

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2024-2025



ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

Présentée et soutenue publiquement le 23 juillet 2026
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. MAMADOU CISSÉ

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

JURY

Président : M. Housseini DOLO, Maître de Conférences Agrégé

Directeur : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maître de Conférences Agrégé

Membre : M. Ilo DICKO, Chargé de Recherche

Co-directrice : Mme Kadiatou TRAORÉ, Médecin psychiatre

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

LISTE DES ENSEIGNANTS

Ministère De L'enseignement Supérieur et
Mali

République du



de la Recherche Scientifique
Peuple – Un But – Une Foi

Un



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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 Yousseuf 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 Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Yousseuf 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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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 Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafou 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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

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

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

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire

4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépto 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 DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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 THIÉRO	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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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 Brahim 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 DACKOUC	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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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 Eloï 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

DÉDICACE

À la mémoire de Monsieur Makassiré SOUARÉ

Époux de notre chère consœur Dr Fatoumata Tidiane DIABY

« Certes, nous appartenons à Allah et c'est à Lui que nous retournons. »

Sourate Al-Baqara, verset 156

Je vous dédie ce travail en hommage à l'homme profondément respecté que vous étiez et aux valeurs que vous incarniez.

Votre manière d'aimer votre épouse, de respecter ses aspirations et de lui permettre de poursuivre librement ses ambitions m'a profondément marqué. À travers vous, j'ai compris que la grandeur d'un homme ne réside pas dans sa capacité à dominer, mais dans celle d'élever, de soutenir et de donner à l'être aimé la possibilité de devenir pleinement lui-même.

Vous avez représenté, à mes yeux, l'image d'un époux qui accompagne sans entraver, qui protège sans enfermer et qui trouve aussi son bonheur dans l'accomplissement de celle qu'il aime. Votre attitude a enrichi ma conception du mariage et de l'homme que je souhaite devenir.

Votre départ, survenu au seuil même de cet accomplissement auquel vous aviez tant contribué, laisse une douleur que les mots ne peuvent contenir. Mais votre présence, votre affection et les valeurs que vous avez transmises ne s'éteindront pas avec votre absence.

À toi, chère **DIABY**, puisse le souvenir de l'homme qui a cru en toi devenir, avec le temps, une force pour continuer. Avancer ne signifiera jamais l'oublier, mais prolonger avec dignité ce que vous aviez construit ensemble.

Puisse Allah, dans son infinie miséricorde, pardonner à **Monsieur Makassiré SOUARÉ**, illuminer sa tombe et lui accorder **Al-Firdaws Al-A'la**.

Reposez en paix, Monsieur SOUARÉ. Votre exemple demeurera pour moi une source d'inspiration et une véritable leçon de vie.

REMERCIEMENTS

À mon père, Feu Oumar CISSÉ

« Peace Corps Baba », Chevalier de l'Ordre national du Mali

« Lis au nom de ton Seigneur qui a créé. » (Al-'Alaq, verset 1)

Ces premiers mots de la Révélation adressée au Prophète Muhammad ont constitué, à travers toi, une orientation, une éducation et une véritable mission de vie. Tu m'as appris que le savoir est une forme d'adoration, que l'étude est une responsabilité et que la science ne prend tout son sens que lorsqu'elle est guidée par la foi, la justice, la droiture et le service de l'être humain.

Par ton exemple, tu as inscrit ces enseignements dans notre quotidien. Tu nous as transmis un héritage moral, culturel et spirituel durable : demeurer sincères et dignes de confiance, agir avec équité, respecter la dignité de chaque personne, choisir la clémence et le pardon, rester attentifs aux autres et conserver l'humilité dans nos paroles comme dans nos actes.

Merci de m'avoir appris à commencer et à achever chaque œuvre par le Nom d'Allah. Merci pour ton éducation, ta rigueur, tes sacrifices et les valeurs profondément enracinées en nous. Bien que tu ne sois plus physiquement parmi nous, ton enseignement continue de guider mes choix et ma manière de servir les autres. Ce travail est l'un des fruits de l'ambition intellectuelle que tu as éveillée en moi.

Puisse Allah, dans son infinie miséricorde, t'accorder son pardon, illuminer ta demeure et t'accueillir dans le plus haut degré du Paradis. Amine.

À ma mère, Mariam TRAORÉ

Merci pour tes bénédictions quotidiennes, tes prières et l'ambition que tu as éveillée en moi depuis l'enfance. Tu m'as appris à ne jamais me contenter de mes acquis, à me surpasser et à rechercher le meilleur de moi-même. Dans les moments de fatigue, de doute ou de découragement, ton amour, tes conseils et ta confiance m'ont donné la force de poursuivre. Ce travail est, par la grâce d'Allah, l'un des fruits de ton éducation, de tes sacrifices, de ton soutien constant et de ton amour inconditionnel. Qu'Allah te préserve, t'accorde une longue vie dans la santé et te récompense pleinement pour tout ce que tu as fait pour moi.

À ma femme bien-aimée

Par la volonté d'Allah, tu as partagé avec moi les joies, les doutes, les sacrifices et les espérances de ce long parcours. Ton amour, ta tendresse, ta patience et ton ambition ont été une source constante de force. Dans la fatigue, tu as su m'encourager ; dans le doute, tu as continué à croire en moi. Merci d'avoir accepté les contraintes de cette vocation, compris mes absences et marché à mes côtés avec bienveillance et fidélité. Mektoub, c'était écrit. Puisse Allah faire de notre union une source de sérénité, de miséricorde et de bénédictions, et nous permettre de construire ensemble une vie fondée sur la foi, le savoir et le service des autres.

À mon grand frère Moussa CISSÉ

Tu as été l'un des premiers à me faire comprendre que la lecture est une force et que la connaissance est une arme. Dès l'enfance, tu m'as transmis le goût des livres, de la réflexion et de la contradiction intellectuelle. À travers Ahmed Deedat et Zakir Naik, tu m'as appris qu'une idée doit être comprise, questionnée et défendue par des arguments ; à travers Malcolm X, mon modèle de toujours, à ne jamais rester silencieux lorsque la vérité, la justice ou la loi naturelle sont bafouées. Merci pour les connaissances, les valeurs et l'esprit critique que tu as formés en moi. Une partie de ce que je suis aujourd'hui porte ton empreinte.

À mon grand frère Issouf CISSÉ

Merci pour le soutien moral que tu m'apportes depuis mon enfance. Tu m'as transmis cette curiosité intellectuelle et technologique qui m'a appris à chercher, à observer et à comprendre les choses au-delà de leur apparence. Grâce à toi, j'ai appris à ne pas me satisfaire des explications superficielles, mais à en rechercher les mécanismes et le sens profond. Merci pour ta présence, ta confiance et tout ce que tu as contribué à construire en moi. Ta créativité ne cessera jamais de m'étonner.

À ma grande sœur Fanta Hillary Cissé

Tu as été pour moi bien plus qu'une grande sœur : une véritable deuxième maman. Depuis mon arrivée de Mati pour poursuivre mes études universitaires, tu m'as accueilli, protégé et entouré d'une affection sans faille. Tout au long de ce parcours, tu as été présente pour m'écouter, m'épauler et m'aider à avancer. Lorsque le doute ou la fatigue s'installaient, tu savais me rendre l'espoir et me rappeler que je pouvais continuer. Tu n'as jamais cessé de croire en moi ni en mon rêve de devenir médecin. Merci pour ton amour, ton écoute et tes sacrifices. Ce travail porte aussi une part de tes efforts.

À ma grande sœur Aïssata Hillory Cissé

Tes conseils, ton affection et tes encouragements m'ont accompagné à chaque étape de mon parcours. Tu as toujours su m'écouter, me guider et m'épauler dans les moments importants. Merci pour cette présence rassurante et pour tout ce que tu as fait pour moi. Qu'Allah te récompense et te comble de Ses bienfaits.

À ma petite sœur Assetou Cissé

Merci d'être cette personne attentive, sensible et profondément humaine. Tu sais écouter, comprendre et accueillir les confidences sans juger, créant autour de toi un espace de confiance et d'apaisement. Merci pour ton affection, ta disponibilité et la place particulière que tu occupes dans notre famille.

À ma petite sœur Khadidia Cissé

Merci, petite sœur, pour ton affection, ta gentillesse et ta présence. Je te souhaite de poursuivre ton chemin avec détermination, confiance et courage. Puisse ce travail t'encourager à croire en tes capacités, à poursuivre tes rêves et à ne jamais renoncer devant les difficultés. Qu'Allah te protège, guide tes pas et t'accorde la réussite dans toutes tes entreprises.

À ma cousine Khadidja CISSÉ

Ma chère Balima-mouso,

Depuis notre enfance, tu as toujours été mon binôme, ma complice et une véritable sœur. Nous avons grandi en partageant les joies, les difficultés et les différentes étapes de la vie. Merci de m'avoir protégé, soutenu et d'être restée à mes côtés avec fidélité et loyauté. Les années n'ont jamais affaibli la complicité qui nous unit. Je te garderai toujours une profonde affection et une immense reconnaissance.

À ma petite sœur Fatoumata Bintou Nathalie CISSÉ

À toi, la benjamine de la famille, j'adresse ces mots comme une marque d'affection et quelques conseils pour ton avenir. Crois toujours en toi et ne laisse jamais les difficultés te convaincre que tes rêves sont trop grands. Lis, réfléchis et apprends à comprendre le monde par toi-même. Construis ta propre pensée, fais des choix éclairés et reste fidèle aux valeurs de notre famille. Travaille avec sérieux, demeure humble dans la réussite et courageuse dans les épreuves. Apprends de tes erreurs, choisis avec soin les personnes qui t'entourent, protège ta dignité et ne laisse personne décider de ta valeur à ta place. Je te souhaite de devenir une femme instruite, libre dans sa pensée, utile à sa famille et à la société. Qu'Allah te protège, guide tes pas et t'accorde la sagesse, la réussite et le bonheur.

À mes neveux et nièces

Vous représentez l'avenir de notre famille et la promesse des générations à venir. Puisse ce travail vous rappeler qu'avec la foi, la discipline, le courage et le travail, aucun rêve n'est hors de portée. N'ayez jamais peur d'apprendre, de lire, de poser des questions et de chercher à comprendre le monde. Restez fidèles à l'honnêteté, au respect, à l'humilité, à la persévérance et au sens du devoir. Gardez confiance en vous et efforcez-vous d'aller encore plus loin que nous. Qu'Allah vous accorde le savoir, la sagesse et la réussite. Vous êtes notre plus bel héritage et notre plus grand espoir.

À mes tantes et oncles

Néné, Fifi, Kiatou, Minata, Adam, Amidou et Vieux, Mohamed, Sirifoukai TRAORÉ

Merci pour votre affection, votre sollicitude et le rôle essentiel que vous avez joué dans notre éducation et notre équilibre familial. Qu'Allah vous préserve et vous récompense.

À mon oncle Youssouf COULIBALY

Merci pour ta présence bienveillante, tes conseils avisés et ton soutien constant. Qu'Allah te comble de Ses bienfaits.

Au personnel du service de psychiatrie

Pr Souleymane dit Papa COULIBALY, Pr Souleymane COULIBALY, Dr Mahamadou KONÉ, Dr Eloi Apérrou DARA, Dr Joseph TRAORÉ, Dr Boubacar H. MAÏGA, Dr Kadiatou TRAORÉ et Dr Zoua KAMATÉ

Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre humanisme ont profondément marqué ma formation. J'ai bénéficié auprès de vous d'un enseignement de qualité, fondé sur la rigueur, la disponibilité et le respect du patient. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance. Puisse Allah vous accorder la santé et une longue vie afin que vous continuiez à former les générations futures.

Aux DES du service de psychiatrie

Dr Demba SACKO, Dr Souleymane KONÉ, Dr Marie Nowele DIAWARA, Dr Cheick Oumar KONÉ, Dr Fatouma DEMBÉLÉ, Dr Awa K. DIARRA, Dr Kafiatou CAMARA, Dr Moïse COULIBALY, Dr Fatoumata KONATÉ, Dr Boureima KANTA et Dr Bamiki TOURÉ

Merci pour vos enseignements, vos conseils, votre disponibilité et les connaissances partagées au cours de ma formation.

Aux anciens et nouveaux thésards du service de psychiatrie

Dr Kadidjat KONÉ, M. Yaya MARIKO, Dr Djélika DIARRA, Mme Ramata OUATTARA, M. Essaï DEMBÉLÉ, Dr Fatoumata DIABY, M. Fakou Makan DEMBÉLÉ, Mlle Rayanne Makaké FONGUÉ, Mlle Cloé MICHELLE, Mlle Rokia SIDIBÉ, Mlle Leila Anne COULIBALY, M. Sékou KEÏTA et M. Fodé KANOUTÉ

Merci pour la franche collaboration, l'entraide, la disponibilité et les expériences partagées au sein du service. Ces liens ont rendu ce parcours plus humain et plus enrichissant.

À l'État malien

J'adresse ma profonde reconnaissance à l'État malien, qui a assuré ma formation du cycle primaire jusqu'aux études supérieures. Puisse ce travail contribuer à l'amélioration de la santé mentale et au développement scientifique de notre pays.

À mes frères du Point G

À mes compagnons de toujours, merci pour les moments partagés, les souvenirs inoubliables et cette amitié sincère qui a rendu mon parcours universitaire plus riche et plus humain.

Au REMAO — Réseau des étudiants en médecine d'Afrique de l'Ouest

Merci pour les échanges scientifiques, les formations et l'ouverture intellectuelle qui ont nourri ma passion pour la recherche, la coopération et la rigueur académique.

À la Renaissance Convergence Syndicale (RCS)

Merci de m'avoir offert bien plus qu'un cadre étudiantin et syndical : une véritable famille, un espace d'apprentissage, d'engagement et de transformation personnelle. Au sein de la Renaissance, j'ai appris que le leadership ne se résume pas à occuper une fonction : il exige de servir, d'assumer ses responsabilités, de défendre ses convictions et de rester fidèle à l'intérêt collectif.

Les débats, les formations, les combats menés ensemble et les responsabilités exercées ont renforcé ma capacité à écouter, à argumenter, à décider et à agir. Cette expérience m'a enseigné la discipline, la solidarité et le sens du devoir. À toute la famille de la Renaissance, des aînés aux Red Power, merci pour la fraternité, la confiance et les expériences partagées. Vous avez contribué à faire de moi l'homme et le professionnel que je suis devenu. Je conserverai de ce parcours des liens profonds, des enseignements durables et le devoir de transmettre ce que j'ai reçu.

À mes amis proches

Dr Alhousseyni CAMARA, Dr Issoumaïla DOUMBIA et Int. Hawa Djéliyman KOUYATÉ

Merci pour votre soutien constant, vos conseils éclairés, votre disponibilité et votre amitié fidèle.

À FCRIT et à l'équipe du projet

J'adresse mes sincères remerciements à FCRIT, dont l'appui a facilité la réalisation de cette thèse et permis à la recherche de progresser dans de meilleures conditions. Je remercie également toute l'équipe du projet pour son accompagnement, sa disponibilité, son sérieux et son engagement à chaque étape de ce travail. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

À toutes les associations étudiantines que j'ai eu l'honneur de fréquenter

AERMOS, JTP, GINNA DOGON et toutes les autres organisations étudiantines

Merci pour les compétences acquises, les rencontres marquantes et les expériences partagées qui ont contribué à mon épanouissement personnel et professionnel. À toutes celles et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à ma formation et à la réalisation de ce travail, j'adresse mes remerciements les plus sincères et ma profonde gratitude.

Ô Allah, accepte cette œuvre comme un acte sincère, accorde-nous la droiture dans le savoir et dans l'action, et fais de cette science un bien pour nous et pour l'humanité. Fais de cette fin une renaissance et un nouveau commencement dans notre quête de science. Amine.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Médecin psychiatre, Chef du service de psychiatrie du CHU Point-G
- Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali
- Coordinateur du DES de psychiatrie
- Responsable de l'enseignement de la psychiatrie

Cher Maître, nous vous exprimons notre profonde gratitude pour votre encadrement, votre rigueur scientifique et votre engagement constant pour la santé mentale.

Votre exigence méthodologique, votre sens de l'analyse et votre disponibilité ont constitué pour nous un modèle tout au long de ce travail. Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À notre Maître et Co-directrice de thèse

Docteur Kadiatou TRAORÉ

- Psychiatre praticienne hospitalière au service de psychiatrie du CHU Point-G
- Auditrice d'un Diplôme Universitaire d'expertise médico-légale, Strasbourg
- Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en psychiatrie, Université de Strasbourg
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)

Chère Maître, nous vous remercions sincèrement pour votre accompagnement, vos orientations et vos conseils tout au long de ce travail.

