renforcer les capacités de récupération [16,17].

Les déplacements forcés, l'insécurité persistante, la perte d'un logement ou d'une activité professionnelle, les difficultés financières, la stigmatisation et la poursuite des violences peuvent entretenir les symptômes. L'absence de dépistage et de prise en charge adaptée peut également favoriser leur chronicisation [16,17].

3.7 Retentissement du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique peut avoir des conséquences psychologiques, somatiques, familiales, sociales et professionnelles. La gravité de son retentissement dépend de l'intensité des symptômes, de leur durée, des troubles associés et des ressources disponibles dans l'environnement de la personne [1,2].

3.7.1 Retentissement psychologique et psychiatrique

Les reviviscences, l'évitement, l'hypervigilance et les perturbations émotionnelles peuvent entraîner une souffrance psychologique importante. Le trouble peut être associé à une dépression, à des troubles anxieux, à des troubles du sommeil et à des troubles liés à l'usage de substances. La présence de plusieurs troubles associés peut aggraver les difficultés fonctionnelles et compliquer la prise en charge [1,2].

3.7.2 Retentissement somatique

Les personnes atteintes présentent plus fréquemment une altération de leur état de santé général, des douleurs chroniques, des troubles digestifs, des troubles du sommeil et une diminution de la qualité de vie liée à la santé [18].

Le trouble est également associé à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires. Cette association pourrait être expliquée par l'activation prolongée des systèmes de réponse au stress, les troubles du sommeil, la dépression associée et certains comportements défavorables à la santé [19].

3.7.3 Retentissement familial et social

L'irritabilité, le détachement affectif, l'évitement et les difficultés de communication peuvent perturber les relations familiales et sociales. La personne peut progressivement s'isoler, limiter ses déplacements et abandonner certaines activités. Le retentissement peut également concerner les proches qui apportent un soutien quotidien.

3.7.4 Retentissement scolaire et professionnel

Les troubles de concentration, la fatigue, l'hypervigilance et les perturbations du sommeil peuvent réduire les capacités d'apprentissage et les performances professionnelles. Le trouble peut entraîner un absentéisme, une perte d'emploi ou des difficultés à conserver une activité stable.

3.7.5 Retentissement sur la qualité de vie

L'ensemble des conséquences psychologiques, physiques et sociales peut entraîner une diminution importante de la qualité de vie. Le trouble de stress post-traumatique représente ainsi un problème de santé publique en raison de sa fréquence dans les populations exposées, de son risque de chronicisation et de ses conséquences sur l'individu, la famille et la communauté [18,19].

3.8 Démarche diagnostique

Le diagnostic repose principalement sur un entretien clinique réalisé par un professionnel formé. Cet entretien recherche la nature de l'événement traumatique, les symptômes présents, leur date d'apparition, leur durée, leur intensité et leur retentissement sur la vie quotidienne [1,2].

L'évaluation doit également rechercher les troubles associés, les antécédents psychiatriques, les consommations de substances, les maladies somatiques et les difficultés sociales. Aucun examen biologique ou d'imagerie cérébrale ne permet actuellement de confirmer à lui seul le diagnostic.

L'échelle du trouble de stress post-traumatique administrée par le clinicien selon la cinquième édition du manuel diagnostique constitue un entretien structuré de référence. Elle permet d'évaluer la présence, la fréquence et l'intensité des symptômes ainsi que leur retentissement fonctionnel [20].

La liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique selon la cinquième édition du manuel diagnostique est un questionnaire comportant 20 items. Elle peut être utilisée pour le dépistage, l'évaluation de la gravité des symptômes et le suivi de leur évolution. Toutefois, son résultat ne doit pas remplacer l'entretien clinique nécessaire à la confirmation du diagnostic [21].

Le diagnostic différentiel doit notamment considérer le trouble de stress aigu lorsque les symptômes durent moins d'un mois, le trouble de l'adaptation, les troubles dépressifs ou anxieux, les troubles dissociatifs, les troubles psychotiques, les effets des substances ainsi que les conséquences d'un traumatisme crânien ou d'une affection neurologique [1,2].

3.9 Prise en charge thérapeutique

La prise en charge doit être individualisée et tenir compte de la nature des traumatismes, de la gravité des symptômes, des troubles associés, du contexte socioculturel et des préférences de la personne. Elle repose principalement sur les psychothérapies centrées sur le traumatisme, les médicaments dans certaines situations et le soutien psychosocial [22–24].

3.9.1 Psychothérapies

Les psychothérapies centrées sur le traumatisme constituent les traitements privilégiés. Elles comprennent notamment les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme, la thérapie de traitement cognitif, l'exposition prolongée et la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires [22–24].

Les thérapies cognitivo-comportementales permettent d'identifier et de modifier les pensées négatives liées au traumatisme. L'exposition prolongée consiste à confronter progressivement la personne, dans un cadre sécurisé, aux souvenirs et aux situations évitées afin de réduire la peur qui leur est associée.

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires associent l'évocation encadrée du souvenir traumatique à des stimulations bilatérales. Elle vise à favoriser le retraitement du souvenir et à diminuer la détresse associée [22].

3.9.2 Traitement médicamenteux

Un traitement médicamenteux peut être proposé lorsque les psychothérapies ne sont pas accessibles, sont refusées, ne suffisent pas ou lorsque des troubles associés nécessitent également un traitement.

La sertraline, la paroxétine et la venlafaxine font partie des médicaments pour lesquels les recommandations rapportent les données les plus favorables. Le choix du médicament dépend des symptômes, des contre-indications, des effets indésirables et des autres traitements reçus [23].

Les benzodiazépines ne sont pas recommandées pour le traitement habituel du trouble de stress post-traumatique, en raison de l'absence d'efficacité démontrée sur les symptômes principaux et du risque de dépendance et d'effets indésirables [23].

Les techniques de neurostimulation et les autres traitements biologiques ne constituent pas des traitements habituels. Les données disponibles restent insuffisantes pour recommander leur utilisation systématique [23].

3.9.3 Soutien psychosocial

La psychoéducation permet d'expliquer les symptômes à la personne et à son entourage, de réduire la culpabilité et de favoriser l'adhésion au traitement. Le soutien familial et communautaire, l'amélioration des conditions de sécurité et l'orientation vers des services sociaux peuvent contribuer au rétablissement.

Dans les contextes de conflits ou de déplacements, la prise en charge doit également considérer les besoins essentiels, notamment la sécurité, le logement, l'accès aux soins et la restauration des liens familiaux et sociaux.

3.9.4 Prévention et intervention précoce

L'identification précoce des personnes présentant des symptômes persistants après un événement traumatique permet de les orienter vers une évaluation adaptée. Les premières interventions doivent privilégier une écoute respectueuse, l'information, le soutien pratique et le renforcement des ressources individuelles et communautaires.

La prévention repose également sur la réduction de l'exposition aux violences, l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale, la formation des professionnels et la mise en place de dispositifs adaptés aux réalités culturelles et sociales des populations concernées [22–24].

MATERIELS ET METHODE

4 MATERIELS ET METHODE

4.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au Mali. Un district sanitaire peut comprendre plusieurs aires de santé, chacune étant desservie par un centre de santé communautaire (CSCom), chargé de répondre aux besoins sanitaires de la population locale. L'aire de santé est une sous-division du district sanitaire. Elle regroupe plusieurs villages, quartiers ou secteurs.

Au total, le Mali compte 75 districts sanitaires, parmi lesquels 5 ont été sélectionnés pour la présente étude incluant Kati, Ouelessebougou, Kalabancoro, Dioïla et Kolokani.

4.1.1 Géographie du Mali

Le Mali est un pays sahélien enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il s'étend entre les 10^{e} et 25^{e} degrés de latitude Nord et entre les 12^{e} degrés de longitude Ouest et 4^{e} degrés de longitude Est. Sa superficie est de 1 241 238 km², ce qui en fait l'un des pays les plus vastes d'Afrique de l'Ouest. Il partage ses frontières avec l'Algérie au nord, le Niger et le Burkina Faso à l'est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, ainsi que le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest [25].

Depuis la réorganisation administrative de 2023, le Mali comprend 19 régions administratives auxquelles s'ajoute le district de Bamako, qui bénéficie d'un statut particulier. Les régions sont subdivisées en cercles, arrondissements, communes, villages, fractions et quartiers [26].

Les 19 régions administratives sont : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudénit, Ménaka, Nioro, Kita, Dioïla, Nara, Bougouni, Koutiala, San, Douentza et Bandiagara. Les cinq districts sanitaires retenus pour la présente recherche étaient Kati, Ouélésséboug ou, Kalaban-Coro, Dioïla et Kolokani.

4.1.2 Démographie du Mali

Selon les résultats du cinquième Recensement général de la population et de l'habitat, la population résidente du Mali était estimée à 22 395 489 habitants en 2022. Le district de Bamako comptait 4 227 569 habitants, soit 18,9 % de la population totale, ce qui en faisait la zone administrative la plus peuplée du pays [27].

Le taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2009 et 2022 était de 3,3 %. Les hommes représentaient 50,3 % de la population contre 49,7 % pour les femmes. Les personnes âgées de 18 ans ou plus représentaient 46,0 % de la population totale [27].

La population malienne vivait majoritairement en milieu rural, avec une proportion de 69,6 %, contre 30,4 % en milieu urbain. Le taux d'urbanisation a connu une augmentation importante, passant de 18,3 % en 1998 à 30,4 % en 2022 [27].

