

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°

THESE

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES LIES A LA
CONSOMMATION DE SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES DANS 05 DISTRICTS
SANITAIRES AU MALI

Présentée et soutenue publiquement le.../.../202 devant le Jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. Yaya MARIKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : M. Souleymane Dit Papa Coulibaly ; Maître de Conférence

Agrégé

Directeur : M. Housseini DOLO ; Maître de conférences Agrégé

Co-directeur : M. Ousmane LY ; Maître-Assistant

Membres : M. Boubacar H MAIGA ; Psychiatre

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



SECRETARIAT PRINCIPAL

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

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

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

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

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie □ Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie

9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale □ Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation

3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie

38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
---	------------------	--

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

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

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

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

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

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie

13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	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
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

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

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

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

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

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

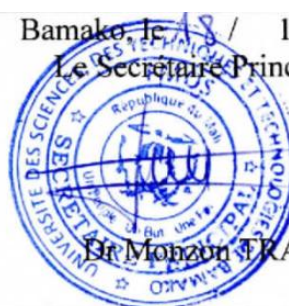
CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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 DACKOUCO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire

16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahim 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 NIAN	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 Apérrou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 18 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu : le tout-Puissant, pour sa grâce, sa protection et la force qu'il m'a accordée tout au long de ce parcours. A lui toute la gloire et toute ma reconnaissance.

A mon père feu Desiré Malamine Mariko : Rappelé à Dieu, même si tu n'es plus là pour partager ce moment avec moi, je sais que tu aurais été fier de voir ton fils réaliser son rêve d'enfance. Je m'engage à préserver les valeurs que tu m'as transmises et à toujours te faire honneur. Que Dieu t'accueille dans son immense paradis.

A ma mère Koura Soucko : Source inépuisable d'amour, de force et d'inspiration, pour son affection inconditionnelle, ses sacrifices innombrables, ses prières constantes et son soutien indéfectible à chaque étape de ma vie. Merci d'avoir toujours cru en moi, même dans les moments les plus difficiles et de m'avoir guidé avec une patience, un courage et une bienveillance exemplaires tout au long de ce parcours. Ce travail porte profondément l'empreinte de tes efforts, de ton dévouement et de ton immense générosité. Aucun mot ne saurait exprimer pleinement ma gratitude et mon admiration pour tout ce que tu as accompli pour moi. Que Dieu te garde longtemps auprès de nous, t'accorde une santé florissante et te comble abondamment de ses plus précieuses bénédictions.

A ma famille : Pour son amour inconditionnel, son soutien constant et les valeurs qu'elle m'a inculquées. C'est grâce à son éducation et à ses sacrifices que je suis devenu ce que je suis aujourd'hui.

A mon épouse Mme Mariko Fanta Diawara : Mon soutien de chaque instant, merci pour ton amour, ta patience et ta confiance. Ta présence à mes côtés a été une source de force et de motivation. Ce travail t'est dédié avec tout mon amour.

REMERCIEMENTS

A mes amis et camarades

A mes compagnons de route, avec qui j'ai partagé les joies, les défis et les exigences des études médicales.

A mon groupe d'exposé : Dr Modibo Diallo, Dr Mariam Yattara, Dr Fatoumata Anna Keita, Dr Coumba Sow, Dr Fatoumata Sidibé et Dr Hadiara E. Sangaré.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude pour votre amitié, votre solidarité, votre soutien constant et tous les précieux moments de partage qui ont marqué mon parcours universitaire. Que ces liens d'estime et de fraternité perdurent au-delà de nos années de formation.

Au Service de Psychiatrie

A mes chers Maîtres du Service de Psychiatrie, à l'ensemble du personnel et à tous les internes du service.

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre accueil, votre disponibilité, votre accompagnement et les enseignements de grande qualité que j'ai reçus à vos côtés. Votre professionnalisme, votre esprit d'équipe et votre engagement envers les patients ont été pour moi une véritable source d'inspiration.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect. Merci à toutes et à tous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ☐ Médecin psychiatre, chef de service de psychiatrie du CHU point-G ;
- ☐ Maître de conférences agrégé en psychiatrie à la FMOS ;
- ☐ Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- ☐ Secrétaire Général à l'organisation de la société Malienne de santé mentale;
- ☐ Secrétaire Général de la société africaine de santé mentale (SASM) ;
- ☐ Membre de la société malienne de Neurosciences ;
- ☐ Coordinateur des DES de la psychiatrie ;
- ☐ Responsable de l'enseignement de la psychiatrie.

Honorable maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses responsabilités. Votre humilité, votre rigueur professionnelle et votre sens du travail bien fait, font de vous un maître exemplaire.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre courtoisie ainsi que la clarté de vos enseignements et la pertinence de vos raisonnements constituent pour nous une véritable source d'inspiration. Votre accueil chaleureux et votre bienveillance resteront durablement gravés dans nos mémoires.

Cher maître, vous avez cultivé en nous l'esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience.

Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

Puisse Allah vous accorder santé, bonheur et réussite dans toutes vos entreprises.

A NOTRE MAÎTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Housseini DOLO

- ❑ MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la maladie, épidémiologie, Sciences Médicales ;
- ❑ Maître de conférences Agrégé en Épidémiologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;
- ❑ Directeur du Laboratoire de Santé Publique ;
- ❑ Chercheur à l'unité de recherche et de formation sur les maladies tropicales négligées (URF-MTN)

Cher Maître ;

Nous sommes profondément honorés par la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de diriger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre vaste culture académique, votre disponibilité et votre attachement à l'excellence ont été pour nous une source constante d'inspiration.

Vos conseils éclairés, votre encadrement de qualité et votre engagement pour la recherche scientifique ont largement contribué à l'aboutissement de cette thèse.

Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre respectueux attachement et notre sincère admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Ousmane LY

- ❑ Maître-Assistant au Département d'Enseignement et de Recherche (DER) de Santé Publique et Spécialités à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie et la Faculté de Pharmacie ;
- ❑ Enseignant Chercheur à la faculté de Médecine de l'USTTB ;
- ❑ Consultant international en santé Publique, Santé mondiale, Santé digitale et numérique ;
- ❑ Attaché d'enseignement au Master en ligne de l'ISPED de Bordeaux ;
- ❑ Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM).
- ❑ Ancien Coordinateur Exécutif du premier projet pilote de télémédecine du Mali (REIMCOM) ;
- ❑ Lauréat des Prix TIGA 2009 (Prix du Jury) et 2011 (1^{er} Prix de la Cybersanté)

Cher Maître ;

Votre brillant parcours académique et professionnel, votre engagement constant en faveur de recherche et du développement de la santé publique, ainsi que votre Contribution remarquable à la formation des générations futures suscitent notre profonde admiration.

Nous avons été particulièrement marqués par votre simplicité, votre disponibilité et votre attachement à l'excellence. Vos qualités humaines et scientifiques font de vous un modèle pour les apprenants.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, de notre respect et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

Docteur Boubacar H MAIGA

- ☐ Psychiatre ;
- ☐ Détenteur du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée approfondie en psychiatrie à l'université de Claude BERNARD de LYON(France) ;
- ☐ Praticien hospitalier au service de Psychiatrie du CHU Point G ;
- ☐ Membre de la Société Malienne de Santé Mental (SOMASAM)
- ☐ Membre de la société AFRICAINE de santé Mentale (SASM) ;
- ☐ Chargé de recherche.

Cher Maître ;

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous avez témoigné en acceptant avec plaisir et amabilité de juger ce travail ; vous vous êtes investi pour sa réalisation malgré vos multiples occupations. Nous avons été émerveillés par votre simplicité, votre modestie, et votre souci du travail bien fait

Veillez recevoir ici cher maître, nos remerciements et notre reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ATV : Aire tegmentale ventrale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

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

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

CSCoM : Centre de santé communautaire

CSPro : Census and Survey Processing

CSRéf : Centre de santé de référence

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

EPH : Établissement public hospitalier

FAPH : Faculté de pharmacie

FFI : Faisant fonction d'interne

FMOS : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

g : Taille d'effet de Hedges (Hedges' g)

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

IC95 % : Intervalle de confiance à 95 %

ICD-10 : International Classification of Diseases, 10th Revision

INSTAT : Institut national de la statistique

MFB : Medial Forebrain Bundle

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MNT : Maladies non transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONUDD : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

OR : Odds ratio

ORa : Odds ratio ajusté

p : Probabilité statistique

PCP : Phencyclidine

PMA : Paquet minimum d'activités

RGPH5 : Recensement général de la population et de l'habitat, 5e édition

SMR : Standardized Mortality Ratio

SPA : Substance psychoactive

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TC : Trouble des conduites

TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TOP : Trouble oppositionnel avec provocation

UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime

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

WENDU : West African Epidemiology Network on Drug Use

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des participants selon la tranche d'âge.	27
Tableau II : Répartition des participants selon le Statut Matrimonial.	28
Tableau III : Répartition des participants selon le niveau d'étude.....	28
Tableau IV : Répartition des participants selon le lien de consanguinité des parents.	30
Tableau V : Répartition des participants selon les croyances.....	31
Tableau VI : Répartition des participants selon les religions.	31
Tableau VII : Prévalence à vie et au cours des douze (12) derniers mois de la consommation des substances psychoactives en population générale dans 5 districts sanitaire au Mali en 2025.....	32
Tableau VIII : Prévalence à vie et au cours des douze (12) derniers mois de la dépendance aux SPA en population générale dans 5 districts sanitaire au Mali en 2025.	33
Tableau IX : Facteurs associés à la consommation des SPA au cours de la vie.....	34
Tableau X : Facteurs associés à la dépendance des SPA au cours de la vie.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale de cerveau montrant les trois principaux ensembles de neurones modulateurs.....	8
Figure 2 : Les modalités de consommation : de l'usage à la dépendance.	9
Figure 3 : Carte administrative du Mali.	17
Figure 4 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali.	19
Figure 5 : Répartition des participants selon le genre.....	27
Figure 6 : Répartition des participants selon la situation professionnelle.....	29
Figure 7 : Répartition des participants selon la fratrie utérine.	30

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	4
1. Objectif principal :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
II. GÉNÉRALITÉS	6
1. Définition des concepts	6
2. Bases explicatives et mécanismes neuropsychologiques liés aux substances psychoactives	7
3. Modalités d'usage des substances psychoactives	8
4. Différents types de substances psychoactives	9
5. Facteur de risque	10
6. Prise en charge	13
III. METHODOLOGIE	16
1. Cadre d'étude	16
2. Type d'étude	19
3. Période d'étude	19
4. Population d'étude	19
5. Echantillonnage	20
6. Outils et Technique de collecte des données	21
7. Plan d'analyse des données	23
8. Considérations éthiques	24
IV. RESULTATS	26
1. Caractéristiques sociodémographiques	27
2. Prévalence de la consommation des substances	32
3. Prévalence de la dépendance aux SPA	33
4. Facteurs associés à la consommation	34
5. Facteurs associés à la dépendance	35
V. DISCUSSION	38
1. Prévalence globale de la consommation de substances psychoactives	38
2. Profil des substances consommées	39
3. Facteurs sociodémographiques associés	41
4. Comorbidités psychiatriques associées	43
5. Dépendance aux substances psychoactives	44
6. Discussion de la méthodologie	47

CONCLUSION.....	50
RECOMMANDATIONS	52
REFERENCES	54
FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA THÈSE.....	59
ANNEXES.....	64

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une substance psychoactive est « une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect » [1].

De tout temps, les hommes consomment des substances psychoactives selon des modalités variées et à des fins diverses, qu'elles soient rituelles, initiatiques, thérapeutiques ou festives [2]. Toutefois, leur usage non contrôlé expose à des conséquences néfastes sur la santé et sur la vie en société. En effet, le mésusage des substances psychoactives constitue non seulement une réalité socialement préoccupante, mais également un trouble en soi [3].

La consommation de drogues représente aujourd'hui un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. En 2020, environ 284 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans ont consommé une drogue au cours des douze derniers mois [4].

Le cannabis demeure la drogue la plus consommée dans le monde, avec environ 219 millions d'utilisateurs, soit près de 4 % de la population mondiale. Au Canada, la prévalence de son usage chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves, notamment les troubles psychotiques, dépressifs ou bipolaires, est nettement supérieure à celle observée dans la population Générale [5]. En Afrique, la problématique de la consommation de drogues s'inscrit dans un contexte marqué par l'intensification du trafic international. Le continent est devenu une zone de transit privilégiée pour l'héroïne et la cocaïne. Ainsi, l'ONUDC rapportait la saisie de 33 tonnes de cocaïne en 2005 et estimait que 27 % de la cocaïne entrée en Europe en 2006 transitait par l'Afrique de l'Ouest. Malgré la faiblesse relative des outils statistiques sur le continent, il est admis que l'implantation, au début des années 2000, de réseaux de trafiquants originaires d'Amérique latine en Afrique de l'Ouest a favorisé une augmentation de la consommation de drogues dans plusieurs pays africains. À l'heure actuelle, le profil de consommation dans cette sous-région se caractérise par une forte prévalence de l'usage du cannabis, associée à une hausse de la consommation de cocaïne, d'héroïne et de stimulants de type amphétaminique [6].