Votre attachement à la rigueur scientifique, votre disponibilité et votre engagement pour l'enseignement ont grandement contribué à la réalisation de cette étude. Veuillez recevoir, chère maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Président du jury

Professeur Housseini DOLO

- MD, MSc, PhD en santé publique et épidémiologie
- Maître de Conférences Agrégé en épidémiologie à la FMOS
- Directeur du Laboratoire de Santé Publique de la FMOS
- Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN)

Cher Maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre haute considération.

À notre Maître et Membre du jury

Docteur Ilo DICKO

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

Cher Maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre haute considération.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACTH : Adrenocorticotropie hormone (hormone adrénocorticotrope ou corticotropine)

adBNST : Anterodorsal bed nucleus of the stria terminalis (région antérodorsale du noyau du lit de la strie terminale)

ASACO : Association de santé communautaire

BLA : Basolateral amygdala (amygdale basolatérale)

BNST : Bed nucleus of the stria terminalis (noyau du lit de la strie terminale)

CeA : Central amygdala (noyau central de l'amygdale)

CESAC : Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseils

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision

CIM-11 : Classification internationale des maladies, 11^e révision

CRH : Corticotropin-releasing hormone (corticolibérine)

CSCoM : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de santé de référence

dBNST : Dorsal bed nucleus of the stria terminalis (région dorsale du noyau du lit de la strie terminale)

DEFF : Design effect (effet de plan)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition

EC : Entorhinal cortex (cortex entorhinal)

EDM : Épisode dépressif majeur

EPH : Établissement public hospitalier

FCRIT : Fonds compétitif pour la recherche et l'innovation technologique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

GBD : Global Burden of Disease

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale (échelle hospitalière d'anxiété et de dépression)

HHS : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

HPC : Hippocampus (hippocampe)

IC : Insular cortex (cortex insulaire) dans la figure 2 ; intervalle de confiance dans les analyses statistiques

IC95 % : Intervalle de confiance à 95 %

LH : Lateral hypothalamus (hypothalamus latéral)

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

mPFC : Medial prefrontal cortex (cortex préfrontal médian)

OCHA : Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OR : Odds ratio

ORa : Odds ratio ajusté

ovBNST : Ovoid bed nucleus of the stria terminalis (noyau ovoïde du noyau du lit de la strie terminale)

p : Valeur de probabilité

PB : Parabrachial nucleus (noyau parabrachial)

PMA : Paquet minimum d'activités

PVN : Paraventricular nucleus of the hypothalamus (noyau paraventriculaire de l'hypothalamus)

RGPH5 : Cinquième Recensement général de la population et de l'habitat

SPA : Substance psychoactive

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TAG : Trouble anxieux généralisé

UCRC : Centre universitaire de recherche clinique

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VTa : Ventral tegmental area (aire tegmentale ventrale)

WMH : World Mental Health

LISTES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Principaux circuits neuronaux impliquant le BNST dans la modulation de l'anxiété [43].	9
Figure 2 : Situation des cinq districts sanitaires étudiés au Mali. [90]	15
Figure 3 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali [91].	16
Figure 4 : Prévalence à vie des troubles anxieux selon le sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	28
Figure 5 : Prévalence actuelle des troubles anxieux selon le sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	29
Figure 6 : Prévalence à vie des troubles anxieux selon l'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	30
Figure 7 : Prévalence actuelle des troubles anxieux selon l'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	31
Figure 8 : Prévalence à vie des sous-types de troubles anxieux selon le district sanitaire dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	32
Figure 9 : Prévalence actuelle des sous-types de troubles anxieux selon le district sanitaire dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio démographique des participants.....	24
Tableau II : La répartition des participants selon le rang de la fratrie utérine.....	26
Tableau III : La répartition des enquêtés selon la croyance.	27
Tableau IV : La répartition des enquêtés selon la religion.	27
Tableau V : Comorbidités sur la vie entière des troubles anxieux entre eux et avec d'autres troubles dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.....	34
Tableau VI : Comorbidités actuelles des troubles anxieux entre eux et avec d'autres troubles dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.	36
Tableau VII : Facteurs associés aux troubles anxieux en analyses univariée et multivariée.....	38

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE.....	4
1.1. Objectifs d'étude	4
1.2. Hypothèses d'étude	4
2. GÉNÉRALITÉS.....	6
2.1. Définition, classification et évolution nosographique.....	6
2.2. Présentation des principaux troubles anxieux	6
2.3. Épidémiologie des troubles anxieux	7
2.4. Bases physiopathologiques des troubles anxieux	8
2.5. Facteurs associés aux troubles anxieux.....	11
2.6. Diagnostic des troubles anxieux	12
2.7. Retentissement des troubles anxieux	12
2.8. Prise en charge et prévention des troubles anxieux	12
3. MÉTHODOLOGIE.....	15
3.1. Cadre d'étude	15
3.2. Type et période d'étude	17
3.3. Population d'étude	17
3.4. Échantillonnage.....	18
3.5. Collecte des données	19
3.6. Définitions des termes.....	19
3.7. Traitement et analyse des données	20
3.8. Considérations éthiques	20
4. RESULTATS	23
4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants	24
4.2. Prévalence des troubles anxieux	28
4.3. Comorbidités des troubles anxieux	34
4.4. Facteurs associés aux troubles anxieux.....	38

5. DISCUSSION	41
5.1. Prévalence des troubles anxieux	41
5.2. Comorbidités des troubles anxieux	42
5.3. Facteurs sociodémographiques et environnementaux associés aux troubles anxieux	43
5.4. Limites de l'étude.....	45
CONCLUSION	47
RECOMMANDATIONS	49
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	ii

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La santé mentale constitue une dimension essentielle de la santé globale [1,2]. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, mais correspond à un état de bien-être physique, mental et social [1]. Les troubles mentaux représentent ainsi un enjeu majeur de santé publique. Selon le *Global Burden of Disease Study 2023*, environ 1,17 milliard de cas prévalents de troubles mentaux étaient estimés dans le monde en 2023. Cette estimation confirme l'ampleur du fardeau mondial de ces affections. [3]

Parmi ces affections, les troubles anxieux demeurent parmi les plus fréquents. Ils se caractérisent par une peur ou une anxiété excessive et persistante, souvent associée à des conduites d'évitement et à une altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire [4].

En 2023, le *Global Burden of Disease* a estimé à environ 470 millions le nombre de cas prévalents de troubles anxieux dans le monde. Ils présentent une prédominance féminine et débutent fréquemment à l'adolescence ou au début de l'âge adulte [3,5].

En Afrique de l'Ouest, les données restent limitées mais confirment la présence des troubles anxieux en population générale [6]. Au Nigeria, Gureje et collaborateurs ont rapporté une prévalence de 5,7 % sur la vie entière et de 4,1 % sur 12 mois [7]. Au Burkina Faso, Ouédraogo et collaborateurs ont retrouvé des prévalences de 4,99 % pour le trouble panique, 3,98 % pour le trouble anxieux généralisé, 3,56 % pour l'agoraphobie et 2,71 % pour la phobie sociale [8].

Au Mali, les données antérieures sur les troubles anxieux restent principalement hospitalières et concernent des populations cliniques sélectionnées [9,10]. Dans le service de psychiatrie du CHU du Point G, une étude transversale menée auprès de 288 patients suivis en ambulatoire entre avril 2016 et mars 2017 rapportait 2,1 % de troubles anxieux, contre 77,8 % de troubles psychotiques et 18,8 % de troubles de l'humeur [9]. Une autre étude portant sur 1 105 dossiers d'hospitalisation enregistrés entre 2014 et 2018 retrouvait 0,7 % pour la catégorie CIM-10 des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes, tandis que les troubles schizophréniques, schizotypiques et délirants représentaient 67,8 % [10]. En consultation ambulatoire de cardiologie au même CHU, une étude plus ancienne avait identifié un tableau anxieux sans cause organique chez 150 des 530 patients évalués, soit 28,3 % [11]. Ces résultats

très variables reflètent les différences de populations, de modalités de recrutement et d'outils diagnostiques ; ils ne permettent pas d'estimer la prévalence des troubles anxieux dans la population générale malienne. [9–13]

Cette insuffisance de données peut conduire à une sous-estimation du problème, d'autant que l'anxiété est fréquemment exprimée par des plaintes somatiques non spécifiques en médecine générale et dans les structures de soins primaires [14].

Dans un contexte national marqué par des difficultés socio-économiques, l'insécurité, les déplacements de populations, l'accès limité aux soins spécialisés et la stigmatisation des troubles mentaux [15–17], l'absence de données populationnelles constitue un obstacle à la planification des services et à l'élaboration de stratégies adaptées.

Le présent travail vise donc à étudier l'épidémiologie des troubles anxieux dans la population générale adulte de cinq districts sanitaires du Mali, afin d'en estimer la fréquence, d'en décrire les comorbidités et d'en identifier les facteurs associés.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude, guidée par la question de recherche suivante :

Quelle est l'ampleur des troubles anxieux et quels facteurs leur sont associés dans les cinq districts sanitaires étudiés ?

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE

1.1. Objectifs d'étude

1.1.1. Objectif général

Étudier l'épidémiologie des troubles anxieux dans la population générale adulte de cinq districts sanitaires du Mali, d'octobre 2024 à octobre 2025.

1.1.2. Objectifs spécifiques

- Estimer les prévalences à vie et actuelle des troubles anxieux, globalement et selon les sous-types étudiés ;
- Décrire les principales comorbidités psychiatriques associées aux troubles anxieux ;
- Identifier les facteurs associés aux troubles anxieux dans la population étudiée.

1.2. Hypothèses d'étude

- Les troubles anxieux sont fréquents dans la population générale adulte des cinq districts étudiés.
- Leur fréquence varie selon le sexe, l'âge et le district sanitaire.
- Le sexe féminin et l'usage de substances psychoactives sont associés à une probabilité plus élevée de trouble anxieux.
- Les troubles anxieux sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques.

GENERALITES

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Définition, classification et évolution nosographique

2.1.1. Définition

L'anxiété est une émotion normale et adaptative face à une menace réelle ou perçue. Elle devient pathologique lorsqu'elle est excessive, persistante, difficilement contrôlable et responsable d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement [4,18].

Les troubles anxieux associent des manifestations psychiques, somatiques et comportementales, notamment l'inquiétude, l'hypervigilance, les symptômes neurovégétatifs et les conduites d'évitement [19,20].

2.1.2. Classification

La présente étude repose sur le MINI référencé au DSM-5. Les quatre sous-types analysés étaient le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale et le trouble anxieux généralisé. Dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e édition) et la CIM-11 (Classification internationale des maladies, 11e révision), l'agoraphobie est distinguée du trouble panique, tandis que le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique sont classés dans des chapitres distincts [4,21,22].

2.1.3. Évolution nosographique

Les descriptions de l'angoisse ont évolué des conceptions anciennes vers une nosographie descriptive et catégorielle. Le DSM-III a individualisé les principaux troubles anxieux en 1980, puis le DSM-5 et la CIM-11 ont précisé leurs frontières diagnostiques [23–33].

2.2. Présentation des principaux troubles anxieux

Les troubles anxieux partagent un noyau commun de peur ou d'anxiété pathologique, mais diffèrent par leurs déclencheurs, leur temporalité et leurs conduites d'évitement [34–36]. Les descriptions suivantes sont centrées sur les quatre troubles étudiés par le MINI/DSM-5.

2.2.1. Trouble anxieux généralisé (TAG)

Le trouble anxieux généralisé se caractérise par des préoccupations excessives, difficiles à contrôler, présentes pendant plusieurs mois et portant sur différents

domaines de la vie. Il s'accompagne notamment de tension musculaire, irritabilité, fatigabilité, difficultés de concentration et troubles du sommeil. [4,22]

2.2.2. Trouble panique

Le trouble panique est caractérisé par des crises de panique répétées et inattendues, d'apparition brutale, associant une peur intense et des symptômes tels que palpitations, dyspnée, tremblements, vertiges ou peur de perdre le contrôle. La crainte de nouvelles crises peut entraîner un évitement durable. [4,22]

2.2.3. Agoraphobie

L'agoraphobie correspond à une peur intense de situations dans lesquelles il serait difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide, notamment les transports, les foules, les espaces ouverts ou clos, ou le fait d'être seul hors du domicile. Elle peut être associée ou non au trouble panique. [4,22]

2.2.4. Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)

Le trouble d'anxiété sociale se manifeste par une peur persistante des situations dans lesquelles la personne se sent observée, jugée ou exposée à l'humiliation. Il entraîne une anxiété anticipatoire, des manifestations somatiques et des conduites d'évitement pouvant altérer la vie scolaire, professionnelle et relationnelle. [4,19,22]

2.3. Épidémiologie des troubles anxieux

Les troubles anxieux figurent parmi les affections psychiatriques les plus fréquentes dans le monde. Leur répartition varie selon les régions, les contextes socio-culturels et les méthodes diagnostiques utilisées. Les données disponibles mettent toutefois en évidence un fardeau important en population générale, souvent sous-estimé, en particulier dans les pays à ressources limitées. [3]

2.3.1. Monde

À l'échelle mondiale, les troubles anxieux constituent le groupe de troubles mentaux le plus répandu. Les estimations du Global Burden of Disease Study 2023 font état d'environ 470 millions de cas prévalents de troubles anxieux en 2023. Leur impact sur la santé publique est considérable en raison de leur fréquence élevée, de leur début souvent précoce et de leur évolution fréquemment chronique [37]. [3]

La prévalence varie selon les entités et les méthodes diagnostiques. Les phobies spécifiques et le trouble d'anxiété sociale sont souvent les plus fréquents dans les

enquêtes internationales, tandis que le trouble panique présente généralement des estimations plus faibles [38].

2.3.2. Afrique

Les estimations disponibles en Afrique restent hétérogènes selon les outils, les périodes de référence et les populations étudiées [6,39].

La stigmatisation, l'expression somatique des symptômes, le recours pluriel aux soins et l'accès restreint aux services spécialisés peuvent contribuer à la sous-détection. La pauvreté, les conflits, les déplacements et l'instabilité sociale constituent également des facteurs de vulnérabilité [40,41].

2.3.3. Mali

Au Mali, les données populationnelles antérieures à la présente enquête demeuraient insuffisantes. Les travaux disponibles provenaient surtout de populations hospitalières ou ambulatoires sélectionnées. Les fréquences rapportées variaient fortement selon le lieu de recrutement et la méthode : 2,1 % de troubles anxieux parmi des patients suivis en psychiatrie ambulatoire au CHU du Point G, 0,7 % pour la catégorie CIM-10 des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes parmi les hospitalisations psychiatriques, et 28,3 % de tableaux anxieux sans cause organique en consultation ambulatoire de cardiologie. Des études cliniques plus récentes ont également retrouvé des fréquences élevées de symptômes anxieux dans des populations somatiques spécifiques à Bamako : 72,12 % chez des patients atteints de cancer évalués à l'aide de l'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* et 67,7 % de scores d'anxiété modérée à sévère chez des adultes vivant avec le VIH suivis au CESAC. Ces dernières estimations correspondent à des symptômes mesurés par une échelle de dépistage, et non à des diagnostics de troubles anxieux établis par un entretien diagnostique structuré ; elles ne sont donc pas directement comparables à une enquête en population générale [9,10,12,13].

2.4. Bases physiopathologiques des troubles anxieux

Les troubles anxieux s'inscrivent dans un modèle multifactoriel et transdiagnostique, issu de l'interaction de facteurs neurobiologiques, psychologiques et environnementaux. [42] Ils ne résultent ni du dysfonctionnement isolé d'une structure cérébrale ni d'un déséquilibre biochimique uniforme. Leur expression clinique émerge d'altérations variables de réseaux assurant la détection et l'évaluation de la menace, la production des réponses défensives, l'apprentissage, l'extinction, la régulation

émotionnelle, le contrôle cognitif et le traitement de la récompense. Ces réseaux participent différemment à la menace immédiate, potentielle ou soutenue, ce qui contribue à l'hétérogénéité observée entre les troubles et entre les individus .