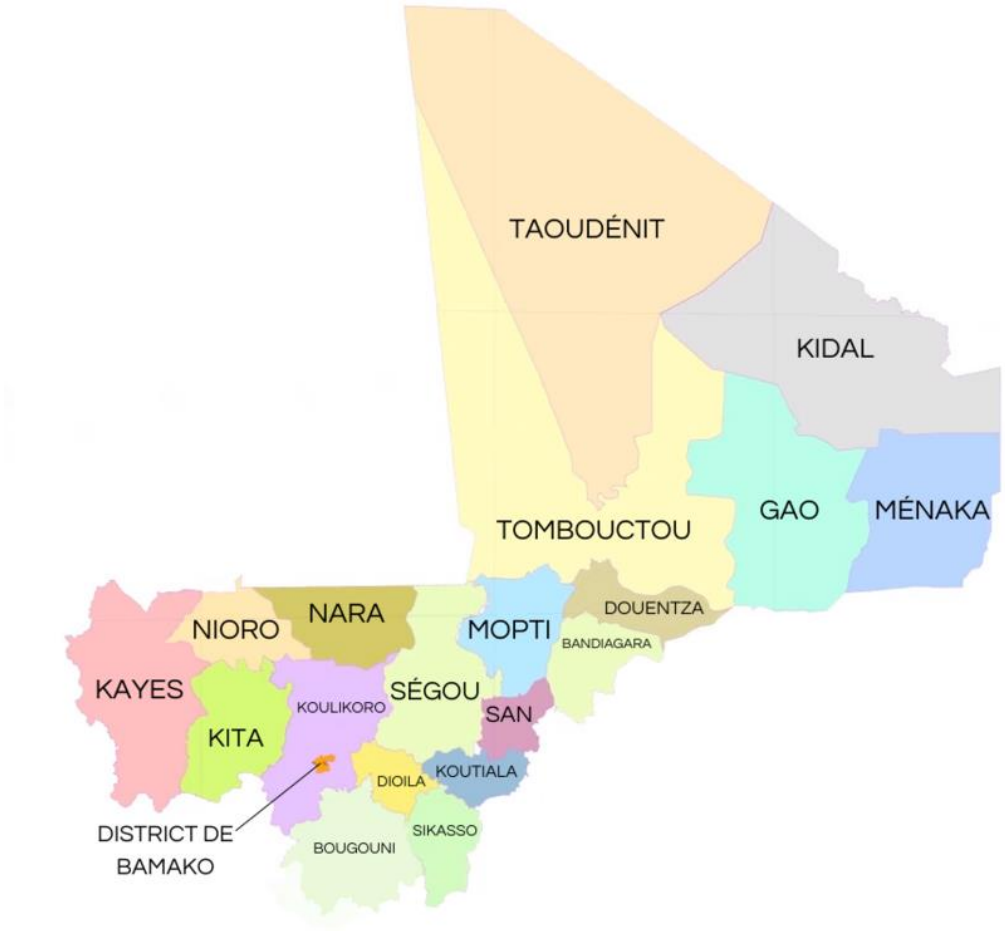


Figure 2: Carte administrative du Mali

4.1.3 Organisation du système de santé au Mali

Le système de santé malien comprend des structures publiques, privées, communautaires et confessionnelles. Son organisation repose sur une structure pyramidale comprenant trois niveaux : le niveau opérationnel, le niveau intermédiaire et le niveau central [28,29].

Le niveau opérationnel correspond au district sanitaire et comprend deux échelons. Le premier échelon est constitué principalement des Centres de Santé Communautaire(CScom), qui assurent le paquet minimum d'activités. Ces structures sont généralement gérées par des associations de santé communautaire. Le deuxième échelon est représenté par les centres de santé de référence (CSRef), qui assurent la première référence et prennent en charge les cas ne pouvant pas être traités au niveau communautaire.

Le niveau intermédiaire comprend principalement les hôpitaux régionaux. Ils assurent la deuxième référence et apportent un appui technique aux districts sanitaires.

Le niveau central comprend les services centraux du ministère chargé de la Santé ainsi que les établissements publics hospitaliers nationaux. Il assure la définition des politiques,

l'élaboration des normes, la coordination générale du système de santé et la troisième référence [28,29].

Les trois niveaux d'organisation :

- **Le Niveau opérationnel (district sanitaire)**

Il comprend deux échelons :

  - **Premier échelon :** offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans 1 534 CScom fonctionnels en 2021.
  - **Deuxième échelon :** assure la première référence avec 75 CSRéf fonctionnels en 2021.

- **Le Niveau intermédiaire**

Regroupe 8 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la deuxième référence à vocation générale.

- **Le Niveau central (troisième référence**)

Comprend 5 EPH, dont 3 à vocation générale :

  - CHU Point G ;
  - CHU Gabriel Touré ;
  - CHU du Mali ;
  - CHU de Kati (Pr Bocar Sidy Sall) réputé pour son expertise en traumatologie, en orthopédie, en neurologie et dans le traitement des fractures et le Centre Hospitalier Mère-Enfant "Le Luxembourg" (CHME) spécialisé dans la pédiatrie, la néonatologie et la prise en charge de la mère et de l'enfant.

Cette structure permet une approche organisée pour répondre aux besoins de santé de la population malienne

Dans le cadre de la présente recherche, le district sanitaire constituait l'unité opérationnelle utilisée pour l'organisation de l'échantillonnage et de la collecte des données en population générale.

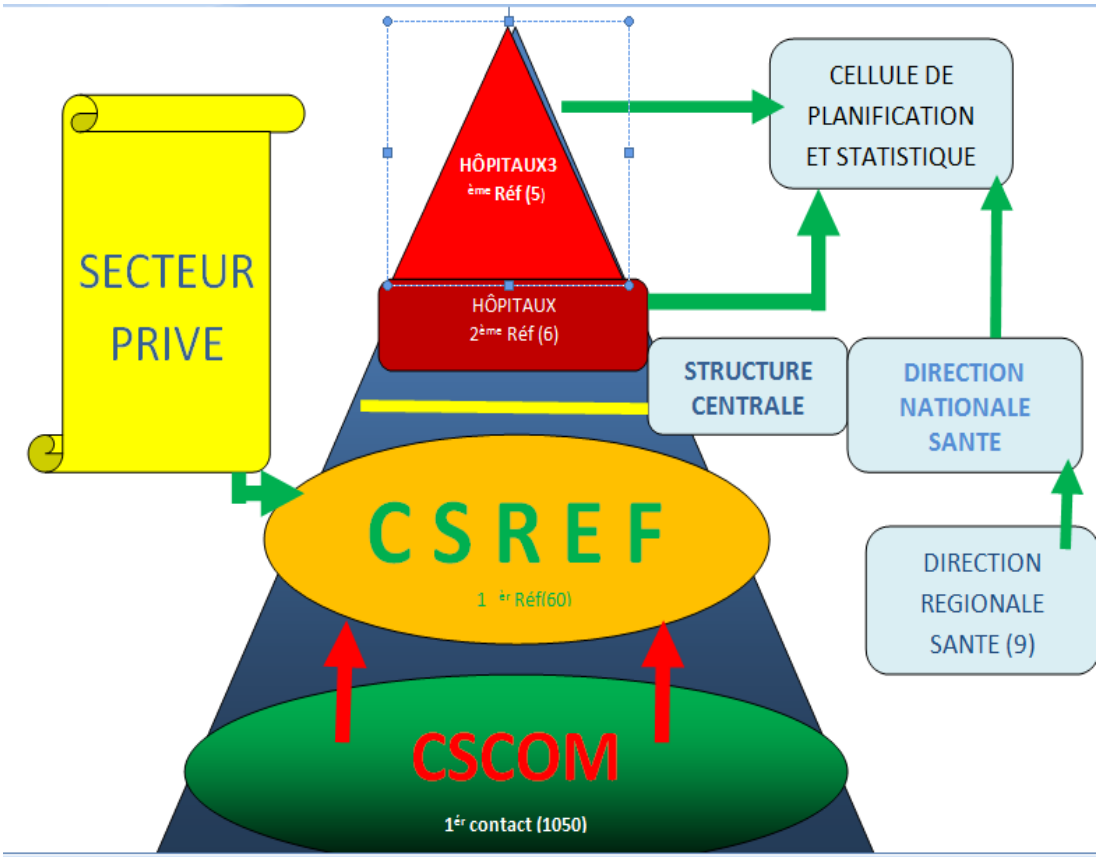


Figure 3: Pyramide sanitaire du Mali

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, réalisée avec un recrutement prospectif en population générale.

4.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée d'octobre 2024 à octobre 2025, avec une période de collecte des données allant de janvier à février 2025(1mois).

4.4 Population d'étude

La population d'étude était constituée d'adultes de 18 ans et plus résidant au Mali.

4.4.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude toutes les personnes âgées de 18 ans et plus ayant donné leur consentement éclairé.

4.4.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude les personnes institutionnalisées (prisons, hôpitaux, campus) ainsi que celles incapables de comprendre ou de répondre aux questions en Bambara et en Français.

4.5 Echantillonnage

4.5.1 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule utilisée pour estimer une proportion dans une population [30,31] :

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

Avec :

- **n** : taille minimale de l'échantillon ;
- **Z** : valeur correspondant au niveau de confiance de 95 %, soit 1,96 ;
- **p** : prévalence attendue du phénomène étudié ;
- **d** : précision souhaitée, fixée à 5 %.

En l'absence de données nationales sur la prévalence des troubles mentaux en population générale au Mali, la proportion retenue provenait d'une enquête menée au Burkina Faso auprès de 2 587 personnes âgées de 18 ans ou plus. Cette enquête avait rapporté que 1 072 participants, soit 41,43 %, remplissaient les critères d'au moins un trouble mental [32].

Les paramètres utilisés étaient donc :

- une prévalence attendue de 41,43 %, soit 0,4143 ;
- un niveau de confiance de 95 %, correspondant à une valeur de 1,96 ;
- une précision de 5 %, soit 0,05 ;
- un effet de grappe fixé à 2.

Le calcul initial était le suivant :

$$\mathbf{n = (1{,}96)^2 \times 0{,}4143 \times (1 - 0{,}4143) / (0{,}05)^2}$$

La taille minimale obtenue était de 372,87 participants, arrondie à 373 participants. Après application de l'effet de grappe de 2, la taille minimale était de :

373 × 2 = 746 participants par district sanitaire.

Pour les cinq districts sanitaires sélectionnés, la taille totale minimale de l'échantillon était donc de :

746 × 5 = 3 730 participants.

4.5.2 Technique d'échantillonnage

Nous avons adopté une méthode d'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés, afin de couvrir l'ensemble des régions sanitaires du Mali.

- **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 (zones urbaines, rurales, régions du nord et du sud). Chaque district retenu constitue une grappe primaire de l'échantillonnage. A l'issu 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 Outils et technique de collecte des données

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 Bambara 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 EXPLOREES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)	Vie entière + Actuelle (2 dernières semaines)	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	Optionnel
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)	Optionnel
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	Optionnel

Nous avons inclus tous les modules à l'exception des modules A', H, K', K'', K''', M, N et P parce que ce sont les plus fréquents et les plus faciles à utiliser. 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 »**.

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 Plan d'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 du mois écoulé du TSPT ont été estimées dans la population étudiée. 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 du TSPT avec d'autres troubles psychiatriques ont été étudiées pour la vie entière et au cours du mois écoulé. 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 ;
- 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 du TSPT, 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 au TSPT. 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.