Chez les jeunes, plusieurs facteurs favorisent l'initiation à la consommation. Une étude menée en Côte d'Ivoire auprès des sujets âgés de 13 à 27 ans a montré que l'imitation des pairs, la curiosité et le contexte festif constituaient les principales motivations de la première consommation. Parmi ceux qui ont poursuivi leur usage, 42 % évoquaient la recherche du plaisir, 28 % un effet auto-thérapeutique, 20 % l'amélioration de la performance et 10 % le besoin d'intégration dans un groupe [7].

Au Bénin, une étude sur la consommation des substances psychoactives a mis en évidence plusieurs facteurs influençant fortement cette pratique, notamment la connaissance des dangers liés à ces substances, la charge familiale, les horaires de travail, la disponibilité et l'accessibilité des produits, les antécédents familiaux ainsi que le niveau d'instruction [8].

Au Mali, une étude menée dans le service de psychiatrie du CHU Point G a montré que les troubles liés à l'usage de drogues représentaient 50,3 % des demandes de traitement [4].

Malgré l'ampleur de cette problématique, les données épidémiologiques sur les troubles liés à la consommation de substances psychoactives demeurent encore insuffisantes dans notre contexte, en particulier au niveau des districts sanitaires. Or, une meilleure connaissance de l'ampleur du phénomène, des caractéristiques des personnes concernées et des principales substances en cause est indispensable pour orienter les stratégies de prévention, de prise en charge et de planification sanitaire. C'est dans cette perspective que la présente étude a été entreprise dans cinq districts sanitaires du Mali, afin de contribuer à une meilleure compréhension de l'épidémiologie des troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

OJECTIFS

I. OBJECTIFS

1. OBJECTIF PRINCIPAL :

Etudier la prévalence des troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les facteurs associés au Mali.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la prévalence de la consommation des différentes substances psychoactives sur la vie entière et au cours des douze (12) derniers mois.
- Déterminer la prévalence de la dépendance aux substances psychoactives sur la vie entière et au cours des douze (12) derniers mois.
- Identifier les facteurs associés à la consommation des SPA au cours de la vie.
- Identifier les facteurs associés à la dépendance des SPA au cours de la vie.

GENERALITES

II. GÉNÉRALITÉS

1. DEFINITION DES CONCEPTS

1.1. Substance psychoactive/drogue

Une substance psychoactive est, de manière générale, tout produit qui influence le fonctionnement du cerveau, qu'il soit permis ou non[9].

Les substances psychoactives exercent une action sur le système nerveux central et autonome, modifiant le fonctionnement somatique et psychique de l'individu. Elles sont susceptibles de provoquer des perturbations au niveau des perceptions, de l'humeur, de la conscience, du comportement et de multiples fonctions psychologiques[10].

1.2. Consommation/Usage

Les notions d'« usage » et de « consommation » renvoient à l'ensemble des pratiques impliquant l'ingestion de substances psychoactives, sans que celles-ci traduisent nécessairement un caractère pathologique.

1.3. Toxicomanie

Elle a été remplacée par la notion de pharmacodépendance, qui met l'accent sur le mécanisme de dépendance induit par les substances, qu'elles soient naturelles ou synthétiques, licites (médicaments) ou illicites (drogues). Ce terme introduit une approche plus médicale et scientifique, centrée sur la relation entre l'organisme et la substance consommée.

À partir des années 1980, le concept d'addiction s'est progressivement imposé dans la littérature scientifique et clinique. Contrairement à « toxicomanie », l'addiction ne se limite pas aux substances chimiques : elle englobe également des comportements compulsifs non liés à une substance (jeu pathologique, usage excessif des écrans, etc.)[11].

Aujourd'hui, dans les classifications internationales (DSM-5, CIM-11), on parle de troubles liés à l'usage de substances ou de troubles addictifs. Cette terminologie reflète une compréhension multidimensionnelle :

Biologique : modifications neuroadaptatives du système de récompense.

Psychologique : perte de contrôle, compulsion, craving.

Sociale : conséquences sur la vie familiale, professionnelle et sociétale[12].

1.4. Addiction

L'addiction désigne un processus dans lequel un comportement, procurant à la fois du plaisir et un soulagement face à un malaise intérieur, est adopté de manière répétée. Ce comportement se

caractérise par une incapacité récurrente à en contrôler l'usage et par sa continuation malgré la conscience des effets négatifs qu'il entraîne[3].

L'addiction peut se manifester par la consommation de substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac, les opiacés ou certains médicaments. Dans ce cas, on parle d'addiction à une substance ou de trouble addictif lié à une substance. Toutefois, il existe également des formes d'addictions sans substance, dites comportementales, qui concernent des activités comme les jeux de hasard et d'argent, la sexualité, l'usage excessif d'internet, les achats compulsifs ou encore la pratique intensive d'exercice physique[13].

Il convient de préciser qu'un comportement de consommation ou de jeu n'implique pas nécessairement une addiction : celle-ci est caractérisée par une perte de contrôle répétée et la poursuite du comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives. À mesure que le trouble se développe, cette perte de contrôle tend à s'accroître et à affecter de manière croissante les différentes sphères de la vie de l'individu, qu'elles soient sociales, professionnelles ou personnelles[13].

2. BASES EXPLICATIVES ET MECANISMES NEUROPSYCHOLOGIQUES LIÉS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'addiction peut émerger à partir d'une simple curiosité, d'une recherche de plaisir immédiat ou encore d'un besoin de soulager rapidement des tensions internes, des angoisses ou des états de malaise. La rencontre entre un individu et une substance ou un comportement, à un moment particulier de son existence, peut alors déclencher un processus qui l'entraîne progressivement dans une spirale de dépendance. Les facteurs expliquant ce basculement ne sont pas simples à identifier, mais diverses vulnérabilités biologiques, psychologiques et sociales semblent intervenir, telles que l'histoire personnelle, l'environnement familial, social ou professionnel[13].

Sur le plan biologique, la vulnérabilité repose principalement sur le fonctionnement du système de récompense, constitué de structures cérébrales spécifiques. Normalement activé par les stimulations sensorielles naturelles, ce système est directement court-circuité par les substances psychoactives, qui provoquent une activation artificielle et intense, favorisant ainsi la perte de contrôle et l'installation du trouble addictif[13].

Le rôle du circuit de récompense dans les effets de renforcement positif des drogues a été suggéré il y a plus de 30 ans. Ce circuit, décrit par Olds et Milner en 1954, a pour éléments essentiels les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV) et le Medial Forebrain Bundle (MFB), faisceau de fibres reliant l'ATV au striatum ventral, plus particulièrement au nucleus

accumbens[14]. La stimulation électrique de ce faisceau entraîne un comportement d'autostimulation intracrânienne, considéré comme une « récompense » pour l'animal. Des études ultérieures ont montré que diverses substances toxicomanogènes avaient la capacité de réduire le seuil électrique pour cette autostimulation intracrânienne, suggérant que leur potentiel d'abus pouvait s'expliquer par une sensibilisation de ce circuit de récompense[15].

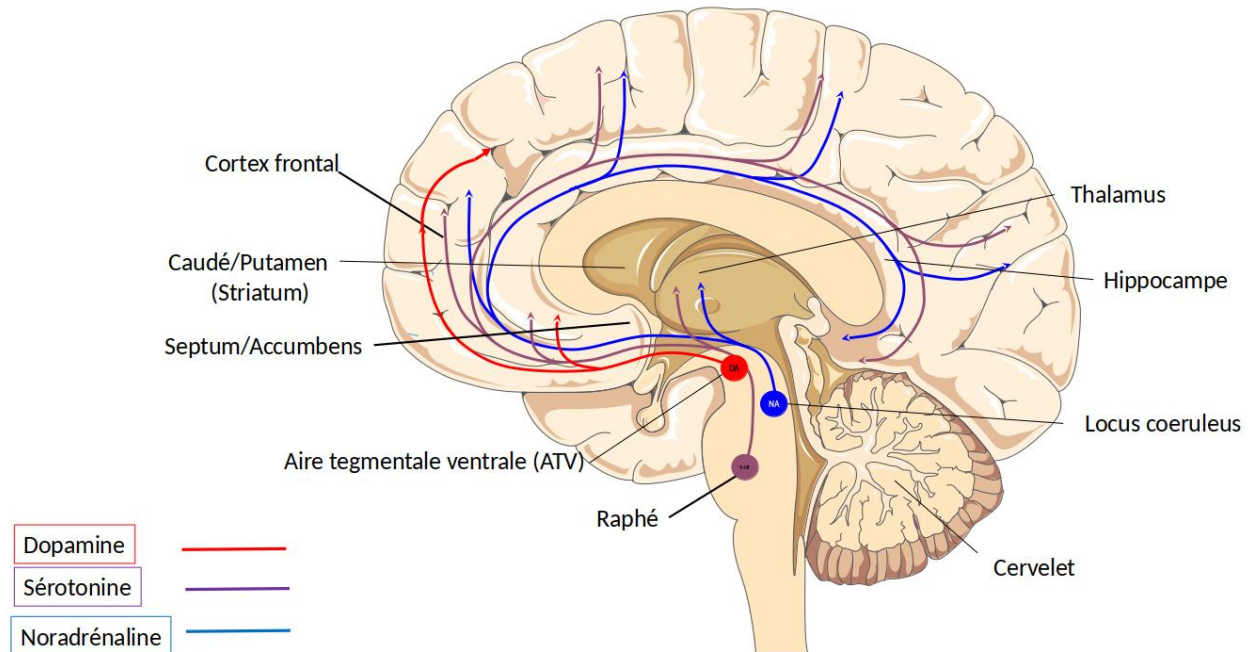


Figure 1 : Coupe sagittale de cerveau montrant les trois principaux ensembles de neurones modulateurs [16].

3. MODALITÉS D'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Principalement on distingue trois grands types de comportements de consommation des substances psychoactives : le non-usage, l'usage simple et le mésusage[17].

Le non-usage correspond à l'absence totale de consommation d'une substance psychoactive.

L'usage simple désigne une consommation usuelle, sans conséquences préjudiciables sur le plan médical, social ou économique. Cet usage peut varier en intensité et être qualifié d'expérimental, d'occasionnel ou de régulier.

Le mésusage se définit comme toute conduite de consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques ou de conséquences médicales, sociales ou économiques. Il comprend plusieurs sous-catégories :

- **L'usage à risque** : correspond à des niveaux de consommation susceptibles d'entraîner des complications physiques, psychologiques ou sociales, bien que celles-ci ne soient pas encore présentes.
- **L'usage nocif (ou abus)** : désigne un mode de consommation préjudiciable à la santé, avec des complications physiques ou psychiques, mais sans répondre aux critères de la dépendance.
- **La dépendance** : se manifeste par un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, dans lesquels l'usage d'une substance spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités[18].

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) [19] de l'OMS ainsi que dans le DSM-IV [20] de l'Association américaine de psychiatrie, une distinction est opérée entre l'usage nocif (ou abus) et la dépendance. En revanche, le DSM-5 [21], publié en 2013, ne conserve plus cette séparation et regroupe ces manifestations sous une entité unique, définie par les critères du trouble lié à l'usage d'une substance, également désigné comme addiction à une substance.

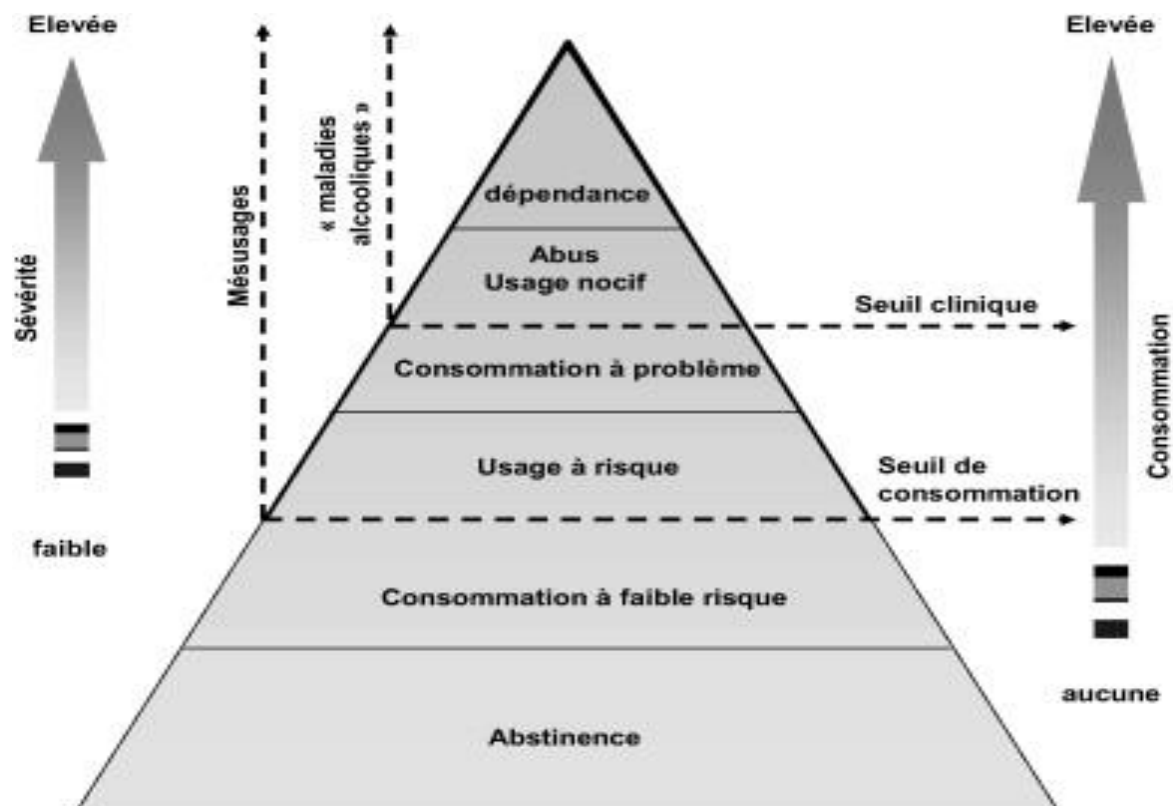


Figure 2 : Les modalités de consommation : de l'usage à la dépendance [22].

4. DIFFERENTS TYPES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les substances psychoactives (SPA) ont été l'objet de multiples tentatives de classification, fondées soit sur leurs effets pharmacologiques (Lewin ; Delay & Deniker ; Pelicier & Thuillier),

soit sur le degré de dangerosité qu'elles représentent (Organisation mondiale de la Santé ; rapport Pelletier ; rapport Roques)[23]. Parmi ces approches, la classification proposée par Delay et Deniker demeure la plus utilisée. Elle distingue trois grandes catégories : Les psycholeptiques ou sédatifs psychiques, Les psychoanaleptiques ou stimulants psychiques, Les psychodysleptiques ou perturbateurs psychiques.

4.1. Psychoanaleptiques

Les psychoanaleptiques, également appelés stimulants, regroupent des substances qui activent le système nerveux central en accélérant son fonctionnement. Leur action se traduit par une augmentation de la vigilance, une réduction de la sensation de fatigue et une modification de l'humeur orientée vers l'exaltation. Parmi les principaux représentants de cette catégorie figurent la cocaïne, la nicotine, les amphétamines et leurs dérivés.

4.2. Psycholeptiques

Les psycholeptiques ou dépresseurs sont des substances qui ralentissent l'activité cérébrale (effet sédatif ou hypnotique). Ce sont principalement les opiacés, l'alcool, les benzodiazépines et les barbituriques.

4.3. Psychodysleptiques

Les psychodysleptiques sont des substances qui perturbent le fonctionnement cérébral, provoquant des troubles de la perception et des idées délirantes avec en tête de liste le cannabis qui reste la drogue illicite la plus consommée dans le monde. Nous pouvons également citer l'ecstasy et la phencyclidine (PCP)

5. FACTEUR DE RISQUE

En santé, le risque renvoie à un ensemble de déterminants dont la présence accroît la probabilité de survenue d'un événement nuisible pour l'individu ou la collectivité[24].

Les notions de facteurs de risque et de facteurs de vulnérabilité sont fréquemment associées et parfois utilisées de manière interchangeable. Toutefois, elles renvoient à des perspectives distinctes :

La vulnérabilité met l'accent sur une prédisposition individuelle ou une fragilité personnelle, souvent liée à l'histoire de vie, aux caractéristiques psychologiques ou biologiques de l'individu. Elle constitue un mécanisme favorisant le développement d'un trouble lorsqu'une exposition survient.

Le facteur de risque, en revanche, possède une portée plus générale et probabiliste. Il désigne tout élément ou condition augmentant la probabilité d'apparition d'une maladie ou d'un trouble chez les sujets exposés, sans nécessairement impliquer une fragilité intrinsèque.

Les études montrent que la consommation de substances psychoactives à l'adolescence est déterminée par un ensemble de facteurs de risque regroupés en cinq domaines principaux : l'individu, la famille, les pairs, l'école et la communauté[24].

De nombreuses recherches mettent en évidence que les facteurs de risque influencent le comportement par leur effet cumulatif au fil du temps. Ainsi, plus le nombre de facteurs de risque présents est élevé et persiste sur une longue période, plus la probabilité d'un impact significatif sur le développement de l'individu augmente[10].

5.1. Facteurs individuels

L'initiation à la consommation de substances psychoactives (SPA) ainsi que les réactions aux effets pharmacologiques varient considérablement d'un individu à l'autre. Ces différences reposent sur plusieurs dimensions personnelles.

5.1.1. Facteurs génétiques

Sur le plan développemental, les déterminants génétiques constituent les premiers éléments de vulnérabilité à interagir avec l'environnement[10]. Ils contribuent à façonner des trajectoires différenciées de consommation au cours de la vie. Les données scientifiques indiquent qu'il est improbable qu'un seul gène puisse expliquer la consommation de substances. Il s'agit plutôt d'un ensemble de facteurs génétiques qui, en interaction avec l'environnement, influencent l'émergence et l'évolution des comportements de consommation[10].

5.1.2. Facteurs liés à l'âge et au sexe

La consommation de SPA apparaît généralement au milieu de l'adolescence et tend à croître jusqu'à la fin de cette période. À l'entrée dans l'âge adulte, une majorité de jeunes réduisent ou cessent leur consommation, en raison des nouvelles responsabilités sociales et professionnelles[25]. Le sexe constitue également un facteur différenciant : les garçons présentent un risque accru d'initiation précoce. De plus, une consommation avant 14 ans est fortement corrélée à la survenue ultérieure de problèmes liés à l'usage[25].

5.1.3. Facteurs de personnalité et de tempérament

Les traits de personnalité et de tempérament jouent un rôle déterminant. Les comportements externalisés tels que l'impulsivité, la recherche de sensations, l'agressivité ou les troubles de conduite sont des prédicteurs majeurs de la consommation[25]. Par ailleurs, un tempérament

difficile caractérisé par une forte activité, un déficit d'autocontrôle, une émotivité négative et une faible capacité d'attention est associé à une vulnérabilité accrue face à l'usage de substances[25].

5.1.4. Facteurs psychiatriques

Les troubles psychiatriques constituent un autre domaine de vulnérabilité. Les troubles intériorisés (dépression, anxiété, trouble bipolaire) sont fréquemment associés à la consommation et à ses formes problématiques, bien que la relation temporelle entre ces phénomènes demeure ambiguë. Les troubles externalisés tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) sont également fortement corrélés à l'usage de SPA[25]. Une étude menée auprès d'adolescents en traitement pour un trouble lié à l'utilisation de substances a révélé des taux élevés de comorbidité : 25 % présentaient un TDAH, 49 % un TOP et 57 % un TC[24].

5.2. Facteurs familiaux

Diverses caractéristiques familiales peuvent accroître la probabilité d'initiation et de développement de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives durant l'adolescence. Parmi les principaux facteurs de risque identifiés, on retrouve :

- La consommation de substances par les parents.
- Une supervision parentale insuffisante.
- Une attitude permissive des parents vis-à-vis d'une consommation élevée d'alcool.
- Un statut socioéconomique défavorisé.
- Le fait de grandir dans une famille nombreuse.
- L'appartenance à une famille monoparentale.
- Les situations de divorce ou de séparation familiale.
- Un attachement faible entre parents et enfants.

5.3. Facteurs scolaires

Les variables liées au parcours scolaire constituent des déterminants importants du risque de consommation de substances psychoactives. Les faibles performances académiques, les difficultés d'apprentissage, les comportements perturbateurs en milieu scolaire ainsi que les déficits dans les habiletés sociales augmentent la probabilité d'initiation et de maintien de la consommation[10]. De plus, un faible attachement à l'école, le désengagement scolaire et la présence de relations conflictuelles ou distantes entre élèves et enseignants apparaissent comme des prédicteurs significatifs de l'usage de substances[25].

5.4. Facteurs liés aux pairs

L'influence des pairs joue un rôle central dans l'initiation et la poursuite de la consommation. La fréquentation d'amis présentant des comportements déviants est fortement associée à un risque accru de consommation, notamment lorsque ces pairs consomment, distribuent ou vendent des substances. L'exposition précoce à de tels environnements favorise l'initiation rapide et la consolidation des comportements de consommation. Plusieurs modèles théoriques considèrent l'influence des pairs comme le facteur de risque le plus déterminant dans la dynamique individuelle de consommation[25].

5.5. Facteurs liés à la communauté

Les caractéristiques communautaires influencent fortement la consommation de substances psychoactives[25]. Des lois et normes sociales favorables à l'usage constituent un facteur de risque, tout comme l'accessibilité aux drogues, qui peut varier indépendamment de ces réglementations[10]. Chez les adolescents, une faible participation à des activités encadrées par des adultes accroît le risque de poly consommation précoce. Enfin, les contextes marqués par un faible statut socioéconomique, des revenus familiaux limités et des conditions de logement précaires présentent des niveaux particulièrement élevés de problèmes liés à la consommation[10].

6. PRISE EN CHARGE

Les objectifs de la prise en charge, pour toutes les substances psychoactives en dehors de l'alcool, visent idéalement l'arrêt de la consommation et le maintien durable de cet arrêt. Concernant l'alcool, l'objectif est soit un arrêt complet de l'usage, soit un retour à une consommation à faible risque[26].

Deux principes centraux guident la prise en charge addictologique : permettre au sujet de définir lui-même ses objectifs afin de préserver le lien thérapeutique, et accompagner l'arrêt d'usage par une démarche globale de changement progressif[18].

Une fois l'arrêt obtenu, la prise en charge doit également soutenir le sujet dans la réappropriation de ses dimensions psychiques, physiques, relationnelles et sociales[10].

6.1. Prise en charge psychiatrique

Elle a pour but la correction des troubles psychiatriques compliquant la toxicomanie ou révélés par elle. Ces troubles psychiatriques peuvent être non spécifiques à la toxicomanie (troubles dépressifs, anxieux, du sommeil, démence) ou spécifiques (syndrome amotivationnel, pharmacopsychose)[3].

6.2. Prise en charge psychothérapeutique

La psychothérapie occupe une place primordiale dans la prise en charge des addictions. On distingue[27] :

- **La psychothérapie de soutien**, elle a pour but de renforcer les défenses psychiques existantes et d'instaurer un lien de confiance.
- **Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique** sont indiquées chez des patients ayant accompli un certain travail d'élaboration psychique lors de la psychothérapie de soutien.
- **Les psychothérapies familiales**, trop souvent encore, au moment de la première consultation, le toxicomane a déjà rompu avec sa famille ou celle-ci l'a rejeté. Ces psychothérapies constituent une aide supplémentaire, surtout dans les toxicomanies de l'adolescent et de l'adulte jeune où la famille doit être aidée à trouver les moyens d'accompagner le jeune toxicomane.
- **Les psychothérapies cognitivo-comportementales** utilisent les techniques des entretiens motivationnels pour amener le patient à concevoir l'intérêt de l'abstinence.

6.3. Prise en charge sociale

Elle a pour objectif, l'intégration du patient dans la vie active. Des structures postcure ou des associations peuvent aider à atteindre cet objectif. Cette partie de la prise en charge n'est pas à négliger, une situation sociale catastrophique, l'existence de dettes, l'absence de moyens de survie sont des facteurs entravant toute démarche thérapeutique.

6.3. Prise en charge institutionnelle

Certains toxicomanes ont besoin d'un étayage qu'une prise en charge institutionnelle à temps complet ou partiel est susceptible d'offrir[27]. Aussi le sevrage à certaines SPA notamment l'alcool est plus sécurisé en milieu institutionnel[27].

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au Mali précisément dans plusieurs aires de santé.

L'aire de santé est une subdivision du district sanitaire, elle constitue l'unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5.000) habitants et formant la zone de constitution et d'intervention d'un centre de santé communautaire ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées. Ils sont chargés de répondre aux besoins sanitaires de la population locale[28].

Un district sanitaire une circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district sanitaire correspond au cercle ou à une commune urbaine de Bamako

LOI N°02-049/ DU 22 JUILLET 2002 PORTANT LOI D'ORIENTATION SUR LA SANTE[28].

Au total, le Mali compte 75 districts sanitaires, parmi lesquels 5 ont été sélectionnés pour la présente étude.

1.1. Présentation du Mali

1.1.1. Géographie du Mali

Le Mali est le plus vaste état d'Afrique de l'ouest après le Niger. Il est enclavé à l'intérieur de l'Afrique occidentale entre le tropique du Cancer et l'Equateur. Le Mali a une superficie de 1 241 238 km² et compte 22 395 489 d'habitants en 2020. La plupart de la population vit en zone rurale. Le Mali est divisé en 19 régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudéni, Ménaka, Nioro, Bougouni, Dioïla, Koutiala, Kita, Nara, Bandiagara, San et Douentza. Bamako possède un statut particulier de « district de Bamako » rassemblant dix communes urbaines. Les régions sont subdivisées en 159 cercles, 474 arrondissements, 815 communes et 12631 villages, fractions et quartiers.

1.1.2. Démographie du Mali

L'effectif de la population totale du Mali au RGPH5 de 2022 est 22 395 489 [29] . Le district de Bamako, abritant une population de 4 227 569 habitants, soit 18,9 % de la population totale, est le plus peuplé du pays. Le taux de croissance démographique annuel moyen est de 3,3 %. La population féminine représente 49,7 % contre 50,3 % pour la population masculine. La population adulte de 18 ans ou plus représente 46,0 %. La population vit majoritairement en zone rurale (69,6

%). Toutefois, le taux de croissance de la population vivant en milieu urbain ne cesse d'augmenter passant de 18,3 % en 1998 à 30,4 % en 2022 [29].



Figure 3 : Carte administrative du Mali [30].

1.2. Organisation du système de santé au Mali

Au Mali, le système de santé comprend des structures publiques (État et collectivités), privées, communautaires et confessionnelles, ainsi que des ordres professionnels. Tous ces acteurs participent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. La gestion se fait aux niveaux : institutionnel et opérationnel[31].

Il est conçu selon une structure pyramidale comprenant :

- **Premier niveau :** les Centres de Santé Communautaire (CScom), gérés par des associations de santé communautaire à travers des comités de gestion.
- **Deuxième niveau :** les Hôpitaux de Districts ou anciens Centres de Santé de Référence (CSRéf).
- **Troisième et quatrième niveaux :** les Hôpitaux régionaux et nationaux (Universitaires).

Les trois niveaux d'organisation :

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

Il comprend deux échelons :

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

- **Le Niveau intermédiaire**

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

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

Comprend 5 EPH, dont 3 à vocation générale :

- L'hôpital Point G,
- L'hôpital Gabriel Touré,
- l'Hôpital du Mali[31]
- CHU de Kati (Pr Bocar Sidy Sall) réputé pour son expertise en traumatologie, en orthopédie, en neurologie et dans le traitement des fractures et le Centre Hospitalier Mère-Enfant "Le Luxembourg" (CHME) spécialisé dans la pédiatrie, la néonatalogie et la prise en charge de la mère et de l'enfant.

Cette structure permet une approche organisée pour répondre aux besoins de santé de la population malienne[31].

La présente étude s'intéresse uniquement au 1^{er} échelon de la pyramide sanitaire.

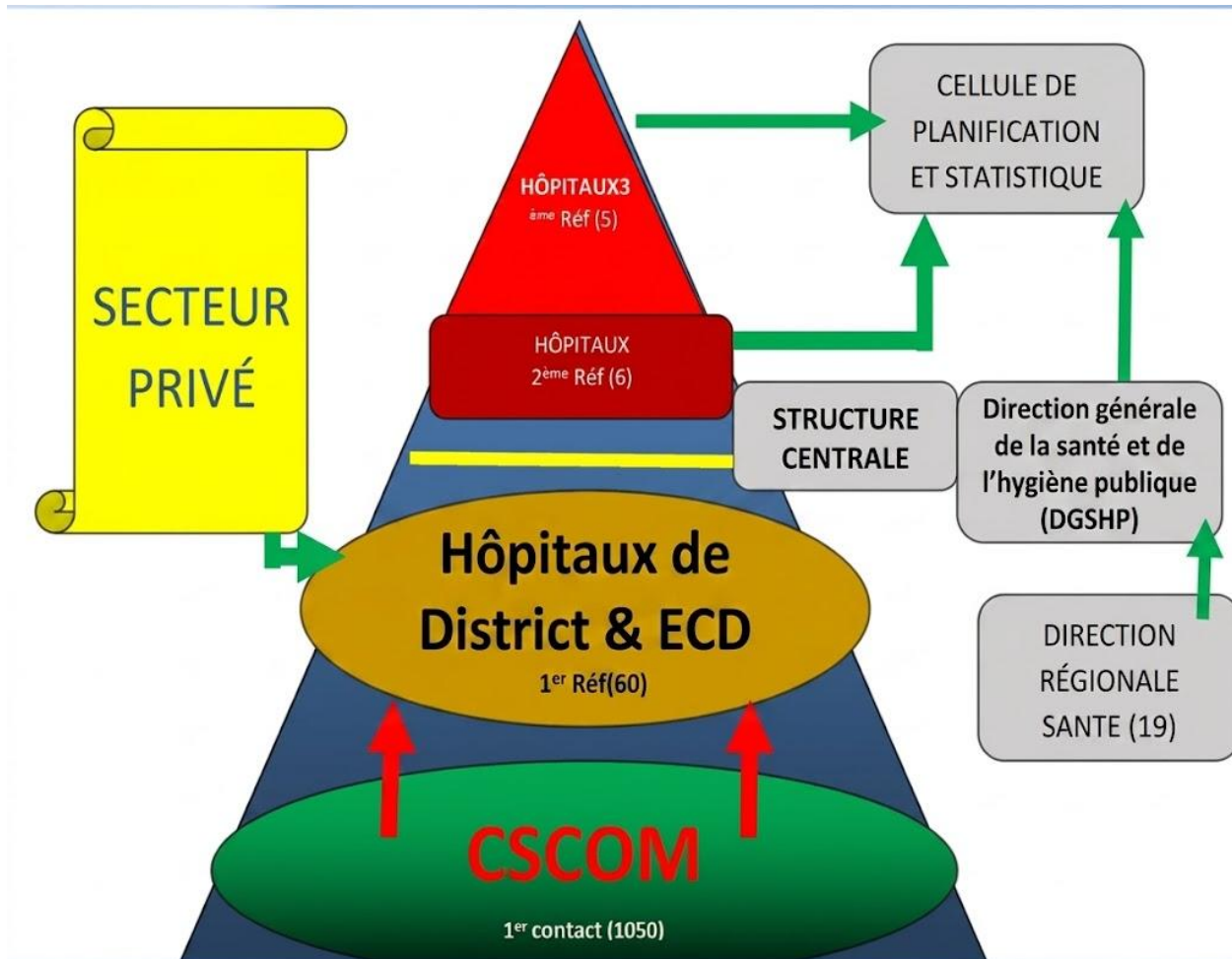


Figure 4 : Schéma de la pyramide sanitaire du Mali [32].

2. TYPE D'ETUDE

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

3. PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée d'octobre 2024 à octobre 2025, couvrant une durée totale de 13 mois, avec une phase de collecte des données concentrée sur un mois (janvier – février 2025).

4. POPULATION D'ETUDE

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

4.1. Critères d'inclusion

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

4.2. Critères de non inclusion

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

5. ECHANTILLONNAGE

5.1. Taille de l'échantillon

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

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Étant donné que le taux de prévalence des maladies mentales dans la population générale n'est pas connu au Mali, nous avons retenu comme référence les résultats d'une enquête similaire menée au Burkina Faso, en Afrique de l'Ouest, qui a rapporté une prévalence d'environ 41,43 %[33].

Sur cette base, et en considérant :

- Une proportion de 41,4 %,
- Une précision de 5 %,
- Un effet de grappe de 2,
- Et un niveau de confiance de 95 %,

La taille de l'échantillon a été calculée à 746 participants par district, soit un total de **3730** participants.

5.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons adopté une méthode d'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés

Première étape

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

Deuxième étape

Dans chaque district sélectionné, un certain nombre d'aires de santé a été tiré au sort en fonction de la taille de la population du district. Le nombre d'aires de santé à inclure était proportionnel à

la population totale du district, garantissant ainsi que les districts plus peuplés contribuent davantage à l'échantillon total.

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

Choix des ménages

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

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

6. OUTILS ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

7. PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

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

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

Les prévalences à vie et au cours des 12 derniers mois de la consommation de substances psychoactives (SPA) ont été estimées en population générale. Les substances étudiées comprenaient l'alcool, les opiacés, la cocaïne, le cannabis, les sédatifs et les stimulants. Une variable globale « toute substance psychoactive » a également été analysée.

Les prévalences de la dépendance aux SPA ont été calculées selon les mêmes modalités temporelles (vie entière et période récente). Les résultats ont été exprimés en effectifs et pourcentages, et présentés globalement ainsi que selon le sexe.

Une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la consommation de substances psychoactives au cours de la vie. Les variables explorées comprenaient :

- Les caractéristiques sociodémographiques (sexe) ;
- Les facteurs familiaux (consanguinité parentale) ;
- Les facteurs socioculturels (religion) ;
- Les facteurs géographiques (région et district sanitaires) ;
- Les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques) ;
- Le risque suicidaire.

Les associations ont été mesurées à l'aide des odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95%).

Les variables ayant une valeur de $p < 0,20$ en analyse univariée ont été introduites dans un modèle de régression logistique multivariée afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la consommation de SPA. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa) avec leurs IC95%. La même démarche a été appliquée pour l'étude des facteurs associés à la dépendance aux substances psychoactives. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ pour l'ensemble des analyses.

8. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La recherche impliquant la participation de sujets humains a été menée conformément aux bonnes pratiques cliniques ainsi qu'aux principes fondamentaux de l'éthique, à savoir le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Un consentement libre et éclairé a été systématiquement sollicité auprès de chaque individu pressenti pour participer à l'étude. Les données recueillies ont été sécurisées et protégées contre toute altération ou communication non autorisée. L'anonymat absolu et la confidentialité ont été rigoureusement garantis pour l'ensemble des participants.

RESULTATS

IV. RESULTATS

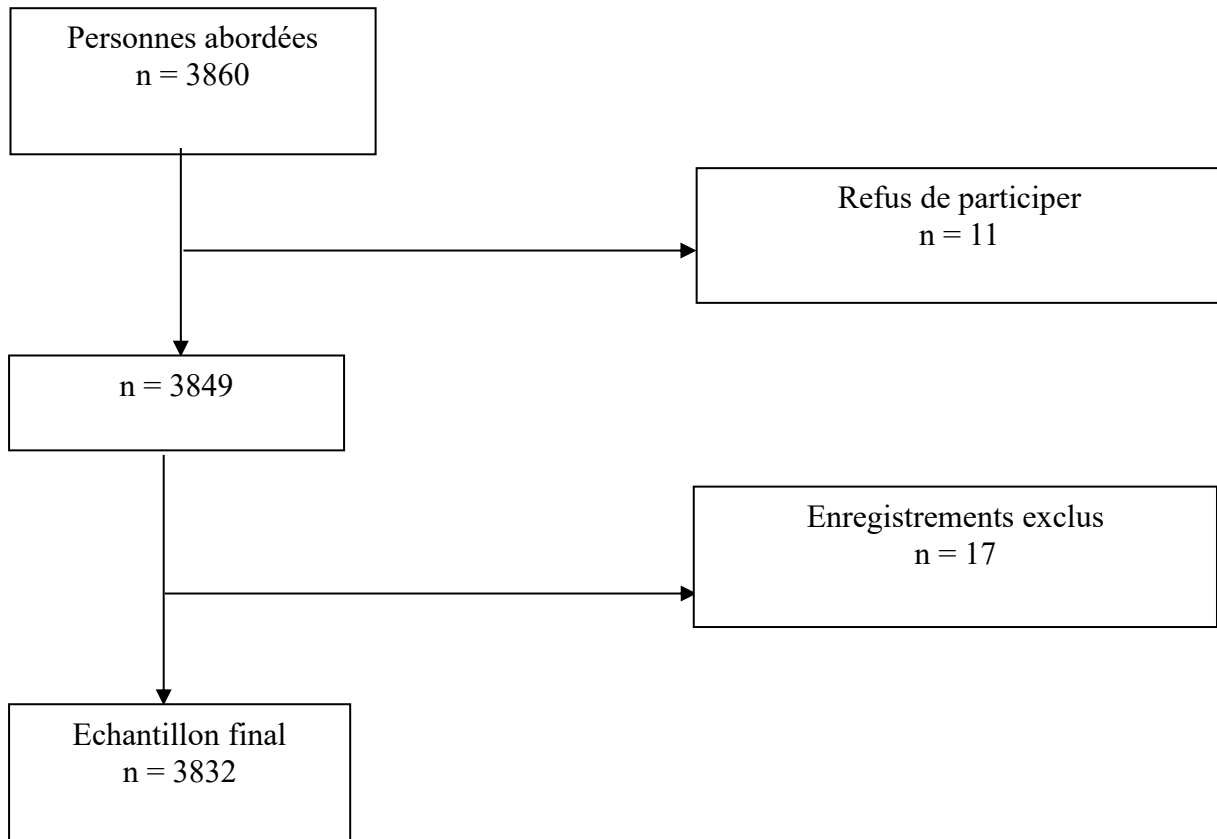


Figure 5 : Diagramme de flux

1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

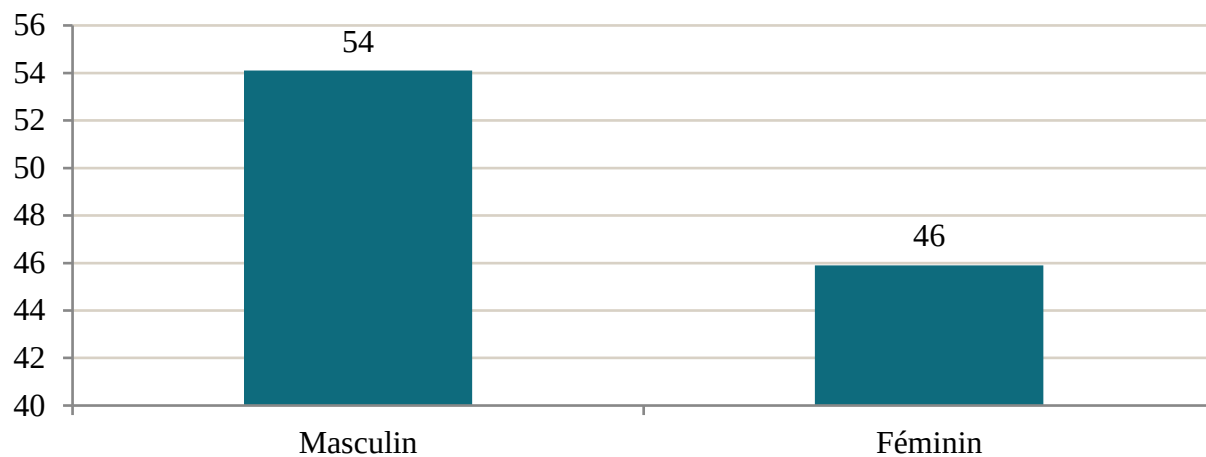


Figure 6: Répartition des participants selon le genre.

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

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

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
18–24	707	18,4
25–34	1044	27,2
35–44	722	18,8
45 ans et plus	1350	35,5
Total	3832	100,0

La tranche d'âge de 45 ans et plus était la plus représentée avec 35,5% des effectifs.

Tableau II : Répartition des participants selon le Statut Matrimonial.

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

Les enquêtés mariés représentaient 83,3% des observations.

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

Education	Effectif	Pourcentage (%)
Alphabétisé(e)	114	3,0
Jamais scolarisé	1499	39,1
Primaire	1189	31,0
Secondaire	533	13,9
Supérieur	222	5,8
Ecole Coranique	273	7,1
Autre	2	0,1
Total	3832	100

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

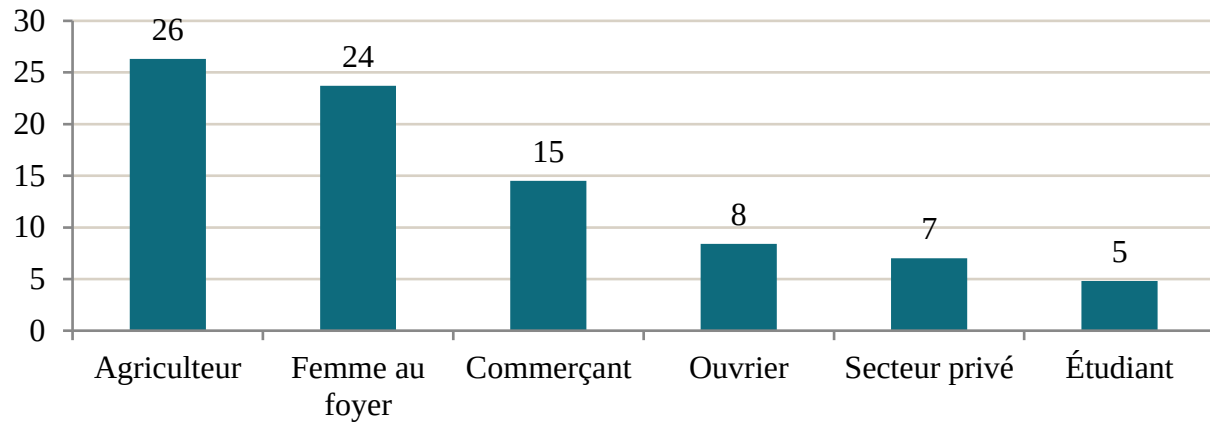


Figure 7 : Répartition des participants selon la situation professionnelle.

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

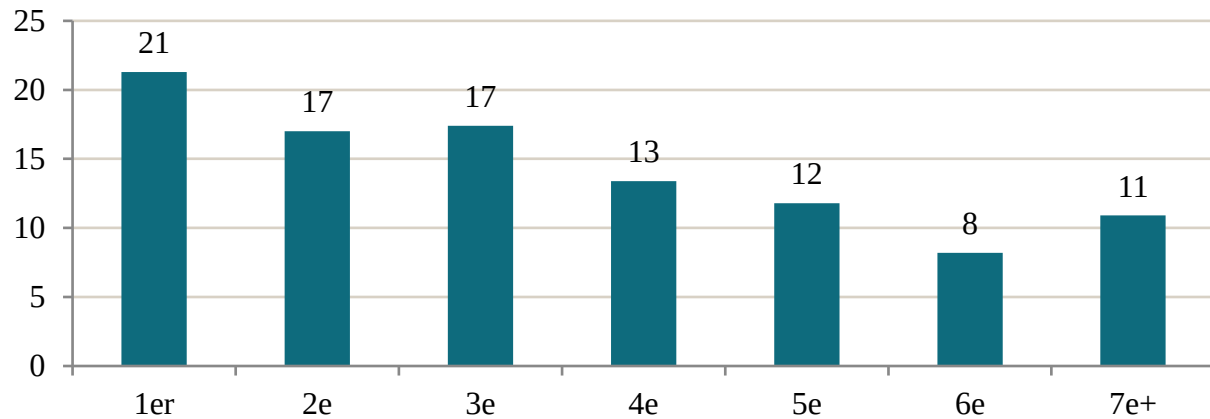


Figure 8 : Répartition des participants selon le rang dans la fratrie utérine.

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

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

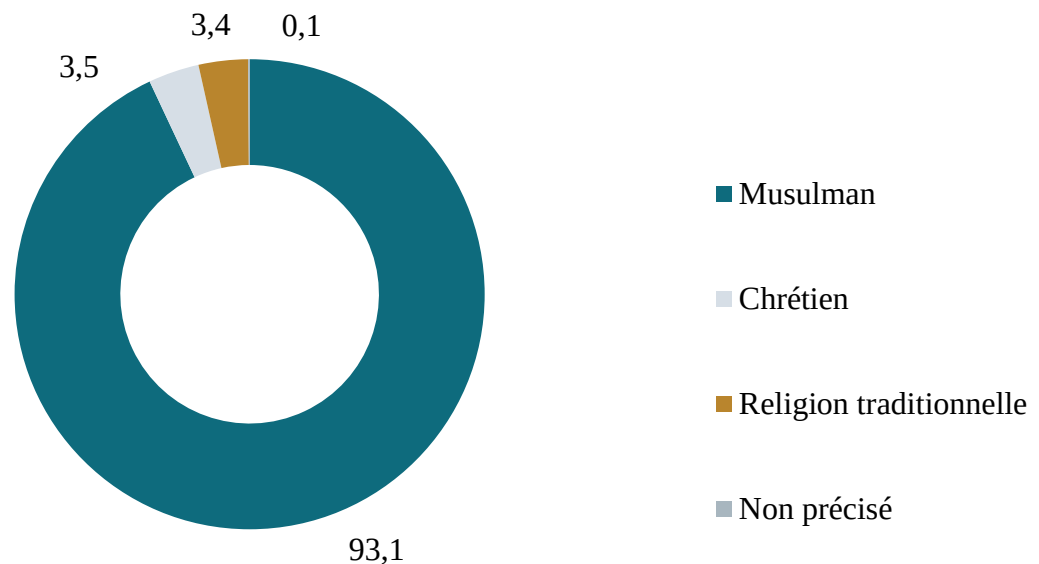
Consanguinité parents	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	1545	40,3
Non	2283	59,6
Non Précisé	4	0,1
Total	3832	100

Parmi les enquêtés, 59,6 % étaient issus de parents sans lien de consanguinité.

Tableau V : Répartition des participants selon les croyances.

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

La grande majorité des enquêtés (96,8 %) déclaraient adhérer à une croyance confessionnelle.

Tableau VI : Répartition des participants selon les religions.

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

2. PREVALENCE DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES

Tableau VII : Prévalence à vie et au cours des douze (12) derniers mois de la consommation des substances psychoactives en population générale dans 5 districts sanitaire au Mali en 2025.

Substances	À vie (%)	Actuelle (%)
Alcool	0,9	0,7
Opiacés	1,6	1,2
Cocaïne	0,1	0,1
Cannabis	0,7	0,5
Sédatifs	0,2	0,2
Stimulants	0,1	0,1
Toute SPA	2,9	2,2

Prévalence globale

- **2,9 % à vie**
- **2,2 % actuelle**

Substances principales

- Opiacés: 1,6 % / 1,2 %
- Alcool: 0,9 % / 0,7 %
- Cannabis : 0,7 % / 0,5 %

La prévalence globale de la consommation de toutes substances psychoactives était de 2,9 % à vie et de 2,2 % en consommation actuelle. Les opiacés et l'alcool apparaissaient comme les substances les plus consommées.

3. PREVALENCE DE LA DEPENDANCE AUX SPA

Tableau VIII : Prévalence à vie et au cours des douze (12) derniers mois de la dépendance aux SPA en population générale dans 5 districts sanitaire au Mali en 2025.

Substances psychoactives	Masculin				Féminin				Total			
	A vie		Actuelle		A vie		Actuelle		A vie		Actuelle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcool	19	0,9	17	0,8	00	0,0	00	0,0	19	0,5	17	0,4
Opiacés	13	0,6	10	0,5	9	0,5	9	0,5	22	0,6	19	0,5
Cocaïne	3	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0	3	0,1	3	0,1
Cannabis	15	0,7	12	0,6	0	0,0	0	0	15	0,4	12	0,3
Sédatifs	3	0,1	2	0,1	2	0,1	2	0,1	5	0,1	4	0,1
Stimulants	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Toute SPA	38	1,8	35	1,7	11	0,6	11	0,6	49	1,3	46	1,2

Selon le sexe, la consommation de SPA était plus élevée chez les hommes que chez les femmes: 3,7 % à vie et 2,7 % actuellement chez les hommes, contre 1,9 % à vie et 1,6 % actuellement chez les femmes.

4. FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION

Tableau IX : Facteurs associés à la consommation des SPA au cours de la vie.

Variables explicatives	OR ajusté (IC95%)	Interprétation
Sexe masculin	2,3 (1,5–3,6)	Risque
Consanguinité entre parents	0,4 (0,3–0,7)	Protecteur
Religion musulmane	0,3 (0,1–0,3)	Protecteur
Région de Koulikoro	0,1 (0,1–0,3)	Protecteur
Région de Dioïla	0,3 (0,2–0,6)	Protecteur
District de Kati	2,3 (1,1–8,9)	Risque
District de Kalabancoro	3,2 (1,2–8,5)	Risque
Troubles anxieux	2,2 (1,3–3,6)	Risque

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

Après ajustement, le sexe masculine (OR = 2,3; IC95 % [1,5–3,6]), les districts de Kati (OR = 2,3; IC95 % [1,1–8,9]) et de Kalabancoro (OR = 3,2; IC95 % [1,2–8,5]) ainsi que les troubles anxieux (OR = 2,2; IC95 % [1,3–3,6]) augmentaient significativement le risque de consommation de SPA.

5. FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPENDANCE

Tableau X : Facteurs associés à la dépendance des SPA au cours de la vie

Variables explicatives	OR ajusté (IC95%)	Interprétation
Sexe féminin	3,7 (1,8–7,5)	Risque
Consanguinité entre parents	0,4 (0,2–0,8)	Protecteur
Région de Koulikoro	0,3 (0,1–0,9)	Protecteur
Région de Dioïla	0,4 (0,1–0,7)	Protecteur
Troubles anxieux	2,3 (1,1–5,01)	Risque

le sexe féminin (OR = 3,7; IC95 % [1,8–7,5]) et les troubles anxieux (OR ajusté = 2,3 ; IC95 % [1,1–5,01]) étaient associés à une augmentation du risque de dépendance aux substances psychoactives.

DISCUSSION

V. DISCUSSION

1. PREVALENCE GLOBALE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Dans notre étude, la prévalence globale de la consommation de substances psychoactives était de 2,9 % sur la vie entière et de 2,2 % au cours des douze derniers mois, soit respectivement 110 consommateurs à vie et 86 consommateurs actuels parmi les 3 832 sujets enquêtés.

Ces fréquences apparaissent relativement faibles au regard des données rapportées dans la littérature régionale. En effet, Emmanuel et al. (2024) [35], dans une revue systématique avec méta-analyse portant sur l'Afrique de l'Ouest, ont rapporté des prévalences poolées nettement plus élevées pour plusieurs substances, notamment 44 % pour l'alcool, 6 % pour le cannabis, 30 % pour le tramadol et 11 % pour la codéine. Les mêmes auteurs soulignaient toutefois une très forte hétérogénéité entre les études incluses, traduisant la diversité des contextes, des populations et des méthodes utilisées. Ainsi, bien que ces données ne soient pas directement superposables à notre estimation globale de 2,9 %, elles montrent que l'ampleur de la consommation de substances psychoactives dans la sous-région peut être beaucoup plus élevée selon les substances étudiées et les groupes considérés.

Dans le même sens, l'UNODC (2025) [36] rapporte que l'Afrique de l'Ouest et du Centre connaît actuellement une évolution rapide du paysage des drogues, marquée par une augmentation de la consommation locale et par une diversification des substances en circulation. Dans ce contexte, la faible prévalence observée dans notre série ne doit pas être interprétée comme une absence de problème, mais plutôt comme l'expression d'une fréquence mesurée dans une enquête communautaire en population générale, où les usages sont souvent moins visibles que dans les groupes à risque ou dans les structures spécialisées.

Cette interprétation est renforcée par les données maliennes disponibles en milieu clinique. Au Mali, Traoré (2022) [37], dans une étude menée au service de psychiatrie du CHU Point G, a montré que le cannabis représentait 75,78 % des substances consommées, tandis que la polyconsommation concernait 73,91 % des patients suivis en addictologie. L'écart avec notre prévalence globale de 2,9 % à vie s'explique vraisemblablement par la différence de cadre méthodologique : l'étude de Traoré portait sur une population clinique sélectionnée, regroupant des sujets déjà en demande de soins ou présentant des formes plus sévères de consommation, alors que notre travail concernait la population générale.

Plusieurs éléments peuvent ainsi contribuer à expliquer la faible prévalence observée dans notre étude. D'une part, notre enquête a porté sur des adultes vivant en communauté, alors qu'une partie importante de la littérature concerne des groupes plus exposés ou des populations cliniques. D'autre part, le caractère déclaratif du recueil a pu favoriser une sous-estimation de la consommation réelle, en particulier dans un contexte de forte stigmatisation sociale, culturelle et religieuse. Enfin, certaines personnes particulièrement à risque, notamment les sujets marginalisés ou déjà insérés dans des circuits de soins, sont souvent insuffisamment captées par les enquêtes communautaires.

Ainsi, même si la prévalence observée dans notre série paraît faible, elle ne saurait être négligée. En effet, près de 3 personnes sur 100 avaient déjà consommé une substance psychoactive au cours de leur vie, et un peu plus de 2 sur 100 en avaient consommé au cours des douze derniers mois. Au-delà de cette prévalence globale relativement faible, l'analyse détaillée des substances consommées met en évidence un profil particulier dans notre contexte d'étude.

2. PROFIL DES SUBSTANCES CONSOMMÉES

L'analyse du profil des substances consommées dans notre étude montre une prédominance des opiacés, avec une prévalence de 1,6 % à vie et de 1,2 % au cours des douze derniers mois. Ils étaient suivis par l'alcool (0,9 % à vie ; 0,7 % actuellement) puis par le cannabis (0,7 % à vie ; 0,5 % actuellement). Les autres substances demeuraient rares, avec des prévalences inférieures ou égales à 0,2 % pour la cocaïne, les sédatifs et les stimulants.

Ce profil diffère de celui rapporté dans une grande partie de la littérature régionale, où le cannabis et l'alcool occupent habituellement une place plus importante. Dans leur revue systématique avec méta-analyse sur l'Afrique de l'Ouest, Emmanuel et al. (2024) [35] ont rapporté des prévalences poolées de 44 % pour l'alcool, 39 % pour la kola, 30 % pour le tramadol, 11 % pour la codéine et 6 % pour le cannabis, tout en soulignant une très forte hétérogénéité entre les études incluses. Ces résultats montrent que l'alcool reste très répandu dans la sous-région, mais ils confirment aussi la place désormais importante des opioïdes médicamenteux, en particulier le tramadol.

À l'échelle sous-régionale, l'UNODC (2025) [36] rapporte également que, chez les 15–64 ans en Afrique de l'Ouest et du Centre, la prévalence annuelle du cannabis était d'environ 10 % en 2023, tandis que celle des opioïdes était estimée à 2,35 %. Ces données confirment que le cannabis demeure globalement la substance illicite la plus répandue, mais elles montrent aussi que les opioïdes occupent une place non négligeable dans la sous-région.

Les données de prise en charge confirment également cette hiérarchie régionale. Au Togo, Salifou et al. (2023) [38] ont montré, à partir des données WENDU recueillies entre 2015 et 2019, que les substances les plus fréquemment rapportées chez les usagers pris en charge étaient l'alcool (54,3 %) et le cannabis (49,3 %). Cette prédominance de l'alcool et du cannabis a aussi été décrite dans les synthèses régionales portant sur les demandes de traitement en Afrique de l'Ouest.

Au Mali, cette tendance est retrouvée dans les études cliniques. Coulibaly SP (2023) [39], au service de psychiatrie du CHU Point G, rapportait que le cannabis concernait 75,78 % des usagers reçus en consultation d'addictologie, devant l'alcool (45,34 %), le tabac (34,16 %) et le tramadol (24,84 %) ; la polyconsommation y représentait 73,91 % des cas. Ainsi, dans les structures de soins, le cannabis apparaît davantage au premier plan que dans notre enquête communautaire.

Toutefois, la place des opioïdes dans notre étude n'est pas isolée du contexte africain actuel. Dans une revue de portée consacrée à l'usage non médical du tramadol en Afrique, Boun et al. (2024) [40] soulignent que le tramadol est devenu l'un des opioïdes les plus fréquemment impliqués dans les usages non médicaux sur le continent, avec une diffusion importante en Afrique de l'Ouest et des conséquences sanitaires croissantes. Cette littérature soutient l'hypothèse selon laquelle la catégorie des opiacés retrouvée dans notre étude pourrait refléter, au moins en partie, un usage détourné de médicaments opioïdes, notamment du tramadol.

Ainsi, si notre profil paraît atypique au regard des études où dominent l'alcool et le cannabis, il reste cohérent avec l'évolution récente du marché et des usages dans la région. Plusieurs explications peuvent être avancées. D'abord, notre enquête en population générale a pu mieux capter des consommations discrètes ou banalisées de produits opioïdes médicamenteux que des usages plus visibles de cannabis observés en milieu clinique. Ensuite, la déclaration du cannabis, en raison de son caractère illicite et fortement stigmatisé, a pu être plus facilement sous-estimée. Enfin, il est possible que la catégorie des opiacés regroupe dans notre contexte des usages diversifiés, dominés par des opioïdes pharmaceutiques plutôt que par l'héroïne ou d'autres opioïdes illicites.

La répartition selon le sexe renforce aussi l'intérêt de ce profil. Dans notre série, la consommation d'alcool et de cannabis était davantage observée chez les hommes, tandis que les opiacés présentaient des fréquences relativement proches entre les deux sexes. Pour l'alcool, la prévalence à vie était de 1,5 % chez les hommes contre 0,1 % chez les femmes ; pour le cannabis, elle était de 1,2 % chez les hommes et n'était pas retrouvée chez les femmes ; en revanche, pour les opiacés, la prévalence à vie était de 1,5 % chez les hommes contre 1,6 % chez les femmes. Ce constat

pourrait suggérer que certains usages opioïdes, possiblement médicamenteux, sont moins socialement marqués que l'alcool ou le cannabis dans notre contexte.

Dans l'ensemble, nos résultats mettent donc en évidence un profil particulier, dominé par les opiacés, devant l'alcool et le cannabis. Cette hiérarchie diffère des données cliniques maliennes et de plusieurs études ouest-africaines, où l'alcool et surtout le cannabis occupent généralement une place plus importante. Elle doit toutefois être interprétée avec prudence, car elle peut traduire à la fois une réalité locale spécifique, une montée des usages non médicaux d'opioïdes pharmaceutiques, ainsi que des différences de déclaration et de population étudiée.

Au-delà de la nature des substances consommées, nos résultats montrent également que cette consommation variait selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques, en particulier le sexe et la zone géographique.

3. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ASSOCIÉS

Dans notre étude, l'analyse multivariée a montré que plusieurs facteurs sociodémographiques étaient associés à la consommation de substances psychoactives au cours de la vie. Le sexe masculin apparaissait comme un facteur indépendant de consommation, avec un OR ajusté de 2,3 ; IC95 % [1,5–3,6] ; $p < 0,001$. Des différences géographiques ont également été observées. Au niveau régional, la consommation était moins probable à Koulikoro (ORa = 0,1 ; IC95 % [0,1–0,3] ; $p < 0,001$) et à Dioïla (ORa = 0,3 ; IC95 % [0,2–0,6] ; $p < 0,001$) par rapport à Bougouni. Au niveau des districts, Kati (ORa = 2,3 ; IC95 % [1,1–8,9] ; $p = 0,013$) et Kalabancoro (ORa = 3,2 ; IC95 % [1,2–8,5] ; $p = 0,018$) apparaissaient plus exposés que Dioïla.

La prédominance masculine observée dans notre travail est cohérente avec la littérature. Dans notre série, la consommation de substances psychoactives sur la vie entière concernait 3,7 % des hommes contre 1,9 % des femmes, et la consommation au cours des douze derniers mois 2,7 % des hommes contre 1,6 % des femmes. Cette différence persistait après ajustement, ce qui suggère que le sexe masculin constitue un facteur propre de vulnérabilité dans notre population.

Ces résultats rejoignent ceux rapportés dans d'autres études africaines. Au Nigéria, Idowu et al. (2023) [41] ont montré, dans une communauté rurale de jeunes, que les hommes avaient un risque plus élevé de consommation de substances que les femmes, avec un OR ajusté de 1,87 ; IC95 % [1,53–9,25] ; $p = 0,011$. En Ouganda, Bing et al. (2025) [42] ont également retrouvé un risque plus élevé d'usage de marijuana chez les garçons que chez les filles, avec un OR ajusté de 2,21 ; IC95 % [1,17–4,19] ; $p = 0,015$. Ces données vont dans le même sens que les nôtres et confirment que

le sexe masculin constitue un facteur fréquemment associé à la consommation de substances dans les études africaines.

Notre étude met également en évidence des disparités géographiques. Les régions sanitaires de Koulikoro et de Dioïla apparaissaient moins exposées que celle de Bougouni, tandis qu'au niveau des districts, Kati et Kalabancoro présentaient un risque plus élevé que Dioïla. Ces résultats suggèrent que la consommation de substances psychoactives n'est pas homogène selon le territoire et qu'elle dépend probablement de l'environnement local.

Ces variations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs contextuels, notamment le degré d'urbanisation, la mobilité des populations, l'accessibilité des substances et les formes de contrôle social. Les districts de Kati et de Kalabancoro, en raison de leur proximité avec Bamako et de leur forte dynamique urbaine, pourraient offrir un environnement plus favorable à la disponibilité et à la circulation des substances. À l'inverse, certaines zones plus rurales ou moins connectées peuvent conserver des mécanismes de régulation sociale plus forts, susceptibles de limiter l'exposition ou du moins la déclaration des usages.

Cette hypothèse est en partie soutenue par les données de la littérature. En Ouganda, Bing et al. (2025) [42] ont rapporté que les élèves des écoles urbaines présentaient davantage de retentissement lié à l'usage de substances que ceux des zones rurales, avec un OR ajusté de 2,37 ; IC95 % [1,47–3,81] ; $p < 0,001$. D'autres travaux africains décrivent également des profils de consommation influencés par l'environnement social et géographique, même lorsqu'ils ne fournissent pas toujours des estimations ajustées directement comparables aux nôtres. Ainsi, Salifou et al. (2023) [38], au Togo, rapportaient une très forte prédominance masculine parmi les usagers pris en charge, avec 91,9 % d'hommes, ce qui souligne le poids des contextes sociaux dans la distribution des usages. De même, Emmanuel et al. (2024) [35] rappellent, dans leur revue systématique sur l'Afrique de l'Ouest, que les profils de consommation varient fortement selon les contextes socioéconomiques, culturels et géographiques.

Dans l'ensemble, nos résultats montrent donc que la consommation de substances psychoactives variait selon le sexe et selon le territoire. Le sexe masculin ressortait comme un facteur indépendant de consommation, en cohérence avec plusieurs études africaines, tandis que les écarts observés entre Kati, Kalabancoro et Dioïla suggèrent une influence importante du contexte géographique sur l'exposition aux substances. Ces résultats plaident en faveur d'actions de prévention tenant compte à la fois du genre et des spécificités territoriales.

4. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉES

Dans notre étude, plusieurs comorbidités psychiatriques étaient associées à la consommation de substances psychoactives au cours de la vie. En analyse univariée, cette consommation était liée aux troubles de l'humeur avec un OR = 1,9 ; IC95 % [1,2–3,1] ; $p = 0,0071$, aux troubles anxieux avec un OR = 3,01 ; IC95 % [2,0–4,5] ; $p < 0,001$, aux troubles psychotiques avec un OR = 2,2 ; IC95 % [1,4–3,5] ; $p = 0,0401$, ainsi qu'au risque suicidaire avec un OR = 2,6 ; IC95 % [1,6–4,3] ; $p = 0,0002$. Après ajustement, seule l'association avec les troubles anxieux persistait, avec un OR ajusté = 2,3 ; IC95 % [1,1–5,01].

Ces résultats suggèrent que, dans notre contexte, la consommation de substances psychoactives s'inscrit dans un terrain psychopathologique pluriel, mais que l'anxiété constitue la comorbidité la plus solidement associée à l'usage après prise en compte des autres variables. Ce résultat est cohérent avec la littérature récente. Nardi et al. (2024) [43], dans une méta-analyse sur les interventions psychosociales chez les sujets présentant une cooccurrence entre anxiété et trouble lié à l'usage de substances, rappellent que ces deux conditions sont hautement comorbides. Ils rapportent en outre qu'après intervention, l'amélioration portait à la fois sur l'anxiété avec une taille d'effet de $g = 0,44$, sur l'usage d'alcool avec $g = 0,29$, sur l'usage des autres substances avec $g = 0,38$ et sur les symptômes dépressifs avec $g = 0,88$; ces effets persistaient au suivi pour l'anxiété ($g = 0,38$), les autres substances ($g = 0,44$) et la dépression ($g = 0,50$). Ces données soutiennent l'existence d'un lien clinique étroit entre anxiété et usage de substances.

Dans notre étude, les troubles de l'humeur étaient aussi associés à la consommation en analyse univariée, mais cette association ne persistait pas après ajustement. Cela n'enlève pas leur intérêt clinique. Les résultats de Nardi et al. (2024) [43] montrent justement qu'au sein des tableaux anxiété–usage de substances, la charge dépressive est importante, avec une amélioration de grande amplitude après traitement ($g = 0,88$ en post-intervention). Cela suggère que les symptômes thymiques participent fréquemment au tableau clinique global, même lorsqu'ils ne ressortent pas comme facteurs indépendants dans un modèle multivarié.

Concernant les troubles psychotiques, notre étude retrouvait une association significative en analyse univariée, qui disparaissait après ajustement. Cette observation reste néanmoins crédible sur le plan clinique. Au Kenya, Nguata et al. (2024) [44], dans l'étude NeuroGAP-Psychosis portant sur 4 415 cas et 3 940 témoins, ont montré que les sujets présentant une psychose avaient des odds plus élevées d'usage de toute substance que les témoins, avec un aOR = 1,16 ; IC95 % [1,05–1,28] ; $p = 0,005$. Dans la même étude, les hommes avaient des odds beaucoup plus élevées

d'usage de substances que les femmes, avec un aOR = 5,07 ; IC95 % [4,60–5,60] ; $p < 0,001$. Ces résultats appuient l'idée que le lien entre psychose et consommation est réel, même s'il peut être partiellement médié par d'autres variables lorsqu'on ajuste le modèle.

Le risque suicidaire retrouvé dans notre étude en analyse univariée mérite également d'être souligné. Même si cette association ne persistait pas après ajustement, elle n'est pas anodine. Athey et al. (2025) [45], dans une méta-analyse incluant 47 études issues de 12 pays, ont montré que le mésusage de substances était associé à un risque accru de mortalité par suicide, avec un SMR global de 5,58 ; IC95 % [3,63–8,57]. Ce sur-risque concernait également plusieurs substances spécifiques, notamment les opioïdes avec un SMR de 5,46 ; IC95 % [3,66–8,15], le cannabis avec un SMR de 3,31 ; IC95 % [1,42–7,70] et les amphétamines avec un SMR de 11,97 ; IC95 % [3,13–45,74]. Les auteurs rapportaient en outre que l'association entre mésusage de substances et suicide était plus forte chez les femmes (SMR = 12,37 ; IC95 % [7,07–21,63]) que chez les hommes (SMR = 5,21 ; IC95 % [3,09–8,78]). Ces résultats renforcent la portée clinique du signal observé dans notre étude.

Dans l'ensemble, nos résultats montrent donc que la consommation de substances psychoactives était associée à plusieurs comorbidités psychiatriques, mais que les troubles anxieux constituaient l'association la plus robuste après ajustement. Les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et le risque suicidaire apparaissaient également liés à la consommation en analyse brute, ce qui suggère que l'usage de substances s'inscrit souvent dans une souffrance psychique plus large. Ces données plaident pour une approche intégrée de la prise en charge, dans laquelle le dépistage des consommations devrait être systématiquement associé à l'évaluation de l'anxiété, de l'humeur, des symptômes psychotiques et de la vulnérabilité suicidaire.

5. DEPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Dans notre étude, la prévalence globale de la dépendance à une substance psychoactive était de 1,3 % au cours de la vie et de 1,2 % au cours des douze derniers mois. Les opiacés constituaient la substance la plus fréquemment impliquée, avec une prévalence de 0,6 % à vie et de 0,5 % actuellement, suivis de l'alcool (0,5 % à vie ; 0,4 % actuellement) puis du cannabis (0,4 % à vie ; 0,3 % actuellement). Les dépendances à la cocaïne, aux sédatifs et aux stimulants restaient marginales, avec des prévalences inférieures à 0,2 %. Sur le plan descriptif, la dépendance semblait plus fréquente chez les hommes, avec 1,8 % à vie et 1,7 % actuellement, contre 0,6 % à vie et 0,6 % actuellement chez les femmes.

Ces fréquences apparaissent relativement faibles au regard des données rapportées dans les populations cliniques ou dans les groupes particulièrement exposés. Une telle différence peut s'expliquer, d'une part, par le fait que notre enquête a été réalisée en population générale, ce qui conduit habituellement à des estimations plus basses que celles observées en milieu de soins, et, d'autre part, par le caractère déclaratif du recueil, susceptible d'entraîner une sous-déclaration des formes les plus sévères de consommation dans un contexte de forte stigmatisation sociale et culturelle.

La répartition des substances impliquées dans la dépendance reprenait globalement celle observée pour la consommation, avec une prédominance des opiacés. Ce résultat mérite une attention particulière, car il suggère que, dans notre contexte, les opioïdes ne relèvent pas uniquement d'usages occasionnels, mais peuvent également s'inscrire dans des conduites de dépendance. Cette observation s'inscrit dans le contexte plus large de l'évolution récente du paysage des drogues en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'UNODC (2025) [36] rapporte en effet que les opioïdes occupent désormais une place importante dans la sous-région, avec une prévalence estimée à 2,35 % chez les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Des données plus spécifiques vont dans le même sens. Mannes et al. (2023) [46] ont montré que, parmi les adultes ayant déclaré un usage non médical d'opioïdes de prescription au cours des douze derniers mois, 8,9 % remplissaient les critères de syndrome de sevrage opioïde selon le DSM-5. Cette proportion atteignait 18,2 % chez les consommateurs quasi quotidiens et 21,6 % chez les consommateurs quotidiens, ce qui montre que le risque de manifestations de dépendance augmente nettement avec la régularité de l'exposition. Même si cette étude a été menée dans un autre contexte, elle renforce l'idée que la place des opiacés dans notre série ne doit pas être considérée comme anodine.

Au Mali, les données issues du milieu clinique décrivent également des profils de consommation plus marqués. Ainsi, Coulibaly SP (2023) [39] rapportait que le tramadol concernait 24,8 % des usagers suivis en addictologie, dans un contexte dominé par le cannabis et la polyconsommation. Bien que cette étude ne porte pas spécifiquement sur la dépendance en population générale, elle confirme que les opioïdes médicamenteux occupent désormais une place non négligeable dans le paysage addictologique malien.

L'analyse des facteurs associés à la dépendance mettait en évidence plusieurs éléments importants. En analyse univariée, la dépendance était associée au sexe féminin (OR = 2,7 ; IC95 % [1,3–5,3] ; $p = 0,0041$), au district sanitaire de Ouélessébougou (OR = 4,3 ; IC95 % [1,4–12,7] ; $p = 0,0089$),

aux troubles de l'humeur ($OR = 2,8$; $IC95 \% [1,5-5,3]$; $p = 0,0012$), aux troubles anxieux ($OR = 3,08$; $IC95 \% [1,6-5,6]$; $p = 0,0005$), aux troubles psychotiques ($OR = 2,6$; $IC95 \% [1,1-5,8]$; $p = 0,0223$) ainsi qu'au risque suicidaire ($OR = 2,9$; $IC95 \% [1,46-5,98]$; $p = 0,0025$). Après ajustement, demeuraient associés à la dépendance le sexe féminin ($ORa = 3,7$; $IC95 \% [1,8-7,5]$), les régions sanitaires de Koulikoro ($ORa = 0,3$; $IC95 \% [0,1-0,9]$) et de Dioïla ($ORa = 0,4$; $IC95 \% [0,1-0,7]$), ainsi que les troubles anxieux ($ORa = 2,3$; $IC95 \% [1,1-5,01]$).

Parmi ces facteurs, l'association persistante avec les troubles anxieux retient particulièrement l'attention. Elle prolonge ce qui avait déjà été observé pour la consommation globale et suggère que l'anxiété joue un rôle central dans les formes les plus sévères d'usage. Les données récentes de la littérature vont dans le même sens. Nardi et al. (2024) [43] rappellent que l'anxiété et les troubles liés à l'usage de substances sont fortement comorbides, et montrent qu'une prise en charge ciblant simultanément ces deux dimensions améliore à la fois les symptômes anxieux et les conduites addictives. Ces résultats soutiennent l'idée que, dans notre série, la dépendance ne peut être dissociée du champ plus large de la santé mentale.

Les associations observées en analyse univariée avec les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et le risque suicidaire sont elles aussi cohérentes avec la littérature. Nguata et al. (2024) [44], dans l'étude NeuroGAP-Psychosis, ont retrouvé chez les sujets présentant une psychose un usage de substances plus fréquent que chez les témoins, avec un $aOR = 1,16$; $IC95 \% [1,05-1,28]$; $p = 0,005$. De leur côté, Athey et al. (2024) [45] ont montré, dans une méta-analyse, que le mésusage de substances était associé à une surmortalité suicidaire importante, avec un SMR global de $5,58$; $IC95 \% [3,63-8,57]$. Même si ces résultats ne sont pas directement superposables aux nôtres, ils confirment que les formes sévères d'usage et de dépendance s'inscrivent fréquemment dans des trajectoires de vulnérabilité psychique marquée.

Il convient toutefois de souligner que les résultats descriptifs et les résultats issus des modèles d'association ne relèvent pas du même niveau d'interprétation. Dans notre étude, la dépendance apparaissait plus fréquente chez les hommes dans l'analyse descriptive, alors que les analyses univariée et multivariée retrouvaient une association avec le sexe féminin. Cette apparente discordance ne traduit pas nécessairement une anomalie ; elle peut refléter l'effet de confusion d'autres variables introduites dans le modèle.

Dans l'ensemble, nos résultats montrent que la dépendance aux substances psychoactives demeurait peu fréquente en population générale, mais concernait principalement les opiacés, puis l'alcool et le cannabis. Elle apparaissait associée à plusieurs vulnérabilités psychopathologiques,

au premier rang desquelles les troubles anxieux. Ces données plaident en faveur d'un dépistage plus systématique des formes de dépendance, en particulier celles liées aux opioïdes, ainsi que d'une prise en charge intégrée articulant addictologie et santé mentale.

6. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

Au-delà des résultats observés, leur interprétation doit également tenir compte des choix méthodologiques de l'étude, qui en constituent à la fois les forces et les limites.

La présente étude reposait sur une enquête transversale menée en population générale auprès d'adultes âgés de 18 ans et plus dans cinq districts sanitaires du Mali. La collecte s'appuyait sur un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés, avec une taille fixée à 766 participants par district, soit un effectif total de 3 832 sujets. Ce dispositif a permis de disposer d'un effectif important et d'inclure plusieurs zones géographiques.

L'étude présente d'abord l'intérêt d'avoir été réalisée en population générale. Contrairement aux travaux menés en milieu hospitalier ou dans des structures spécialisées, elle ne portait pas uniquement sur des sujets déjà en contact avec le système de soins. Elle permettait ainsi d'estimer la consommation de substances psychoactives et la dépendance dans un cadre communautaire, chez des adultes résidant dans les districts retenus.

L'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés constitue un autre élément méthodologique à prendre en compte. Les districts étaient tirés au sort parmi les 75 districts sanitaires du pays, puis les villages, quartiers ou secteurs étaient sélectionnés au sein de chaque district, avant qu'un sujet âgé de 18 ans ou plus ne soit retenu dans chaque ménage. Cette procédure visait à diversifier les profils inclus tout en restant compatible avec les contraintes d'une enquête de terrain. L'inclusion systématique du chef-lieu de district permettait également de prendre en compte la composante urbaine.

L'étude s'appuyait par ailleurs sur le MINI [47], un instrument structuré de repérage diagnostique des troubles mentaux. Le recours à cet outil standardisé permettait d'harmoniser l'identification des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles psychotiques et des troubles liés à l'usage de substances.

Certaines limites doivent cependant être soulignées. En premier lieu, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les variables étudiées. Lorsqu'une association est observée entre consommation de substances psychoactives et troubles anxieux, troubles de l'humeur ou risque suicidaire, il n'est pas possible de préciser la temporalité de cette relation. Les résultats doivent donc être interprétés en termes d'association.

En second lieu, le recueil reposait sur les déclarations des participants, ce qui expose à un biais d'information. Dans un contexte où la consommation de substances psychoactives peut être stigmatisée sur les plans social, culturel ou religieux, une sous-déclaration demeure possible, notamment pour les substances illicites. Cela peut avoir conduit à une sous-estimation des prévalences observées.

La population étudiée constitue également une limite. Les personnes institutionnalisées, notamment celles vivant en prison, à l'hôpital ou sur les campus, n'étaient pas incluses dans l'enquête. Les résultats décrivent donc principalement la situation en population communautaire adulte et ne peuvent être généralisés à l'ensemble des groupes de population.

Par ailleurs, bien que l'échantillonnage retenu ait permis la réalisation de l'étude dans plusieurs districts, il n'exclut pas totalement certains biais liés aux conditions de terrain. Le repérage des ménages à partir d'un point central et la progression de proche en proche pouvaient introduire une dépendance à l'organisation spatiale locale. De même, l'inclusion d'un membre du ménage souffrant de troubles mentaux lorsqu'il n'avait pas été initialement sélectionné pouvait s'écarter, dans certains cas, de la logique stricte du tirage aléatoire.

Enfin, la taille de l'échantillon a été calculée à partir d'une prévalence de référence issue d'une enquête menée au Burkina Faso (41,4 %), en l'absence de données nationales disponibles au Mali au moment de la conception de l'étude. Ce choix était justifié par l'absence de référence locale, mais il peut limiter l'adéquation complète entre l'hypothèse initiale de calcul et le contexte malien. Dans l'ensemble, la méthodologie retenue permettait de documenter la consommation de substances psychoactives et la dépendance dans plusieurs districts sanitaires du Mali à partir d'un effectif important et d'un outil standardisé. Toutefois, les limites liées au caractère transversal, au recueil déclaratif et au champ de la population incluse doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

CONCLUSION

CONCLUSION

La présente étude a permis de documenter les troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans plusieurs districts sanitaires du Mali, en population générale. Elle met en évidence l'existence de ces troubles et montre qu'ils varient selon le profil des substances consommées, certaines caractéristiques sociodémographiques et la présence de comorbidités psychiatriques.

Ces résultats soulignent que la consommation de substances psychoactives et la dépendance relèvent d'une problématique multidimensionnelle, à l'interface de facteurs individuels, contextuels et psychopathologiques. L'association observée avec certains troubles mentaux, notamment les troubles anxieux, plaide en faveur d'une lecture intégrée entre addictologie et santé mentale.

Malgré les limites inhérentes au caractère transversal et déclaratif de l'étude, ce travail apporte des données utiles dans un domaine encore peu documenté au Mali et constitue un appui pour de futurs travaux ainsi que pour l'orientation des stratégies de prévention et de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

À l'endroit des autorités sanitaires :

- Renforcer l'intégration de la prévention et du dépistage des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans les activités de santé publique ;
- Promouvoir une approche intégrée associant addictologie et santé mentale dans les structures de soins ;
- Développer des interventions ciblées en fonction des spécificités territoriales et des groupes les plus exposés.

À l'endroit des structures de soins :

- Améliorer le repérage précoce des consommations problématiques et des situations de dépendance ;
- Associer systématiquement l'évaluation des comorbidités psychiatriques, en particulier des troubles anxieux, à la prise en charge des usagers ;
- Renforcer la formation du personnel de santé sur les troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

À l'endroit des chercheurs :

- Conduire des études complémentaires à plus large échelle afin de mieux préciser l'ampleur du phénomène au Mali ;
- Faire des études longitudinales permettant de mieux apprécier la temporalité des associations observées ;
- Approfondir l'analyse des liens entre consommation de substances psychoactives, dépendance et comorbidités psychiatriques.

REFERENCES

REFERENCES

- [1] Consommation de substances psychoactives: la santé des jeunes en haute-normandie. Rouen, France: Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) Haute-Normandie; 2015.
- [2] DI GENNARO A. PSYCHOTROPES ET SOCIÉTÉS: ÉTUDE À PARTIR DE L'USAGE RITUEL D'UN HALLUCINOGENE NATUREL (AYAHUASCA) DANS LE CADRE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE EN AMAZONIE PÉRUVIENNE. Thèse en Sociologie. Université du Québec, 2007.
- [3] Traoré AA. Profil épidémiologique de la consommation de substances psychoactives au Mali. Thèse de Médecine. USTTB, 2022.
- [4] Papa CS, A TA, Eloï DA, et al. Étude Descriptive des Demandes de Traitement pour Usage de Drogues au Mali. *Health Res Afr* 2023;1:44–9. <https://doi.org/10.5281/hra.v1i3>.
- [5] Ziady H. L'impact du cannabis sur la symptomatologie psychiatrique des individus avec troubles mentaux graves 2025.
- [6] Traore BS, Konan KP, Ahounou EI, et al. Use of Highly Addictive Drugs among Young People in Ivory Coast. *Health Res Afr* 2024;2. <https://doi.org/10.5281/hra.v2i3.5352>.
- [7] Traore BS, Konan KP, Ahounou EI, et al. Usage des Drogues à Fort Potentiel Addictif chez les Jeunes en Côte d'Ivoire. *Health Res Afr* 2024;2. <https://doi.org/10.5281/hra.v2i3.5352>.
- [8] Salifou S, Ekpai E, Wenkourama D, et al. Consommation de substances psychoactives par les conducteurs de taxi-moto à Lomé: prévalence et facteurs associés. *Health Sci Dis* 2021;22.
- [9] Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé | vie-publique.fr 2025. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26011-rapport-sur-limpact-eventuel-de-la-consommation-des-drogues-sur-la-sant> (accessed October 28, 2025).
- [10] Charron M-C. Usage de substances psychoactives à l'adolescence et problèmes associés: effet modérateur de l'anxiété 2008.
- [11] Tigori-Sangaré B, Djédjé Dano S, Vallée-Polneau S, et al. Consommation de substances psycho-actives et profil des usagers à Abidjan (Côte-d'Ivoire) en 2009. *Rev Francoph Lab* 2011;2011:59–61. [https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(11\)71156-X](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(11)71156-X).
- [12] Diakité ODN. Consommation des stupéfiants en milieu universitaire 2015.
- [13] mondiale de la Santé O. Neurosciences: usage de substances psychoactives et dépendance. Dispon À L'adresse Suivante <https://www.who.int/substanceabuse/publications/en/Neuroscience> Pdf Consulté 1er Octobre 2019 2004.

-
- [14] Tassin J-P. Le circuit de la récompense | Planet-Vie 2021. <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/animaux/systeme-nerveux-et-systeme-hormonal/le-circuit-de-la-recompense> (accessed December 6, 2025).
- [15] Kornetsky C, Esposito RU. Euphorogenic drugs: effects on the reward pathways of the brain. *Fed Proc* 1979;38:2473–6.
- [16] Tassin J-P. Le circuit de la récompense 2021. <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/animaux/systeme-nerveux-et-systeme-hormonal/le-circuit-de-la-recompense>.
- [17] Malet L, Llorca P-M. Les modalités de consommation : de l’usage à la dépendance. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2007;165:439–42. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.05.017>.
- [18] Traoré AA. Profil épidémiologique de la consommation de substances psychoactives au Mali. PhD Thesis. USTTB, 2022.
- [19] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- [20] DSM IV. 1000 Wilson Boulevard, Arlington, VA 22209: American Psychiatric Association; 1994. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>.
- [21] Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- [22] Malet L, Llorca P-M. Les modalités de consommation : de l’usage à la dépendance. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2007;165:439–42. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.05.017>.
- [23] Ceszynski C. Les consommations de substances psychoactives chez les médecins généralistes libéraux français: étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale. PhD Thesis. 2014.
- [24] Bernadet S. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l’adolescence : étude psychopathologique multi-échantillons, approche centrée sur la personne et facteurs de vulnérabilité. thesis. Bordeaux 2, 2012.
- [25] Gagnon V. Pratiques parentales, fréquentation d’amis déviants et consommation problématique de substances psychoactives à l’adolescence: effets modérateurs des symptômes dépressifs et du sexe 2013.
- [26] Fatséas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. *Addictologie*, Elsevier; 2009, p. 62–8. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70316-4.00008-4>.
-

-
- [27] Lalonde P, Pinard G-F. Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale. vol. 1. 4th ed. Montréal: Chenelière Éducation; 2016.
- [28] Journal officiel du Mali n.d.
- [29] Institut National de la Statistique du Mali (INSTAT). Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH5): rapport des résultats globaux. Bamako: INSTAT; 2022.
- [30] Ballo M, Traore K, Diefaga M, et al. A cross-sectional study on the quality and safety of weak opioid prescriptions in community pharmacies in kayes, mali. *Indian J Pharm Pharmacol* 2025;12:176–81. <https://doi.org/10.18231/j.ijpp.47530.1758803757>.
- [31] Traoré S. Planification territoriale à l'horizon 2035 des besoins en services de santé dans le district sanitaire de Yelimané au Mali. *Rev Francoph Sur Santé Territ* 2025. <https://doi.org/10.4000/14r7o>.
- [32] Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Mali. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT): 2019–2023. Bamako: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales; 2019.
- [33] Prévalence des troubles mentaux et des conduites addictives.pdf n.d.
- [34] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, 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.
- [35] Emmanuel GO, Akinsolu FT, Abodunrin OR, et al. Prevalence and patterns of substance use in west Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Glob Public Health* 2024;4:e0004019. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004019>.
- [36] United Nations Office On Drugs And Crime. UNODC's world drug report 2025: global instability and the diversification of drug markets in west and central africa deepens health and security risks. 2025.
- [37] Traoré AA. Profil épidémiologique de la consommation de substances psychoactives au mali. Thèse d'exercice. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), 2022.
- [38] Salifou S, Wenkourama D, Kanekatoua S, et al. Epidémiologie de l'usage des substances psychoactives au togo : résultat de la collecte des données WENDU de 2015 à 2019. *Tunis Médicale* 2023;101:36–40.
- [39] Papa CS, A TA, Eloi DA, et al. Étude descriptive des demandes de traitement pour usage de drogues au mali. *Health Res Afr* 2023;1:44–9. <https://doi.org/10.5281/hra.v1i3>.
-

-
- [40] Boun SS, Omonaiye O, Yaya S. Prevalence and health consequences of nonmedical use of tramadol in Africa: a systematic scoping review. *PLOS Glob Public Health* 2024;4:e0002784. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002784>.
- [41] Ajibola I, Ayodele Olatayo A, Ibukun Mary A, et al. Prevalence, pattern and determinants of substance abuse among youths in a rural community of osun state, southwest Nigeria. *Afr Health Sci* 2023;23:563–74. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i4.59>.
- [42] Bing W, Abbo C, Dickson-Gomez J, et al. Prevalence and factors associated with alcohol and substance use among secondary school adolescents in central and eastern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2025;26:252. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25944-7>.
- [43] Nardi WR, Kelly P, Roy A, et al. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for persons with comorbid anxiety and substance use disorders. *J Subst Use Addict Treat* 2024;165:209442. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209442>.
- [44] Nguata M, Orwa J, Kigen G, et al. Association between psychosis and substance use in Kenya. Findings from the NeuroGAP-psychosis study. *Front Psychiatry* 2024;15:1301976. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1301976>.
- [45] Athey A, Shaff J, Kahn G, et al. Association of substance use with suicide mortality: an updated systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend Rep* 2025;14:100310. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2024.100310>.
- [46] Mannes ZL, Livne O, Knox J, et al. Prevalence and correlates of DSM-5 opioid withdrawal syndrome in U.S. adults with non-medical use of prescription opioids: results from a national sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2023;49:799–808. <https://doi.org/10.1080/00952990.2023.2248646>.
- [47] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, 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.

ABSTRACT

FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA THÈSE

Nom : MARIKO

Prénom : Yaya

Téléphone : +223 96 73 45 15

Email : yayamariko342@gmail.com

Lieu de soutenance : Bamako

Titre : « ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS 05 DISTRICTS SANITAIRES AU MALI »

Pays : Mali

Année académique : 2024–2025

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et de la Faculté de Pharmacie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Domaine d'intérêt : Santé publique ; Épidémiologie ; Addictologie ; Psychiatrie ; Santé mentale.

RÉSUMÉ

Introduction : Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives constituent un enjeu de santé publique encore insuffisamment documenté en population générale au Mali. Cette étude visait à décrire leur fréquence et à identifier les principaux facteurs associés dans cinq districts sanitaires.

Méthodes : Il s'agissait d'une enquête transversale menée auprès d'adultes âgés de 18 ans et plus, sélectionnés selon un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés. Les données sociodémographiques, cliniques et psychiatriques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré incluant le MINI. Les analyses ont porté sur la consommation de substances psychoactives au cours de la vie et des douze derniers mois, ainsi que sur la dépendance.

Résultats : La consommation globale demeurait relativement faible en population générale. Les opiacés représentaient les substances les plus fréquemment retrouvées, devant l'alcool et le cannabis. La consommation était plus fréquente chez les hommes et variait selon les districts sanitaires. Plusieurs comorbidités psychiatriques étaient associées à la consommation en analyse univariée, notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques et le risque suicidaire. Après ajustement, les troubles anxieux demeuraient l'association la plus

robuste. La dépendance présentait un profil proche, dominé par les opiacés et marqué par une forte association avec l'anxiété.

Conclusion : Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives existent en population générale au Mali. Leur prise en charge doit intégrer les dimensions addictologiques, psychiatriques et contextuelles afin d'orienter la prévention, le dépistage et l'organisation des réponses en santé publique.

Mots-clés

Substances psychoactives ; Consommation ; Dépendance ; Comorbidités psychiatriques ; Troubles anxieux ; Mali

THESIS INFORMATION SHEET

Last name: MARIKO

First name: Yaya

Phone: +223 96 73 45 15

Email:

Place of defense: Bamako

Title: *“EPIDEMIOLOGY OF DISORDERS RELATED TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN 05 HEALTH DISTRICTS IN MALI”*

Country: Mali

Academic year: 2024–2025

Place of submission: *Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology and the Faculty of Pharmacy of the University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako.*

Field of interest: *Public health; Epidemiology; Addiction medicine; Psychiatry; Mental health.*

ABSTRACT

Introduction: Disorders related to the use of psychoactive substances are a public health issue that remains insufficiently documented in the general population in Mali. This study aimed to describe their frequency and identify the main associated factors in five health districts.

Methods: This was a cross-sectional survey conducted among adults aged 18 years and older, selected through multistage cluster sampling. Sociodemographic, clinical, and psychiatric data were collected using a structured questionnaire including the MINI. Analyses focused on psychoactive substance use over the lifetime and during the past 12 months, as well as on dependence.

Results: Overall substance use remained relatively low in the general population. Opiates were the most frequently reported substances, followed by alcohol and cannabis. Substance use was more common among men and varied across health districts. Several psychiatric comorbidities were associated with substance use in univariate analysis, including mood disorders, anxiety disorders, psychotic disorders, and suicide risk. After adjustment, anxiety disorders remained the most robust association. Dependence showed a similar pattern, dominated by opiates and marked by a strong association with anxiety.

Conclusion: Disorders related to the use of psychoactive substances exist in the general population in Mali. Their management should integrate addictive, psychiatric, and contextual dimensions in order to guide prevention, screening, and the organization of public health responses.

Keywords

Psychoactive substances; Use; Dependence; Psychiatric comorbidities; Anxiety disorders; Mali

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1 :

ANNEXE 2

ANNEXE 3

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