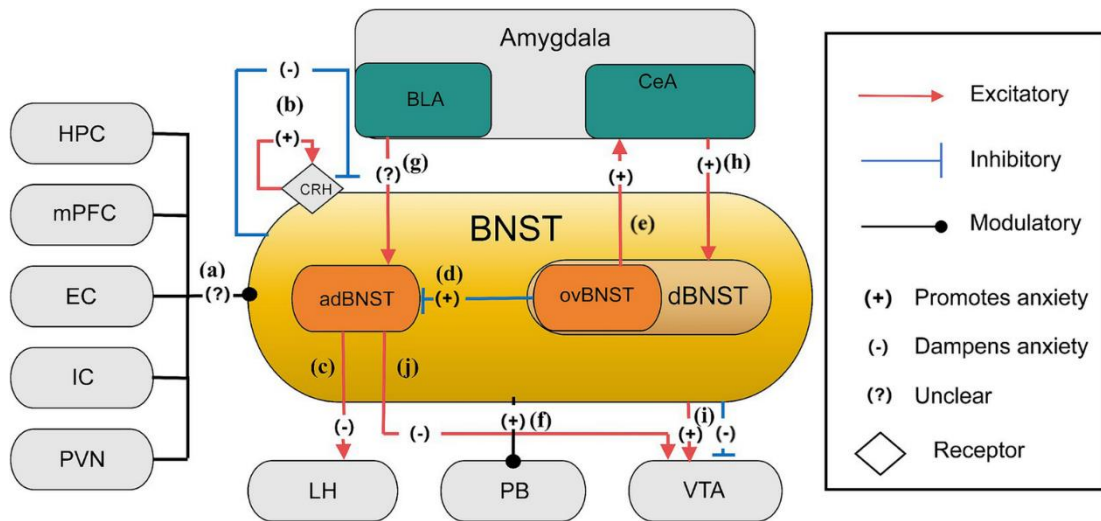


Figure 1 : Principaux circuits neuronaux impliquant le BNST dans la modulation de l'anxiété [43].

Cette figure propose une représentation simplifiée et non exhaustive des circuits interconnectés du BNST participant à la modulation de l'anxiété. Le BNST intègre des informations provenant notamment de l'hippocampe, du cortex préfrontal médian, des cortex entorhinal et insulaire, du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et de l'amygdale. Ses différentes sous-régions établissent également des connexions avec l'hypothalamus latéral, le noyau parabrachial et l'aire tegmentale ventrale. Les flèches rouges représentent les projections excitatrices, les lignes bleues les projections inhibitrices et les lignes noires les influences modulatrices. Le signe (+) indique un effet favorisant l'anxiété, le signe (-) un effet l'atténuant et le signe (?) un effet encore incertain. Les différentes sous-régions du BNST peuvent ainsi exercer des effets distincts, voire opposés, selon la voie neuronale sollicitée. Cette organisation demeure schématique, repose principalement sur des données précliniques et ne traduit pas une relation causale uniforme.

adBNST : région antérodorsale du noyau du lit de la strie terminale ; **BLA** : amygdale basolatérale ; **BNST** : noyau du lit de la strie terminale ; **CeA** : noyau central de l'amygdale ; **CRH** : corticolibérine ; **dBNST** : région dorsale du BNST ; **EC** : cortex entorhinal ; **HPC** : hippocampe ; **IC** : cortex insulaire ; **LH** : hypothalamus latéral ; **mPFC** : cortex préfrontal médian ; **ovBNST** : noyau ovoïde du BNST ; **PB** : noyau parabrachial ; **PVN** : noyau paraventriculaire de l'hypothalamus ; **VTA** : aire tegmentale ventrale.

L'amygdale attribue une valeur émotionnelle aux informations internes et externes. Ses noyaux basolatéraux participent à l'association entre un stimulus et une menace, tandis que ses voies de sortie, notamment à partir du noyau central, contribuent aux réponses autonomes, endocriniennes et comportementales de défense. Elle ne constitue donc pas un simple « centre de la peur » fonctionnant de manière isolée.

L'hippocampe fournit le contexte spatial, temporel et mnésique de la menace ; il aide à distinguer une situation sûre d'une situation dangereuse et module la récupération des souvenirs émotionnels. Une discrimination contextuelle insuffisante peut favoriser la généralisation de la peur à des situations pourtant différentes du danger initial [44,45].

Le cortex préfrontal exerce une régulation descendante sur ces réponses. Le cortex préfrontal ventromédian participe à l'apprentissage de la sécurité et au rappel de l'extinction ; le cortex dorsolatéral soutient l'attention, la mémoire de travail et les stratégies conscientes de réévaluation ; le cortex dorsomédian intervient dans l'évaluation de la menace et peut amplifier sa signification aversive. Une connectivité moins efficace entre les régions préfrontales, l'amygdale et l'hippocampe peut limiter l'inhibition des réponses défensives, entretenir l'inquiétude et rendre l'ajustement au contexte plus difficile [44,46].

Le BNST contribue surtout à l'anticipation et au maintien d'un état défensif face à une menace diffuse, incertaine ou prolongée, alors que les circuits amygdaliens sont davantage mobilisés par des signaux de menace plus immédiats. L'insula antérieure intègre les informations corporelles et participe à l'interoception, à l'anticipation anxieuse et à l'interprétation de sensations comme les palpitations ou la dyspnée. Le cortex cingulaire antérieur détecte les conflits, attribue une saillance aux stimuli et coordonne l'évaluation cognitive avec la réponse émotionnelle. L'hypothalamus organise les réponses autonomes et neuroendocriniennes, tandis que le striatum participe au traitement de la récompense, aux décisions d'approche ou d'évitement et à l'automatisation progressive des conduites d'évitement [44,45].

Ces structures fonctionnent comme des réseaux dynamiques plutôt que comme des modules indépendants. Le conditionnement associe certains indices au danger ; l'extinction permet d'apprendre qu'un indice auparavant menaçant ne prédit plus nécessairement un danger. Une extinction insuffisante, une généralisation excessive, des biais attentionnels vers la menace et une faible discrimination des signaux de sécurité peuvent maintenir les symptômes. L'évitement procure un soulagement immédiat, mais ce renforcement négatif empêche la confrontation aux informations correctrices et consolide durablement l'anxiété [45,47,48].

Plusieurs systèmes de neurotransmission modulent ces circuits. Le GABA assure une grande partie de l'inhibition neuronale, alors que le glutamate soutient la transmission

excitatrice et la plasticité nécessaires à l'apprentissage et à l'extinction. La sérotonine module l'humeur, la flexibilité comportementale et le traitement de la menace ; la noradrénaline règle l'éveil, la vigilance et les manifestations neurovégétatives ; la dopamine intervient dans la motivation, la récompense et l'apprentissage de l'évitement. Les neuropeptides liés au stress, dont la corticolibérine, participent également à ces réponses. Les données disponibles décrivent des dysrégulations variables de ces systèmes et de leurs récepteurs, sans démontrer un déficit neurochimique unique commun à tous les troubles anxieux [44,45,49–51].

À l'échelle neuroendocrinienne, l'axe hypothalamo–hypophyso–surrénalien coordonne la réponse au stress par la libération successive de corticolibérine, d'ACTH puis de cortisol. Dans les troubles anxieux, l'intensité, la temporalité ou le rétrocontrôle de cette réponse peuvent être modifiés, avec des profils différents selon le diagnostic, la durée d'évolution, les événements précoces et les comorbidités. Il est donc inexact d'assimiler systématiquement l'anxiété à un hypercortisolisme permanent. Les systèmes autonomes, immunitaires et les mécanismes de neuroplasticité interagissent avec cet axe, mais leurs marqueurs ne sont ni constants ni spécifiques [33,44,52].

Enfin, la vulnérabilité génétique agit en interaction avec les mécanismes épigénétiques, le stress précoce, les traumatismes, les expériences de vie, les stratégies d'adaptation et les facteurs de résilience. Ces influences peuvent modifier la maturation des circuits, la sensibilité au stress et la manière dont un individu apprend ou évite la menace. La physiopathologie doit ainsi être comprise comme un processus développemental et probabiliste, et non comme une anomalie fixe. À ce jour, aucun biomarqueur cérébral, neurochimique, hormonal ou génétique isolé ne possède une validité suffisante pour diagnostiquer individuellement un trouble anxieux ; le diagnostic demeure clinique et l'interprétation biologique doit rester intégrative [33,42,44,45,52].

2.5. Facteurs associés aux troubles anxieux

Les troubles anxieux sont associés à des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux. Le sexe féminin est régulièrement associé à une fréquence plus élevée ; l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le soutien social et le milieu de résidence peuvent également intervenir [53–63].

2.5.1. Facteurs socio-économiques et environnementaux

La précarité, le chômage, l'insécurité professionnelle, les événements de vie stressants, les maladies chroniques, les conflits armés et les déplacements de populations exposent à un stress prolongé susceptible de favoriser l'apparition ou la persistance des symptômes anxieux [64–70].

L'accès limité aux soins, les coûts, la stigmatisation et certaines normes socioculturelles peuvent retarder le recours aux soins et majorer le retentissement fonctionnel [69,71–73].

2.6. Diagnostic des troubles anxieux

Le diagnostic repose sur un entretien clinique recherchant la nature, la durée, l'intensité des symptômes, les conduites d'évitement, le retentissement fonctionnel, les comorbidités et les facteurs déclenchants. Un examen somatique est nécessaire pour rechercher une cause cardiovasculaire, respiratoire, endocrinienne, métabolique, neurologique ou toxique [74–79].

2.6.2. Outils diagnostiques standardisés

Les entretiens standardisés complètent l'évaluation clinique sans s'y substituer. Le MINI est un entretien diagnostique structuré utilisé en recherche pour identifier les principaux troubles psychiatriques selon des critères internationaux [77].

2.6.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel comprend notamment les troubles dépressifs, les troubles psychotiques débutants, les troubles somatoformes, les troubles liés à l'usage de substances, les effets médicamenteux et plusieurs affections somatiques [4,78,79].

2.7. Retentissement des troubles anxieux

Les troubles anxieux peuvent altérer la qualité de vie, les relations sociales, la scolarité, l'activité professionnelle et l'autonomie. Les conduites d'évitement, la chronicité et les comorbidités peuvent entraîner un handicap fonctionnel important [80–85].

2.8. Prise en charge et prévention des troubles anxieux

La prise en charge associe psychoéducation, interventions psychothérapeutiques, mesures sociales et, selon la sévérité, traitements pharmacologiques. Les thérapies cognitivo-comportementales et les antidépresseurs disposent d'une efficacité établie dans plusieurs troubles anxieux [86–88].

2.8.1. Rôle des soins primaires et prévention

Le médecin généraliste joue un rôle central dans le repérage, l'évaluation initiale, l'information, le suivi et l'orientation. Le dépistage ciblé des personnes présentant des plaintes somatiques répétées ou exposées à des facteurs de risque peut favoriser une prise en charge précoce.

La prévention repose sur la promotion de la santé mentale, la réduction de la stigmatisation, l'amélioration de la littératie en santé et le renforcement de l'accès aux soins.

MÉTHODOLOGIE

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude

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

3.1.1. Géographie du Mali

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 1 241 238 km². Selon le cinquième Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5), sa population était de 22 395 489 habitants en 2022 [89]. Le pays compte 19 régions administratives et le district de Bamako.

3.1.2. Démographie du Mali

La population malienne vit majoritairement en milieu rural. Les personnes âgées de 18 ans ou plus représentaient environ 46,0 % de la population en 2022 [89].

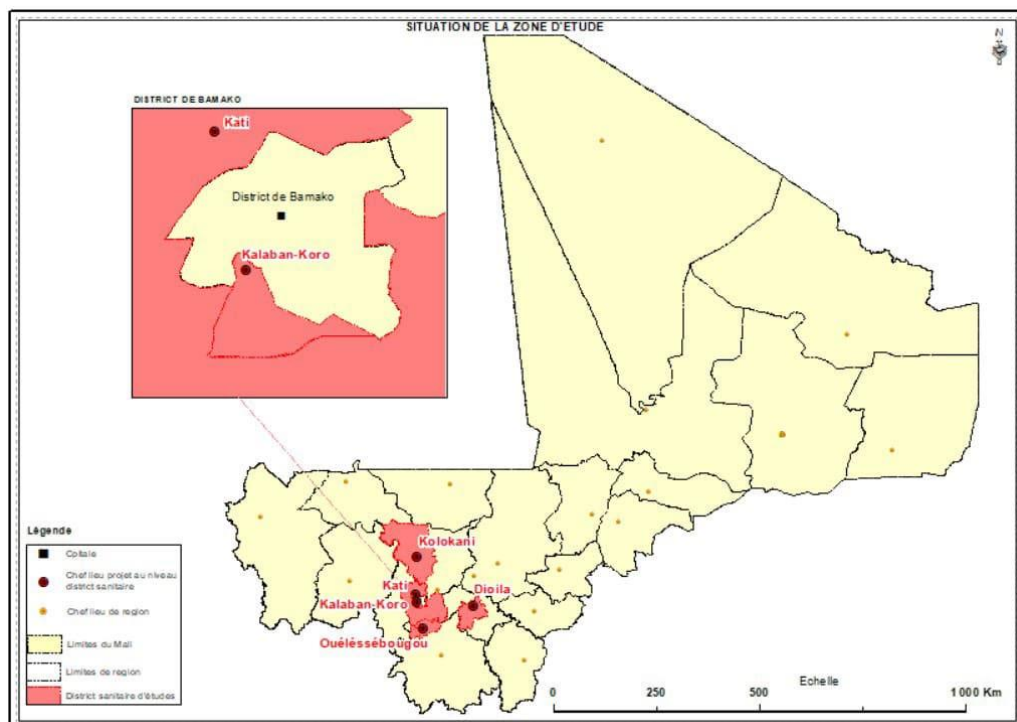


Figure 2 : Situation des cinq districts sanitaires étudiés au Mali. [90]

3.1.3. Gestion des structures sanitaires

Le système de santé malien est organisé de manière pyramidale. Le niveau opérationnel comprend les CSCoM et les Centres de santé de référence (CSRéf) ; le

niveau intermédiaire est constitué des établissements hospitaliers régionaux ; le niveau central comprend les établissements nationaux de troisième référence [91]. Les CSCom sont gérés avec la participation des Associations de santé communautaire (ASACO).

Les données relatives au nombre de structures correspondent à l'année de la source et doivent être interprétées comme telles [91].

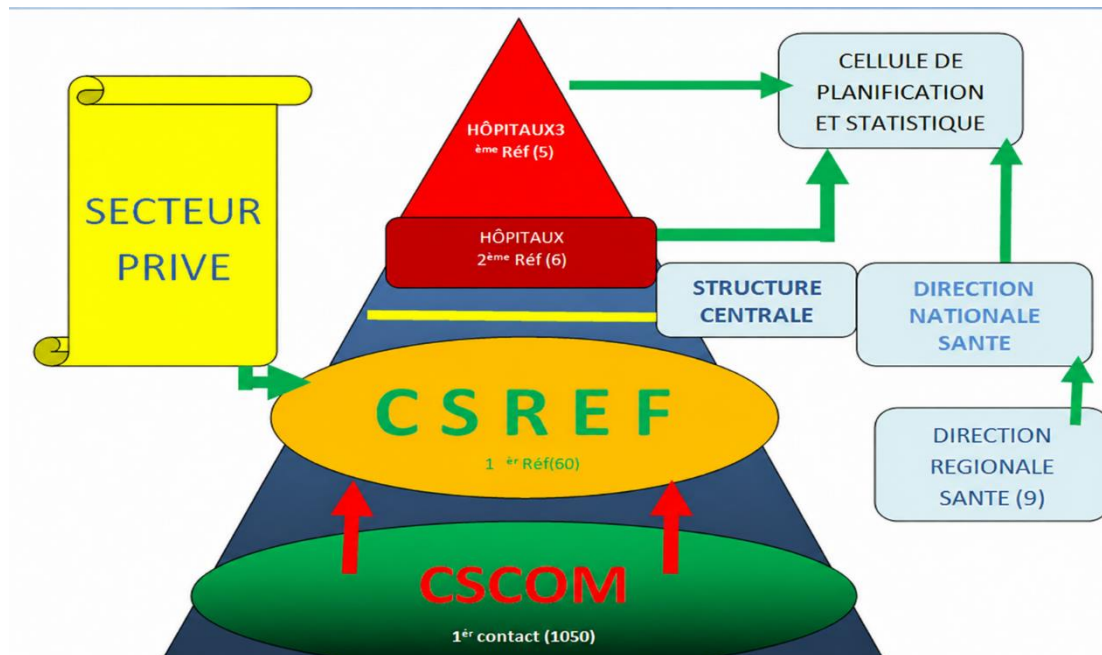


Figure 3 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali [91].

3.1.4. Description des districts sanitaires

Kalaban-Coro

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

Dioïla

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

Ouélessébougou

Le district sanitaire d'Ouélessébougou est situé au sud de Bamako, sur l'axe Bamako-Sikasso. Les documents sanitaires récents rapportent une organisation autour d'un Centre de santé de référence et de plusieurs aires de santé communautaires. Les données démographiques et le nombre exact d'aires de santé doivent toujours être accompagnés de leur année de référence, car le découpage sanitaire évolue.

Kati

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

Kolokani

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

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, réalisée d'octobre 2024 à octobre 2025. La collecte des données s'est déroulée entre janvier et février 2025.