4.8 Considérations éthiques

L'approbation N : 2024\128\CE\USTTB a été obtenue pour la conduite de cette étude.

En outre, l'approbation des autorités coutumières et administratives locales étant indispensable à la bonne exécution de cette recherche, des contacts préalables ont été entrepris à leur endroit pour leur expliquer les buts de ladite recherche et susciter leur adhésion et soutien. Toutes les démarches nécessaires à cet effet ont été conduites par l'investigateur principal.

L'enquête a été conduite conformément aux recommandations de déontologie et bonnes pratiques cliniques. Elle pourrait être arrêtée en cours de réalisation indépendamment de la volonté de l'investigateur principal. La présente étude impliquant la participation de sujets humains a été conduite conformément aux principes fondamentaux d'éthique, qui sont le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Toutes les dispositions utiles ont été observées en vue du respect de l'autonomie de toute personne qui participe à cette recherche. Le principe de bienfaisance a été également recherché : la présente recherche n'était assortie que de risques minimes. 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 inaptes à consentir, (état délirant, agitation psychomotrice, état démentiel, état confusionnel, etc.), un consentement a été requis auprès d'une autre personne membre de la famille. Cette dernière a été sollicitée pour donner les informations utiles. En tout état de cause, l'assentiment de la personne qui se prête à la recherche devrait être recherché autant que faire se peut. 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.

La confidentialité des données a été respectée avec attribution d'un numéro d'identifiant aux participants, les résultats de ce travail ne serviront qu'à des fins scientifiques.

4.9 Financement

Cette étude a reçu le financement du Fond Compétitif pour la Recherche et l'Innovation Technologique (FCRIT) du Mali.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Prévalence du trouble stress post traumatique en population générale au Mali de mai 2024 à septembre 2025

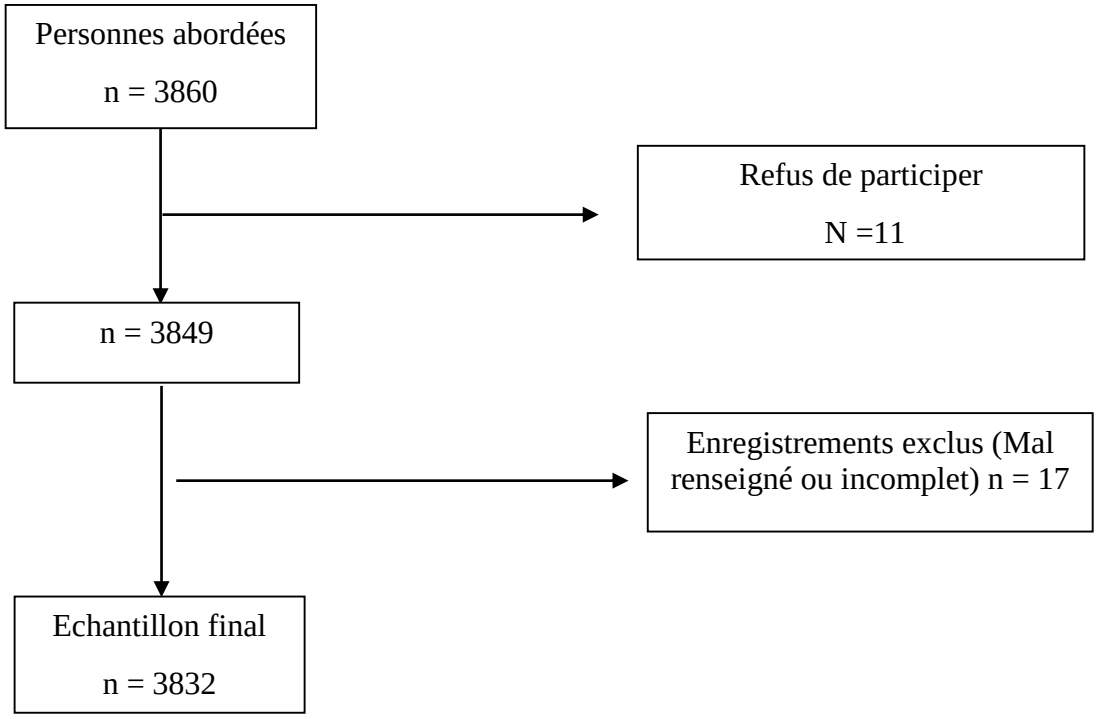


Figure 4 : Diagramme de Fux

Sur 3 860 personnes abordées, 11 ont refusé de participer et 17 enregistrements ont été exclus. L'échantillon final comprend donc 3 832 participants.

5.1 Profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes du stress post traumatique au Mali de mai 2024 à septembre 2025

Tableau I: Répartition *des participants selon la tranche d'âge*

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
18 – 24	707	18,4
25-34	1044	27,2
35 –44	722	18,9
≥45	1359	35,5
Total	**3832**	**100**

La tranche d'âge de 45 ans et plus était la plus représentée avec 35,5% des cas. L'âge moyen des enquêtés était de 39,9ans.

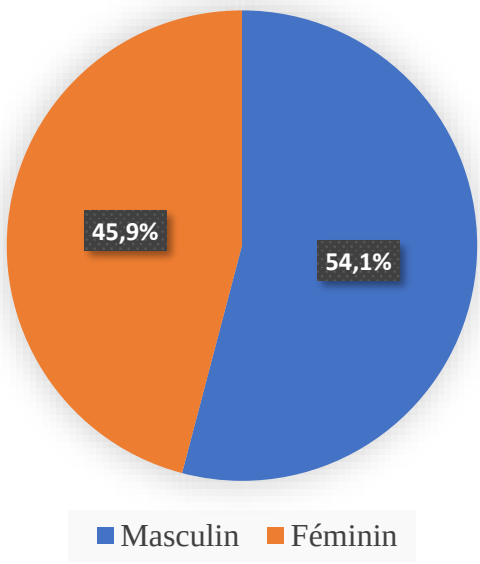


Figure 5 : Répartition des participants selon le genre

Les sujets de sexe masculin étaient les plus représentés avec 54,1% des enquêtés.

Tableau II: Répartition des participants selon le Statut Matrimonial

Statut matrimonial	**Effectif**	**Pourcentage (%)**
Marié(e)	3192	83,3
Célibataire	460	12,0
Veuf(ve)	155	4,0
Divorcé(e)/Séparé(e)	25	0 ,7
Total	**3832**	**100**

Prés de 83% des enquêtés étaient marié(e)s

Tableau III: Répartition des participants selon le niveau d'étude

Niveau d´étude	**Effectif**	**Pourcentage (%)**
Jamais scolarisé	1499	39,1
Primaire	1189	31,0
Secondaire	533	13,9
Ecole Coranique	273	7,1
Supérieur	222	5,8
Alphabétisé(e)	114	3,0
Total	**3832**	**100**

Les enquêtés n'ayant jamais été scolarisé étaient les plus représentés avec 39,1% des observations

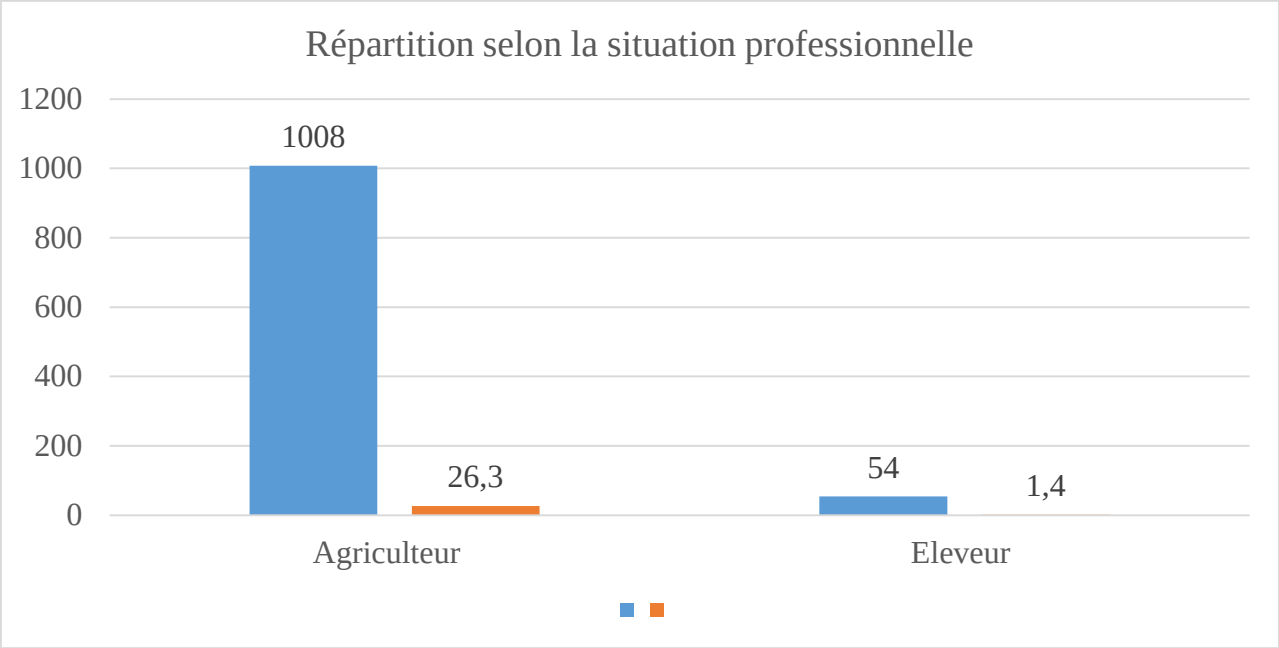
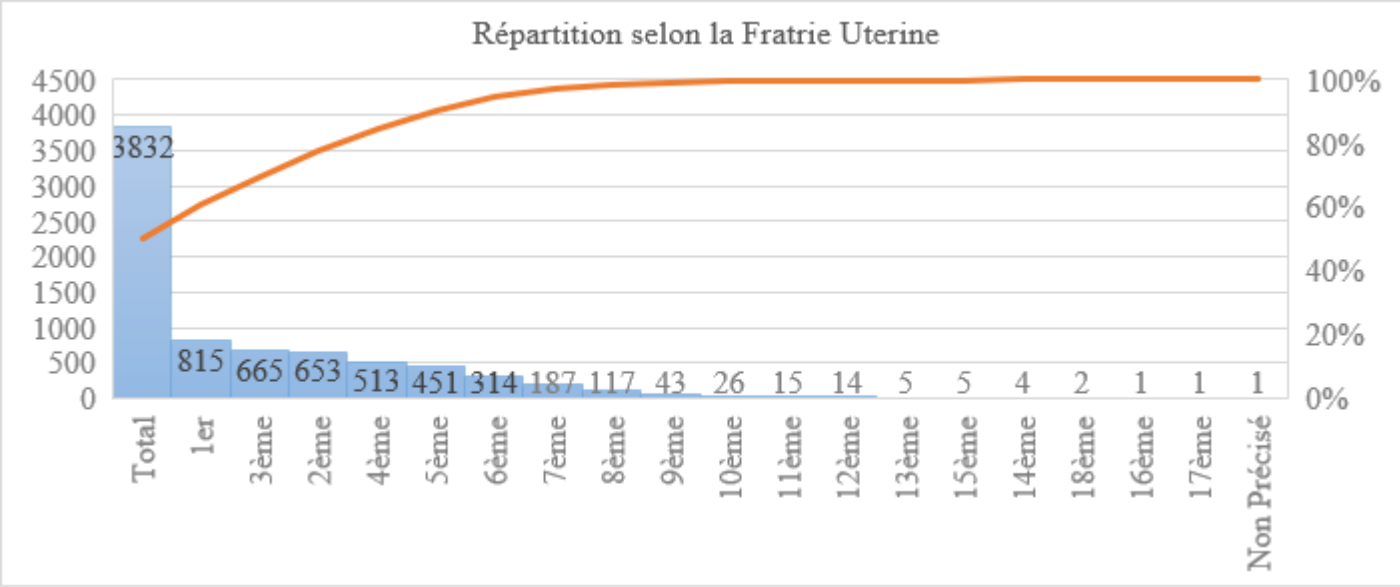


Figure 6 : Répartition des participants selon le la situation professionnelle

Les agriculteurs étaient les plus représentés avec 26,3% des enquêtés



Les enquêtés occupants la première (1ère) place dans la fratrie utérine étaient les représentés avec 21,3%

Figure 7 : Répartition des participants selon la fratrie utérine

Tableau IV : Répartition des participants selon le lien de consanguinité des parents

Consanguinité parents	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	1545	40,3
Non	2283	59,6
Non Précisé	4	0,1
Total	**3832**	**100**

La consanguinité parentale était retrouvée chez 40,3 % des participants.

Tableau V : Répartition des participants selon les croyances

Croyances	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3711	96,8
Non	110	2,9
Refus	10	0,3
Non Précisé	1	0,1
Total	**3832**	**100**

Prés de 97% des enquêtés avaient une croyance confessionnelle.

Tableau VI : Répartition des participants selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulman	3454	93,1
Chrétien	131	3,5
Religion traditionnelle	126	3,4
Total	**3711**	**100**

La religion musulmane était la plus représentée avec 93,1% des enquêtés.

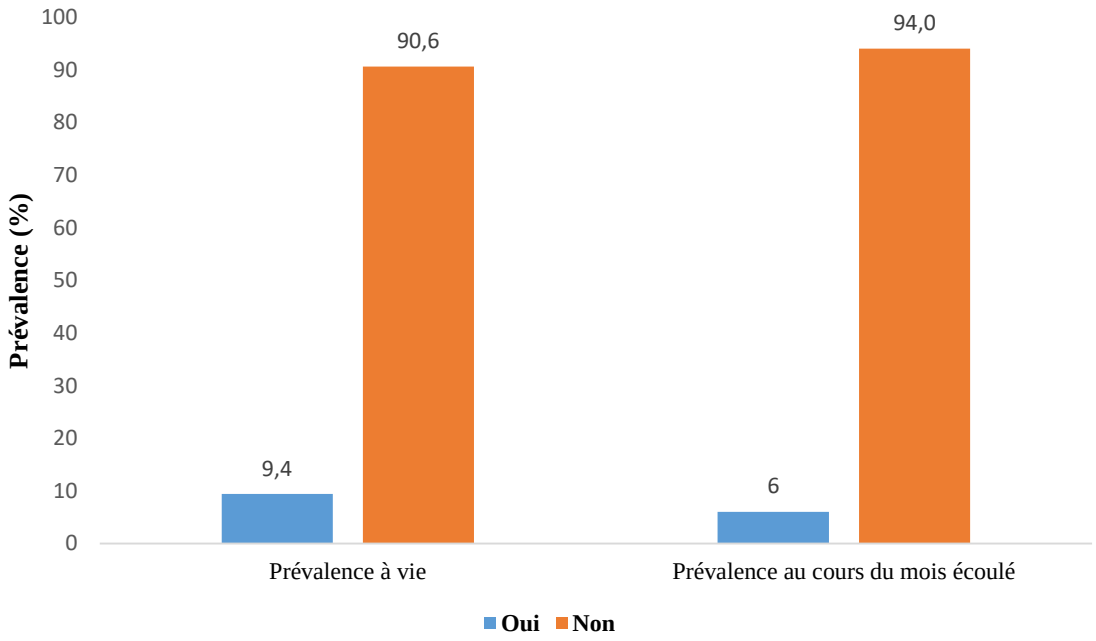


Figure 8 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Les prévalences du TSPT au cours de la vie et au cours du mois étaient de 9,4% et 6,0% respectivement.

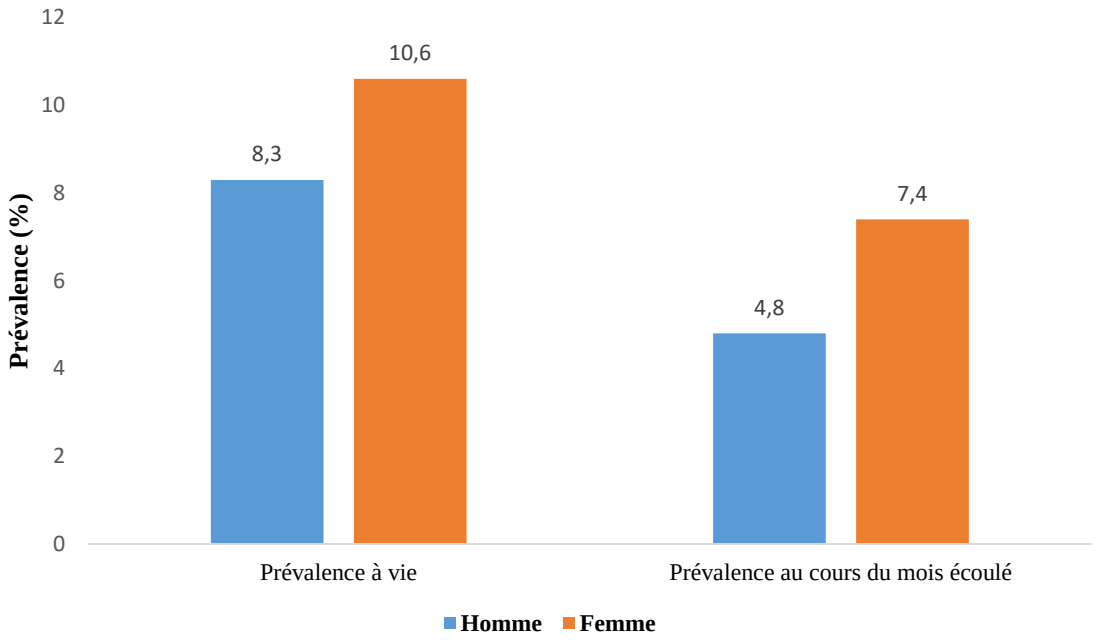


Figure 9 : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Le TSPT était plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. La prévalence à vie était de 10,6 % chez les femmes contre 8,3 % chez les hommes. La prévalence au cours du mois écoulé était de 7,4 % chez les femmes contre 4,8 % chez les hommes.

Tableau VII : Prévalence à vie et actuelle du trouble stress post traumatique par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Age (ans)	Exposition traumatique				Trouble Stress Post Traumatique			
	A vie		Actuelle		A vie		Actuelle	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 - 24	117	16,5	--	--	33	4,7	18	2,5
25 - 34	245	23,5	--	--	97	9,3	65	6,2
35 - 44	210	29,1	--	--	73	10,1	41	5,7
≥45	409	30,1	--	--	156	11,5	105	7,7

La prévalence de l'exposition traumatique au cours de la vie augmentait avec l'âge, passant de **16,5 %** chez les 1824 ans à **30,1 %** chez les sujets de 45 ans et plus.

De même, la prévalence du TSPT, à vie et actuelle, augmentait globalement avec l'âge, atteignant respectivement **11,5 %** et **7,7 %** chez les ≥45 ans, contre **4,7 %** et **2,5 %** chez les 18–24 ans.

Tableau VIII : Comorbidités sur la vie entière du trouble stress post traumatique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali d'octobre 2024 a octobre 2025

	TSPT		
Comorbidités	%	OR	IC95%
Trouble panique	20,3	5,5	4,06-7,5
Agoraphobie	8,9	3,5	2,3-5,2
Phobie sociale	3,6	4,4	2,2-8,6
Trouble Anxieux General	13,6	3,8	2,7-5,5
Episode Dépressif Majeur	32,0	5,4	4,2-6,9
Manie	1,4	2,5	0,9-6,9
Trouble psychotique	13,1	2,6	1,8-3,6
Usage de substance	7,5	3,3	2,1-5,2
Dépendance	4,5	4,8	2,6-8,9

Le TSPT était fréquemment associé à plusieurs troubles psychiatriques au cours de la vie, notamment l'épisode dépressif majeur (32,0 % ; OR=5,4), le trouble panique (20,3 % ; OR=5,5) et le TAG (13,6 % ; OR=3,8) développe une dépendance ; 3,6% de phobie sociale et 1,4% de manie au cours de leur vie. On remarque qu'il y a une relation entre le TSPT et ces pathologies.