3.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée des personnes âgées de 18 ans ou plus résidant dans les localités sélectionnées des cinq districts sanitaires.

3.3.1. Critère d'inclusion

Ont été inclus les individus âgés de 18 ans ou plus, présents dans les ménages sélectionnés et ayant donné leur consentement libre et éclairé.

3.3.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses les personnes vivant en institution (prison, hôpital ou campus) et celles incapables de comprendre ou de répondre aux questions en bambara ou en français.

3.4. Échantillonnage

3.4.1. Calcul de la taille de l'échantillon

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

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

où :

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

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

Le calcul de la taille provenait de l'étude mère sur les troubles mentaux en population générale. En l'absence de données nationales, une prévalence de 41,43 % rapportée au Burkina Faso pour l'ensemble des troubles mentaux a été utilisée [8].

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

3.4.2. Technique d'échantillonnage

Un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés a été utilisé.

Première étape

Au premier degré, cinq districts sanitaires ont été sélectionnés à partir des 75 districts fonctionnels du Mali : Kati, Ouélessébougou, Kalaban-Coro, Kolokani et Dioïla.

Dans chaque district, la taille minimale visée était de 746 participants.

Deuxième étape

Au deuxième degré, 30 villages ou quartiers ont été retenus dans chaque district. Le chef-lieu du district a été inclus et les autres localités ont été sélectionnées selon le plan de sondage de l'étude mère. Le nombre de participants attendu dans chaque localité était réparti proportionnellement à sa population.

Dans chaque localité, les ménages ont été sélectionnés à partir d'un point central, selon une direction tirée au sort, puis de proche en proche jusqu'à atteindre l'effectif prévu.

Sélection des ménages et des participants

La maison du chef de village ou de quartier constituait le point de départ. Une direction était déterminée en faisant tourner un stylo, puis les enquêteurs progressaient de ménage en ménage dans cette direction.

Tous les membres âgés de 18 ans ou plus des ménages sélectionnés étaient invités à participer, sous réserve de leur consentement.

3.5. Collecte des données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels en face à face. Les questionnaires ont été administrés électroniquement avec KoboCollect.

Un questionnaire élaboré par l'équipe de recherche a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques et les représentations de la maladie mentale.

Les troubles psychiatriques actuels et passés ont été évalués avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), entretien diagnostique structuré organisé en modules.

Les critères diagnostiques retenus dans la présente étude étaient ceux du DSM-5 [4]. Pour la présente thèse, les analyses ont porté sur le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale et le trouble anxieux généralisé, ainsi que sur leurs principales comorbidités.

Une fiche récapitulative consignait les diagnostics identifiés. Des fiches complémentaires documentaient le retentissement et les recours thérapeutiques.

3.6. Définitions des termes

Un ménage était défini comme l'ensemble des personnes vivant habituellement sous la même autorité familiale et partageant les ressources domestiques.

3.7. Traitement et analyse des données

Les données recueillies à l'aide de KoboCollect ont été contrôlées, codées, puis exportées vers le logiciel SPSS pour l'analyse statistique.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages. Les variables quantitatives ont été résumées par leur moyenne et leur écart-type.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Chi-deux, qui permet de déterminer si les différences observées entre les groupes sont significatives. Lorsque les effectifs étaient trop faibles pour utiliser ce test, le test exact de Fisher a été appliqué.

Les facteurs associés aux troubles anxieux ont été étudiés par régression logistique binaire. L'analyse multivariée a porté sur les variables sociodémographiques, géographiques et cliniques présentées dans les tableaux, notamment le sexe, l'âge, la consanguinité parentale, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la religion, le lieu de résidence, ainsi que l'usage et la dépendance aux substances psychoactives au cours de la vie. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratios bruts (OR) et d'odds ratios ajustés (ORa), accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %.

Le seuil de significativité statistique était fixé à $p < 0,05$. Les analyses n'ont pas été ajustées sur l'effet de grappe ni pondérées. Cette limite a été prise en compte dans l'interprétation des intervalles de confiance et des valeurs de p .

3.8. Considérations éthiques

La présente recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'USTTB sous le numéro 2024/128/CE/USTTB.

L'étude a respecté les principes éthiques applicables à la recherche observationnelle : respect des personnes, bienfaisance, justice et confidentialité.

Un consentement libre et éclairé a été obtenu auprès de chaque participant avant sa participation à l'étude.

Les données ont été recueillies sans nom dans la base d'analyse, sécurisées et accessibles uniquement à l'équipe autorisée. La confidentialité des participants a été garantie.

Les données ont été archivées sous une forme ne permettant pas l'identification directe des participants.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

L'étude a bénéficié du financement du Gouvernement du Mali à travers le Fonds compétitif pour la Recherche et l'Innovation Technologique (FCRIT)

RESULTATS

4. RESULTATS

Au total, 3 832 participants ont été inclus dans l'étude. Les résultats sont présentés selon les caractéristiques sociodémographiques des participants, les prévalences à vie et actuelle des troubles anxieux, les comorbidités psychiatriques et les facteurs associés.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau I : Caractéristiques socio démographique des participants.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (ans)	(n=3 832)	
18-24	707	18,4
25-64	2756	71,9
65 et plus	369	9,7
Sexe	(n=3 832)	
Masculin	2073	54,1
Féminin	1759	45,9
Statut Matrimonial	(n=3 832)	
Marié(e)	3192	83,3
Célibataire	460	12,0
Divorcé(e)/Séparé(e)	25	0,7
Veuf(ve)	155	4,0
Niveau d'instruction	(n=3 832)	
Alphabétisé(e)	114	3,0
Jamais scolarisé	1499	39,1
Primaire	1189	31,0
Secondaire	533	13,9
Supérieur	222	5,8
École coranique	273	7,1
Autre	2	0,1
Situation professionnelle	(n=3 832)	
Agriculteur	1008	26,3
Femme au foyer / ménagère	908	23,7
Commerçant	557	14,5
Ouvrier/Manœuvre	323	8,4
Salarié du secteur privé	268	7,0
Élève/Étudiant	185	4,8
Chômeur / Sans profession	147	3,8
Artisan	132	3,4
Fonctionnaire	92	2,4
Retraité	88	2,3
Éleveur	54	1,4
Transporteur / Conducteur / Chauffeur auto-moto	28	0,7
Tradithérapeute / Guérisseur / Marabout / Féticheur / Maître coranique	18	0,5
Artiste (peintre, sculpteur, musicien, chanteur, griot...)	13	0,3
Autre	11	0,3
Consanguinité parentale	(n=3 832)	
Oui	1545	40,3
Non	2283	59,6

Non précisé

4

0,1

Pour chaque caractéristique, les pourcentages totalisent 100 % (écarts éventuels dus à l'arrondi).

Au total, 3 832 participants ont été inclus. L'âge moyen était de $39,9 \pm 16,3$ ans. Les hommes représentaient 54,1 % de l'échantillon et la tranche d'âge de 25 à 64 ans, 71,9 %. La majorité des participants étaient mariés (83,3 %) ; 39,1 % n'avaient jamais été scolarisés. Les activités les plus fréquentes étaient l'agriculture (26,3 %) et les activités de femme au foyer ou de ménagère (23,7 %). Une consanguinité parentale était rapportée par 40,3 % des participants.

Tableau II : La répartition des participants selon le rang de la fratrie utérine.

Fratrie Utérine	Effectifs (n=3 832)	Pourcentage (%)
1 ^{er}	815	21,3
2 ^{ème}	653	17,0
3 ^{ème}	665	17,4
4 ^{ème}	513	13,4
5 ^{ème}	451	11,8
6 ^{ème}	314	8,2
7 ^{ème}	187	4,9
8 ^{ème}	117	3,1
9 ^{ème}	43	1,1
10 ^{ème} et plus	73	1,8
Non Précisé	1	0,0

Le premier rang dans la fratrie utérine concernait 815 participants, soit 21,3 % de l'effectif total.

Tableau III : La répartition des enquêtés selon la croyance.

Croyance	Effectifs (n=3832)	Pourcentage (%)
Oui	3711	96,8
Non	110	2,9
Refus	10	0,3
Non Précisé	1	0,0

La présence d'une croyance religieuse ou spirituelle était rapportée par 96,8 % des participants.

Tableau IV : La répartition des enquêtés selon la religion.

Religion	Effectifs (n=3711)	Pourcentage
Musulman	3454	93,1
Chrétien	131	3,5
Religion traditionnelle	126	3,4

Parmi les participants ayant déclaré une croyance, 93,1 % étaient musulmans.

4.2. Prévalence des troubles anxieux

4.2.1. Prévalence selon le sexe

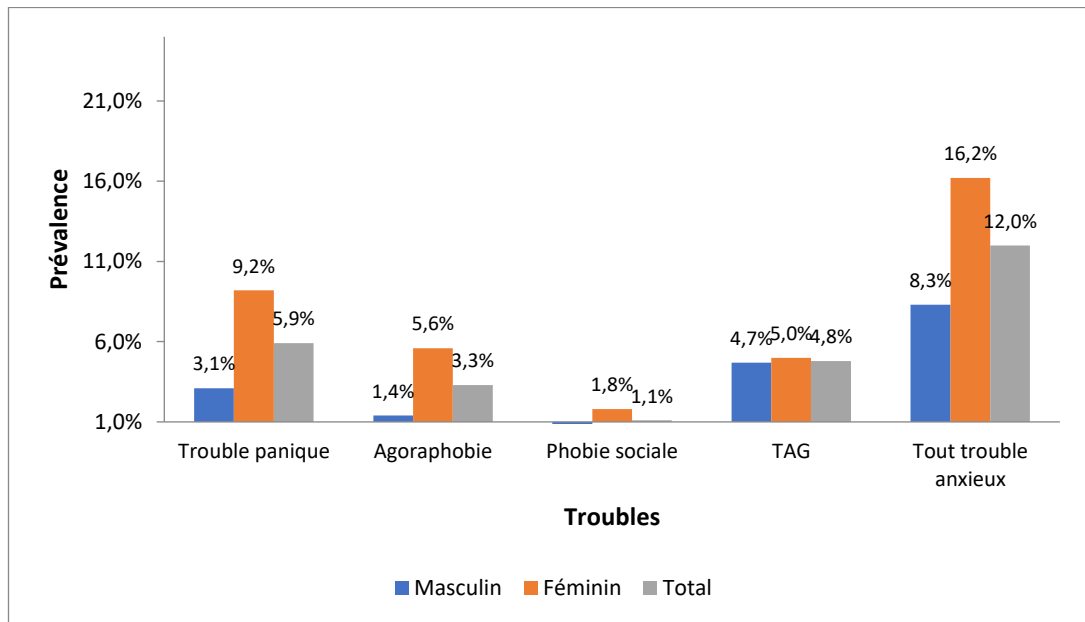


Figure 4 : Prévalence à vie des troubles anxieux selon le sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

La prévalence à vie des troubles anxieux était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec respectivement 16,2 % contre 8,3 %. Cette prédominance féminine concernait l'ensemble des troubles anxieux étudiés, notamment le trouble panique, le TAG, l'agoraphobie et la phobie sociale.

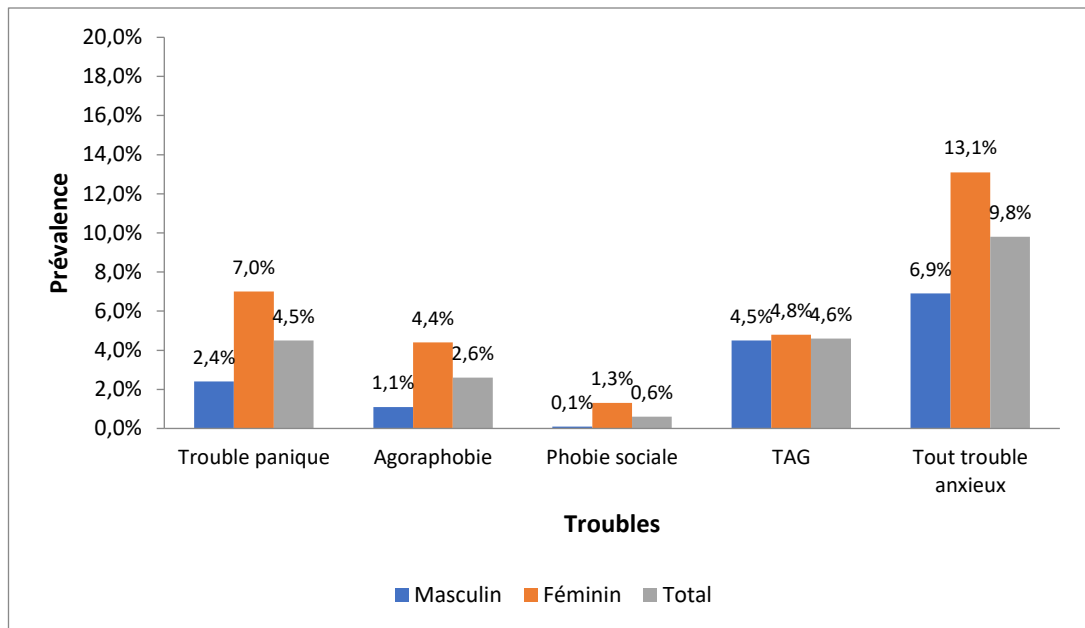


Figure 5 : Prévalence actuelle des troubles anxieux selon le sexe en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

La prévalence actuelle des troubles anxieux était également plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec respectivement 13,1 % contre 6,9 %. Cette prédominance féminine était retrouvée pour l'ensemble des sous-types de troubles anxieux étudiés.

4.2.2. Prévalence selon l'âge

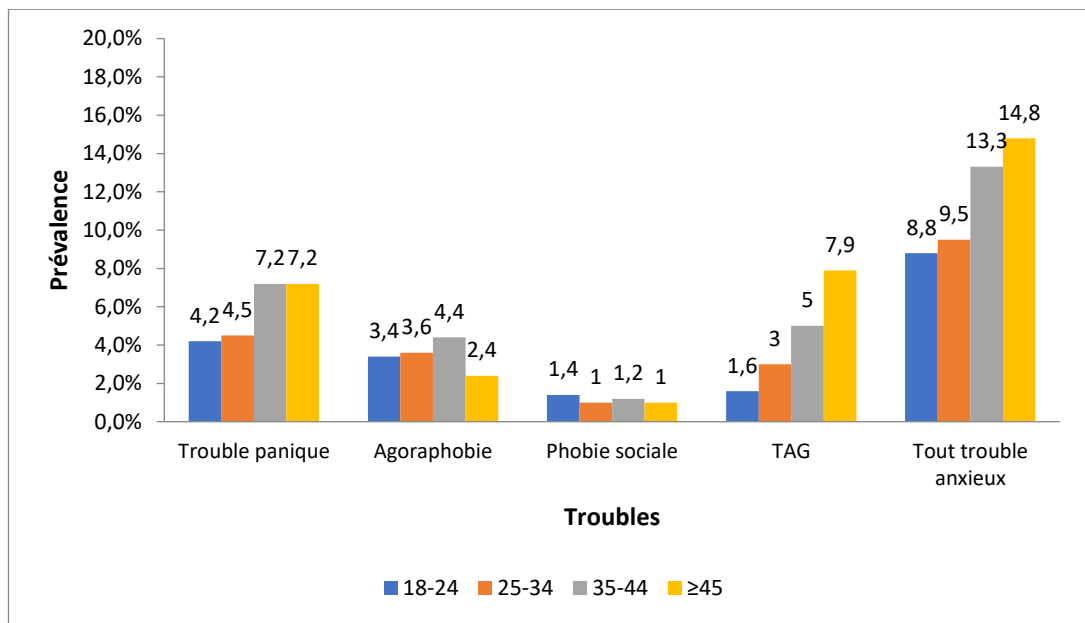


Figure 6 : Prévalence à vie des troubles anxieux selon l'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

La prévalence à vie des troubles anxieux était de 14,8 % chez les participants âgés de 45 ans et plus. Elle était intermédiaire chez les 35–44 ans et les 25–34 ans, et la plus faible chez les 18–24 ans, avec 8,8 %.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

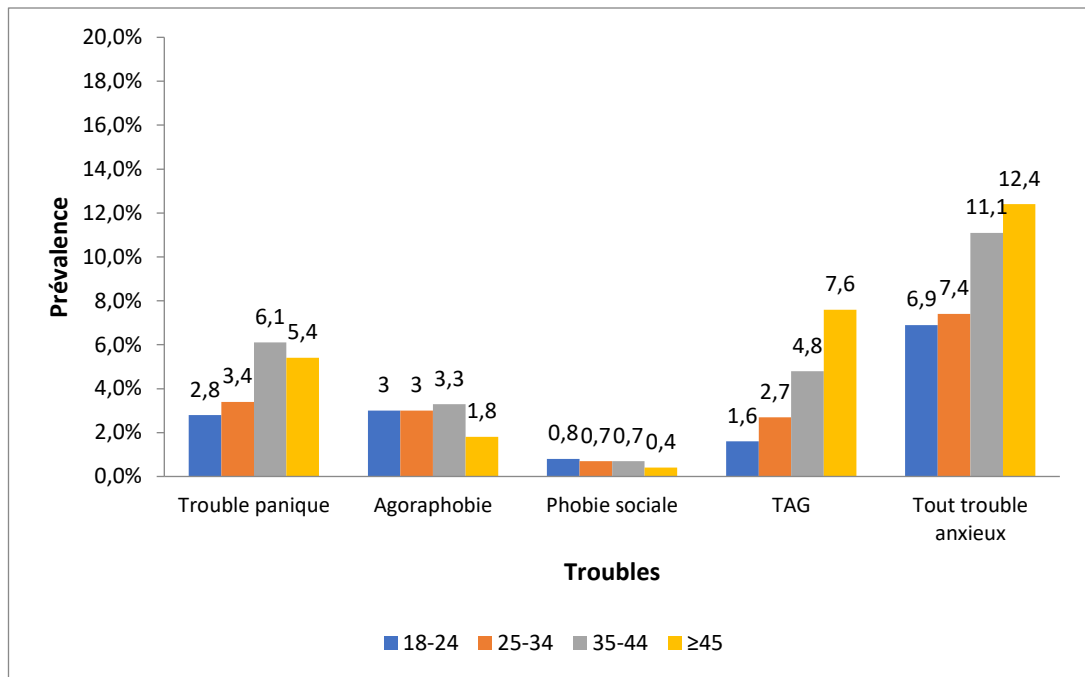


Figure 7 : Prévalence actuelle des troubles anxieux selon l'âge en population générale dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

La prévalence actuelle des troubles anxieux était de 12,4 % chez les participants âgés de 45 ans et plus. Elle était intermédiaire chez les 35–44 ans et les 25–34 ans, et la plus faible chez les 18–24 ans, avec 6,9 %.

4.2.3. Prévalence selon le district sanitaire

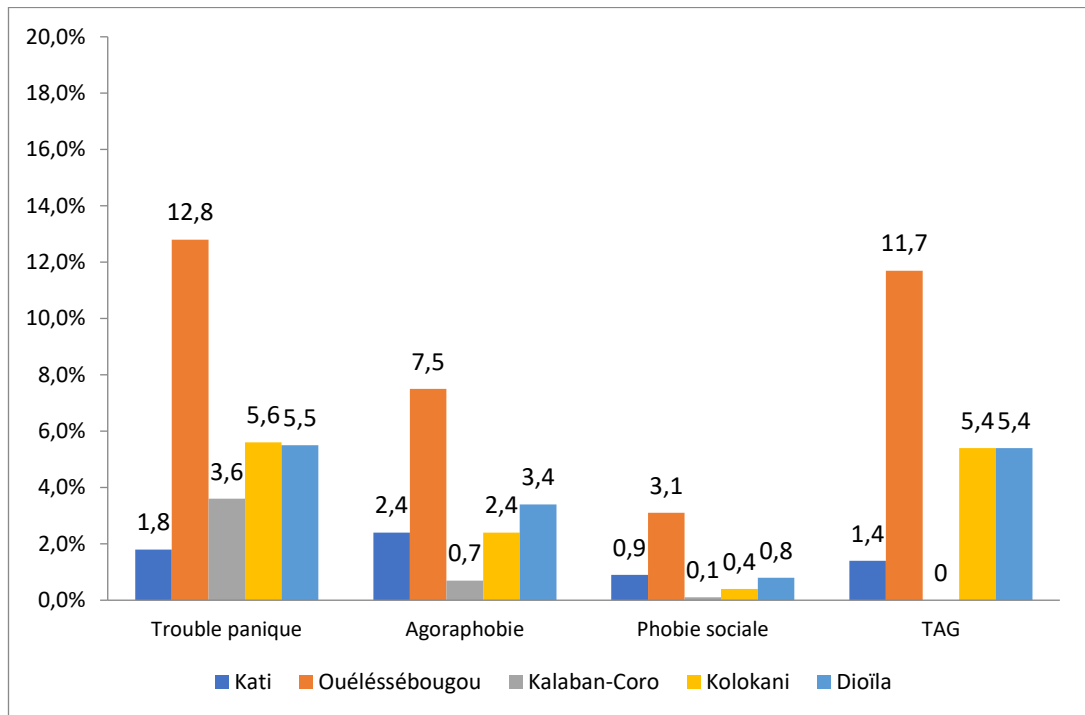


Figure 8 : Prévalence à vie des sous-types de troubles anxieux selon le district sanitaire dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

À Ouélessébougou, les prévalences à vie étaient de 12,8 % pour le trouble panique, 7,5 % pour l'agoraphobie, 3,1 % pour la phobie sociale et 11,7 % pour le TAG. À Kalaban-Coro, elles étaient de 3,6 % pour le trouble panique, 0,7 % pour l'agoraphobie, 0,1 % pour la phobie sociale et 0 % pour le TAG.

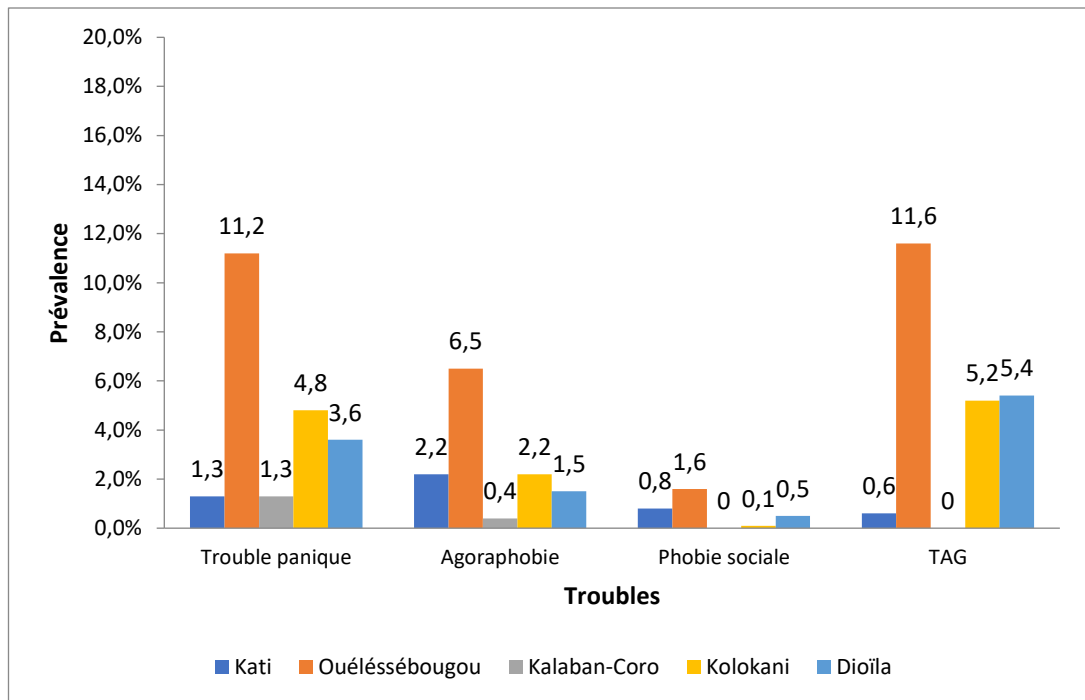


Figure 9 : Prévalence actuelle des sous-types de troubles anxieux selon le district sanitaire dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

À Ouélessébougou, les prévalences actuelles étaient de 11,2 % pour le trouble panique, 6,5 % pour l'agoraphobie, 1,6 % pour la phobie sociale et 11,6 % pour le TAG. À Kalaban-Coro, elles étaient de 1,3 % pour le trouble panique, 0,4 % pour l'agoraphobie, 0 % pour la phobie sociale et 0 % pour le TAG.

La prévalence d'au moins un trouble anxieux était de 12,0 % sur la vie entière et de 9,8 % au moment de l'enquête. Le trouble panique était le sous-type le plus fréquent (5,9 % à vie ; 4,5 % actuellement), suivi du trouble anxieux généralisé (4,8 % ; 4,6 %), de l'agoraphobie (3,3 % ; 2,6 %) et de la phobie sociale (1,1 % ; 0,6 %).

4.3. Comorbidités des troubles anxieux

4.3.1. Comorbidités sur la vie entière

Tableau V : Comorbidités sur la vie entière des troubles anxieux entre eux et avec d'autres troubles dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

<i>Comorbidités</i>	<i>Trouble panique</i>				<i>Agoraphobie</i>				<i>Phobie sociale</i>				<i>TAG</i>			
	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.
<i>Trouble panique</i>	--	--	--	--	36,2	11,1	7,5-16,4	Oui	35,7	9,4	4,9-17,9	Oui	26,5	7,0	4,9-10,1	Oui
<i>Agoraphobie</i>	20,3	11,1	7,5-16,4	Oui	--	--	--	--	38,1	20,4	10,6-39,1	Oui	8,1	2,8	1,6-4,9	Oui
<i>Phobie sociale</i>	6,6	9,4	4,9-17,9	Oui	12,6	20,4	10,6-39,1	Oui	--	--	--	--	3,8	4,1	1,8-9,3	Oui
<i>TAG</i>	21,6	7,0	4,9-10,1	Oui	11,8	2,8	1,6-4,9	Oui	16,7	4,1	1,8-9,3	Oui	--	--	--	--
<i>EDM</i>	35,2	5,7	4,2-7,6	Oui	28,3	3,7	2,5-5,5	Oui	33,3	4,5	2,3-8,6	Oui	34,6	5,3	3,8-7,3	Oui
<i>Manie</i>	2,6	5,4	2,1-13,8	Oui	3,9	8,0	2,9-21,6	Oui	2,4	4,0	0,5-30,3	Non	1,1	1,8	0,4-7,7	Non
<i>Trouble psychotique</i>	18,9	4,1	2,8-5,9	Oui	25,2	5,8	3,8-8,8	Oui	28,6	6,3	3,2-12,5	Oui	14,1	2,6	1,7-4,1	Oui
<i>Usage de substance</i>	9,3	4,0	2,4-6,6	Oui	7,1	2,7	1,3-5,5	Oui	7,1	2,6	0,8-8,7	Non	8,6	3,6	2,1-6,2	Oui
<i>Dépendance</i>	4,0	3,7	1,7-7,7	Oui	3,1	2,6	0,9-7,5	Non	7,1	6,2	1,8-20,9	Oui	2,7	2,3	0,9-5,8	Non

Le pourcentage correspond à la proportion de personnes présentant le trouble indiqué en ligne parmi celles présentant le trouble indiqué en colonne. OR : odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 % ; TAG : trouble anxieux généralisé ; EDM : épisode dépressif majeur. NB : la significativité est appréciée à partir de l'IC95 % ; les p-values exactes ne sont pas disponibles dans le tableau.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

Les associations les plus fortes entre sous-types concernaient l'agoraphobie et la phobie sociale (OR = 20,4), le trouble panique et l'agoraphobie (OR = 11,1), puis le trouble panique et la phobie sociale (OR = 9,4). Parmi les participants présentant un trouble panique, 20,3 % avaient une agoraphobie, 6,6 % une phobie sociale et 21,6 % un TAG.

L'épisode dépressif majeur était retrouvé chez 28,3 % à 35,2 % des participants selon le sous-type anxieux. Les troubles psychotiques concernaient 14,1 % à 28,6 %, l'usage de substances 7,1 % à 9,3 % et la dépendance 2,7 % à 7,1 %.

4.3.2. Comorbidités actuelles

Tableau VI : Comorbidités actuelles des troubles anxieux entre eux et avec d'autres troubles dans cinq districts sanitaires du Mali en 2025.

Comorbidités	Trouble panique				Agoraphobie				Phobie sociale				TAG			
	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.	%	OR	IC95%	Sig.
Trouble panique	--	--	--	--	36,0	14,8	9,5-23,0	Oui	50,0	22,7	10,0-51,2	Oui	24,3	8,7	5,9-12,8	Oui
Agoraphobie	20,8	14,7	9,5-23,0	Oui	--	--	--	--	41,7	29,5	12,8-68,2	Oui	6,8	2,9	1,6-5,5	Oui
Phobie sociale	6,9	22,6	10,0-51,2	Oui	10,0	29,5	12,8-68,2	Oui	--	--	--	--	2,8	5,6	2,1-15,1	Oui
TAG	24,9	8,7	5,9-12,8	Oui	12,0	2,9	1,6-5,5	Oui	20,8	5,6	2,1-15,1	Oui	--	--	--	--
EDM	25,4	10,5	7,1-15,5	Oui	17,0	5,2	3,0-9,0	Oui	33,3	12,1	5,1-28,7	Oui	20,9	7,7	5,1-11,5	Oui
Manie	1,2	4,7	1,0-22,1	Non	4,0	22,1	6,4-77,0	Oui	4,2	16,5	2,0-134,3	Oui	1,1	4,6	1,0-21,6	Non
Trouble psychotique	12,1	4,0	2,4-6,5	Oui	18,0	6,2	3,7-10,8	Oui	29,2	11,0	4,5-27,0	Oui	8,5	2,5	1,4-4,4	Oui
Usage de substance	11,0	6,6	3,9-11,3	Oui	8,0	4,1	1,9-8,7	Oui	12,5	6,4	1,9-21,9	Oui	7,3	3,9	2,1-7,2	Oui
Dépendance	5,8	6,2	3,0-12,7	Oui	5,0	4,7	1,8-12,3	Oui	12,5	12,5	3,6-43,5	Oui	2,8	2,6	1,0-6,6	Non
Risque suicidaire	24,9	4,1	2,9-6,0	Oui	37,0	7,4	4,8-11,3	Oui	29,2	4,7	1,9-11,5	Oui	26,0	4,5	3,1-6,4	Oui
Troubles du sommeil	24,3	5,8	4,0-8,5	Oui	21,0	4,4	2,7-7,3	Oui	37,5	9,6	4,2-22,2	Oui	26,6	6,7	4,7-9,7	Oui

Lecture : le pourcentage correspond à la proportion de personnes présentant le trouble indiqué en ligne parmi celles présentant le trouble indiqué en colonne. OR : odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 % ; TAG : trouble anxieux généralisé ; EDM : épisode dépressif majeur.

NB : la significativité est appréciée à partir de l'IC95 % ; les p-values exactes ne sont pas disponibles dans le tableau.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

Les associations actuelles les plus fortes concernaient l'agoraphobie et la phobie sociale (OR = 29,5), le trouble panique et la phobie sociale (OR = 22,7), puis le trouble panique et l'agoraphobie (OR = 14,8). Parmi les participants présentant un trouble panique actuel, 20,8 % avaient une agoraphobie, 6,9 % une phobie sociale et 24,9 % un TAG.

L'épisode dépressif majeur était retrouvé chez 17,0 % à 33,3 % des participants selon le sous-type anxieux. Le risque suicidaire atteignait 37,0 % chez les participants présentant une agoraphobie, et les troubles du sommeil variaient de 21,0 % à 37,5 % selon le sous-type.

Ces résultats montrent que les troubles anxieux étaient fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques et à des indicateurs de gravité clinique.

4.4. Facteurs associés aux troubles anxieux

Tableau VII : Facteurs associés aux troubles anxieux en analyses univariée et multivariée.

Variables explicatives	Trouble anxieux			
	Bivariée		Multivariée	
	OR	IC95%	ORa	IC95 %
Sexe				
Féminin	2,1	1,7-2,6	2,7	2,1-3,4
Masculin	Réf			
Classe d'âge (ans)				
18-24	0,6	0,4-0,7	0,5	0,4-0,8
25-34	0,6	0,5-0,8	0,6	0,4-0,8
35-44	0,9	0,7-1,2	0,8	0,5-1,1
≥45	Réf			
Consanguinité entre les parents				
Oui	0,7	0,6-0,9	0,7	0,6-0,9
Non	Réf			
Statut marital				
Marié	0,6	0,4-0,9	1,0	0,6-1,7
Célibataire	0,3	0,2-0,5	0,9	0,4-2,1
Divorcé	1,1	0,4-3,3	2,3	0,7-7,5
Veuf/Veuve	Réf			
Niveau d'étude				
Alphabétisé	1,3	0,8-2,1	1,1	0,7-1,9
Primaire	0,6	0,5-0,8	0,8	0,6-1,1
Secondaire	0,6	0,4-0,8	0,8	0,5-1,1
Supérieur	0,1	0,1-0,3	0,3	0,1-0,7
Ecole Coranique	0,9	0,6-1,3	1,1	0,7-1,6
Jamais scolarisé	Réf			
Croyance				
Oui	1,7	1,0-2,7	--	-----
Non	Réf			
Religion				
Musulmane	1,8	0,9-3,5	1,7	0,8-3,5
Chrétienne	1,2	0,5-2,9	1,2	0,4-3,2
Religion traditionnelle	Réf			
District sanitaire				
Kati	0,4	0,3-0,6	0,4	0,3-0,7
Ouélessébougou	2,9	2,2-3,8	--	-----
Kalaban-Coro	0,3	0,2-0,5	0,3	0,2-0,5
Kolokani	0,9	0,7-1,3	--	-----
Dioïla	Réf			
Usage de SPA vie				
Oui	3,3	2,2-5,1	2,0	1,1-3,5
Non	Réf			
Dépendance de SPA vie				
Oui	3,0	1,6-5,6	1,8	0,7-4,9
Non	Réf			

En analyse univariée, plusieurs variables étaient associées aux troubles anxieux, notamment le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la consanguinité parentale et l'usage de substances psychoactives.

Après ajustement, le sexe féminin ($ORa = 2,7$; $IC95 \% : 2,1-3,4$) et l'usage de substances psychoactives au cours de la vie ($ORa = 2,0$; $IC95 \% : 1,1-3,5$) restaient associés au trouble anxieux. À l'inverse, les classes d'âge de 18–24 ans et 25–34 ans, la consanguinité parentale et le niveau d'instruction supérieur présentaient des ORa inférieurs à 1. Dans ce modèle multivarié, ces résultats décrivent des associations indépendantes des variables incluses et doivent être interprétés avec prudence : ils ne permettent pas de conclure à un effet causal ni à un effet biologiquement protecteur.

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Prévalence des troubles anxieux

5.1.1. Prévalence globale des troubles anxieux

Cette étude apporte une estimation communautaire des troubles anxieux dans cinq districts sanitaires. Son interprétation reste circonscrite à la population étudiée et ne permet pas une extrapolation directe à l'ensemble du Mali.

À l'échelle mondiale, le GBD 2023 estime environ 470 millions de cas prévalents de troubles anxieux. La comparaison avec notre prévalence doit rester prudente en raison des différences de population, de période, d'outil diagnostique et de méthode d'estimation [3].

En Afrique subsaharienne, les estimations sont hétérogènes [6]. Les difficultés socio-économiques, l'insécurité, les déplacements, la stigmatisation et l'accès limité aux soins peuvent contribuer à la souffrance psychique, mais ces expositions n'ayant pas toutes été mesurées dans notre étude, elles constituent seulement des hypothèses contextuelles.

La comparaison avec les données maliennes antérieures illustre surtout l'effet du cadre de recrutement. Notre prévalence de 12,0 % sur la vie entière et de 9,8 % au moment de l'enquête est supérieure aux proportions rapportées dans les séries psychiatriques du CHU du Point G, où les troubles anxieux représentaient 2,1 % des diagnostics ambulatoires et où la catégorie CIM-10 des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes ne représentait que 0,7 % des hospitalisations. Cette différence n'indique pas nécessairement une augmentation temporelle : les hospitalisations psychiatriques sélectionnent surtout les tableaux graves, psychotiques, agités ou socialement difficiles à contenir, tandis que de nombreux patients anxieux consultent en soins primaires ou dans des services somatiques. À l'inverse, la fréquence de 28,3 % rapportée en cardiologie, ainsi que les fréquences élevées de symptômes anxieux observées récemment chez les patients atteints de cancer (72,12 %) ou vivant avec le VIH (67,7 %), concernent des populations cliniques exposées à une maladie somatique et utilisent des définitions ou des outils différents. Ces résultats ne sont donc pas contradictoires : ils confirment que la fréquence observée dépend du contexte clinique, de l'outil diagnostique et du dénominateur étudié, et renforcent l'intérêt d'une enquête communautaire standardisée [9–13].

5.1.2. Prévalence selon les sous-types de troubles anxieux

Le trouble panique était le sous-type le plus fréquent (5,9 % à vie ; 4,5 % actuellement), suivi du TAG (4,8 % ; 4,6 %), de l'agoraphobie (3,3 % ; 2,6 %) et de la phobie sociale (1,1 % ; 0,6 %). Au Burkina Faso, Ouédraogo et collaborateurs ont également rapporté une fréquence notable du trouble panique (4,99%) [8]. Les comparaisons internationales doivent tenir compte des différences de classification et d'outil [37,38,92].

La fréquence du trouble panique pourrait être favorisée par la forte saillance de ses manifestations somatiques, telles que les palpitations, la dyspnée, les vertiges ou la peur de mourir. Les faibles fréquences de la phobie sociale et de l'agoraphobie peuvent aussi refléter une sous-déclaration ou des différences culturelles dans la reconnaissance des conduites d'évitement [93,94].

5.2. Comorbidités des troubles anxieux

Les troubles anxieux étaient rarement isolés. Les associations entre sous-types et avec d'autres troubles psychiatriques soulignent la nécessité d'une évaluation clinique globale.

5.2.1. Comorbidités entre sous-types anxieux

Les associations les plus fortes concernaient l'agoraphobie et la phobie sociale, le trouble panique et l'agoraphobie, puis le trouble panique et la phobie sociale. Ces résultats sont cohérents avec l'existence de mécanismes partagés, notamment l'hypervigilance, l'anxiété anticipatoire et l'évitement.

Les pourcentages de comorbidité étant directionnels, leur interprétation dépend du trouble utilisé comme dénominateur. Les odds ratios, symétriques dans ces tableaux, permettent surtout d'apprécier la force de l'association.

5.2.2. Comorbidité anxio-dépressive

L'épisode dépressif majeur constituait l'une des comorbidités les plus fréquentes, présent chez 28,3 % à 35,2 % des participants selon le sous-type anxieux. Cette coexistence, régulièrement décrite dans la littérature, est associée à une plus grande sévérité clinique et doit être recherchée systématiquement [86].

Dans le contexte africain, la littérature souligne également l'importance de la co-occurrence entre symptômes anxieux et dépressifs, malgré l'hétérogénéité des outils et des populations étudiées [6]. Cette convergence justifie un dépistage conjoint de

l'anxiété et de l'humeur, tout en distinguant un score de dépistage d'un diagnostic clinique [86].

5.2.3. Comorbidité des troubles anxieux et les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques étaient retrouvés chez 14,1 % à 28,6 % des participants selon le sous-type anxieux. Cette association peut refléter des symptômes anxieux secondaires à l'expérience psychotique, des comorbidités authentiques ou des difficultés de classification dans les tableaux complexes ; elle nécessite une évaluation clinique approfondie. Dans notre étude, ce constat appelle à documenter la chronologie des symptômes, leur persistance en dehors des épisodes psychotiques et le retentissement fonctionnel avant de conclure à une comorbidité autonome.

5.2.4. Comorbidité des troubles anxieux et l'usage de substances

L'usage de substances psychoactives concernait 7,1 % à 9,3 % des participants anxieux et la dépendance 2,7 % à 7,1 %. La transversalité ne permet pas de déterminer si l'usage précède l'anxiété, en résulte comme stratégie d'automédication, ou partage avec elle des facteurs de vulnérabilité. Ces résultats plaident pour un dépistage conjoint de l'usage de substances, de la dépendance et de l'anxiété. Ils ne permettent toutefois pas d'établir un lien causal ni le sens de l'association.

5.2.5. Comorbidités actuelles et indicateurs de gravité

Le risque suicidaire atteignait 37,0 % chez les participants présentant une agoraphobie, et les troubles du sommeil concernaient 21,0 % à 37,5 % selon le sous-type. Ces résultats justifient la recherche systématique de la dépression, du risque suicidaire, des troubles du sommeil et de l'usage de substances chez toute personne présentant un trouble anxieux.

Ces proportions doivent toutefois être interprétées comme des comorbidités observées au sein des groupes anxieux, et non comme des risques absolus ou des relations causales.

La coexistence des troubles du sommeil et de l'anxiété est bien documentée et peut contribuer à la chronicité et au retentissement fonctionnel [95].

5.3. Facteurs sociodémographiques et environnementaux associés aux troubles anxieux

Les analyses ont identifié plusieurs associations sociodémographiques et cliniques. Compte tenu du caractère transversal, elles ne permettent pas d'établir une causalité.

5.3.1. Âge

Comparativement aux participants âgés de 45 ans ou plus, les classes de 18–24 ans et 25–34 ans présentaient des ORa inférieurs à 1. Ce résultat décrit une association dans l'échantillon ; il ne signifie pas que le jeune âge protège biologiquement contre les troubles anxieux.

Cette distribution diffère de nombreuses enquêtes internationales, dans lesquelles le début des troubles anxieux survient souvent précocement [92,96]. Elle pourrait refléter des différences de mesure, de survie des symptômes, d'exposition cumulative au stress ou de déclaration selon l'âge.

5.3.2. Sexe

Les femmes présentaient des odds plus élevées de trouble anxieux que les hommes (ORa = 2,7 ; IC95 % : 2,1–3,4). Cette association est cohérente avec la littérature internationale et peut relever de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels, sans qu'un mécanisme unique puisse être retenu. Dans le contexte étudié, elle plaide pour un dépistage attentif des symptômes anxieux chez les femmes et pour une prise en compte de leurs conditions de vie, sans assimiler cette association à une causalité individuelle [2,92].

5.3.3. Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction supérieur était associé à des odds plus faibles de trouble anxieux (ORa = 0,3 ; IC95 % : 0,1–0,7). Cette association peut traduire un meilleur accès à l'information, aux ressources sociales et aux soins, mais elle peut aussi être influencée par des facteurs socio-économiques non mesurés. Elle ne démontre pas un effet causal protecteur.

5.3.4. Situation matrimoniale

En analyse univariée, le statut matrimonial était associé aux troubles anxieux, mais cette association ne persistait pas après ajustement.

Le résultat suggère que les différences observées selon le statut matrimonial étaient en partie expliquées par d'autres caractéristiques des participants.

5.3.5. Consanguinité parentale

La consanguinité parentale était associée à des odds plus faibles de trouble anxieux dans le modèle (ORa = 0,7 ; IC95 % : 0,6–0,9). Ce résultat ne doit pas être interprété comme une protection biologique.

Il peut refléter des facteurs familiaux, sociaux, géographiques ou déclaratifs non mesurés, ainsi qu'un effet résiduel de confusion. Une réplication dans une étude spécifiquement conçue pour explorer cette association est nécessaire.

5.3.6. Usage de substances psychoactives

L'usage de substances psychoactives au cours de la vie était associé à des odds plus élevées de trouble anxieux ($ORa = 2,0$; $IC95 \% : 1,1-3,5$). Le sens de l'association ne peut être déterminé : les substances peuvent favoriser des symptômes anxieux, être utilisées comme automédication ou partager des déterminants communs avec l'anxiété. Ce résultat soutient l'intérêt d'un repérage conjoint de l'anxiété et des usages de substances au cours des consultations de première ligne, avec une orientation adaptée lorsque cela est nécessaire.

5.3.7. Variations territoriales

Les prévalences variaient fortement selon les districts. Ces différences peuvent relever de facteurs contextuels, de la composition des échantillons, de la déclaration des symptômes ou de la mise en œuvre de l'enquête. Les variables région et district étant emboîtées, leur effet indépendant ne peut pas être interprété à partir du modèle actuel. Ces écarts doivent donc être considérés comme des signaux descriptifs susceptibles d'orienter des investigations complémentaires, et non comme la preuve d'un effet propre de chaque district.

5.4. Limites de l'étude

La nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir la temporalité ni la causalité des associations observées. Les résultats relatifs à l'usage de substances, au niveau d'instruction, à l'âge ou à la consanguinité doivent donc être interprétés comme des associations.

Les données reposaient sur les déclarations des participants et pouvaient être influencées par la mémoire, la désirabilité sociale, la stigmatisation et les différences culturelles dans l'expression des symptômes.

Le MINI est un entretien diagnostique structuré, mais il ne remplace pas une évaluation psychiatrique approfondie

Le plan de sondage comportait une sélection à partir d'un point central, une progression de proche en proche et l'inclusion systématique des chefs-lieux, susceptibles d'introduire un biais de sélection.

CONCLUSION

CONCLUSION

Dans les cinq districts sanitaires étudiés, la prévalence des troubles anxieux était de 12,0 % au cours de la vie et de 9,8 % au moment de l'enquête. Le trouble panique et le trouble anxieux généralisé étaient les sous-types les plus fréquents.

Les principales comorbidités retrouvées étaient les épisodes dépressifs majeurs, les troubles psychotiques, les troubles du sommeil, l'usage de substances psychoactives et le risque suicidaire.

Après ajustement, le sexe féminin et l'usage de substances psychoactives étaient associés à une fréquence plus élevée des troubles anxieux. Des associations inverses ont été observées avec certaines classes d'âge jeunes, la consanguinité parentale et le niveau d'instruction supérieur.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Ministère de la Santé et Programme national de santé mentale

- Intégrer le repérage et la prise en charge des troubles anxieux dans l'actualisation des politiques et programmes nationaux de santé mentale.
- Soutenir une enquête nationale représentative, pondérée et tenant compte du plan en grappes, afin d'estimer précisément leur fréquence au Mali.

Directions régionales de la santé et équipes-cadres de district

- Utiliser les disparités observées entre districts pour évaluer les besoins locaux en formation, en ressources humaines et en accès aux soins, sans les interpréter comme des effets propres aux districts.
- Actualiser et diffuser les circuits de référence entre les soins de santé primaires, les centres de santé de référence et les services spécialisés en santé mentale.

Structures sanitaires publiques et privées

- Mettre à disposition des outils de repérage culturellement adaptés, en bambara et en français, ainsi que des protocoles intégrant l'évaluation de la dépression, du risque suicidaire, des troubles du sommeil et de l'usage de substances.
- Veiller à ce que chaque structure dispose d'un circuit d'orientation vers les services spécialisés pour les situations sévères ou complexes.

Professionnels de santé

- Renforcer les compétences de dépistage, d'évaluation clinique, de prise en charge initiale et d'orientation des personnes présentant des troubles anxieux.
- Rechercher systématiquement les comorbidités psychiatriques et somatiques, et orienter précocement les cas sévères, complexes ou associés à un risque suicidaire.

Communautés, leaders communautaires et organisations de la société civile

- Mener, avec les leaders communautaires, des actions de sensibilisation sur les symptômes anxieux et les possibilités de recours aux soins.

- Contribuer à réduire la stigmatisation afin de faciliter le recours aux soins et le soutien aux personnes concernées.