Tableau IX : Comorbidités au cours du mois écoulé du trouble stress post traumatique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

	TSPT		
Comorbidités	%	OR	IC95%
Trouble panique	20,5	7,1	4,9-10,2
Agoraphobie	8,7	4,2	2,5-7,0
Phobie sociale	3,9	9,7	4,2-22,6
TAG	18,3	5,7	3,9-8,4
EDM	21,4	8,6	5,9-12,4
Manie	0 ,4	2,5	0,2-12,3
Trouble psychotique	8,7	2,6	1,6-4,3
Usage de substance	8,3	4,7	2,8-8,0
Dépendance	5,7	6,5	3,3-12,5
Risque suicidaire	16,6	2,4	1,6-3,4
Trouble du sommeil	11,4	2,1	1,3-3,2

Le TSPT était fortement associé à plusieurs troubles psychiatriques au cours du mois écoulé, en particulier l'épisode dépressif majeur (OR=8,6), la phobie sociale (OR=9,7), le trouble panique (OR=7,1) et le TAG (OR=5,7).

Des associations significatives étaient également observées avec la dépendance aux substances, l'usage de substances, ainsi que les troubles psychotiques.

Par ailleurs, le TSPT était associé au risque suicidaire (OR=2,4) et aux troubles du sommeil (OR=2,1), traduisant une comorbidité importante.

5.2 facteurs associés au trouble stress post-traumatique au Mali d'octobre 2024 à octobre2025.

Tableau X : Facteurs associés au trouble stress post traumatique au cours de la vie en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

	TSPT				
	Univariée			Multivariée	
Variables explicatives	**OR**	**IC95%**	**p-value**	**ORa**	**IC95%**
Sexe					
Masculin	0,8	0,6-1,0	0,0185	0,7	0,5-0,9
Féminin	Réf				
Classe d'âge (ans)					
18-24	0,4	0,3-0,6	<0,0001	0,44	0,72-0,27
25-34	0,8	0,6-1.03	0,0838	0,9	0,67-1,23
35-44	0,9	0,6-1,16	0,3427	0,82	0,6-1,13
≥45	Réf				
Consanguinité entre les parents					
Oui	0.8	0,6-0,9	0,014	0,85	0,66-1,09
Non	Réf				
Statut marital					
Marié	0,6	0,4-0,9	0,3625	0,74	0,42-1,29
Célibataire	0,3	0,2-0,6	<0,0001	0,71	0,32-1,59
Divorcé	1,4	0,16-0.4	0,8166	2,34	0,71-7,7
Veuf/Veuve	Réf				
Niveau d'étude					
Alphabétisé	1,3	0,8-2,1	0,3298	1,16	0,7-1,9
Primaire	0,6	0,5-0,8	<0,0001	0,76	0,55-1,04
Secondaire	0,6	0,4-0,8	0,0008	0,83	0,55-1,25
Supérieur	0,1	0,1-0,3	<0,0001	0,97	0,55-1,7
Ecole Coranique	0,9	0,6-1,3	0,4347	0,9	0,56-1,4

Jamais scolarisé	Réf				
Religion					
Musulmane	3.3	1.2-9,0	0,0196	1,16	0,4-3,4
Chrétienne	0.7	0.15-3.25	0,6645	0,4	0,07-1,9
Religion traditionnelle	Réf				
Région sanitaire					
Koulikoro	0,2	0,1-0,2	<0,0001	0 ,04	0,017-0,09
Dioila	0,3	0,3-0,5	<0,0001	0,8	0,6-1,06
Bougouni	Réf				
District sanitaire					
Kati	0,4	0,3-0,6	<0,0001	2,4	0,9-6,25
Ouélésseboug ou	2,9	2,2-3,8	<0,0001	--	--
Kalabancoro	0,3	0,2-0,5	<0,0001	1,19	5,07-27,77
Kolokani	0,9	0,7-1,3	0,7083	--	--
Dioila	Réf				
Usage de SPA vie					
Oui	3,3	2,2-5,1	<0,0001	1,179	0,572-2,430
Non	Réf				
Dépendance de SPA vie					
Oui	3,0	1,6-5,6	0,0006	4,91	1,777-13,563
Non	Réf				

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) était moins fréquent chez les hommes que chez les femmes (ORa = 0,7 ; IC95 % [0,5–0,9]). Les sujets âgés de 18–24 ans présentaient une probabilité plus faible de TSPT comparés aux sujets de 45 ans et plus (ORa = 0,44).

Après ajustement, la consanguinité parentale, le statut matrimonial, le niveau d'étude et la religion n'étaient pas associés au TSPT.

Sur le plan géographique, une différence était observée selon les régions, avec une probabilité plus faible de TSPT à Koulikoro (ORa = 0,04 ; IC95 % [0,017–0,09]).

Concernant les substances psychoactives, seule la dépendance était associée au TSPT (ORa = 4,91 ; IC95 % [1,78–13,56]), contrairement à l'usage simple.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Prévalence du trouble de stress post-traumatique en population générale au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025

Sur les 3 860 personnes abordées, 3 832 ont été retenues dans l'analyse finale, après 11 refus de participation et l'exclusion de 17 enregistrements. Le faible nombre de refus et d'exclusions témoigne d'une bonne acceptabilité de l'enquête. Toutefois, les résultats concernent les cinq districts sanitaires sélectionnés et doivent être interprétés avec prudence avant toute généralisation à l'ensemble de la population malienne.

La prévalence du trouble de stress post-traumatique était de 9,4 % au cours de la vie et de 6,0 % au cours du mois écoulé. L'écart entre ces deux fréquences indique qu'une partie des personnes ayant présenté le trouble au cours de leur vie ne remplissait plus les critères diagnostiques au moment de l'enquête. Néanmoins, la fréquence observée au cours du mois écoulé montre que le trouble demeurait présent chez une proportion importante de la population étudiée.

La prévalence au cours de la vie retrouvée dans notre étude était supérieure à l'estimation mondiale de 3,9 % rapportée par Koenen et al. [3]. Elle était également supérieure à celle de 2,3 % observée en population générale en Afrique du Sud par Atwoli et al. [33]. En revanche, notre résultat restait inférieur à la prévalence globale de 22,0 % rapportée par Ng et al. en Afrique subsaharienne. Dans cette méta-analyse, la fréquence atteignait 30,0 % dans les régions exposées aux conflits armés, contre 8,0 % dans les régions non exposées [7].

Dans la sous-région ouest-africaine, des fréquences plus élevées ont été rapportées dans des populations particulièrement exposées. Au Sénégal, Tine et al. avaient retrouvé une prévalence de 25,7 % chez des militaires sénégalais ayant participé à une mission de maintien de la paix au Darfour [34]. Au Burkina Faso, Carta et al. avaient rapporté une fréquence élevée de troubles liés au traumatisme et au stress chez des réfugiés maliens vivant dans un camp [35]. Au Niger, Barbieri et al. avaient observé un trouble de stress post-traumatique probable chez 19,8 % des demandeurs d'asile étudiés à Agadez [36].

Les fréquences plus élevées observées dans ces études peuvent être expliquées par le recrutement de militaires, de réfugiés ou de migrants directement exposés aux conflits, aux violences, aux déplacements forcés et à la perte de proches. À l'inverse, notre étude portait sur la population générale, dans laquelle les niveaux d'exposition aux événements traumatiques étaient variables. Les différences peuvent également dépendre des outils diagnostiques utilisés, des périodes de référence et de la nature des événements traumatiques recherchés.

6.2 Profil sociodémographique et clinique des personnes atteintes du stress post-traumatique au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025

L'âge moyen des participants était de 39,9 ± 16,36 ans. Les personnes âgées de 45 ans et plus étaient les plus représentées, avec 35,5 %, suivies de celles âgées de 25 à 34 ans. Les hommes constituaient 54,1 % de l'échantillon. La majorité des participants était mariée, le niveau d'instruction était globalement faible et les agriculteurs représentaient la principale catégorie professionnelle. Ce profil peut être rapproché du caractère majoritairement rural de plusieurs localités incluses dans l'enquête.

L'exposition traumatique au cours de la vie augmentait avec l'âge. Elle concernait 16,5 % des personnes âgées de 18 à 24 ans, contre 30,1 % de celles âgées de 45 ans et plus. Une évolution similaire était observée pour le trouble de stress post-traumatique. Sa prévalence au cours de la vie passait de 4,7 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans à 11,5 % chez celles âgées de 45 ans et plus. La prévalence au cours du mois écoulé augmentait également de 2,5 % à 7,7 % entre ces deux groupes.

Cette progression pourrait être expliquée par l'accumulation des événements traumatiques au cours de la vie. Les personnes plus âgées ont eu davantage de temps pour être exposées aux décès, aux violences, aux accidents, aux maladies graves, aux conflits et aux difficultés économiques. Koenen et al. avaient également montré que l'exposition à plusieurs événements traumatiques augmentait la probabilité de développer un trouble de stress post-traumatique [3]. Toutefois, le caractère transversal de notre étude ne permet pas de distinguer clairement l'effet de l'âge de celui de l'accumulation des traumatismes.

Bien que les hommes aient été majoritaires dans l'échantillon, le trouble était plus fréquent chez les femmes. La prévalence au cours de la vie était de 10,6 % chez les femmes contre 8,3 % chez les hommes. Au cours du mois écoulé, elle était respectivement de 7,4 % et de 4,8 %. Cette observation concorde avec la revue de Tolin et Foa, qui avait montré que les femmes présentaient un risque plus élevé de développer un trouble de stress post-traumatique après une exposition traumatique [37].

Cette différence pourrait être liée à la nature des traumatismes vécus, notamment les violences sexuelles et interpersonnelles, auxquelles les femmes peuvent être davantage exposées. Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques pourraient également intervenir. Au Burkina Faso, Carta et al. avaient aussi observé une vulnérabilité plus importante chez les femmes âgées parmi les réfugiés maliens étudiés [35].

Les comorbidités psychiatriques étaient fréquentes. Au cours de la vie, l'épisode dépressif majeur était retrouvé chez 32,0 % des personnes présentant un trouble de stress post-

traumatique, avec un odds ratio de 5,4. Le trouble panique concernait 20,3 % des personnes atteintes, avec un odds ratio de 5,5, tandis que le trouble anxieux généralisé concernait 13,6 %, avec un odds ratio de 3,8.

Au cours du mois écoulé, les associations les plus fortes concernaient la phobie sociale, avec un odds ratio de 9,7, l'épisode dépressif majeur, avec un odds ratio de 8,6, le trouble panique, avec un odds ratio de 7,1, et le trouble anxieux généralisé, avec un odds ratio de 5,7. Ces résultats montrent que le trouble de stress post-traumatique survenait fréquemment avec d'autres troubles psychiatriques. Sareen avait également souligné la fréquence des troubles dépressifs, anxieux et addictifs chez les personnes atteintes [38].