Universités et institutions de recherche

- Valider culturellement les outils de repérage et documenter leur performance dans les langues nationales.
- Réaliser des études complémentaires tenant compte de l'échantillonnage complexe, afin d'explorer les variations territoriales, les barrières au recours aux soins et les liens entre anxiété, sommeil, substances, dépression et risque suicidaire.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1946 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
2. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. 1^{re} éd. Geneva: World Health Organization; 2022 [cité 6 août 2026]. 296 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
3. Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet. 23 mai 2026. doi:10.1016/S0140-6736(26)00519-2 PubMed PMID: 42167272.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 [Internet]. 5^e éd. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013 [cité 6 août 2026]. 947 p. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> doi:10.1176/appi.books.9780890425596
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. sept 2015;17(3):327-35. doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow PubMed PMID: 26487813; PubMed Central PMCID: PMC4610617.
6. Greene MC, Yangchen T, Lehner T, Sullivan PF, Pato CN, McIntosh A, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Africa: a scoping review. Lancet Psychiatry. août 2021;8(8):717-31. doi:10.1016/S2215-0366(21)00009-2 PubMed PMID: 34115983; PubMed Central PMCID: PMC9113063.
7. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the nigerian survey of mental health and well-being. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2006;188:465-71. doi:10.1192/bjp.188.5.465 PubMed PMID: 16648534.
8. Ouédraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanéma D, Sawadogo B. Prévalence des troubles mentaux en population générale au burkina faso. L'Encéphale. 1 sept 2019;45(4):367-70. doi:10.1016/j.encep.2018.03.002
9. Facteurs associés aux troubles mentaux dans le service de psychiatrie du CHU du Point G. Mali Méd. 2021. PubMed PMID: 34732974; PubMed Central PMCID: PMC8562494.
10. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. Pan Afr Med J. 2022. doi:10.11604/pamj.2022.41.160.30663
11. Traoré AK. Etude des troubles anxieux en consultation ambulatoire de cardiologie au CHU du point G [Thesis] [Internet]. Université de Bamako; 2009 [cité 25 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9082>

12. Anxiété et dépression chez les patients atteints de cancer à Bamako : prévalence et facteurs associés. 2025.
13. Évaluation de l'impact de la dépression et de l'anxiété sur l'observance du traitement antirétroviral chez les adultes vivants avec le VIH au Mali. 2025.
14. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health gap action programme (mhGAP) [Internet]. Version 2.0. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016 [cité 6 août 2026]. 173 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
15. World Bank. Mali poverty and equity brief: october 2025 [Poverty and Equity Brief] [Internet]. Washington, D.C.: World Bank Group; oct 2025 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099709004212596601>
16. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Mali situation of refugees, internally displaced persons and returnees: 30 september 2025 [Data & Statistics] [Internet]. Geneva: UNHCR; sept 2025 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/119170>
17. Rose-Clarke K, Fellmeth G. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cité 6 août 2026]. 157 p. (Global evidence review on health and migration (GEHM) series). Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>
18. Stein DJ, Nesse RM. Normal and abnormal anxiety in the age of DSM-5 and ICD-11. *Emot Rev.* 1 juill 2015;7(3):223-9. doi:10.1177/1754073915575407
19. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety disorders: a review. *JAMA.* 27 déc 2022;328(24):2431-45. doi:10.1001/jama.2022.22744
20. Gates K, Petterson S, Wingrove P, Miller B, Klink K. You can't treat what you don't diagnose: an analysis of the recognition of somatic presentations of depression and anxiety in primary care. *Fam Syst Health.* 5 sept 2016;34:317-29. doi:10.1037/fsh0000229
21. World Health Organization, éditeur. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1992 [cité 6 août 2026]. 362 p. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true
22. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité (11^e révision, CIM-11) [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 5 janv 2025]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>

23. Crocq MA. A history of anxiety: from hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* 30 sept 2015;17(3):319-25. doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq PubMed PMID: 26487812.
24. Tsagkaris C, Kalachanis K. The hippocratic account of mental health: humors and human temperament. *Ment Health Glob Chall J.* 20 sept 2020;3(1):33-7. doi:10.32437/mhgcj.v3i1.83
25. Horwitz AV. *Anxiety: a short history.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2013. 190 p. (Johns Hopkins biographies of disease).
26. Beer MD. The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *Hist Psychiatry.* 1 juin 1996;7(26):231-55. doi:10.1177/0957154X9600702603
27. Shorter E. The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 31 mars 2015;17(1):59-67. doi:10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter PubMed PMID: 25987864.
28. Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893–1899): Early Psycho-Analytic Publications.* London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1962. p. 87-115.
29. Freud S. *Inhibitions, symptoms and anxiety.* New York: W. W. Norton & Company; 1977.
30. Vaillant GE, éditeur. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers* [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 1992 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9798894550190> doi:10.1176/appi.books.9798894550190
31. Shorter E. The history of DSM. In: Paris J, Phillips J, éditeurs. *Making the DSM-5* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 5 janv 2026]. p. 3-19. Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-6504-1_1 doi:10.1007/978-1-4614-6504-1_1
32. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.* 2005;41(3):249-67. doi:10.1002/jhbs.20103
33. Juruena MF, Erer F, Cleare AJ, Young AH. The role of early life stress in HPA axis and anxiety. In: Kim YK, éditeur. *Anxiety disorders* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2020 [cité 5 janv 2026]. p. 141-53. (Advances in Experimental Medicine and Biology). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-981-32-9705-0_9 doi:10.1007/978-981-32-9705-0_9
34. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety.* 2016;33(12):1141-54. doi:10.1002/da.22530

35. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1066-85. doi:10.1002/da.20633 PubMed PMID: 19957279.
36. Combs H, Markman J. Anxiety disorders in primary care. *Med Clin North Am*. sept 2014;98(5):1007-23. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.003
37. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Psychiatry*. 1 févr 2022;9(2):137-50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3 PubMed PMID: 35026139.
38. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahbabi AA. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry*. 26 mai 2023;30(1):44. doi:10.1186/s43045-023-00315-3
39. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. mai 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X
40. Burns JK, Tomita A. Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2015;50(6):867-77. doi:10.1007/s00127-014-0989-7
41. Juma K, Wekesah FM, Kabiru CW, Izugbara CO. Burden, drivers, and impacts of poor mental health in young people of west and central africa: implications for research and programming. In: McLean ML, éditeur. *West african youth challenges and opportunity pathways* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 5 janv 2026]. p. 233-65. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-21092-2_11 doi:10.1007/978-3-030-21092-2_11
42. Schiele MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes Brain Behav*. 2018;17(3):e12423. doi:10.1111/gbb.12423
43. Gong W. Research progress on the neural circuits mechanisms of anxiety. *Front Neural Circuits*. 25 juin 2025;19:1609145. doi:10.3389/fncir.2025.1609145
44. Akiki TJ, Jubeir J, Bertrand C, Tozzi L, Williams LM. Neural circuit basis of pathological anxiety. *Nat Rev Neurosci*. janv 2025;26(1):5-22. doi:10.1038/s41583-024-00880-4 PubMed PMID: 39604513.
45. Grogans SE, Bliss-Moreau E, Buss KA, Clark LA, Fox AS, Keltner D, et al. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery. *Neurosci Biobehav Rev*. août 2023;151:105237. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105237 PubMed PMID: 37209932; PubMed Central PMCID: PMC10330657.

46. Kenwood MM, Kalin NH, Barbas H. The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. janv 2022;47(1):260-75. doi:10.1038/s41386-021-01109-z
47. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *J Psychopathol Behav Assess*. mars 2010;32(1):68-82. doi:10.1007/s10862-009-9161-1 PubMed PMID: 20622981; PubMed Central PMCID: PMC2901125.
48. Duval ER, Javanbakht A, Liberzon I. Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review. *Ther Clin Risk Manag*. 23 janv 2015;11:115-26. doi:10.2147/TCRM.S48528 PubMed PMID: 25670901.
49. Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 17 janv 2015;11:165-75. doi:10.2147/NDT.S58841 PubMed PMID: 25653526.
50. Goddard AW, Ball SG, Martinez J, Robinson MJ, Yang CR, Russell JM, et al. Current perspectives of the roles of the central norepinephrine system in anxiety and depression. *Depress Anxiety*. 2010;27(4):339-50. doi:10.1002/da.20642
51. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2000;12(S1):2-19. doi:10.1002/1520-6394(2000)12:1+<2::AID-DA2>3.0.CO;2-4
52. Schiele MA, Herzog K, Kollert L, Schartner C, Leehr EJ, Böhnlein J, et al. Extending the vulnerability–stress model of mental disorders: three-dimensional NPSR1 × environment × coping interaction study in anxiety. *Br J Psychiatry*. nov 2020;217(5):645-50. doi:10.1192/bjp.2020.73
53. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2013.
54. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *The Lancet*. mars 2021;397(10277):914-27. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7
55. Farhane-Medina NZ, Luque B, Tabernero C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: a systematic review. *Sci Prog*. 1 oct 2022;105(4):368504221135469. doi:10.1177/00368504221135469
56. Christiansen DM, McCarthy MM, Seeman MV. Where sex meets gender: how sex and gender come together to cause sex differences in mental illness. *Front Psychiatry*. 28 juin 2022;13:856436. doi:10.3389/fpsy.2022.856436
57. Asselmann E, Beesdo-Baum K. Predictors of the course of anxiety disorders in adolescents and young adults. *Curr Psychiatry Rep*. 25 janv 2015;17(2):7. doi:10.1007/s11920-014-0543-z

58. Lijster JM de, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The age of onset of anxiety disorders: a meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 1 avr 2017;62(4):237-46. doi:10.1177/0706743716640757
59. Chen TY, Geng JH, Chen SC, Lee JL. Living alone is associated with a higher prevalence of psychiatric morbidity in a population-based cross-sectional study. *Front Public Health*. 17 nov 2022;10:1054615. doi:10.3389/fpubh.2022.1054615
60. Afifi TO, Cox BJ, Enns MW. Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 févr 2006;41(2):122-9. doi:10.1007/s00127-005-0005-3
61. Chlapecka A, Wolfová K, Fryčová B, Cermakova P. Educational attainment and anxiety in middle-aged and older europeans. *Sci Rep*. 16 août 2023;13(1):13314. doi:10.1038/s41598-023-40196-4
62. Wu S, Yao M, Deng C, Marsiglia FF, Duan W. Social isolation and anxiety disorder during the COVID-19 pandemic and lockdown in China. *J Affect Disord*. 1 nov 2021;294:10-6. doi:10.1016/j.jad.2021.06.067
63. Simões AM, Souza JCP, Bandeira EAC, de Figueiredo LR, de Alencar DB. The effects of social isolation related to anxiety. *Int J Dev Res*. 30 nov 2020;10(11):42452-7. doi:10.37118/IJDR.20505.11.2020
64. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms. *Science*. 11 déc 2020;370(6522):eaay0214. doi:10.1126/science.aay0214
65. Yakubu Y, Mashat MD, Obadiah AA, Ochi EAA, Oklewu VF, Idris I. Depression, anxiety and job dissatisfaction: consequences of economic hardship in a lower middle-income country. *BMC Psychol*. 3 nov 2025;13(1):1215. doi:10.1186/s40359-025-03525-y
66. Hasdenteufel M, Quintard B. Psychosocial factors affecting the bereavement experience of relatives of palliative-stage cancer patients: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 30 nov 2022;21(1):212. doi:10.1186/s12904-022-01096-y
67. Draisey J, Halldorsson B, Cooper P, Creswell C. Associations between family factors, childhood adversity, negative life events and child anxiety disorders: an exploratory study of diagnostic specificity. *Behav Cogn Psychother*. mai 2020;48(3):253-67. doi:10.1017/S1352465819000717
68. Miloyan B, Joseph Bienvenu O, Brilot B, Eaton WW. Adverse life events and the onset of anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 1 janv 2018;259:488-92. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.027
69. Østergaard MLD, Aponte-Canencio DM, Barajas Ortiz Y, Velez Botero HJ, Simon Modvig J, Brasholt M. Vulnerability factors in conflict-related mental health. *Med Confl Surviv*. 2 janv 2023;39(1):63-80. doi:10.1080/13623699.2022.2156232 PubMed PMID: 36593439.

70. Salihu D, Wong EML, Kwan RYC, Ho GWK, Chutiyami M, Surajo KS, et al. Anxiety, depression and stress among internally displaced persons and host community in an armed conflict region: a comparative study. *Psychiatry Res.* 1 sept 2022;315:114700. doi:10.1016/j.psychres.2022.114700
71. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(Suppl 2):20-6.
72. Waumans RC, Muntingh ADT, Draisma S, Huijbregts KM, van Balkom AJLM, Batelaan NM. Barriers and facilitators for treatment-seeking in adults with a depressive or anxiety disorder in a western-european health care setting: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 5 mars 2022;22(1):165. doi:10.1186/s12888-022-03806-5
73. Daraz U, Bojnec Š, Khan Y, Hussain Z. Cultural narratives, social norms, and psychological stigma: a study of mental health help-seeking behavior in peshawar, pakistan. *Front Psychiatry.* 20 août 2025;16:1560460. doi:10.3389/fpsy.2025.1560460
74. Sauer KS, Withhöft M, Rief W. Somatic symptom disorder and health anxiety: assessment and management. *Neurol Clin.* 1 nov 2023;41(4):745-58. doi:10.1016/j.ncl.2023.02.009 PubMed PMID: 37775202.
75. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. New York: Oxford University Press; 2005. 424 p.
76. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int.* sept 2018;115(37):611-20. doi:10.3238/arztebl.2018.0611 PubMed PMID: 30282583; PubMed Central PMCID: PMC6206399.
77. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PubMed PMID: 9881538.
78. Knight S, Huecker M, Mallory MN. Medical mimics of psychiatric conditions, part 2. *Emerg Med.* 1 juin 2016;48(6):258-65. doi:10.12788/emed.2016.0034
79. Bransfield RC, Friedman KJ. Differentiating psychosomatic, somatopsychic, multisystem illnesses and medical uncertainty. *Healthcare.* 7 oct 2019;7(4):114. doi:10.3390/healthcare7040114 PubMed PMID: 31597359.
80. Wilmer MT, Anderson K, Reynolds M. Correlates of quality of life in anxiety disorders: review of recent research. *Curr Psychiatry Rep.* 6 oct 2021;23(11):77. doi:10.1007/s11920-021-01290-4
81. Locatelli M, Vanelli I, Fregna L, Martini F, Manfredi E, Pacchioni F, et al. Anxiety-related disorders. In: Cavallaro R, Colombo C, éditeurs. *Fundamentals of psychiatry for health care professionals* [Internet]. Cham: Springer International

- Publishing; 2022 [cité 5 janv 2026]. p. 121-79. Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-07715-9_5 doi:10.1007/978-3-031-07715-9_5
82. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Hardeveld F, de Graaf R, et al. Disability in anxiety disorders. *J Affect Disord.* 1 sept 2014;166:227-33. doi:10.1016/j.jad.2014.05.006
 83. Finning K, Ukoumunne OC, Ford T, Danielson-Waters E, Shaw L, Romero De Jager I, et al. Review: the association between anxiety and poor attendance at school – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2019;24(3):205-16. doi:10.1111/camh.12322
 84. de Lijster JM, Dieleman GC, Utens EMWJ, Dierckx B, Wierenga M, Verhulst FC, et al. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 1 avr 2018;230:108-17. doi:10.1016/j.jad.2018.01.008
 85. Borges TL, Miaso AI, Reisdorfer E, dos Santos MA, Vedana KGG, Hegadoren KM. Common mental disorders in primary health care units: associated factors and impact on quality of life. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 1 sept 2016;22(5):378-86. doi:10.1177/1078390316655207
 86. Coplan JD, Aaronson CJ, Panthangi V, Kim Y. Treating comorbid anxiety and depression: psychosocial and pharmacological approaches. *World J Psychiatry.* 22 déc 2015;5(4):366-78. doi:10.5498/wjp.v5.i4.366 PubMed PMID: 26740928; PubMed Central PMCID: PMC4694550.
 87. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 1 juin 2012;16(2):77-84. doi:10.3109/13651501.2012.667114 PubMed PMID: 22540422.
 88. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 30 juin 2017;19(2):93-107. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow PubMed PMID: 28867934.
 89. Institut National de la Statistique du Mali (INSTAT). Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5): rapport des résultats globaux [Internet]. Bamako: INSTAT; 2022 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/rgph/rapport-resultats-globaux-rgph5_rgph.pdf
 90. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Carte de référence – Région de Koulikoro – Nouveau découpage administratif du Mali [Reference map]. Bamako, Mali: OCHA; 2025.
 91. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT): 2019–2023 [Internet]. Bamako: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales; 2019 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <https://www.iccp->

portal.org/sites/default/files/plans/MLI_B3_s21_Plan%20Strategique%20MNT%20VF%20230319.pdf

92. Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. juin 2017;19(2):127-36. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein PubMed PMID: 28867937; PubMed Central PMCID: PMC5573557.
93. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cité 6 août 2026]. Rapport WHO/MSD/MER/2017.2. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
94. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from disease control priorities, 3rd edition. *Lancet Lond Engl*. 16 avr 2016;387(10028):1672-85. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6 PubMed PMID: 26454360.
95. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull*. sept 2016;142(9):969-90. doi:10.1037/bul0000053 PubMed PMID: 27416139; PubMed Central PMCID: PMC5110386.
96. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results [Interactive results tool] [Interactive web database]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024 [cité 6 août 2026]. Disponible sur: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

FICHE SIGNALÉTIQUE

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CISSE

Prénom : Mamadou

Courriel: cissemamadou556@gmail.com

Téléphone : +223 76 73 14 12

Titre de la thèse : Épidémiologie des troubles anxieux dans cinq districts sanitaires du Mali

Année de soutenance : 2026

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

Ville et lieu de soutenance : Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

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

Secteur d'intérêt : Santé mentale ; Santé publique

Résumé

Introduction : Les troubles anxieux figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Au Mali, les données en population générale restent limitées.

Objectif : Étudier l'épidémiologie des troubles anxieux dans la population générale adulte de cinq districts sanitaires du Mali.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée auprès de 3 832 adultes. Un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés a été utilisé. Les données ont été recueillies en face à face avec KoboCollect et le MINI référencé au DSM-5, puis analysées avec SPSS.

Résultats : La prévalence des troubles anxieux était de 12,0 % sur la vie entière et de 9,8 % au moment de l'enquête. Les femmes étaient plus touchées que les hommes. Les sous-types les plus fréquents étaient le trouble panique (5,9 % à vie ; 4,5 % actuel) et le trouble anxieux généralisé (4,8 % ; 4,6 %). Des comorbidités importantes étaient observées avec l'épisode dépressif majeur, les troubles psychotiques, le risque suicidaire, les troubles du sommeil et l'usage de substances. Après ajustement, le sexe féminin ($ORa = 2,7$) et l'usage de substances psychoactives ($ORa = 2,0$) étaient associés aux troubles anxieux.

Conclusion : Les troubles anxieux constituent un problème fréquent dans les cinq districts étudiés. Leur repérage et leur prise en charge doivent être renforcés dans les soins primaires, tout en poursuivant les recherches à l'échelle nationale.

Mots-clés : Troubles anxieux ; Épidémiologie ; Santé mentale ; Population générale ; Mali.

FACT SHEET

Last Name: CISSE

First Name: Mamadou

Mail: cissemamadou556@gmail.com

Phone: +223 76731412

Title of the Thesis: Epidemiology of Anxiety Disorders in Five Health Districts in Mali

Year of Defense: 2026

Country of Origin of the Student: Mali

City and Place of Defense: Bamako, Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS),
University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako (USTTB)

Place of Submission: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

Areas of Interest: Anxiety Disorders; Mental Health; Public Health; Epidemiology

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are among the most frequent mental disorders worldwide. In Mali, population-based epidemiological data remain limited.

Objective: To study the epidemiology of anxiety disorders among adults living in five health districts in Mali.

Methods: A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted among 3,832 adults. Multistage cluster sampling was used. Data were collected through face-to-face interviews using KoboCollect and the MINI referenced to DSM-5 criteria, then analysed with SPSS.

Results: Lifetime and current prevalence of anxiety disorders were 12.0% and 9.8%, respectively. Women were more affected than men. Panic disorder (lifetime prevalence: 5.9%; current prevalence: 4.5%) and generalised anxiety disorder (4.8% and 4.6%, respectively) were the most frequent subtypes. Major depressive episodes, psychotic disorders, sleep disorders and substance use were frequent comorbidities, while a substantial suicide risk was observed in some subtypes.. In the adjusted model, female sex (aOR = 2.7) and lifetime psychoactive substance use (aOR = 2.0) were associated with anxiety disorders.

Conclusion: Anxiety disorders were frequent in the five health districts studied. Detection and management should be strengthened in primary care, and nationally representative studies using appropriate complex-survey analyses are needed.

Keywords: Anxiety disorders; Epidemiology; Mental health; General population; Mali.

ANNEXES

ANNEXES**FICHE D'ENQUÊTE****Évaluation épidémiologique des troubles mentaux dans la population générale adulte au Mali****Notice d'information et consentement**

Madame, Mademoiselle, Monsieur, vous êtes invité(e) à participer à une enquête sur la santé mentale. Votre participation est volontaire. L'entretien porte sur votre situation sociodémographique, votre santé mentale et vos recours aux soins. Certaines questions peuvent être sensibles ou susciter un inconfort. Vous pouvez refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien à tout moment, sans conséquence. Aucune rémunération ni bénéfice individuel direct n'est garanti. Les informations seront traitées de manière confidentielle et analysées sans votre nom. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'USTTB sous le numéro 2024/128/CE/USTTB. Pour toute question, vous pouvez contacter l'équipe de recherche ou le Comité d'éthique de l'USTTB. En acceptant, vous confirmez avoir compris ces informations et consentir librement à participer.

Nom et prénom(s) ou code de l'enquêteur : _____

Acceptez-vous de participer à cette enquête après avoir reçu les informations ci-dessus ?

☐ Oui

☐ Non

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Région sanitaire

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ☐ KayesKoulikoroSikasso | ☐ | ☐ |
| ☐ SégouMoptiTombouctou | ☐ | ☐ |
| ☐ GaoKidalTaoudéni | ☐ | ☐ |
| ☐ MénakaNioroKita | ☐ | ☐ |
| ☐ DioïlaNaraBougouni | ☐ | ☐ |
| ☐ KoutialaSanDouentza | ☐ | ☐ |
| ☐ Bandiagara | ☐ | ☐ |
| ☐ District sanitaire | | |

Ecrivez tout en majuscule

Localité (village ou secteur)

Ecrivez tout en majuscule

Enregistrez votre position actuelle

latitude (x.y °)

_____ longitude (x.y °)

altitude (m)

_____ précision (m)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Âge

en année révolue

Sexe

☐ Masculin

☐ Féminin

Rang dans la fratrie Mère

Rang dans la fratrie Mère selon le sexe

Lien de consanguinité entre les parents

☐ Oui

☐ Non

Situation matrimoniale

☐ Marié (e) (mariage civil, religieux, coutumier)

☐ Célibataire

Divorcé (e) / séparé (e)

☐ Veuf (ve)

☐ Autre

☐ Si autre, préciser

Quel est votre niveau d'études atteint ?

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

- ☐ Alphabétisé(e)s
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire (lycée et écoles professionnelles)
- ☐ Supérieur (Université)
- ☐ Ecole coranique
- ☐ Autre
- ☐ Si autre, préciser
- ☐
- ☐

Êtes-vous croyant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Refus
- ☐ Si oui, quelle religion pratiquez-vous ?

Sélectionnez une seule

- ☐ Musulman
- ☐ Catholique
- ☐ Protestant
- ☐ Témoins de Jéhovah
- ☐ Animiste
- ☐ Autre
- ☐ Si autre, préciser
- ☐

Quelle est votre principale activité professionnelle ?

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

REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

Plusieurs réponses possibles

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

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

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Selon vous, doit-on contraindre un malade mental à se soigner ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

» EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

☐ tous les jours ? Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

A4.a Depuis combien de temps dure cette période ?

En jours

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

Si non à A6, cochez non à l'EDM

☐ Oui

☐ Non

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

Si oui à A7, cochez non à l'EDM

☐ Oui

☐ Non

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, spécifier

SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

☐ Actuel

☐ Passé

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

Nombre d'EDM y compris l'épisode actuel

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

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

» DYSTHYMIE

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

☐ Oui

☐ Non

B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ? Si oui à B2, cochez non à la dysthymie

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐

Oui

☐

Non

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

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

Si oui à B5, cochez non à la dysthymie

☐

Oui

☐

Non

DYSTHYMIE

☐

Oui

☐

Non

» RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

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

☐

Oui

☐

Non

C2 Voulu vous faire du mal ?

☐

Oui

☐

Non

C3 Pensé à vous suicider ?

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

- ☐ Oui
☐ Non
C4 Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?

- ☐ Oui
☐ Non
C5 Fait une tentative de suicide ?

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

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

- ☐ Oui
☐ Non
RISQUE SUICIDAIRE
☐ Oui
☐ Non
NIVEAU RISQUE SUICIDAIRE

- ☐ Léger
☐ Moyen
☐ Elevé
cotation du niveau du risque suicidaire: C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER; C3 ou (C2 + C6) = OUI :

MOYEN; C4 ou C5 ou (C3 + C6) =

OUI : ELEVE

» EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

ÉPISODE HYPOMANIAQUE

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé
☐ Actuel
☐ Passé

EPISODE MANIAQUE

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Si oui, spécifier si l'épisode exploré est actuel ou passé
☐ Actuel
☐ Passé

» TROUBLE PANIQUE

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- ☐ Oui
☐ Non

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

E4.k Aviez-vous peur de mourir ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

» AGORAPHOBIE

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

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

☐

Oui

☐

Non

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique

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

☐ Oui

☐ Non

» PHOBIE SOCIALE

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

» » Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

☐ vous ? Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

PHOBIE SOCIALE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

» ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Non

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

☐

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

l'avenir de la même manière ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

I4.a Aviez-vous des difficultés à dormir ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

I4.e Un rien vous faisait-il sursauter ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

SI I5 EST COTEE OUI, cochez oui au diagnostic

☐

Oui

☐

Non

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Actuel

☐

Passé

» ANXIETE GENERALISEE

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIÉTÉ SE RÉSUME À UN TYPE D'ANXIÉTÉ DÉJÀ EXPLORÉ PRÉCÉDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ÊTRE GÊNÉ EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ÊTRE CONTAMINÉ (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

SI O2b = NON : EXPLORER LA PÉRIODE PASSÉE DURANT LAQUELLE LES PRÉOCCUPATIONS/SOUCIS ÉTAIENT LES PLUS FRÉQUENTS SI O2b

= OUI : EXPLORER LA PÉRIODE ACTUELLE

☐ Oui

☐ Non

DE O3a À O3f, COTER NON LES SYMPTÔMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT

» » O3 Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:

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

☐ Oui

☐ Non

O3.b D'avoir les muscles tendus ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

O3.e D'être particulièrement irritable ?

☐ Oui

☐ Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

ANXIETE GENERALISEE

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Actuel

☐

Passé

» DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

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

☐

Oui

☐

Non

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

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

☐

Oui

☐

Non

» » J2 Au cours des 12 mois où votre consommation d'alcool a été la plus importante

/ Au cours des 12 derniers mois :

J2.a Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐ Oui

☐ Non

J2.f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec

les autres parce que vous buviez ?

☐ Oui

☐ Non

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

des problèmes psychologiques ?

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

☐ Oui

☐ Non

DEPENDANCE ALCOOLIQUE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

» TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Opiacés

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

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

☐ Oui

☐ Non

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) héroïne tramadol morphine opium méthadone codéine

☐ mépéridine fentanyl

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

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

☐ PERIODE ACTUELLE

☐ Oui

☐ Non

» » K2 En considérant votre consommation d'opiacés, au cours de cette période

d'au moins 12 mois

☐ :

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

DEPENDANCE aux OPIACES

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

» TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Cocaïne

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS CINQ DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

DEPENDANCE COCAÏNE

- ☐ Oui
☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

» TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.
NE COTER OUI QUE

SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION
OU S'ILS SONT

CULTURELLEMENT INAPPROPRIES. AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES
REponses. IDEES DELIRANTES

BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE
SUR DES EXPERIENCES

HABITUELLES DE LA VIE. HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES
PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez
certaines personnes.

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE

CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

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

COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

» » OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8.b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

L10.b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRAISE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

☐ Oui

☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE

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

☐

☐

O

u

i

N

o

n

» INSOMNIE

Au cours du mois écoulé :

P1 Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

P3 Avez-vous eu un sommeil de mauvaise qualité ?

☐ Oui

☐ Non

» » P4 Au cours du mois écoulé, vous m'avez dit avoir des difficultés à vous endormir / à rester endormi / avoir eu un sommeil de qualité non satisfaisante : (REPRENDRE LA REPONSE DU SUJET)

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

Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

INSOMNIE ACTUELLE

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

- ☐ Oui
☐ Non

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

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

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, combien de fois avez-vous consulté un professionnel de la santé mentale au cours des 12 derniers mois ?

Quels types de services de santé mentale avez-vous utilisés ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Consultations
☐ Hospitalisations
☐ Thérapies
☐ Autre
☐ Si autre, préciser

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

- ☐ Oui
☐ Non

Êtes-vous satisfait des services de santé mentale reçus ?

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

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

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ Coût
☐ Distance
☐ Stigmatisation
☐ Autre
☐ Si autre, préciser

Avez-vous déjà consulté un guérisseur traditionnel pour des problèmes de santé mentale ?

- ☐ Oui
☐ Non

Quels types de traitements traditionnels avez-vous reçus ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Herbes médicinales
 - ☐ Rituels
 - ☐ Prières
 - ☐ Autre
 - ☐ Si autre, préciser
-

Après avoir utilisé les traitements traditionnels, vos problèmes se sont-ils arrêtés ?

☐ Oui

☐ Non

Êtes-vous satisfait des traitements traditionnels reçus ?

☐ Très satisfait

☐ Satisfait

☐ Neutre

☐ Insatisfait

☐ Très insatisfait

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

☐ Neutre

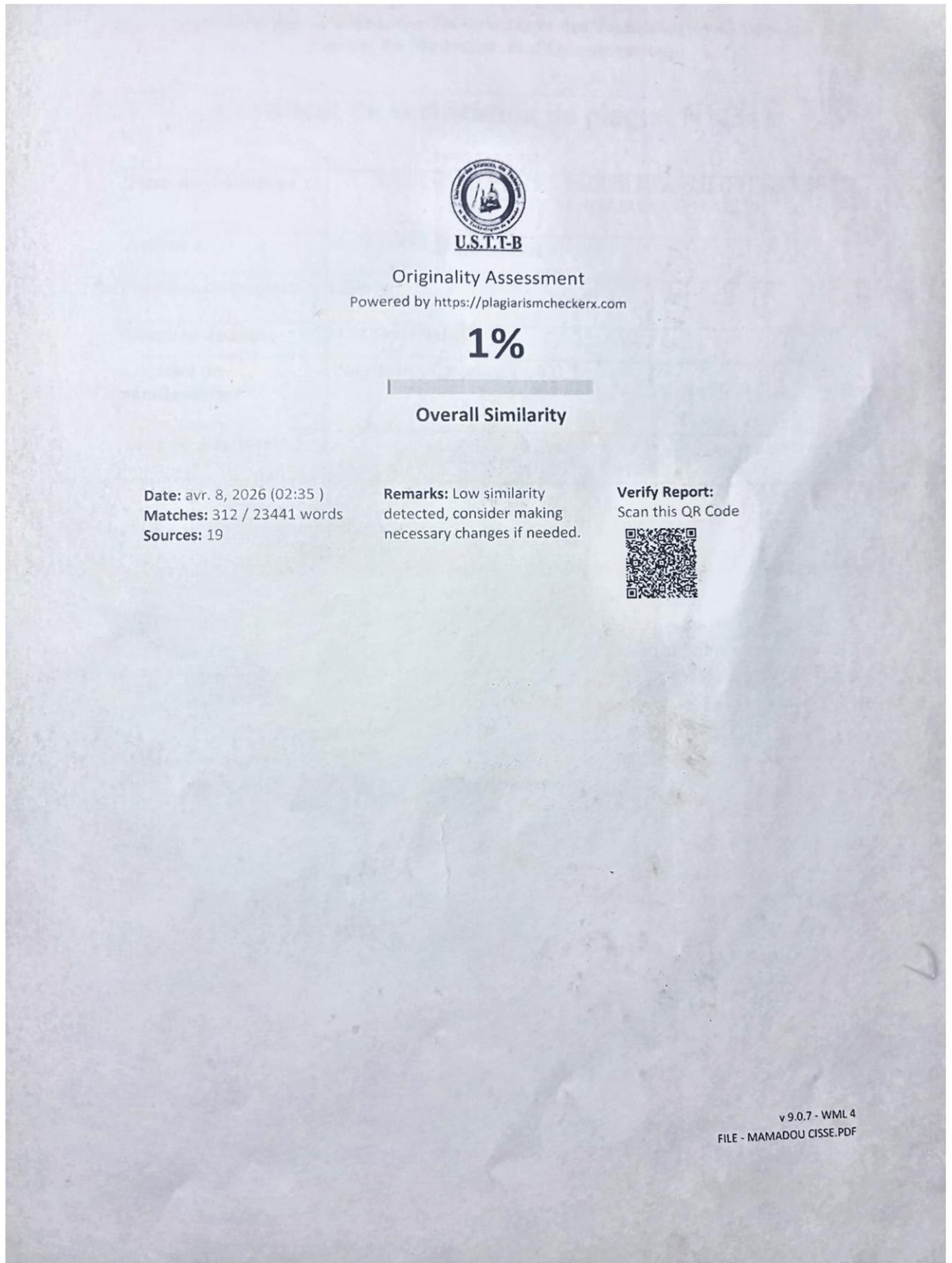
Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostologie

Certificat de vérification de plagiat N°1341

Titre du document :	EPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX DANS 05 DISTRICTS SANITAIRES AU MALI
Auteur :	MAMADOU CISSE
Nombre de pages :	129p
Nombre de mots	312 / 23441 words
Logiciel de vérification :	Plagiarism CheckerX v9.0.7
Taux de similarité :	1%

Fait à Bamako, le 08/04/2026





Chronogramme de réalisation

Tâches	Oct 2024	Nov 2024	Déc 2024	Jan 2025	Fév 2025	Mar 2025	Avr 2025	Mai 2025	Juin 2025	Juil 2025	Août 2025	Sep 2025	Oct 2025	Nov 2025	Déc 2025	Jan 2026	Fév 2026	Mar 2026	Avr 2026	Mai 2026	Juin 2026	Juil 2026
Préparation et protocole	X	X	X																			
Sélection des districts sanitaires		X	X																			
Échantillonnage et tirage au sort			X	X																		
Formation des enquêteurs et pré-test du questionnaire				X																		
Collecte des données				X	X																	
Analyse des données						X	X	X	X	X	X	X	X									
Rédaction du rapport final								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Corrections et finalisation du document																X	X	X	X	X	X	
Soutenance et diffusion																						X

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.