Le risque suicidaire concernait 16,6 % des personnes présentant un trouble au cours du mois écoulé. Il était associé au trouble de stress post-traumatique avec un odds ratio de 2,4. Cette observation est cohérente avec la méta-analyse de Panagioti et al., qui avait mis en évidence une association entre le trouble de stress post-traumatique et les pensées ou comportements suicidaires [39]. La fréquence élevée de l'épisode dépressif majeur dans notre population pourrait également renforcer ce risque.

Les troubles du sommeil étaient présents chez 11,4 % des personnes présentant un trouble actuel et étaient associés à un odds ratio de 2,1. Cette relation peut être expliquée par les cauchemars, les réveils nocturnes, l'hypervigilance et les difficultés d'endormissement caractéristiques du trouble..

6.3 Facteurs associés au trouble de stress post-traumatique au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025

Après ajustement, les hommes présentaient une probabilité plus faible de trouble de stress post-traumatique que les femmes, avec un odds ratio ajusté de 0,7 et un intervalle de confiance à 95 % compris entre 0,5 et 0,9. Les cotes de trouble étaient donc réduites d'environ 30 % chez les hommes. Cette association confirme les résultats descriptifs et concorde avec la plus grande vulnérabilité féminine rapportée par Tolin et Foa [37].

Les personnes âgées de 18 à 24 ans présentaient également une probabilité plus faible de trouble que celles âgées de 45 ans et plus. L'odds ratio ajusté était de 0,44, avec un intervalle de confiance compris entre 0,27 et 0,72. Cette association pourrait être liée à l'accumulation progressive des traumatismes avec l'âge. Elle peut aussi refléter une exposition prolongée aux conflits, aux décès, aux accidents et aux difficultés socio-économiques.

La consanguinité parentale, le statut matrimonial, le niveau d'étude et la religion n'étaient plus associés au trouble après ajustement. Les associations initialement observées en analyse univariée étaient donc probablement influencées par d'autres caractéristiques prises en compte

dans le modèle. Ces résultats ne permettent pas d'exclure totalement l'influence du contexte social, familial ou culturel, mais ils ne montrent pas d'effet indépendant de ces facteurs dans notre population.

Des variations géographiques importantes étaient observées entre les régions et les districts sanitaires. Les personnes appartenant à la région sanitaire de Koulikoro présentaient une probabilité plus faible de trouble par rapport à la catégorie de référence. Ces différences pourraient être liées aux niveaux d'exposition à l'insécurité, aux déplacements de populations, aux conditions socio-économiques ou à l'accès aux services de santé mentale.

Toutefois, l'interprétation de ces résultats doit rester prudente. Les régions sanitaires et les districts sanitaires étant étroitement liés, leur introduction simultanée dans le modèle peut entraîner une colinéarité. Par ailleurs, certaines valeurs du tableau étaient incomplètes ou incohérentes, notamment pour Kalaban-Coro et les personnes divorcées. Une vérification du codage, des catégories de référence et des résultats du modèle est donc nécessaire avant de conclure à un effet géographique indépendant.

L'usage simple de substances psychoactives était associé au trouble en analyse univariée, mais cette association disparaissait après ajustement. L'odds ratio ajusté était de 1,179, avec un intervalle de confiance compris entre 0,572 et 2,430. En revanche, la dépendance aux substances psychoactives demeurait fortement associée au trouble, avec un odds ratio ajusté de 4,91 et un intervalle de confiance compris entre 1,777 et 13,563.

Cette relation concorde avec les résultats de Debell et al., qui avaient montré une coexistence fréquente entre le trouble de stress post-traumatique et les troubles liés à l'usage de substances [40]. Certaines personnes peuvent consommer des substances afin de réduire temporairement l'anxiété, les souvenirs intrusifs ou les troubles du sommeil. À l'inverse, la dépendance peut augmenter l'exposition aux accidents, aux violences, à l'exclusion sociale et à d'autres événements traumatiques.

Dans la sous-région, Tine et al. avaient identifié au Sénégal l'exposition à des situations traumatiques graves, l'épuisement émotionnel et les problèmes de santé répétés comme des facteurs associés au trouble chez des militaires [34]. Au Niger, Barbieri et al. avaient mis en évidence le rôle de l'accumulation des traumatismes, de leur survenue précoce et des mauvaises conditions d'accueil chez les demandeurs d'asile [36]. Ces résultats confirment que le trouble résulte généralement d'une interaction entre la vulnérabilité individuelle, la répétition des traumatismes et les conditions de vie après l'événement.

En raison du caractère transversal de notre étude, il n'est pas possible de déterminer si la dépendance précédait ou suivait le trouble de stress post-traumatique. Cette association justifie

néanmoins le dépistage systématique des conduites addictives chez les personnes présentant des symptômes post-traumatiques et la recherche d'antécédents traumatiques chez les personnes dépendantes.

CONCLUSION

7 CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d´evaluer le trouble stress post-traumatique en population générale au Mali d'octobre 2024 à octobre 2025.

L'exposition aux événements traumatiques concernait plus d'un quart des sujets enquêtés, confirmant l'omniprésence des situations de stress sévère dans un contexte marqué par l'insécurité, les violences armées, les déplacements forcés de populations et la précarité socio-économique. Bien que les hommes aient rapporté une exposition plus fréquente aux traumatismes, le TSPT était significativement plus fréquent chez les femmes, mettant en évidence une vulnérabilité féminine accrue, déjà largement décrite dans la littérature scientifique.

Sur le plan clinique, le TSPT était fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques, en particulier les épisodes dépressifs majeurs, les troubles anxieux, l'usage de substances psychoactives et le risque suicidaire. Ces comorbidités confirment que le TSPT s'inscrit le plus souvent dans une dynamique psychopathologique complexe, nécessitant une approche de prise en charge globale et intégrée.

L'analyse selon l'âge a montré une prévalence plus élevée du TSPT chez les sujets âgés de 45 ans et plus, suggérant un effet cumulatif des traumatismes au cours de la vie. Par ailleurs, le faible niveau d'instruction et certaines situations matrimoniales, notamment le veuvage et le divorce, apparaissaient comme des facteurs de vulnérabilité, probablement en lien avec l'isolement social, la diminution du soutien familial et la limitation des ressources d'adaptation.

En définitive, le trouble de stress post-traumatique constitue un enjeu prioritaire de santé publique au Mali. La reconnaissance de son importance, l'amélioration du dépistage et le renforcement des dispositifs de prise en charge sont indispensables pour réduire son impact individuel, familial et social.

RECOMMANDATIONS

8 RECOMMANDATIONS

À l'endroit des autorités sanitaires

- Renforcer l'intégration de la santé mentale, en particulier du TSPT, dans les politiques nationales de santé.
- Adapter les stratégies nationales de santé mentale au contexte d'insécurité et de post-conflit.
- Formation continue c'est à dire le renforcement des capacités des médecins généralistes et des infirmiers en matières de dépistage et de prise en charge du TSPT ;

- Intégrer le dépistage systématique du TSPT dans les soins de santé primaires, notamment au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCom)..

À l'endroit des professionnels de santé mentale

- Promouvoir une approche multidisciplinaire associant psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux.
- Mettre en œuvre des interventions psychothérapeutiques validées et adaptées aux contextes à ressources limitées.
- Accorder une attention particulière aux groupes vulnérables, notamment les femmes, les personnes âgées et les sujets socialement isolés.

À l'endroit des communautés et partenaires

- Renforcer les mécanismes de soutien communautaire et familial pour les personnes exposées aux traumatismes.
- Appuyer les initiatives communautaires de prise en charge psychosociale, en particulier dans les zones affectées par l'insécurité.

Perspectives de recherche

- Réaliser des études longitudinales afin de mieux comprendre l'évolution du TSPT et ses facteurs pronostiques.
- Approfondir l'analyse des déterminants culturels et contextuels du TSPT au Mali.
- Évaluer l'efficacité des stratégies de prévention et de prise en charge intégrées en contexte malien

REFERENCES

9 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. 5th ed., text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1152 p.

2. Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)* [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022 [cité le 10 juill 2026]. Disponible: https://icd.who.int/browse11/l-m/fr
3. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychol Med. 2017;47(13):2260-74.
4. National Institute of Mental Health. Post-traumatic stress disorder (PTSD) [En ligne]. [cité le 10 juill 2026]. Disponible: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd
5. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. J Trauma Stress. 2008;21(5):455-62.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21-7.
7. Ng LC, Stevenson A, Kalapurakkel SS, Hanlon C, Seedat S, Harerimana B, et al. National and regional prevalence of posttraumatic stress disorder in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020;17(5):e1003090.
8. Sheikh TL, Mohammed A, Agunbiade S, Ike J, Ebiti WN, Adekeye O. Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Kaduna, Northwestern Nigeria. Front Psychiatry. 2014;5:127.
9. Madoro D, Kerebih H, Habtamu Y, Mokona H, Molla A, Wondie T, et al. Post-traumatic stress disorder and associated factors among internally displaced people in South Ethiopia: a cross-sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:2317-26.
10. Keita G, Traoré J, Coulibaly SP, Traoré K, Maiga BH, Dara EA, et al. Fréquence hospitalière des crises non épileptiques psychogènes à Bamako. Pan Afr Med J. 2024;47:148.
11. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci. 2000;2(1):47-55.
12. Turnbull GJ. A review of post-traumatic stress disorder. Part I: historical development and classification. Injury. 1998;29(2):87-91.
13. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(4):445-61.
14. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(3):263-78.
15. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. Nat Rev Neurosci. 2012;13(11):769-87.
16. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):748-66.
17. Tortella-Feliu M, Fullana MA, Pérez-Vigil A, Torres X, Chamorro J, Littarelli SA, et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Neurosci Biobehav Rev. 2019;107:154-65.
18. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms: a meta-analytic review. J Anxiety Disord. 2013;27(1):33-46.
19. Edmondson D, von Känel R. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. Lancet Psychiatry. 2017;4(4):320-9.

20. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: development and initial psychometric evaluation in military veterans. Psychol Assess. 2018;30(3):383-95.
21. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5: development and initial psychometric evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489-98. doi:10.1002/jts.22059.
22. Organisation mondiale de la Santé. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders* [En ligne]. 3e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2023. 184 p. [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
23. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. *VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder* [En ligne]. Version 4.0. Washington (DC): US Government Publishing Office; 2023 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/
24. American Psychological Association. *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults* [En ligne]. Washington (DC): American Psychological Association; 2025 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://www.apa.org/ptsd-guideline
25. Direction nationale de l'aménagement du territoire. *Schéma national d'aménagement du territoire du Mali 2022-2041* [En ligne]. Bamako: Direction nationale de l'aménagement du territoire; 2022 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://dnat.gouv.ml/wp-content/uploads/2024/09/SNAT_MALI_FINAL_-CM_17_08_2022.pdf
26. Loi n°2023-006 du 13 mars 2023 portant création des circonscriptions administratives en République du Mali [En ligne]. 2023 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://matd.gouv.ml/creation-circonscriptions-administrative-en-republique-mali
27. Institut national de la statistique, Bureau central du recensement. *Cinquième Recensement général de la population et de l'habitat: rapport préliminaire, résultats globaux du RGPH5* [En ligne]. Bamako: Institut national de la statistique; 2023. 55 p. [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/rgph/rapport-resultats-globaux-rgph5_rgph.pdf
28. Ministère de la Santé et du Développement social. *Cadre de gestion environnementale et sociale du Projet d'intervention d'urgence COVID-19 au Mali prenant en compte les activités du Projet vaccin AF Mali COVID-19* [En ligne]. Bamako: Ministère de la Santé et du Développement social; 2021 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://www.sante.gov.ml/docs/CGES_COVID-19_MALI_VACCIN_VD%20CORRIGE_100820210.pdf
29. Cellule de planification et de statistique du secteur santé, développement social et promotion de la famille. *Annuaire statistique 2020 du Système national d'information sanitaire et social* [En ligne]. Bamako: Ministère de la Santé et du Développement social; 2021 [cité le 10 juill 2026]. Disponible sur: https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Annuaire_SNISS_2020.pdf
30. Schwartz D. *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*. 4e éd. Paris: Médecine Sciences Publications; 1993. 314 p.
31. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1991. 80 p.

32. Ouédraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanéma D, Sawadogo B. Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso. Encephale. 2019;45(4):367-70.
33. Atwoli L, Stein DJ, Williams DR, McLaughlin KA, Petukhova M, Kessler RC, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. BMC Psychiatry. 2013;13:182.
34. Tine JAD, Tine Y, Ba EHM, Seck MC, Sine B, Dieng AC, et al. Study of risk factors for posttraumatic stress disorder among Senegalese peacekeepers on a mission of peacekeeping in Darfur. Int J Innov Appl Stud. 2019;26(2):486-97.
35. Carta MG, Wallet Oumar F, Moro MF, Moro D, Preti A, Mereu A, et al. Trauma- and stressor-related disorders in the Tuareg refugees of a camp in Burkina Faso. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013;9:189-95. doi:10.2174/1745017901309010189.
36. Barbieri A, Saidou Soumana S, Dessì A, Sadou O, Boubacar T, Visco-Comandini F, et al. Complex PTSD in asylum-seekers living in a humanitarian setting in Africa: a latent class analysis. Psychol Trauma. 2023;15(7):1136-44. doi:10.1037/tra0001299.
37. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull. 2006;132(6):959-92.
38. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. Can J Psychiatry. 2014;59(9):460-7.
39. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. Compr Psychiatry. 2012;53(7):915-30.
40. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, et al. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(9):1401-25.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Djelika

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Adresse électronique : djlika.diarra@yahho.com ; Tel : +223 91 94 40 78

Année de soutenance : 2024-2025

Secteur d'intérêt : Santé Mentale

Titre de la thése : **EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS 05 DISTRICTS SANITAIRES AU MALI EN 2025**

RÉSUMÉ

Introduction: Le trouble de stress post-traumatique constitue un problème de santé mentale important dans les populations exposées aux conflits, aux violences et aux déplacements. Au Mali, les données en population générale restent limitées. Cette étude vise à estimer sa prévalence et à identifier les facteurs associés dans cinq districts sanitaires.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique menée d'octobre 2024 à septembre 2025 dans les districts sanitaires de Kati, Ouéléssébougou, Kalaban-Coro, Dioïla et Kolokani. Elle concerne les personnes âgées de 18 ans ou plus. L'échantillonnage repose sur une méthode en grappes à plusieurs degrés. Les données sont recueillies lors d'entretiens en face à face à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et du *Mini International Neuropsychiatric Interview*. L'analyse comprend des statistiques descriptives, le calcul des prévalences et une régression logistique.

Résultats: L'analyse porte sur 3 832 participants. La prévalence du trouble de stress post-traumatique est de 9,4 % au cours de la vie et de 6,0 % au cours du mois écoulé. Le trouble est plus fréquent chez les femmes et sa fréquence augmente avec l'âge. Les principales comorbidités sont les troubles dépressifs, anxieux, addictifs, le risque suicidaire et les troubles du sommeil. Après ajustement, le sexe féminin, l'âge élevé, certaines variations géographiques et la dépendance aux substances psychoactives restent associés au trouble.

Conclusion: Le trouble de stress post-traumatique représente une charge importante de santé mentale dans les districts étudiés. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer son dépistage, son orientation et sa prise en charge psychosociale, particulièrement chez les groupes les plus vulnérables.

Mots-clés : traumatisme psychique, population générale, comorbidité psychiatrique, facteurs associés, santé mentale

IDENTIFICATION SHEET

Last name: DIARRA

First name: Djelika

Country: Mali

City of defense: Bamako

Email address: djlika.diarra@yahho.com, Tel : +223 91 94 40 78

Academic year: 2024–2025

Field of interest: Mental Health

Thesis title: EPIDEMIOLOGY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN FIVE HEALTH DISTRICTS IN MALI IN 2025

ABSTRACT

Introduction: Post-traumatic stress disorder is an important mental health problem among populations exposed to conflicts, violence, and displacement. In Mali, data from the general population remain limited. This study aims to estimate its prevalence and identify the associated factors in five health districts.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive, and analytical study conducted from May 2024 to September 2025 in the health districts of Kati, Ouélésséboungou, Kalaban-Coro, Dioïla, and Kolokani. It includes individuals aged 18 years and older. A multistage cluster sampling method is used. Data are collected through face-to-face interviews using a sociodemographic questionnaire and the *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Data analysis includes descriptive statistics, prevalence estimates, and logistic regression.

Results: The analysis includes 3,832 participants. The lifetime prevalence of post-traumatic stress disorder is 9.4%, while the prevalence during the previous month is 6.0%. The disorder is more common among women, and its frequency increases with age. The main comorbidities include depressive, anxiety, and substance-related disorders, suicidal risk, and sleep disorders. After adjustment, female sex, older age, certain geographical variations, and substance dependence remain associated with post-traumatic stress disorder.

Conclusion: Post-traumatic stress disorder represents a significant mental health burden in the health districts studied. These findings highlight the need to strengthen screening, referral, and psychosocial care, particularly for the most vulnerable groups.

Keywords: psychological trauma, general population, psychiatric comorbidity, associated factors, mental health

ANNEXES

10 ANNEXES

ANNEXES : Fiche d'Enquête

Évaluation épidémiologique des troubles mentaux dans la Population Générale Adulte au Mali

Déclaration de consentement (à lire au participant) : 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 *(Fin de l'enquête)*

1. IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Région sanitaire :

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

District sanitaire *(Écrivez tout en majuscule)* : _____

Localité (village ou secteur) *(Écrivez tout en majuscule)* : _____

Coordonnées GPS (Enregistrez votre position actuelle) :

Latitude (x.y °) : _____

Longitude (x.y °) : _____

Altitude (m) : _____

Précision (m) : _____

2. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

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 (Préciser : _____)

Quel est votre niveau d'études atteint ?

[ ] Alphabétisé(e) / Jamais scolarisé

[ ] Primaire

[ ] Secondaire (lycée et écoles professionnelles)

[ ] Supérieur (Université)

[ ] Ecole coranique

[ ] 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 (Préciser : _____)

Quelle est votre principale activité professionnelle ?

[ ] Agriculteur

[ ] Éleveur

[ ] Commerçant

[ ] Ouvrier/Manœuvre

[ ] Artisan

[ ] Fonctionnaire

[ ] Salarié du secteur privé

[ ] Femme au foyer

[ ] Élève / étudiant

[ ] Chômeur / Sans profession

[ ] Retraité

[ ] Autre (Préciser : _____)

3. REPRÉSENTATIONS 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 (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 (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

4. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

5. ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (EDM)

A1. Au cours de votre vie avez-vous eu une période de 2 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 2 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 ? [ ] Oui | [ ] Non

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

A5. Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt :

a. Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? [ ] Oui | [ ] Non

b. Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ? [ ] Oui | [ ] Non

c. Parliez-vous/vous déplaciez-vous plus lentement, ou au contraire étiez-vous agité(e) ? [ ] Oui | [ ] Non

d. Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? [ ] Oui | [ ] Non

e. Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable ? [ ] Oui | [ ] Non

f. Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ? [ ] Oui | [ ] Non

g. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires ou pensé à vous faire du mal ? [ ] Oui | [ ] Non

Consigne : 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.

A6. Ces problèmes entraînent-ils une souffrance importante ou vous gênent-ils dans votre quotidien ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, cochez non à l'EDM)*

A7. Ces problèmes ont-ils été déclenchés par une maladie physique, des médicaments ou des drogues ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si oui, cochez non à l'EDM)*

DIAGNOSTIC : ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (EDM) ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

A8.a. Nombre d'EDM y compris l'épisode actuel : _____

A8.b. Quand pour la première fois (année) ? _____

A8.c. Quand pour la dernière fois (année) ? _____

6. DYSTHYMIE

B1. Au 2 dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste la plupart du temps ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, cochez non)*

B2. Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de 2 mois ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si oui, cochez non)*

B3. Depuis que vous vous sentez déprimé(e) :

a. Appétit changé ? [ ] Oui | [ ] Non

b. Problèmes de sommeil / dormez trop ? [ ] Oui | [ ] Non

c. (Doublon dans l'original - à ignorer ou vérifier)

d. Perdu confiance en vous ? [ ] Oui | [ ] Non

e. Mal à vous concentrer / prendre décisions ? [ ] Oui | [ ] Non

f. Perte d'espoir ? [ ] Oui | [ ] Non

Consigne : S'il n'y a pas au moins 2 OUI en B3, cochez non.

B4. Gêne importante dans la vie ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, cochez non)*

B5. Déclenché par maladie/drogue ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si oui, cochez non)*

DIAGNOSTIC : DYSTHYMIE ? [ ] Oui | [ ] Non

7. RISQUE SUICIDAIRE (Au cours du mois écoulé)

C1. Pensé qu'il vaudrait mieux être mort(e) ? [ ] Oui | [ ] Non

C2. Voulu vous faire du mal ? [ ] Oui | [ ] Non

C3. Pensé à vous suicider ? [ ] Oui | [ ] Non

C4. Etabli la façon de vous suicider ? [ ] Oui | [ ] Non

C5. Fait une tentative de suicide ? [ ] Oui | [ ] Non

C6. Déjà fait une tentative au cours de votre vie ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : RISQUE SUICIDAIRE ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si au moins 1 oui)*

Niveau du risque : [ ] Léger | [ ] Moyen | [ ] Élevé

Cotation : C1 ou C2 ou C6=OUI (Léger) ; C3 ou (C2+C6)=OUI (Moyen) ; C4 ou C5 ou (C3+C6)=OUI (Élevé)

8. ÉPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1.a. Période exalté(e)/plein(e) d'énergie anormale (sans drogue/alcool) ? [ ] Oui | [ ] Non

D1.b. Actuellement exalté(e) ? [ ] Oui | [ ] Non

D2.a. Période d'irritabilité extrême (insultes, bagarres) ? [ ] Oui | [ ] Non

D2.b. Actuellement excessivement irritable ? [ ] Oui | [ ] Non

Consigne : SI D1b OU D2b = OUI : Épisode actuel. SI D1b ET D2b = NON : Épisode passé le plus grave.

D3. Pendant cette période :

a. Sentiment de grandeur/importance ? [ ] Oui | [ ] Non

b. Moins besoin de sommeil ? [ ] Oui | [ ] Non

c. Parler sans arrêt/trop vite ? [ ] Oui | [ ] Non

d. Pensées défilant trop vite ? [ ] Oui | [ ] Non

e. Facilement distrait(e) ? [ ] Oui | [ ] Non

f. Activité physique inquiétante pour les autres ? [ ] Oui | [ ] Non

g. Achats inconsidérés, conduites à risque ? [ ] Oui | [ ] Non

Consigne : Si moins de 3 OUI en D3 (ou 4 si D1=NON), cochez non à l'hypomanie et manie.

D4. Persistance > 1 semaine ET difficultés pro/sociales ou hospitalisation ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : ÉPISODE HYPOMANIAQUE ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si D4 = Non)*

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé DIAGNOSTIC : ÉPISODE MANIAQUE ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si D4 = Oui)*

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

9. TROUBLE PANIQUE

E1. Crises d'anxiété soudaines (paroxysme < 10 min) ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, passer à F1)*

E2. Crises imprévisibles ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, passer à F1)*

E3. Peur d'autres crises pendant 1 mois ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, passer à F1)*

E4. Pendant la pire crise, aviez-vous (Cocher les OUI) :

[ ] a. Palpitations

[ ] b. Transpiration

[ ] c. Tremblements

[ ] d. Mal à respirer

[ ] e. Impression de suffoquer

[ ] f. Douleur thorax

[ ] g. Nausée/gêne estomac

[ ] h. Étourdissement/vertige

[ ] i. Déréalisation/dépersonnalisation

[ ] j. Peur de perdre le contrôle/devenir fou

[ ] k. Peur de mourir

[ ] l. Engourdissements

[ ] m. Bouffées de chaleur/frissons

E5. Y a-t-il au moins 4 OUI en E4 ? [ ] Oui | [ ] Non

E6. Au mois écoulé, au moins 2 crises avec peur constante ? [ ] Oui | [ ] Non

10. AGORAPHOBIE

F1. Peur des endroits où fuir est difficile (foule, file, pont) ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, F2 et F3 = Non)*

F2. Évitement de ces situations ou besoin d'être accompagné ? [ ] Oui | [ ] Non

F3. Au mois écoulé, redouté ou évité ces situations ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTICS :

TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL *(Si F3=Non et E6=Oui)* : [ ] Oui | [ ] Non

TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL *(Si F3=Oui et E6=Oui)* : [ ] Oui | [ ] Non

AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique *(Si F3=Oui et E5=Non)* : [ ] Oui | [ ] Non

11. PHOBIE SOCIALE

G1.a. Peur d'être le centre de l'attention ou humilié en public ? [ ] Oui | [ ] Non

G1.b. Actuel (mois écoulé) ? [ ] Oui | [ ] Non

G2. Peur excessive/déraisonnable ? [ ] Oui | [ ] Non

G3. Évitement des situations ? [ ] Oui | [ ] Non

G4. Souffrance/gêne importante ? [ ] Oui | [ ] Non

G5. Déclenché par maladie/drogue ? [ ] Oui | [ ] Non *(Si non, cochez oui au diagnostic)*

DIAGNOSTIC : PHOBIE SOCIALE ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

12. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

I1. Événement traumatique grave (mort, menace grave) ? [ ] Oui | [ ] Non

I2.a. Reviviscences (pensées, rêves) ? [ ] Oui | [ ] Non

I2.b. Actuel (mois écoulé) ? [ ] Oui | [ ] Non

I3. Évitement/Émoussement (Cocher si Oui, >3 requis) :

[ ] a. Évitement des pensées/souvenirs

[ ] b. Amnésie du trauma

[ ] c. Perte d'intérêt

[ ] d. Détachement des autres

[ ] e. Incapacité à ressentir des émotions

[ ] f. Avenir bouché

I4. Hyperactivation (Cocher si Oui, >2 requis) :

[ ] a. Difficultés de sommeil

[ ] b. Irritabilité/colère

[ ] c. Problèmes de concentration

[ ] d. Hypervigilance

[ ] e. Sursauts exagérés

I5. Gêne/Souffrance importante ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

13. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

O1.a. Période de 6 mois d'inquiétude excessive pour tout ? [ ] Oui | [ ] Non

O1.b. Presque tous les jours ? [ ] Oui | [ ] Non

O2.a. Difficile à contrôler ? [ ] Oui | [ ] Non

O2.b. Actuel (6 derniers mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

O3. Symptômes (Cocher si Oui, >3 requis) :

[ ] a. Agité(e), tendu(e)

[ ] b. Muscles tendus

[ ] c. Fatigué(e)

[ ] d. Problèmes de concentration

[ ] e. Irritable

[ ] f. Problèmes de sommeil

O4. Déclenché par maladie/drogue ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

14. DÉPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1.a. Consommation massive (>3 verres forts/bouteille vin en 3h) pendant >12 mois ? [ ] Oui | [ ] Non

J1.b. Actuel (12 derniers mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

J2. Symptômes (Cocher si Oui, >3 requis) :

[ ] a. Tolérance accrue

[ ] b. Sevrage/Boire pour l'éviter

[ ] c. Boire plus que prévu

[ ] d. Désir d'arrêter sans succès

[ ] e. Temps passé lié à l'alcool important

[ ] f. Activités réduites

[ ] g. Maintien malgré problèmes

DIAGNOSTIC : DÉPENDANCE ALCOOLIQUE ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

15. TROUBLES LIÉS AUX SUBSTANCES : OPIACÉS

K1.a. Usage d'opiacés (héroïne, tramadol, etc.) pour planer (>12 mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

Subtances : _____

K1.b. Actuel (12 derniers mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

K2. Symptômes identiques à l'alcool (Tolérance, Sevrage, etc.) > 3 OUI ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : DÉPENDANCE OPIACÉS ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

17. TROUBLES LIÉS AUX SUBSTANCES : COCAÏNE

K1.a. Usage de cocaïne/crack pour planer (>12 mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

K1.b. Actuel (12 derniers mois) ? [ ] Oui | [ ] Non

K2. Symptômes de dépendance > 3 OUI ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : DÉPENDANCE COCAÏNE ? [ ] Oui | [ ] Non

Spécifier : [ ] Actuel | [ ] Passé

19. TROUBLES PSYCHOTIQUES

Consigne : Évaluer le caractère bizarre des réponses (Invraisemblables).

L1. a. Espionné(e)/complot ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L2. a. Pensées lues/entendues ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L3. a. Pensées imposées/possession ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L4. a. Messages via TV/Radio ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L5. a. Idées jugées étranges par proches ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L6. a. Hallucinations auditives (Voix) ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

L7. a. Hallucinations visuelles ? [ ] Oui | [ ] Non | b. Actuel ? [ ] Oui | [ ] Non

OBSERVATION :

L8.b. Discours incohérent/désorganisé ? [ ] Oui | [ ] Non

L9.b. Comportement désorganisé/catatonique ? [ ] Oui | [ ] Non

L10.b. Symptômes négatifs (Apathie, manque d'énergie) ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTICS :

SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL *(>2 rep. "b" Oui)* : [ ] Oui | [ ] Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIÈRE *(>2 rep. "a" Oui L1-L7)* : [ ] Oui | [ ] Non

20. INSOMNIE (Mois écoulé)

P1. Difficultés d'endormissement ? [ ] Oui | [ ] Non

P2. Difficultés à rester endormi ? [ ] Oui | [ ] Non

P3. Sommeil de mauvaise qualité ? [ ] Oui | [ ] Non

P4.a. Au moins 3 fois/semaine sur 4 semaines ? [ ] Oui | [ ] Non

P4.b. Gêne significative / Souffrance ? [ ] Oui | [ ] Non

DIAGNOSTIC : INSOMNIE ACTUELLE ? [ ] Oui | [ ] Non

22. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier) ?

[ ] Oui

[ ] Non

Si oui, combien de fois au cours des 12 derniers mois ? _____

Quels types de services avez-vous utilisés ? *(Plusieurs réponses possibles)*

[ ] Consultations

[ ] Hospitalisations

[ ] Thérapies

[ ] Autre (Préciser : _____)

Après ces services, vos problèmes se sont-ils arrêtés ?

[ ] Oui

[ ] Non

Êtes-vous satisfait des services reçus ?

[ ] Très satisfait | [ ] Satisfait | [ ] Neutre | [ ] Insatisfait | [ ] Très insatisfait

Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder aux services ?

[ ] Oui

[ ] Non

Si oui, lesquelles ?

[ ] Coût

[ ] Distance

[ ] Stigmatisation

[ ] 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 (Préciser : _____)

Après ces traitements, 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 les traitements traditionnels par rapport aux traitements psychiatriques ?

[ ] Oui

[ ] Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,

Devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !