

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2024 - 2025

THEME

Thèse N°:

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI EN 2025

Présenté et soutenu publiquement le 23 / 07/ 2026 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par:

Mme Ramata OUATTARA

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

Jury

Président : M. Housseini Dolo, Maitres de Conférences Agrégé

Directeur : M. Souleymane dit Papa Coulibaly, Maitres de Conférences Agrégé

Membre : Mme Djeneba Diarra, Assistante de Recherche

Co-Directrice : Mme. Kadiatou Traoré, Médecin – Psychiatrie ; Chargé de Cours à la FMOS

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

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
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

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

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 Boukassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

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

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

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

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

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

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

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

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

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE
--

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

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

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025**

2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOOU	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 NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

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 à mes parents :

Particulièrement à ma mère Maman Sitan Djourthé

Vous avez toujours été pour moi l'exemple parfait ; vous avez non seulement joué votre rôle de mère mais vous avez été notre père aussi, grâce à vous maman j'ai appris le sens du respect de la responsabilité et du bon travail. Je voudrais vous remercier pour votre amour votre générosité votre patience votre compréhension. Votre soutien fut ma lumière et ma force tout au long de mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour vous. Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez déployé pour mon éducation et ma formation. Vous avez cru en moi et vous avez tout donné et j'ai tenu ma promesse celle de vous honorer en vous amenant dans votre maison le diplôme de doctorat. Je t'aime Maman et j'implore Dieu pour qu'il vous accorde une longue pieuse et heureuse vie.

REMERCIEMENTS :

A mon père feu M Pè Seydou Ouattara :

Même si je n'ai pas eu la chance de grandir auprès de vous ; vous êtes mon repère. J'imagine à quel point vous êtes fiers de voir votre fille accomplir son rêve d'enfance ; je promets de garder vivante vos valeurs et vous rendre toujours fier. Que le bon Dieu vous accueille dans son immense paradis.

Même si je n'ai pas eu la chance de grandir auprès de vous ; vous êtes mon repère. J'imagine à quel point vous êtes fiers de voir votre fille accomplir son rêve d'enfance ; je promets de garder vivante vos valeurs et vous rendre toujours fier. Que le bon Dieu vous accueille dans son immense paradis.

A mon père adoptif Feu Issouf Diallo : Votre amour particulier pour moi m'a illuminé le chemin du savoir. Vous avez été un idéal pour moi, votre sens de l'honneur et de la justice m'a inspiré tout le long de ma vie. J'aurai voulu terminer ce travail en votre présence pour vous honorer mais Dieu l'a voulue ainsi qu'il vous accorde le paradis et de là où vous êtes-vous serez entrain de partager cette joie avec nous et vous êtes fier de ce que ta protégée a accomplie.

A Dieu : le créateur des cieux de la terre et tout ce qui y trouve. L'omniscient, l'omnipotent, par sa grâce nous avons eu la force, le courage, et la patience nécessaire de parcourir ce long chemin. Gloire à Dieu

A Mon mari Daouda Traoré et notre fils Moussa Daouda ;

Mon cher et tendre époux les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour vous. Vous avez tout sacrifié pour me rendre heureuse. Quand tout espoir semblait

perdu, quand ma réussite semblait utopique il n'y avait que vous pour me donner l'espoir le courage nécessaire afin d'atteindre mon objectif. Merci pour votre amour, votre patiente, votre soutien indéfectible et vos encouragements. Ce travail est le tien par vos immenses qualités de mari et de Père.

A mon bébé **Moussa** sache que ton arrivé a été une bénédiction et tu as apporté beaucoup de bonheur dans notre famille. Puisse qu'Allah vous accorder une longue vie couronne de santé. je vous aime.

A Toute ma famille ; elle qui m'a doté d'une bonne éducation digne son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui :

A ma grande sœur Mme Sacko Aminata Ouattara : à tous les moments d'enfances passés auprès de toi tu es devenue une seconde mère pour moi, tu as partagé et vécu au tant que moi tous mes moments difficiles, toutes les peines et difficultés rencontrées au cours de ce long chemin. A chaque rentrée Universitaire tu m'accompagnais de notre village jusqu' à Bamako, merci pour tous ces accompagnements, pour votre soutien et vos encouragements ce travail est aussi le tien qu'Allah satisfait tes désirs.

A mon unique frère Salif Ouattara et à ma petite sœur Diara Ouattara : je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement puissent que nos liens Fraternelles se consolident et se pérennisent encore plus.

A tous les autres membres de ma famille : mes grandes sœurs **Kinsa Ouattara, Mme Dembélé Fanta**, mes belles sœurs **Diara et Ami** ; oncles et tantes cousins et cousines mes neveux et nièces, aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour votre soutien et engagement. Que Dieu le tout puissant vous garde et vous procure santé et bonheur.

A ma meilleure amie Alima Coulibaly : vous m'avez toujours offert soutien et réconfort ; j'exprime toujours envers vous une profonde admiration reconnaissance et attachement inconditionnels.

A ma famille du point g la **famille Koné**, l'Association des Etudiants Ressortissant de la Région de Sikasso **ADERS** ; les Etudiants en santé du cercle de Kadiolo **CESKA** ; a tous mes camarades et amis de la faculté particulièrement **Lassina Sanogo** je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées. En témoignage des liens qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et bonheur.

Service de psychiatrie

A mes chers maitres du service de la psychiatrie Merci pour tous vos conseils, votre rigueur scientifique, votre sens du travail bien accompli, mais surtout votre grande patience et sagesse, tous indispensables pour notre carrière. Veuillez croire chers Maitres, en l'expression de ma profonde gratitude, mon immense admiration et de total respect que j'ai pour vous.

A tous les personnels du service de psychiatrie du CHU Point-G. Je manque de mots adéquats pour vous témoigner l'amour et l'admiration que je vous porte. Grand merci à vous tous.

FCRIT : Nous remercions toute l'équipe pour leur initiative. Vous avez permis et contribuer à la réalisation de ce travail de thèse.

A notre sœur Dr Fatoumata T Diaby :

En ces moments de profonde douleur, sache que tu n'es pas seule. **Mr Makassiré Souaré** était un homme exceptionnel et nous garderons précieusement son souvenir en mémoire. Que Dieu l'accueille dans son immense paradis.

Toutes mes condoléances.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Housseini Dolo

- MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, contrôle de la maladie épidémiologie, Sciences Médicales ;
- Maître de conférences Agrégé en Epidémiologie a la Faculté de Médecine et d 'Odontostomatologie ;
- Directeur du Laboratoire de Santé Publique de la FMOS ;
- Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN).

Honorable Maître,

Vous nous faite un grand honneur d'accepter de présider le jury de thèse. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect. Puissent des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égale, de votre sagesse et votre bonté. Veuillez, cher maître trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Dr Djeneba Diarra

- Médecin spécialiste en Santé publique ;
- Assistante en Santé de la Reproduction au DER en Santé Publique FMOS/USTTB ;
- Chercheuse au Laboratoire de Santé Publique (LSP) ;
- Membre du Réseau Afrique Francophone et Fragilité (AFRAFRA).

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse. Vous nous avez toujours réservée le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Votre amabilité, votre compétence, vos qualités humaines et professionnelles inspirent une admiration et un grand respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Dr Kadiatou Traoré

- Psychiatre, Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G ;
- Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFSA) en Psychiatrie à l'Université de Strasbourg ;
- Chargé de cours à la FMOS ;
- Titulaire d'un DIU en psychiatrie médico-légale au Strasbourg
- Membre de la société malienne de santé mentale (SOMASAM) ;
- Membre de la société africaine de santé mentale (SASM).

Cher Maître :

Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile tout au long de cette thèse. Nous avons trouvé en vous le conseiller et le guide qui nous a reçues en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Nous sommes très fiers d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. J'ai été marqué par la force de caractère de votre personne et j'admire votre courage ; vous êtes un modèle. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Souleymane dit Papa Coulibaly

- Psychiatre, chef de service de psychiatrie du CHU point-G ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- Secrétaire General à l'organisation de la société Malienne de santé mentale ;
- Secrétaire General 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,

Cher Professeur, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous. Vous êtes notre source d'inspiration. C'est avec un grand plaisir pour nous d'avoir bénéficié de votre encadrement. Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect. Puisse Allah vous accorde une longue vie et plein de succès dans vos projets.

LISTE DES ABREVIATIONS :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MINI : International Neuropsychiatric Interview

TPB : Trouble Psychotique Bref

TPAT : Trouble Psychotique Aigue et Transitoire

ECA: Epideliogic Catchment Area

NCS: National Comorbidity Survey

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

CIM-10 : Classification internationale des maladies

APA : American Psychiatric Association

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

PEP : Premier Episode Psychotique

MAS : Maisons d'accueil Spécialisé

PMA : Paquet minimum d'activité

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Reference

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation de la zone d'étude. (20)	11
Figure 2 : pyramide sanitaire du Mali (22)	12
Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe	13
Figure 4 : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025	18
Figure 5 : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des participants selon la tranche d'âge.....	13
Tableau II: Répartition des participants selon le statut matrimonial.....	14
Tableau III : Répartition des participants selon le niveau d'étude	14
Tableau IV : Répartition des participants selon la situation professionnelle	15
Tableau V : Répartition des participants selon le rang dans la fratrie utérine	16
Tableau VI : Répartition des participants selon le lien de consanguinité des parents	16
Tableau VII : Répartition des participants selon les croyances confessionnelles	17
Tableau VIII : Répartition des participants selon les religions qui ils pratiques.....	17
Tableau IX : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.....	19
Tableau X : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.....	20
Tableau XI : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025	20
Tableau XII : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025.....	21
Tableau XIII : Comorbidités à vie du trouble psychotique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025	22
Tableau XIV : Comorbidités au cours de l'année écoulée du trouble psychotique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.....	23
Tableau XV : Facteurs associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie à l'analyse univariée en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.....	24
Tableau XVI : Facteurs associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie à l'analyse multivariée en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.	26

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS	3
1.1 Objectif principal.....	3
1.2 Objectifs spécifiques	3
2 GENERALITES	5
2.1 Définition	5
2.2 Historique	5
2.3 Epidémiologie	6
2.4 Retentissement	6
2.5 Classification des troubles psychotiques.....	7
2.6 Trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié :	21
2.7 Traitement	21
3 MATERIELS ET METHODE.....	10
3.1 Cadre d'étude	10
3.2 Type d'étude et période d'étude.....	12
3.3 Population d'étude.....	12
3.4 Echantillonnage	13
3.5 Collectes des données.....	14
3.6 Variables de l'étude.....	15
3.7 Considérations éthiques.....	16
4 RESULTATS	13
4.1 Données sociodémographiques	13
4.2 Résultats Analytique :	18
5 DISCUSSION	20
5.1 Caractéristiques sociodémographiques	20
5.2 Diagnostiques	21

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI
EN 2025

5.3	Limites.....	23
6	CONCLUSION.....	25
7	RECOMMANDATIONS	26
	REFERENCES.....	28
	ANNEXES	XXX

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La psychose est un état mental caractérisé par un ensemble de troubles de la pensée, perceptuels et cognitifs qui se manifestent par divers symptômes positifs (expériences hallucinatoires, idées délirantes, etc.) et négatifs (retrait affectif et social, apathie, anhédonie, alogie, etc.), ainsi que par la désorganisation de la pensée et du comportement (1)

La perturbation du contact avec la réalité est l'élément distinctif de cet état mental retrouvé dans divers troubles de santé mentale. Certaines conditions médicales neurologiques tel que (l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, etc.), de même que les troubles métaboliques ou endocrinologiques peuvent également être la source d'un état psychotique (1)

Les troubles psychotiques sont parmi les pathologies psychiatriques les plus sévères. Fréquentes et chroniques, Ils débutent chez l'adulte jeune. Dans près de 2% des jeunes adultes et des adolescents développeront un trouble psychotique, parfois marqué par une évolution chronique, nécessitant de suivre des traitements à vie(2).

Le premier épisode psychotique survient généralement entre 15 et 26 ans chez les hommes et entre 24 et 32 ans chez les femmes en fonction des types de psychoses (3).

Les taux de prévalence annuelle ou sur la vie des troubles psychotiques délirants sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies chronique ; ils fluctuent selon les données de la littérature internationale et même au sein d'un même pays(4) . Les taux rapportés en population générale adulte dans le monde, se situent dans une fourchette comparable avec une prévalence à vie qui varie entre 0,5 à 1,5 % pour les psychoses délirantes chroniques selon les critères du Manuel Diagnostic et Statistiques des troubles mentaux 5^{ème} versions (DSM-5) (4) .

En effet, l'étude sur échantillon de la population générale, basée sur l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) de l'OMS, a montré que 2,7 % des sujets interrogés avaient souffert de troubles psychotiques une fois dans leur vie en France(5).

En Afrique, la prévalence à vie pour les troubles psychotiques variait entre 1% à 4, 4% selon les résultats d'une métaanalyse de 36 études ayant concerné 12 pays africains(6).

Au Burkina Faso, en 2011 Karfo et al rapporte que les troubles psychotiques aigus et transitoires (TPAT) sont des affections très prévalentes avec 19,53 % (7). En 2019, Ouédraogo et al ont rapporté les prévalences Syndrome psychotique isolé de l'ordre de 1,66% et du syndrome psychotique récurrent de l'ordre 4,14% sur un échantillon des 2587 personnes enquêtées en population générale au Burkina Faso(8).

D'autres travaux ont rapporté un taux élevé de décès par suicide chez les personnes qui présentent un premier épisode psychotique, soit 18 fois plus élevé que dans la population générale (3).

Au Mali, En 2021 Coulibaly et al, ont rapporté une fréquence hospitalière des troubles psychotiques de l'ordre de 77,8% dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire du Point G (9) selon une étude hospitalière.

Des données disponibles au Mali proviennent des études réalisées en milieu hospitalier dont les données ne sont pas extrapolables à la population générale. Cependant, la forte sollicitation des structures dispensatrices de soins de santé mentale, laisse présager un taux de prévalence élevé des troubles psychotiques en population générale.

Compte tenu de ces insuffisances, nous avons mené la présente étude dans le but d'évaluer la prévalence et les facteurs déterminants des troubles psychotiques en population générale adulte du Mali.

OBJECTIFS

1 OBJECTIFS

1.1 Objectif principal

Evaluer l'épidémiologie des troubles psychotiques dans 5 districts sanitaires du Mali.

1.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les prévalences des troubles psychotiques.
- Déterminer la prévalence des expériences psychotiques
- Identifier les autres conditions psychiatriques comorbides aux troubles psychotiques.
- Déterminer les facteurs associés à la survenue des troubles psychotiques.

GENERALITES

2 GENERALITES

2.1 Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »(10).

2.2 Historique

Historiquement c'est au XIXème siècle que le terme « psychose » fut employé pour la première fois par un médecin autrichien, le baron Ernst von Feuchtersleben en 1845, comme alternative aux termes folie et manie. Il dérive du grec psyche (esprit) et osis (condition malade ou anormale) donc pour désigner une maladie de l'esprit ainsi les comportements, les attitudes et les émotions des patients psychotiques sont souvent en rupture avec ceux partagés par l'ensemble des personnes dites « saines d'esprit »(11,12).

A cette époque le concept de psychose recouvre presque l'ensemble du champ de la maladie mentale, il fait alors référence aux aliénations mentales et au handicap mental, et son synonyme est la psychopathie. Elles étaient considérées comme une sous-catégorie des névroses ; comprenaient 4 catégories : mélancolie ; manie ; démence et idiotie (12).

Les débats font alors rage entre les origines psychogènes (, Karl Bonhoeffer 1909) et endogènes (Benedict Augustin Morel 1809-1873) des maladies mentales et la question de l'origine fonctionnelle (par Fuestner 1881) ou organique (Remak en 1864) de ces maladies est récurrente.

Kraepelin (1856-1926) procéda à une séparation nette entre les troubles psychotiques et troubles névropathiques. Plus tard Freud repris cette distinction dans son système psychopathologique.

A la fin de la seconde guerre mondiale, suite à l'élaboration des outils diagnostiques par l'Organisation mondiale de la santé et la société américaine de la psychiatrie : Il s'agit de la sixième révision du manuel de la Classification internationale des maladies (CIM) inclut une section dédiée aux troubles mentaux (catégorie F) ; et la naissance au Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", DSM), les catégories sont dès lors définies par des critères diagnostiques quantitatifs ainsi le terme de maladie fut délaissé au profit des « troubles »et la conception actuelle des psychoses débute à cette époque qui ne présuppose pas de connaissance étiologique mais une approche intégrative associant les facteurs biologiques sociaux et psychologiques (12).

Selon la dernière classification internationale (DSM V) les troubles psychotiques sont définis par la présence des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs. (13)

La présentation phénotypique des psychoses est variable. Les psychoses peuvent avoir un début aigu ou insidieux et une durée variable : courte (transitoire comme dans la bouffée délirante aiguë) ou longue (chronique comme dans la psychose paranoïaque. Les psychoses peuvent survenir à un âge jeune ou avancé et dans certains contextes particuliers (déficience mentale, enfance, adolescence, grossesse, paternité, sénescence, fin de vie, ...). (14)

2.3 Epidémiologie

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de life-time prevalence National Comorbidity Survey (NCS) et Epidemiologic Catchment Area (ECA) (5). Les taux de prévalence annuelle ou sur la vie des troubles psychotiques délirants sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies chroniques. Ils fluctuent selon les données de la littérature internationale et même au sein d'un même pays comme les Etats-Unis ; soit respectivement :

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

Quant aux troubles psychotiques : soit 1.5% à 3.5% dans la population souffre d'une forme de trouble psychotique et l'incidence annuelle des troubles psychotiques est de 26.6 nouveaux cas pour 100000 personnes _année.

Chaque année on estime que 34 nouveaux patients pour 100000 personnes sont enregistrés pour leurs premiers épisodes ; l'âge de survenue se situe entre 16-35 ans(15). Les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) seraient les diagnostics les plus évoqués chez la majorité des personnes hospitalisées dans le service de psychiatrie au Mali(16).

2.4 Retentissement

Les troubles psychotiques délirants sont une cause importante de surmortalité ; surtout lors d'un premier épisode psychotique le taux de suicide est 18 fois plus élevé. La revue des études de mortalité estime qu'environ 10 à 20 % des schizophrènes meurent de suicide et qu'un quart des décès par suicide sont attribuables à un trouble schizophrénique (soit 3000 décès par an en France)

(5,6). Au-delà du suicide, le trouble schizophrénique est une cause de mortalité prématurée et, principalement par le fait des comorbidités addictives (alcool, tabac, drogues qui concernent respectivement 50, 80 et 30 % des schizophrènes) mais également par comorbidités somatique (plus d'affections cardiovasculaires, infectieuses, le sida. . .) et iatrogènes (agranulocytose, mort subite, fausses routes. . .). Il est difficile de chiffrer la mortalité attribuable pour chacun de ces facteurs qui concourent à abaisser globalement l'espérance de vie des schizophrènes d'environ dix ans (5).

Il débute vers 15–25 ans et pouvant évoluer durant toute la vie, bien qu'il existe des troubles psychotiques permettant une bonne autonomie (10%des cas) ; des cas d'autonomies partielles (70 % des cas) et ou une perte d'autonomie (20% des cas) sont plus fréquents cas (nécessitant hospitalisation au long cours ou placement en MAS ou foyers médicosociaux).

Les troubles psychotiques génèrent une des plus importantes morbidités en termes d'années vécues avec une déficience fonctionnelle : baisse de productivité (par ex. : moins de 10 % des 400 000 psychotiques ont une activité professionnelle), mauvaise qualité de vie (du sujet et de sa famille) et handicap. Ainsi Les troubles schizophréniques sont les troubles psychiques dont le coût économique par habitant est le plus important pour la société. (5).

Les comportements étranges et incompréhensibles que font les psychotiques seraient peut-être source d'angoisse et susciter un sentiment de menace. Ce sentiment a souvent été le vecteur du rejet et de la stigmatisation dont ont été victimes les patients atteints de psychose. Pourtant, derrière ce stéréotype du « fou potentiellement dangereux », il y a des êtres humains qui souffrent (13).

2.5 Classification des troubles psychotiques

Tandis que la tendance anglo-saxonne actuelle est de regrouper l'ensemble des psychoses sous le seul vocable de schizophrénie. Cependant, loin d'être un ensemble uniforme, la clinique des psychoses se décline sous différentes modalités(14). Bien que d'autres classifications existent, deux systèmes nosographiques psychiatriques sont traditionnellement utilisés au niveau international :

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

- Le DSM-5 (5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) publié en mai 2013 aux Etats-Unis, traduit 2 ans après en version française qui classe uniquement les troubles psychiatriques. Nous intéresserons à la classification du DSM 5.

2.5.1 Personnalité schizotypique (F21)

La personnalité schizotypique est mentionnée dans ce chapitre du fait qu'elle est considérée comme faisant partie intégrante du spectre de la schizophrénie, bien que sa description complète figure dans le chapitre « Troubles de la personnalité ».

Le diagnostic de personnalité schizotypique comprend un ensemble étendu de déficits sociaux et interpersonnels incluant une réduction des capacités à établir des relations interpersonnelles proches, des distorsions cognitives et perceptuelles, des comportements excentriques qui apparaissent généralement au début de la vie adulte mais qui peuvent parfois déjà être observés durant l'enfance ou l'adolescence(13).

2.5.2 Trouble délirant (F22)

C'est une affection définie par des anomalies limitées à un domaine de la psychose. Le trouble délirant est caractérisé par la persistance d'idées délirantes pendant au moins un mois, sans autre symptôme psychotique. En effet, contrairement à la schizophrénie où le délire est bizarre, dans le trouble délirant, le délire est plausible, car il se rapporte à des situations de la vie quotidienne, bien qu'on s'aperçoive assez facilement que les déductions et conclusions du patient sont plutôt excessives et improbables. En fonction du thème délirant il existe 6 variétés diagnostiques décrites par le DSM5 (13,17).

2.5.2.1 Epidémiologie

Prevalence

La prévalence sur la vie du trouble délirant a été estimée à 0,2 %(13). Le sous-type le plus fréquent est le délire de persécution. Le trouble délirant à type de jalousie est probablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme mais il n'y a pas globalement de différence majeure de fréquence pour le trouble délirant entre hommes et femmes. On considère que lorsqu'ils consultent, 75 % des patients présentent des symptômes depuis plus d'un an et 50 %, depuis plus de quatre ans. On compte une proportion de 70 % d'hommes et de 30 % de femmes qui souffrent d'un trouble délirant paranoïde, mais les femmes développent plus fréquemment un délire érotomane que les hommes.

Ces chiffres sont passablement différents des proportions observées dans le cas de la schizophrénie, où les deux sexes sont assez également représentés (55 % d'hommes et 45 % de femmes), et dans les maladies affectives, où les pourcentages sont inversés, avec 33 % d'hommes pour 66 % de femmes(17).

Retentissement

Le taux d'hospitalisation est de l'ordre 1 à 2 %. Mais, lors de leur hospitalisation, un grand nombre de patients présentent des symptômes délirants associés à diverses maladies. Le début est habituellement graduel et l'âge d'apparition des symptômes se répartit à peu près également entre les décennies de 20 à 30, 30 à 40 et 40 à 50 ans, quoique certaines études arrivent à une incidence concentrée entre 35 et 45 ans. Beaucoup de paranoïdes et de paranoïaques ne consultent pas spontanément ; convaincus de l'authenticité de leurs perceptions, ils ne sont en effet pas conscients de leur maladie. Parfois, ils sont amenés à l'urgence par leurs proches à cause d'un comportement bizarre découlant de leur délire. Mais sans doute, ils sont souvent simplement considérés comme des originaux à éviter, surtout dans le milieu rural où ils vivent isolés, cherchant parfois querelle, mais demeurant quand même productifs et autonomes contrairement aux psychoses. Néanmoins on peut observer des altérations du fonctionnement qui comprennent une pauvreté du fonctionnement professionnel et un isolement social. Habituellement, ces personnes ont une apparence et des comportements normaux, tant qu'il n'est pas question de leur délire. Le niveau d'intelligence de ces patients suit la courbe normale(13,17).

2.5.2.2 Développement et évolution

En moyenne l'évolution globale est généralement meilleure que celle observée dans la schizophrénie. Bien que le diagnostic soit généralement stable, une partie des individus finit par développer une schizophrénie. On retrouve un lien familial significatif entre le trouble délirant et à la fois la schizophrénie et la personnalité schizotypique. Bien qu'ils puissent survenir chez des sujets jeunes, ces troubles ont une prévalence plus forte chez les personnes plus âgées (17).

2.5.2.3 Ethiopathologie

L'étiologie des troubles délirants est multifactorielle, mais les interactions bio-psycho-sociales restent à préciser.

- **Des facteurs biologiques :** Diverses Perturbations organiques (d'origine toxique ; certaines maladies physique) et neurophysiologiques : peuvent induire un trouble délirant souvent associé à un certain degré d'obnubilation de l'état de conscience.
- **Des facteurs psychologiques :** Des perturbations psychogéniques durant le développement de l'enfant ou de l'adulte pourraient déclenchées ces troubles. Le facteur déclenchant de l'élaboration délirante est, la plupart du temps, un événement trivial, sans importance.
- **Des facteurs sociaux :** Un stress élevé, quelle qu'en soit la cause, peut déboucher sur une réaction psychotique, voire un trouble délirant (17).

2.5.2.4 Clinique

La caractéristique principale du trouble délirant est la présence d'une ou plusieurs idées délirantes qui persistent pendant au moins un mois(13).

Critères diagnostiques 297.1 (F22)

- A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli. N.B. : Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire (p. ex. la sensation d'être infesté par des insectes associée à des idées délirantes d'infestation).
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.

2.5.3 Trouble psychotique bref (F23)

Magnan et Legrain en 1886 décrivent des psychoses aiguës caractérisées par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire généralement polymorphe, fréquemment associé à des troubles confusionnels et de l'humeur, qu'ils nomment « bouffées délirantes. En 1994 que Susser & Wanderling introduisent le concept de psychose non affective à présentation aiguë (nonaffective remitting psychosis), suivie d'une rémission complète.

Les pays anglo-saxons se sont beaucoup moins intéressés aux psychoses aiguës et transitoires qui, selon eux, s'inscrivent davantage dans le cadre de la schizophrénie à bon pronostic ou que l'on qualifiait de réactions schizophréniques dans le DSM-I.

La caractéristique première d'un TPB est la survenue brutale d'au moins un symptôme psychotique positif. Cette perturbation dure au moins une journée, mais moins d'un mois, avec finalement un retour complet au niveau du fonctionnement pré morbide (13,17).

2.5.3.1 Epidémiologie

Prevalence

Actuellement, on estime l'incidence mondiale de ce trouble à 1,36 pour 100 000 (habitants) avec une prédominance du sexe féminin (17). Selon l'étude de Mojtabai et de ses collaborateurs le ratio est de 1,7 femme pour 1 homme. Selon l'OMS les pays en voie de développement connaissent une fréquence plus élevée des TPB ; Ceux-ci y seraient jusqu'à 10 fois plus fréquents que dans les pays industrialisés (17). Les TPAT auraient une prevalence (19,53 %) au Burkina Faso (8).

Retentissement

Bien qu'ils puissent survenir à tout âge mais ils connaissent un pic de début à l'Age jeune (mi-vingtaine dans les pays en voie de développement) mais avec une courte évolution et une rémission totale des symptômes et retour au fonctionnement premorbide nous constatons que les patients souffrants de TPB seraient plus nombreux à maintenir des relations stables (professionnelles ; conjugales) et présentent un meilleur niveau socio-économique(13).

2.5.3.2 Evolution et Pronostic

Les patients souffrant d'un TPB présentent l'évolution la plus favorable et le meilleur niveau de fonctionnement, comparativement aux patients souffrant d'autres troubles psychotiques. En dépit d'un fort taux de rechutes(13,17).

2.5.3.3 Ethiopathologie

Le modèle de vulnérabilité au stress s'appuie sur l'existence d'un terrain prédisposant relié à des facteurs génétiques et/ ou environnementaux précoces dont les potentialités pathologiques s'expriment sous forme d'épisodes symptomatiques à l'occasion d'un stress(13).

2.5.3.4 Clinique

La description précise des critères de diagnostics permet de constater que le TPB du DSM-IV est passablement semblable au TAPT défini par la CIM-10.

Critères diagnostiques 298.8 (F23)

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

N.B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré morbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

2.5.4 Trouble schizophréniforme (F20.81)

Les symptômes caractéristiques du trouble schizophréniforme sont identiques à ceux de la schizophrénie (critère A) mais le trouble schizophréniforme se distingue par des différences de durée : la durée totale de la maladie incluant les phases prodromique, active et résiduelle est d'au moins 1 mois mais inférieure à 6 mois (critère B). La durée requise pour le trouble schizophréniforme est intermédiaire entre celle du trouble psychotique bref qui persiste pendant au moins 1 jour mais pendant moins d'un mois, et la schizophrénie qui persiste pendant au moins 6 mois.

2.5.4.1 Épidémiologie

Prévalence

L'incidence du trouble schizophréniforme dans des contextes socioculturels variés est probablement similaire à celle observée pour la schizophrénie (Naz et al.)(13). L'incidence dans les pays développés est faible, peut-être cinq fois plus faible que celle de la schizophrénie par contre dans les pays en voie de développement, l'incidence est nettement plus élevée, en particulier pour la forme spécifiée « avec caractéristiques de bon pronostic » ; dans certaines régions, le trouble schizophréniforme pourrait être aussi fréquent que la schizophrénie.

Evolution et Retentissement

L'évolution du trouble schizophréniforme est similaire à celle de la schizophrénie car dans la majorité des cas évoluera vers un diagnostic de schizophrénie ou de trouble socioaffectif. Pour la majorité des individus avec un trouble schizophréniforme qui reçoivent ultérieurement un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif, le retentissement fonctionnel est similaire aux conséquences de ces troubles. Les individus dont le trouble schizophréniforme se résout ont un meilleur pronostic fonctionnel.(13)

2.5.4.2 Ethiopathologie

Les recherches en neuro-imagerie, neuropathologie et neurophysiologie ont montré des anomalies dans de multiples régions cérébrales mais aucune de ces anomalies n'a de valeur diagnostique(13).

2.5.4.3 Critères Diagnostiques

- A. Deux (ou plus) des symptômes suivants sont présents, chacun pendant une proportion significative de temps durant une période d'un mois (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent:
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs, (p. ex. diminution de l'expression émotionnelle, ou aboulie).
- B. Un épisode du trouble dure au moins un mois mais moins de 6 mois. (Quand on doit faire un diagnostic sans attendre la guérison, on doit qualifier celui-ci de « provisoire ».)
- C. Un trouble schizoaffectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés
- 1) Soit parce qu'aucun épisode dépressif caractérisé ou maniaque n'a été présenté conjointement avec les symptômes de la phase active,
 - 2) Soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles de la maladie elle-même.
- D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

2.5.5 Schizophrénie (F20.9)

En 1856, Morel observe des troubles mentaux chez un adolescent et il avance alors le diagnostic de « démence précoce », un trouble psychique réversible.

En 1896, Kraepelin regroupe l'hébéphrénie, la paranoïa et la catatonie dans la démence précoce, auxquelles il attribue une évolution morbide, par opposition à la psychose maniaco-dépressive, qui n'évolue pas vers la détérioration mentale ; il caractérise la démence précoce par les symptômes suivants : hallucinations, délires, diminution de l'attention à l'égard du monde extérieur, émoussement affectif, négativisme, stéréotypies, manque de curiosité, d'autocritique et de jugement.

En 1911, Bleuler remplace le diagnostic de démence précoce par un nouveau terme, « schizophrénie », qui signifie littéralement « esprit divisé ».

En 1957, le psychiatre allemand Schneider, s'inspirant du psychiatre français Clérambault, définit une série de symptômes de premier rang qui ont servi de base aux critères du DSM-III jusqu'au DSM-5 (Schneider, 1959).(17)

2.5.5.1 Epidémiologie

Prévalence

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-1 %. Son incidence est estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an(18). Au Mali le groupement diagnostique de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants était retrouvé chez 67,8% des personnes hospitalisées en psychiatrie(16).

Retentissement

Les caractéristiques psychotiques de la schizophrénie apparaissent typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la 3e décennie ; un début avant l'adolescence est rare. Le pic d'âge de début pour le premier épisode psychotique se situe entre le début et le milieu de la 3e décennie pour les hommes(15 et 26 ans chez les hommes) et la fin de la 3e décennie pour les femmes(entre 24 et 32 ans chez les femmes) (19,20). Environ 5 à 6 % des personnes souffrant de schizophrénie meurent par suicide, environ 20 % tentent de se suicider en une ou plusieurs occasions, et la schizophrénie est associée à des dysfonctionnements significatifs sur les plans social et professionnel. Les progrès scolaires et le maintien d'un emploi sont souvent compromis par l'aboulie et les autres manifestations du trouble, même quand les capacités cognitives sont

suffisantes pour réussir les tâches à accomplir. La plupart des schizophrènes ont des contacts sociaux limités en dehors de leur famille(13).

2.5.5.2 Ethiopathologie

L'étiologie de la schizophrénie demeure mal connue, même si plusieurs auteurs s'accordent actuellement à penser qu'il existe une composante génétique bien établie, interagissant avec des facteurs environnementaux (modèle polygénique et multifactoriel à seuil). Il existerait une prédisposition à la maladie, elle-même influencée par l'environnement (infection virale in utéro, complications obstétricales à la naissance, traumatisme crânien dans l'enfance, stress ...). La conjonction des facteurs génétiques et environnementaux conduirait lorsqu'un certain seuil de vulnérabilité serait atteint, à l'apparition de la maladie. (21)

Critères diagnostiques 295.90 (F20.9)

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans

- le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que :
- ✓ Soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,
 - ✓ Soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

2.5.6 Trouble schizoaffectif (F20.9)

En 1933, le psychiatre américain J. Kasanin a été l'un des premiers chercheurs à préciser le concept d'une psychose présentant des symptômes mixtes de schizophrénie et de trouble affectif. Certains auteurs formulent une théorie unificatrice de la psychose qui s'étendrait en une continuité entre la schizophrénie « pure » et le trouble affectif bipolaire « pur », le trouble schizoaffectif se situant entre les deux(17).

2.5.6.1 Epidémiologie

Prévalence

Le trouble schizoaffectif est environ trois fois moins fréquent que la schizophrénie. La prévalence sur la vie du trouble schizoaffectif est estimée à 0,3 %. Son incidence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, principalement du fait d'une élévation de l'incidence du type dépressif chez la femme(13) .

Retentissement

Le trouble schizoaffectif débute fréquemment chez l'adulte jeune, même si son apparition peut se manifester n'importe quand depuis l'adolescence jusqu'à un âge avancé. Le trouble schizoaffectif est à l'origine d'altérations du fonctionnement social et professionnel mais ces altérations ne constituent pas un critère diagnostique (tel que pour la schizophrénie) et elles sont très variables d'une personne souffrant d'un trouble schizoaffectif à l'autre. Le risque de suicide sur la vie est de 5% dans la schizophrénie et le trouble schizoaffectif et l'importance de la symptomatologie dépressive est corrélée avec une augmentation du risque de suicide.(13).

2.5.6.2 Ethiopathologie

Le risque de trouble schizoaffectif serait augmenté chez les personnes ayant un apparenté au premier degré souffrant de schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble schizoaffectif (13).

2.5.6.3 Critères diagnostiques

- A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie. N.B. : En cas d'épisode dépressif caractérisé, le critère A1 (humeur dépressive) doit être présent.
- B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

2.5.7 Trouble psychotique induit par une substance/un médicament 295.70 (F25.1)

Les caractéristiques essentielles du trouble psychotique induit par une substance/un médicament sont la présence au premier plan d'idées délirantes et/ou d'hallucinations dont on juge qu'elles sont la conséquence des effets physiologiques d'une substance/d'un médicament (c.-à-d. l'abus d'une substance, la prise d'un médicament ou l'exposition à un toxique). Un trouble psychotique induit par une substance/un médicament se distingue d'un trouble psychotique primaire en considérant le mode d'apparition, l'évolution et d'autres facteurs.

2.5.7.1 Epidémiologie

Prévalence

La prévalence dans la population générale du trouble psychotique induit par une substance/un médicament est inconnue. Dans les différents contextes de prise en charge, 7 à 25 % (13) des personnes présentant un premier épisode psychotique sont considérées comme ayant un trouble psychotique induit par une substance/un médicament.

Retentissement

Le trouble psychotique induit par une substance/un médicament entraîne généralement un niveau de gêne grave et par conséquent on l'observe le plus souvent dans les salles d'urgence, puisque les individus sont souvent amenés aux urgences quand il se produit. Cependant, l'incapacité est généralement limitée dans le temps et disparaît avec l'arrêt du produit incriminé.

2.5.7.2 Critères diagnostiques

A. Présence d'un ou deux des symptômes suivants :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.

B. Mise en évidence par l'anamnèse, l'examen physique, ou les examens complémentaires des éléments (1) et (2) :

1. Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou peu de temps après une prise médicamenteuse, une intoxication ou un sevrage d'une substance.
2. La substance/le médicament en cause est capable de produire les symptômes du critère A.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance/un médicament. La preuve d'un trouble psychotique indépendant pourrait comprendre les éléments suivants : Les symptômes ont précédé le début de la prise de la substance/du médicament ; les symptômes persistent pendant une période prolongée après la fin du sevrage aigu ou d'une intoxication grave (p. ex. environ 1 mois) ; ou il existe d'autres preuves d'un trouble psychotique indépendant, non induit par une substance/un médicament (p. ex. des antécédents d'épisodes récurrents non induits par une substance/un médicament).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un syndrome confusionnel.

E. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

N.B. : Ce diagnostic ne doit être fait à la place d'un diagnostic d'intoxication par une substance ou de sevrage d'une substance que lorsque les symptômes du critère A dominent le tableau clinique et qu'ils sont suffisamment marqués pour justifier une prise en charge.

2.5.8 Trouble psychotique dû à une autre affection médicale

Les caractéristiques essentielles du trouble psychotique dû à une autre affection médicale sont la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations marquées que l'on estime être imputables aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale et ne pas être mieux expliquées par un autre trouble mental. Le trouble psychotique dû à une autre affection médicale peut être un état transitoire unique ou être récurrent, cyclique, en lien avec les poussées et les rémissions de la pathologie médicale sous-jacente.

2.5.8.1 Epidémiologie

Prévalence

Il est difficile d'estimer la prévalence du trouble psychotique dû à une autre affection médicale en raison de la grande variété des étiologies médicales sous-jacentes. La prévalence sur la vie entière a été estimée entre 0,21 et 0,54 % (13). Les personnes âgées de plus de 65 ans ont une prévalence de 0,74 %, significativement plus importante que celle des groupes moins âgés. La fréquence de la psychose varie également selon la pathologie médicale sous-jacente(13).

Retentissement

Le trouble psychotique dû à une autre affection médicale est généralement associé à une incapacité fonctionnelle grave mais elle varie considérablement selon le type de pathologie et peut éventuellement s'améliorer avec sa résolution.

2.5.8.2 Critères diagnostiques

- A. Hallucinations ou idées délirantes au premier plan.
- B. Mise en évidence par l'anamnèse, l'examen physique, ou les examens complémentaires que le trouble est la conséquence physiopathologique directe de l'affection médicale.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.
- D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un syndrome confusionnel.
- E. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

2.5.9 Catatonie (F06.1)

La catatonie peut survenir dans le cadre de plusieurs troubles, incluant les troubles neurodéveloppementaux, psychotiques, bipolaires, dépressifs, et d'autres causes médicales (p. ex. une carence cérébrale en folates, certains rares troubles auto-immuns ou paranéoplasiques). La

caractéristique principale de la catatonie est une perturbation prononcée de la psychomotricité qui peut se manifester sous la forme d'une diminution de l'activité motrice, d'une réduction de la participation du patient à l'entretien ou à l'examen clinique, ou encore par une activité motrice bizarre et excessive.

2.5.9.1 Critères diagnostiques 293.89 (F06.1)

A. Le tableau clinique est dominé par au moins trois des symptômes suivants :

- Stupeur (c.-à-d. absence d'activité psychomotrice ; pas de relation active avec l'environnement).
- Catalepsie (c.-à-d. induction d'une posture maintenue passivement et contre la gravité).
- Flexibilité cireuse (c.-à-d. résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examineur).
- Mutisme (c.-à-d. absence ou quasi-absence de réponse verbale [exclure si secondaire à une aphasie connue]).
- Négativisme (c.-à-d. opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs).
- Prise de posture (c.-à-d. maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément).
- Maniérisme (c.-à-d. caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires).
- Stéréotypie (c.-à-d. mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents).
- Agitation, non influencée par des stimuli externes
- Expression faciale grimaçante.
- Echolalie (c.-à-d. répétition des paroles d'un autre).
- Echopraxie (c.-à-d. reproduction des mouvements d'un autre).

2.5.10 Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié (F28)

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où figurent au premier plan des symptômes caractéristiques d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique qui entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais qui ne répondent pas aux critères complets de l'une des catégories diagnostiques de ce chapitre

Les tableaux cliniques qui peuvent être définis en utilisant l'appellation « autre trouble spécifié » sont les suivants :

1. Hallucinations auditives persistantes survenant en l'absence de toute autre caractéristique.
2. Idées délirantes se chevauchant de façon significative avec des épisodes thymiques : Cela inclut des idées délirantes persistantes avec épisodes thymiques intercurrents présents pendant une part importante du trouble délirant (de telle façon que le critère du « trouble délirant », stipulant que les perturbations de l'humeur ne sont présentes que brièvement, n'est pas respecté).
3. Syndrome de psychose atténuée : Ce syndrome est caractérisé par des symptômes de type psychotique qui sont en dessous d'un seuil de psychose avérée (p. ex. les symptômes sont moins graves et plus transitoires, et l'insight est relativement préservé).
4. Symptômes délirants chez le conjoint d'une personne souffrant de trouble délirant : Dans le contexte de la relation existante, les idées délirantes du partenaire dominant fournissent le contenu de la croyance délirante de l'autre partenaire qui autrement ne répondrait pas complètement aux critères du trouble délirant.

2.6 Trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié :

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où figurent au premier plan des symptômes caractéristiques d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, qui entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais qui ne répondent pas à l'ensemble des critères requis pour l'une des catégories diagnostiques de ce chapitre (13).

2.7 Traitement

Le traitement est multidimensionnaire.

2.7.1 Chimiothérapie

• Neuroleptiques

Les neuroleptiques ou les antipsychotiques sont les médicaments utilisés dans la prise en charge des troubles psychotiques et d'autres troubles psychiatriques.

Ils sont classés en 2 générations :

- **La première génération** appelée typique(classique) constituée de 4 classes : les phénothiazines, les butyrophénones, les thioxanthènes et les dibphénylbutylpipéradines.

- **La 2^{ème} génération** appelée atypique constituée de 6 classes : les benzamides, les di benzodiazépines, les benzisoxazoles, les Thienobenzodiazépines, les dibenzoxazépines et les phénylpipérazines. La sismothérapie ou électro convulsivothérapie : Elle est indiquée dans les formes catatoniques et dans les autres formes résistantes au traitement.
- **Autres traitements médicamenteux**
 - Les antidépresseurs prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement neuroleptique, ce qui réduirait le risque suicidaire.
 - Les thymorégulateurs indiqués en association avec les neuroleptiques dans le traitement et la prévention des rechutes du trouble schizoaffectif.
 - Les benzodiazépines qui potentialisent les effets sédatifs des antipsychotiques permettant d'employer des doses moins importantes. Leur durée de prescription doit être limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, diminution du tonus musculaire).

2.7.2 Psychothérapie

En complément des autres moyens thérapeutiques, elle est indispensable. Il s'agit d'intervention cognitive et/ou comportementale, d'intervention familiale, d'intervention médico-pédagogique et aide à la réinsertion professionnelle du patient. Cela entraîne une bonne compréhension de la maladie pour les patients et leurs entourages surtout en cas de rechutes.

MATERIELS ET METHODES

3 MATERIELS ET METHODE

3.1 Cadre d'étude

Kati, Ouelessebougou, Kalabancoro, Kolokani et Dioila étaient les cinq districts sanitaires sélectionnées aux hasards pour constituer notre cadre d'étude.

Démographie :

La population dans les cinq districts sanitaires est estimée à 1 467 076 habitants (Kati-commune 122 789, Ouelessebougou 72 713, Kalabancoro 223 235, Kolokani 337 852, Dioila 710 487) en 2021 avec une densité de 67,31 habitants/km² (Kati 2 975 habitants/km², Ouelessebougou 50,77 habitants/km², Kalabancoro 1 853 habitants/km², Kolokani 30,25 habitants/km², Dioila 54,08 habitants/km²). La population féminine représente 51,13% (Kati :50,3%, Ouelessebougou : 50,6 %, Kalabancoro 52,6% : Kolokani 51,1% : et Dioila 50,8%) contre 49,74% (Kati 49,7%, Ouelessebougou 49,4%, Kalabancoro 47,4%, Kolokani 48,9%, et Dioila 49,2%) pour la population masculine. (19)

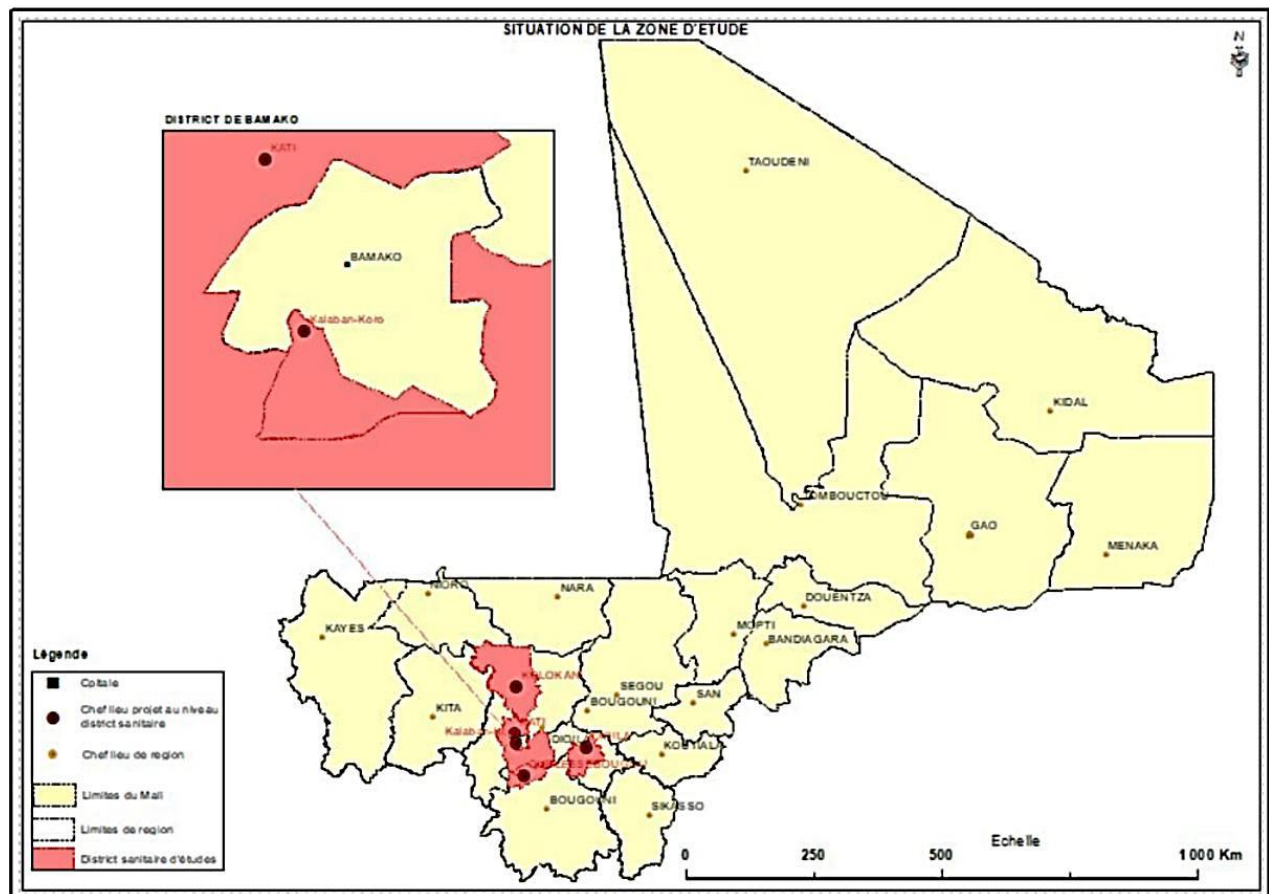


Figure 1 : Situation de la zone d'étude. (20)

✚ Gestion des structures sanitaires

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation et l'accès aux soins et la participation communautaire. La politique sectorielle de santé du Mali est bâtie sur une structure pyramidale dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CScom), le second le Centre de Santé de Référence (CSRéf) et les troisième et quatrième niveau les Hôpitaux Régionaux et Nationaux. La gestion des CScom est assurée par des associations de santé communautaire et plus précisément par le Comité de gestion. Le système de santé malien est organisé en trois niveaux:(21)

Le niveau opérationnel / district sanitaire est constitué de 2 échelons :

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

- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué de 62 Centres de Santé de Référence (CSRéf) fonctionnels en 2021.

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

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

La présente de manière schématique la pyramide sanitaire du Mali. (22)

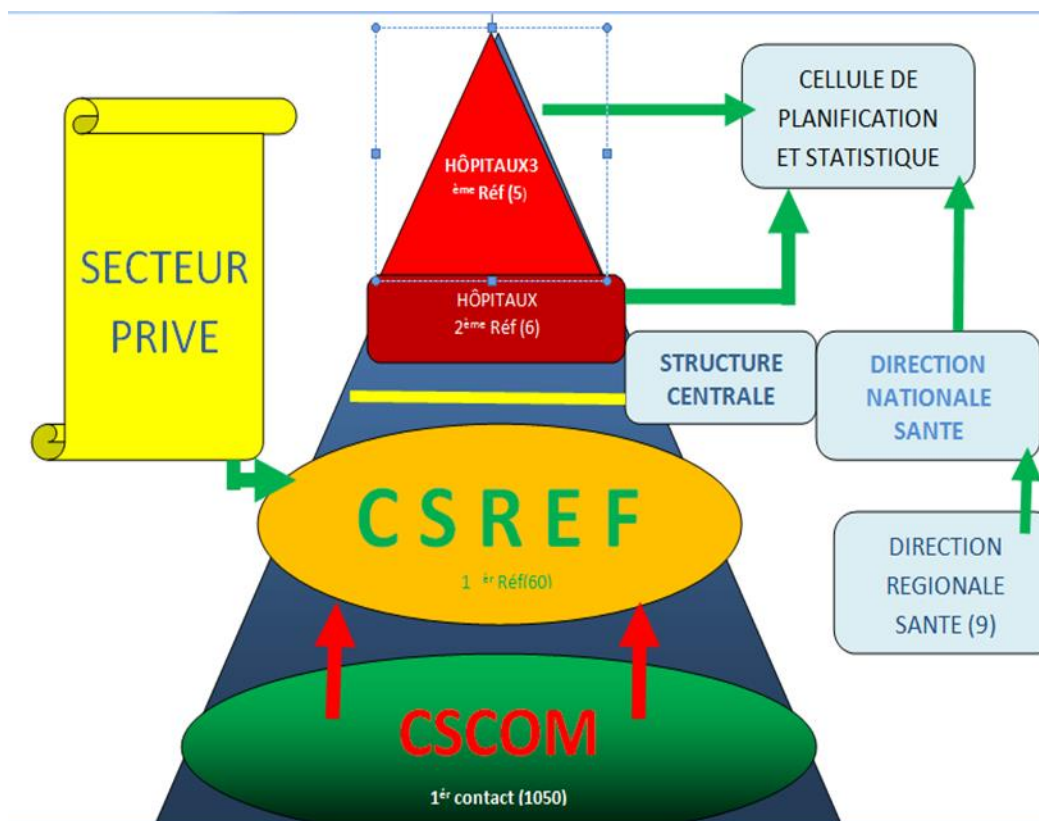


Figure 2 : pyramide sanitaire du Mali (22)

3.2 Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée entre octobre 2024 et septembre 2025 soit une période de 12 mois avec une période de collecte de 1 mois (Janvier–février 2025).

3.3 Population d'étude

La présente étude a concerné les personnes adultes de 18 ans et plus résidant dans ces cinq districts

3.3.1 Critère d'inclusion

- Notre étude a concerné les individus âgés de 18 ans ou plus ayant donné leur consentement éclairé .
- Résidents dans les zones concernées par notre étude
- Ainsi que les personnes capables de comprendre et de répondre aux questions dans les langues utilisées pour l'étude .

3.3.2 Critères de non-inclusion

- Les personnes institutionnalisées (prison, hôpitaux, campus) n'étaient pas concernées
- Les personnes incapables de comprendre et de répondre aux questions dans les langues utilisées pour l'étude.
- Les personnes ayant refusées de participer à notre étude.

3.4 Echantillonnage

3.4.1 Taille de l'échantillon

La taille d'échantillon a été estimée à l'aide de la formule de Daniel Schwartz , ($n = z^2 * (1-p)/d^2$) . Bien que le taux de prévalence des maladies mentales en population générale ne soit pas connu au Mali , une enquête similaire menée au Burkina Faso en Afrique de l'Ouest retrouve un taux d'environ 41.43% (8) . Par conséquent nous prendrons comme référence un taux de 41.43% pour estimer la taille d'échantillon . Ainsi en prenant une proportion de 41,4 % , une précision de 5% et un effet de grappe de 2 et un niveau de confiance de 95% . Ce qui nous a permis d'avoir une taille calculée de 746 participants par district pour un total de 3730. Nous avons retrouvés 3832 participants au cours de l'enquête.

Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé par la technique d'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés.

➤ Première étape

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

➤ **Choix des ménages**

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

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

3.5 Collectes des données

3.5.1 Outils de collecte

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

Pour le repérage des différents troubles psychotiques 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.

Tous les outils ont été conçus sur un logiciel de collecte électronique « **KoboToolbox** ».

3.5.2 Technique de collecte

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

3.6 Variables de l'étude

Les variables étaient classées comme suit :

Les variables explicatives comprenaient :

Variables sociodémographiques

- sexe
- âge (classes d'âge)
- statut matrimonial
- niveau d'instruction

Variables socioculturelles

- croyance religieuse
- religion
- consanguinité parentale

Variables cliniques

- troubles de l'humeur
- troubles anxieux
- troubles psychotiques
- troubles liés à l'usage de substances psychoactives
- dépendance aux substances psychoactives
- risque suicidaire
- troubles du sommeil

2.7 Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (version 25). Les caractéristiques sociodémographiques des participants ont été décrites à l'aide des effectifs et des pourcentages. 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 du mois écoulé des expériences psychotiques et des troubles psychotiques ont été estimées en population générale. Ces prévalences ont été présentées globalement, puis stratifiées selon le sexe et les catégories d'âge. Les résultats ont été exprimés en pourcentages avec leurs effectifs correspondants.

Les comorbidités du trouble psychotique avec les autres troubles mentaux ont été étudiées séparément pour la vie entière et pour la période des 12 derniers mois. Elles ont été exprimées en pourcentages, correspondant à la proportion de sujets présentant le trouble en ligne parmi ceux présentant un trouble psychotique. Les associations ont été mesurées à l'aide des odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %), afin d'évaluer la force du lien entre les troubles.

Une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie. Les résultats de l'analyse univariée ont été exprimés sous forme d'odds ratios bruts avec leurs 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 survenue d'un trouble psychotique et de contrôler les effets de confusion. Les résultats de l'analyse multivariée ont été présentés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa) avec leurs IC95 %.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ pour l'ensemble des analyses.

3.7 Considérations éthiques

La présente recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'USTTB sous le N° 2024/128/CE/USTTB. Elle a été conduite conformément aux bonnes pratiques cliniques, aux principes fondamentaux d'éthique, qui sont le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Par ailleurs, un consentement libre et éclairé a été requis de chaque personne pressentie pour participer notre étude. Les Données ont été sécurisées et protégées contre toute altération ou communication non autorisée. L'anonymat absolu et la confidentialité sont garantis pour toute personne participante à notre étude.

RESULTATS

4 RESULTATS

Après l'analyse des données nous avons obtenus des résultats suivants :

4.1 Données sociodémographiques

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

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
[18 – 24]	707	18,4
[25 – 34]	1044	71,9
[35 – 44]	722	18,8
≥ 45	1359	35,5
Total	3832	100

La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée avec 71,9% des cas et l'âge moyen des participants était 39,9 ans.

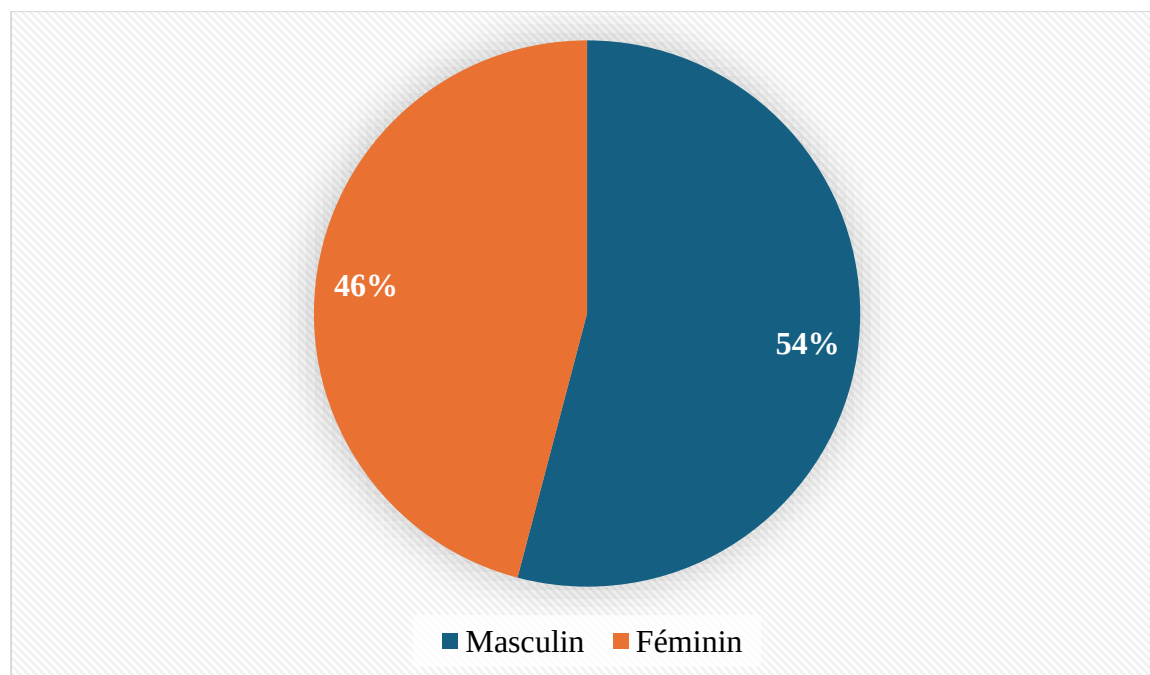


Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe

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

Tableau II: Répartition des participants selon le statut matrimonial

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

La plupart des enquêtés étaient marié(e)s avec 83,3% de la population enquêtée

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
Non précisé	2	0,1
Total	3832	100

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

Tableau IV : Répartition des participants selon la situation professionnelle

Situation Professionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Agriculteur	1008	26,3
Femme au foyer / ménagère	908	23,7
Commerçant	557	14,5
Ouvrier/Manoeuvre	323	8,4
Salarié du secteur privé	268	7,0
Elève / étudiant	185	4,8
Chômeur / Sans profession	147	3,8
Artisan	132	3,4
Fonctionnaire	92	2,4
Retraité	88	2,3
Eleveur	54	1,4
Transporteur / Conducteur / Chauffeur auto-moto	28	0,7
Tradithérapeute/ Guérisseur / Marabout / Féticheur / Maître coranique	18	0,5
Artiste (peintre, sculpteur, musicien, chanteur, griot...)	13	0,3
Chef de village	11	0,3
Total	3832	100

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

Tableau V : Répartition des participants selon le rang dans la fratrie utérine

Fratrie utérine	Effectif	Pourcentage (%)
1 ^{er}	815	21,3
2 ^{ème}	653	17,0
3 ^{ème}	665	17,4
4 ^{ème}	513	13,4
5 ^{ème}	451	11,8
6 ^{ème}	314	8,2
7 ^{ème}	187	4,9
8 ^{ème}	117	3,1
9 ^{ème}	43	1,1%
10 ^{ème}	26	0,7
≥ 11 ^{ème}	74	1,9
Non Précisé	1	0,0
Total	3832	100

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

Tableau VI : 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	100,0

Plus de la moitié soit 59,6% des enquêtés étaient issus de parents sans lien de consanguinité.

Tableau VII : Répartition des participants selon les croyances confessionnelles

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

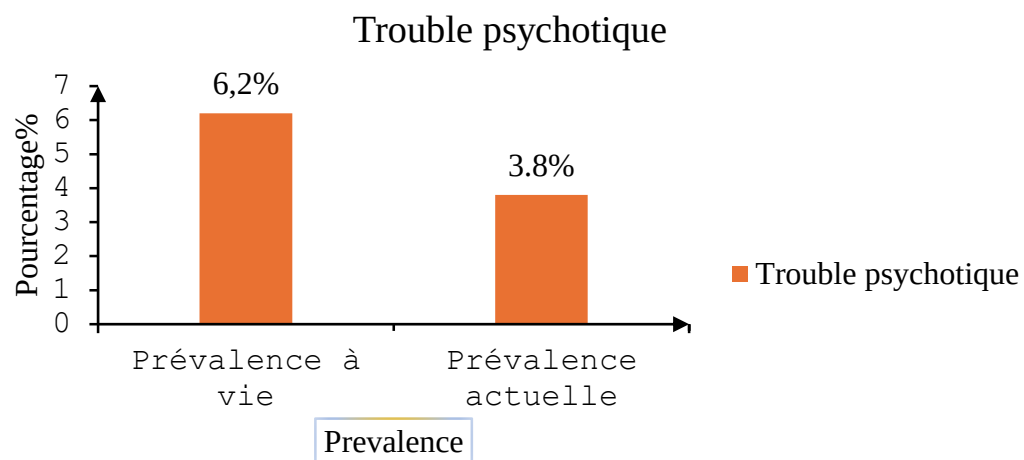
Des enquêtés ayant une croyance confessionnelle étaient les plus nombreux et ont représentées 96,8%.

Tableau VIII : Répartition des participants selon les religions qui ils pratiques

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulman	3454	93,1
Chrétien	131	3,5
Religion traditionnelle	126	3,4
Non Précisé	1	0,1
Total	3832	100,0

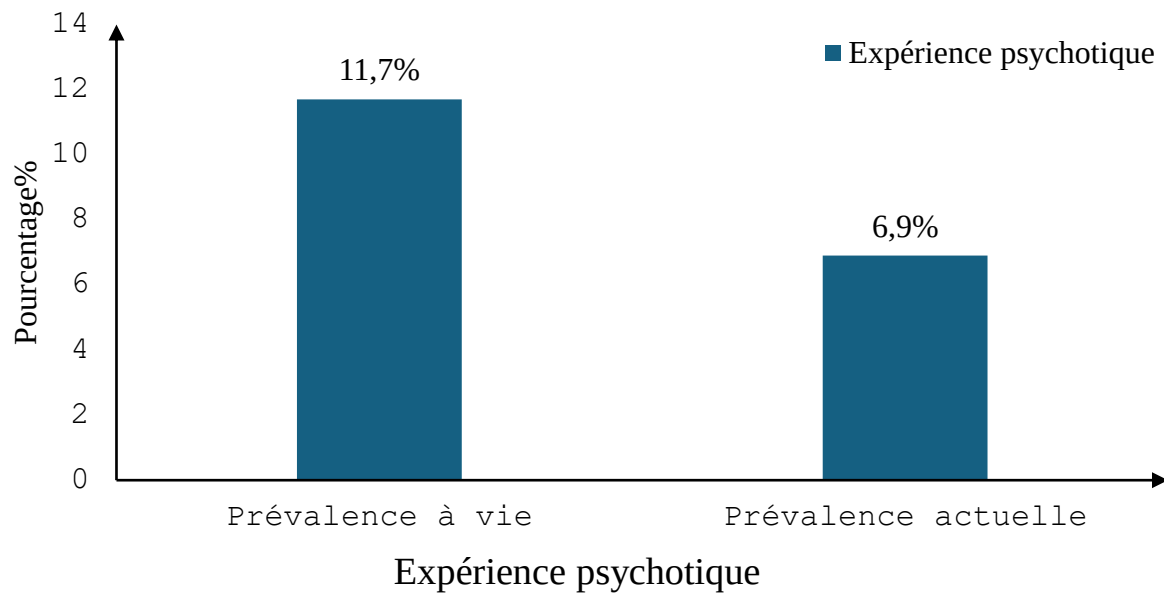
La religion musulmane était la plus représentée avec 93,1% des enquêtés.

4.2 Résultats Analytique :



La prévalence sur la vie entière des troubles psychotiques était estimée à 6,2 % et la prévalence au cours du mois écoulés et des troubles psychotiques était à 3,8 %.

Figure 4 : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.



La prévalence sur la vie entière des expériences psychotiques était à 11,7 %. La prévalence au cours du mois écoulé des expériences psychotiques était à 6,9 %.

Figure 5 : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025

Tableau IX : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025

Sexe	Trouble psychotique			
	A vie		Actuelle	
	N	%	N	%
Masculin	91	4,4	53	2,6
Féminin	146	8,3	91	5,2

La prévalence à vie du trouble psychotique était de 8,3 % chez les femmes et de 4,4 % chez les hommes.

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI EN
2025**

Tableau X : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques par sexe en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025

Sexe	Expérience psychotique			
	A vie		Actuelle	
	N	%	N	%
Masculin	181	8,7	109	5,3
Féminin	267	15.2	157	8,9

La prévalence à vie de l'expérience psychotique était de 15,2 % chez les femmes et de 8,7 % chez les hommes

Tableau XI : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des troubles psychotiques par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Âge (ans)	Trouble psychotique			
	A vie		Actuelle	
	N	%	N	%
18-24	52	7,4	37	5,2
25-34	64	6,1	31	3,0
35-44	52	7,2	41	5,7
≥45	69	5,1	35	2,6

La prévalence à vie du trouble psychotique était de 7,4 % parmi les enquêtés de 18 à 24 ans et de 5,1 % parmi les enquêtés de 45 ans et plus.

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI EN
2025**

Tableau XII : Prévalence à vie et au cours du mois écoulé des expériences psychotiques par catégorie d'âge en population générale dans 5 districts sanitaires au Mali en 2025

Âge (ans)	Expérience psychotique			
	A vie		Actuelle	
	N	%	N	%
18-24	98	13,9	60	8,5
25-34	114	10,9	66	6,3
35-44	90	12,5	61	8,4
≥45 146	146	10,7	79	5,8

La prévalence à vie de l'expérience psychotique était de 13,9 % parmi les enquêtés de 18 à 24 ans et de 10,7 % parmi les enquêtés de 45 ans et plus.

Tableau XIII : Comorbidités à vie du trouble psychotique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025

Comorbidités	Trouble psychotique		
	%	OR	IC (95%)
Trouble anxieux	31,6	3,9	3,0-5,2
Trouble panique	18,1	4,1	2,9-5,9
Agoraphobie	13,5	5,8	3,8-8,8
Phobie sociale	5,1	6,3	3,2-12,5
Trouble anxieux général	11,0	2,7	1,7-4,1
Trouble de stress post-traumatique	19,8	2,6	1,9-3,7
Trouble de l'humeur	39,2	5,3	4,0-7,0
Episode dépressif majeur	30,4	4,4	3,3-6,0
Hypomanie	8,0	6,4	3,7-11,1
Manie	5,1	15,9	7,1-35,8
Usage de substance	5,1	1,9	1,0-3,5
Dépendance	3,0	2,6	1,1-5,8

Parmi les personnes enquêtées ayant souffert d'un trouble psychotique à vie, 39,2 % ont également souffert d'un trouble de l'humeur, 31,6 % d'un trouble anxieux, 19,8 % d'un trouble stress post-traumatique. Les odds ratio étaient tous significatifs au seuil de 0,05 et supérieurs à 1,0.

Tableau XIV : Comorbidités au cours de l'année écoulée du trouble psychotique avec d'autres troubles dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.

Comorbidités	Trouble psychotique		
	%	OR	IC (95%)
Trouble anxieux	27,1	3,7	2,5-5,4
Trouble panique	14,6	4,0	2,4-6,5
Agoraphobie	12,5	6,3	3,7-10,8
Phobie sociale	4,9	11,0	4,5-27,0
Trouble anxieux général	10,4	2,5	1,4-4,4
Trouble de stress post-traumatique	13,9	2,7	1,6-4,4
Trouble de l'humeur	22,9	6,3	4,2-9,6
Episode dépressif majeur	15,3	4,7	2,9-7,6
Hypomanie	4,9	7,8	3,3-18,4
Manie	4,2	32,0	9,7-106,2
Usage de substance	4,9	2,3	1,1-5,2
Dépendance	2,8	2,5	0,9-7,0
Risque suicidaire	31,9	6,0	4,2-8,8
Troubles du sommeil	27,1	6,7	4,5-9,9

Parmi les personnes enquêtées ayant souffert d'un trouble psychotique au cours des 12 derniers mois, 31,9 % ont également présenté un risque suicidaire, 27,1 % ont également souffert d'un trouble anxieux, 22,9 % d'un trouble de l'humeur, 13,9 % d'un trouble stress post-traumatique. Les odds ratio étaient tous significatifs au seuil de 0,05 et supérieurs à 1,0 à l'exception de celui associé à la dépendance.

Tableau XV : Facteurs associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie à l'analyse univariée en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.

Variables explicatives	Trouble psychotique		
	OR brut	IC (95%)	P-value
Sexe			
Féminin	2,0	1,5-2,6	<0,0001*
Masculin			Réf
Âge (an)			
18-24	1,5	1,1-2,2	0,0375*
25-34	1,2	0,9-1,7	0,2638
35-44	1,5	1,1-2,1	0,0497*
≥45			Réf
Statut matrimonial			
Marié	0,8	0,4-1,4	0,3719
Célibataire	0,8	0,4-1,6	0,5356
Divorcé	3,0	0,9-9,3	0,0613
Veuf/Veuve			Réf
Niveau d'instruction			
Alphabétisé	0,4	0,1-1,2	0,1096
Primaire	0,9	0,6-1,2	0,3332
Secondaire	1,0	0,7-1,5	0,8983
Supérieur	0,6	0,3-1,2	0,1568
Ecole Coranique	1,4	0,9-2,3	0,1190
Jamais scolarisé			Réf
Croyance			
Oui	0,5	0,3-0,9	0,0396*
Non			Réf
Religion			
Musulmane	1,3	0,6-2,9	0,5588
Chrétienne	1,7	0,6-4,7	0,3451

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI EN
2025**

Religion traditionnelle			Réf
Région sanitaire			
Koulikoro	0,9	0,6-1,2	0,4394
Dioila	0,9	0,6-1,3	0,5659
District sanitaire			
Kati	1,3	0,9-2,0	0,1841
Ouélessébougou	1,1	0,7-1,7	0,5659
Kalabancoro	0,9	0,6-1,5	0,8009
Kolokani	0,7	0,5-1,1	0,1599
Dioila			Réf
Usage de SPA			
Oui	1,9	1,1-3,5	0,0401*
Non			Réf
Dépendance de SPA			
Oui	2,6	1,1-5,8	0,0223*
Non			Réf

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

A l'analyse univariée, les facteurs significativement associés de manière positive à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie étaient le sexe féminin (OR[IC95%] = 2,0[1,5-2,6]), la catégorie d'âge de 18 à 24 ans (OR[IC95%] = 1,5[1,1-2,2]) et celle de 35 à 44 ans OR[IC95%] = 1,5[1,1-2,1]), l'usage et la dépendance aux substances psychoactives avec respectivement OR[IC95%] = 1,9[1,1-3,5] et OR[IC95%] = 2,6[1,1-5,8]. En revanche le seul facteur significativement associé de façon négative à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie était la croyance en une religion (OR[IC95%] = 0,5[0,3-0,9]).

Tableau XVI : Facteurs associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie à l'analyse multivariée en population générale dans 5 districts sanitaires du Mali en 2025.

Variables explicatives	Trouble psychotique		
	OR brut	IC (95%)	P-value
Sexe			
Féminin	2,0	1,4-2,7	<0,0001*
Masculin			Réf
Âge (an)			
18-24	1,2	0,7-1,9	0,5125
25-34	1,1	0,8-1,6	0,7554
35-44	1,3	0,9-2,0	0,1574
≥45			Réf
Statut matrimonial			
Marié	0,9	0,4-1,4	0,7199
Célibataire	1,1	0,5-2,5	0,8534
Divorcé	3,1	1,0-10,1	0,0593
Veuf/Veuve			Réf
Niveau d'instruction			
Alphabétisé	0,5	0,2-1,6	0,2310
Primaire	0,9	0,6-1,2	0,4027
Secondaire	0,9	0,6-1,5	0,8141
Supérieur	0,7	0,3-1,4	0,3091
Ecole Coranique	1,7	1,1-2,7	0,0335*
Jamais scolarisé			Réf
Croyance			
Oui	0,5	0,3-1,0	0,0598
Non			Réf
Usage de SPA vie			
Oui	1,4	0,6-3,7	0,4382
Non			Réf

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES DANS 5 DISTRICTS SANITAIRES DU MALI EN
2025**

Dépendance de SPA vie			
Oui	1,8	0,5-6,3	0,3697
Non			Réf

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

A l'analyse multivariée, les facteurs significativement associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie étaient le sexe féminin (OR[IC95%] = 2,0[1,4-2,7]) et l'apprentissage dans une école coranique (OR[IC95%] = 1,7[1,1-2,7]).

DISCUSSION

5 DISCUSSION

La prévalence des troubles psychotiques était à 6,2% dans la population des cinq districts sanitaires au Mali. Nous avons retrouvé un lien significatif entre la croyance en une religion et la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

5.1.1 Sexe

Le sexe masculin représentait 54% de la population enquêtée cela reflète les données du 5^e recensement général de la population malienne réalisé en 2022 avec une population totale 22 395 489 habitants dont 11 138 934 de femmes, soit 49,7 % de l'ensemble de la population (20)

5.1.2 Age

La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée avec 71,9% des cas. L'âge moyen des enquêtés était de 39,9 ans avec un écart-type de 16,368 ans et des extrêmes d'âge étaient de 18 et 104 ans. Ces données reflètent la répartition démographique de la population malienne. A l'échelle nationale les sujets jeunes de 15 à 34 ans représentaient 32,04% de la population. (23)

5.1.3 Statut matrimonial

Sur 3282 participants 3192 étaient mariés soit 83,3% des enquêtées. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par : la société traditionnelle malienne accorde une place importante au mariage et le considère d'ailleurs comme une institution sociale sacrée. Le mariage serait une certaine ouverture et une forme de communication entre les différentes ethnies au Mali. (26).

5.1.4 Religion

La religion musulmane était la plus représentée avec une fréquence 93,1% des enquêtés. Nos résultats concordent par le fait que 95 % de la population malienne est de confession musulmane selon le rapport du ministère des affaires religieuses et du culte en 2021.(27)

5.1.5 Niveau d'étude

Les enquêtés n'ayant jamais été scolarisés étaient les plus représentés avec 39,1% des observations. Selon le rapport des états généraux de l'éducation 57,1% de la population plus importante en milieu rural environ 64,3%(28). Ce problème est dû principalement à la pauvreté, l'insécurité et au manque d'infrastructures.

5.1.6 Profession

Les cultivateurs étaient les plus représentés au cours de notre enquête, cela s'explique par l'économie malienne qui repose majoritairement sur l'agriculture qui mobilise près de 75% de la population active.(29) .

5.1.7 Fratrie utérine

Nous avons constaté des participants qui occupaient plus que du 16^e rang dans leur fratrie, ceci révèle que la fécondité des femmes maliennes demeure relativement élevée avec un nombre moyen d'enfant par femme estimé à 6,3 enfants. (23).

5.2 Diagnostiques

Parmi les 3832 participants 448 remplissaient les critères du Syndrome psychotique étudiés d'après le MINI.

La prévalence des expériences psychotiques était 11,7%. Par ailleurs la prévalence des symptômes psychotiques uniques était à 8% au Kenya(30). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette étude ne concernait qu'un seul district avec une taille d'échantillon inférieure à la nôtre.

Dans notre étude la prévalence à vie du trouble psychotique était à 6,2%. Ce taux corrobore les résultats d'enquêtes antérieures menées ailleurs et utilisant une méthodologie similaire. Ainsi en France la prévalence des syndromes d'allure psychotique à vie était à 2,8% dans la population générale(31). La prévalence retrouvée dans notre étude était cependant élevée mais plus proche de celle de Greene et al (6) qui avait retrouvé une prévalence à vie entre 1% à 4,4% en Afrique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces études ont été réalisées dans le même continent sur une population présentant des points communs.

Parmi les personnes ayant souffert du trouble psychotique à vie on notait une prédominance du sexe féminin avec une prévalence à 15,2 % contre 8,7 % du sexe masculin et l'ordre ratio était 2.0 en faveur du sexe féminin. Mais notre résultat est contradictoire avec ceux d'autres études qui trouvaient une prédominance du sexe masculin. Ainsi Ouédraogo et al (8) au Burkina Faso trouvaient un taux de 2,35 contre 1 ;15% du syndrome psychotique isolé et 4,15 contre 4,12% du syndrome psychotique récurrent. Karfo et al(7) avait rapporté que les sujets de sexe masculin sont majoritaires et ont représenté 79,25 % de l'effectif. Au Mali le sexe masculin avait représenté 67,8% des patients psychotiques en milieu hospitalier. Coulibaly et al (16) le même auteur avait rapporté un lien significatif entre le sexe et les troubles psychotiques. Ces études ont été réalisées

en milieu hospitalier moins fréquentés par les femmes et que les troubles psychotiques ont beaucoup de signification d'ordre culturelle surtout s'il existe chez la femme. En France, Bellamy et al. ont trouvé que les hommes souffrent le plus souvent de syndromes d'allure psychotique comparés aux femmes. Par contre le genre féminin ($p=0,0005$) était l'un des facteurs protecteurs des troubles psychiatriques au Togo selon Kokou Messanh AS (32) ; A. Seck affirme qu'en dehors des addictions les femmes étaient majoritaires dans toutes les pathologies psychiatriques retrouvées au centre psychiatrique Emile du Sénégal avec (52,7%) (33). La prédominance du sexe féminin dans ces troubles peut s'expliquer par les multiples facteurs de vulnérabilité, et leur vulnérabilité est étroitement liée à leur statut, leur travail et à leur rôle dans la société, ainsi qu'à des facteurs biologiques et de reproduction (34). La plupart d'entre elles sont analphabètes ou elles abandonnent tôt l'école et peu prennent des décisions propres à leur santé ceci s'ajoute à leurs rôles d'épouse, de mère et de travailleuse(7). On retrouve un lien significatif à l'analyse univariée, le sexe féminin était associé de manière positive à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie ($OR[IC95\%] = 2,0[1,5-2,6]$), et l'analyse multivariée l'ordre ratio était ($OR[IC95\%] = 2,0[1,4-2,7]$)

La tranche d'âge 18-24 ans était la plus représentée chez les psychotiques soit 13,9% pour les expériences psychotiques et 7,4% pour le trouble psychotique à vie. C'est la population jeune qui est la plus touchée. Cette répartition est en conformité avec l'analyse Malah NA 32,67% et Diarra Z 45,1%. Pour la même tranche d'âge de [21-30] dans ces études hospitalières (24,25). Ce résultat serait supérieur à notre résultat et la différence pourrait s'expliquer par le biais de recrutement. Ces données sont conformes à celles de la littérature psychiatrique, les troubles psychotiques sont des affections qui débutent à l'âge jeune adultes et le premier épisode psychotique survient généralement entre 15 et 26 ans chez les hommes et entre 24 et 32 ans chez les femmes (4). C'est la preuve de la plus grande vulnérabilité des sujets jeunes, communément admise dans la littérature psychiatrique. Mais il existe des troubles psychotiques qui débutent à l'âge avancé(17) surtout les délires chroniques leur âge d'apparition est tardif, situé entre 30 et 50 ans(14). La catégorie d'âge de 18 à 24 ans ($OR[IC95\%] = 1,5[1,1-2,2]$) et celle de 35 à 44 ans $OR[IC95\%] = 1,5[1,1-2,1]$ étaient significativement associées à la survenue des troubles psychotiques à vie.

A notre analyse univariée la croyance en une religion est un facteur protecteur contre survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie ($OR[IC95\%] = 0,5[0,3-0,9]$). Dans une étude longitudinale de trois ans visant à prédire l'effet de la religion sur les symptômes psychotiques, Mohr et al.

Soulignent que l'importance de la religion dans la vie des patients psychotiques de tous les jours améliore les symptômes négatifs et la qualité de vie. De plus, ils soulignent que les individus s'adaptent plus efficacement à leurs symptômes grâce à la croyance en une religion (35).

La religion est considérée comme une stratégie d'adaptation positive par les auteurs puisque les individus trouvent du réconfort dans cette relation. Celle-ci est sécurisante, elle leur permet de mieux tolérer leurs symptômes et leur détresse(36).

Nous avons retrouvé un taux de risque suicidaire à 31,9% (OR[IC95%] = 6,0[4,2-8,8]) chez les enquêtés ayant souffert de troubles psychotiques au cours des 12 derniers mois ceci met en évidence le retentissement des troubles psychotiques sur la vie des patients. Environ 5 à 6 % des personnes souffrant de schizophrénie meurent par suicide(13) environ 20 % tentent de se suicider en une ou plusieurs occasions, et un plus grand nombre encore a des idées suicidaires très significatives selon Hawton et al(13). Le comportement suicidaire survient parfois en réponse à des ordres hallucinatoires de se faire du mal ou de faire du mal aux autres mais aussi d'autres Les autres facteurs de risque sont le fait d'avoir des symptômes dépressifs ou des sentiments de désespoir et d'être sans emploi, et le risque est aussi plus élevé dans la période qui suit un épisode psychotique ou qui suit la sortie de l'hôpital Hawton et al. Le risque suicidaire reste élevé durant toute la vie du sujet, pour les hommes et les femmes, même s'il est particulièrement élevé chez les hommes jeunes, surtout s'ils consomment des drogues.(13)

5.3 Limites

Notre étude avait quelques limites :

L'outil que nous disposons n'a pas permis de spécifier les différents troubles psychotiques.

L'âge d'inclusion était déterminé n'a tenu en compte que les plus de 18 ans.

Cette étude n'a pas permis d'établir une relation causale entre les facteurs étudiés et les troubles psychotiques.

CONCLUSION

6 CONCLUSION

Au terme de cette étude consacré sur l'épidémiologie des troubles psychotiques dans cinq districts au Mali ; nous avons constaté que les troubles psychotiques sont assez prévalents dans la population malienne. Les prévalences sur la vie entière des expériences et troubles psychotiques étaient respectivement de 11,7 % et 6,2 %. Les sujets jeunes adultes de sexe féminin étaient les plus représentés. Au cours de notre étude les facteurs étudiés en plus des caractéristiques socio démographiques étaient la croyance en une religion ; l'usage et la dépendance aux substances psychoactives. A l'analyse univariée, les facteurs significativement associés de manière positive à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie étaient le sexe féminin, la catégorie d'âge de 18 à 24 ans et celle de 35 à 44 ans l'usage et la dépendance aux substances psychoactives avec respectivement. En revanche le seul facteur protecteur la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie était la croyance en une religion. A l'analyse multivariée, les facteurs significativement associés à la survenue d'un trouble psychotique au cours de la vie étaient le sexe féminin et l'apprentissage dans une école coranique. En fin la santé mentale ne devrait être reléguée au second rang des priorités sanitaires nationales de notre pays

RECOMMENDATIONS

7 RECOMMANDATIONS

Nous avons quelques recommandations à adresser aux autorités sanitaires et aux agents de santé :

Autorités sanitaires

- Les personnels spécialistes étant en nombre très insuffisant dans notre pays, nous recommandons de promouvoir la santé mentale enfin d’avoir plus de spécialistes ;
- Prévoir la continuité de cette étude sur toute l’étendue du territoire malien enfin d’avoir des données épidémiologiques sur des troubles psychotique au sein de la population générale ;
- Formations aux premiers secours en santé mentale.

Agents de santé

- Sensibilisation de la population sur l’existence des troubles psychiatriques et leur orientation dans des structures spécialisées ;
- Traité la santé mentale sans stigmatisation avec la même importance que la santé physique ;
- Soutien psychosocial .

Chercheur

- Intégrer la santé mentale au cœur dans le programme de la recherche
- Intégré l’étude des biomarqueurs et de la neuro imagerie pour mieux comprendre la survenue de ces troubles

REFERENCES

REFERENCES

1. Girard C. Hors des sentiers battus : La Thérapie par l'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques [Thèse de doctorat]. Montréal : Université du Québec à Montréal ; 2022.
2. Szoke A. Troubles psychotiques : des ressources de santé qui devraient être orientées vers les zones urbaines les plus défavorisées. Fondation FondaMental. [Internet]. Créteil ; 2016. Disponible sur : (www.fondation-fondamental.org).
3. Sicotter R. De la psychose au suicide. Agence Science-Presses [Internet]. Québec ; 2021 [cité 11 déc. 2024]. Disponible sur : <https://www.sciencepresse.qc.ca>.
4. F Rouillon. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 21 déc. 2008 ; 166(1) :63-70.
5. C Chan-Cheun, T Fovet, B Pignon. Actualités sur l'épidémiologie des troubles psychotiques en France. Ffench Journal of Psychiatry. 1 nov 2018: S34.
6. Greene MC, Yangchen T, Lehner T, Sullivan PF, Pato CN, McIntosh A, et al., The epidemiology of psychiatric disorders in Africa: a scoping review. LancetPsychiatry. Août 2021; 8(8) :717-731.
7. K Karfo, JA Kiendrebeogo, A Yaogo, JG Ouango, A Ouédraogo. Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso : aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. Ann Med Psychol (Paris). 2011;(169) :160-6.
8. A Ouédraogo, JG Ouango, K Karfo, P Goumbri, D Nanéma, B Sawadogo. Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso. L'Encéphale. 2018;(1072) : 4.
9. Coulibaly SP, Maïga FI, Landouré G, Dolo H, Mounkoro PP, Dara AE, et al. Facteurs associés aux troubles mentaux dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du point G au Mali. Mali Med. 19 avr 2021 ; 36(1) : 52-57.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Geneva : 2001. Disponible sur : whr@who.int
11. Weiss E. Les outils de repérage des troubles psychotiques émergents : quelle place pour l' utilisation en médecine générale [Thèse de doctorat]. [France] : Université de Lille ; 2020.
12. Salomé F. Qu' est-ce que les psychoses : clinique ; modèles et prise en charge. Paris : Dunod ; 2012.

13. Croq MA, Guelfi JD. DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. 5e édition. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2015. 1275 p. Disponible sur : www.elsevier-masson.fr
14. M Desseilles, N Massart. Les psychoses délirantes chroniques. Vol. 9. 2009; (64): 464-7.
15. Jongsm EH, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders; 2002-17: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. Mai 2019 ; 4(212) : 44.
16. Coulibaly SP, Dolo H, Notue MA, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. Pan Afr Med J. 23 févr. 2022 ; 41(160).
17. Lalonde P, Pinard GF, et al. Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale. 4e édition. TOME 1. Montréal : Chenelière Éducation ; 2016.
18. Maiga SI. Etude des facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie dans le service de psychiatrie du CHU point G d'Octobre 2022 à Octobre 2023. [Thèse de doctorat]. Université des Sciences et des Techniques et des Technologies de Bamako ;2024.
19. Direction Nationale de la Population (Mali). Répartition de la population du Mali selon la Région, le Cercle, la Commune et le Sexe en 021[Internet]. Bamako : DNP ; 2021[cité le 14 juil. 2026].24p. Disponible sur : <https://dnp-mali.ml/download/tmstv=1784052928>.
20. Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé -Développement Social et Promotion de la Famille. Annuaire 2021 du Système National d'Information Sanitaire et Social [Internet]. Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille ; 2021 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur : [http:// www.santé.gov.ml/docs/AnnuaireSNISS-2021.pdf](http://www.santé.gov.ml/docs/AnnuaireSNISS-2021.pdf)
21. Les Centres de santé communautaire universitaires au Mali : Un partenariat entre communautés. AMC [Internet]. [Cité 12 déc. 2024] Disponible sur : <https://www.international.gc.ca/world-monde/stories-histoires/2019/mali-university-universite.aspx?lang=fra>
22. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales : Plan Stratégique Intégré de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) 2019-2023. mai 2019.
23. Kone AB. Rapport d'analyse des données du Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) Thème : Etat et structure de la population [Internet].

- Bamako : Institut National de la Statistique (INSTAT) ; déc. 2024. Disponible sur: www.instatmali-mail.org
24. Diarra ZM. Prise en charge des troubles psychotiques par des neuroleptiques atypiques aux services de psychiatrie CHU du point G de Bamako. [Thèse de doctorat]. [Bamako]:Université des Sciences et des Techniques et des Technologiques de Bamako ; 2013.
 25. Malah NA. Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU point G de Bamako du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018 [Thèse de doctorat]. [Bamako] : Université des Sciences et des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020.
 26. Fané DA, Cissé S. Rapport d'analyse des données du Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) Thème : Etat matrimonial et nuptial [Internet]. Bamako Institut National de la Statistique (INSTAT) ; 2024. Disponible sur: www.instatmali-mail.org
 27. Ministère des Affaires Religieuses, du Culte et des Coutumes. Rapport 2023 sur la liberté de la religion dans le monde – MALI. Bamako; 2023.
 28. Ministère en Charge du Secteur de l'Éducation et de la Formation Professionnelle ; Rapport de synthèse des états généraux de l' éducation [Internet]. Bamako. Aout -Février 2023. Disponible sur: www.porteduc.ml
 29. Doumbia S, Diarra E. Rapport d'analyse des données du Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) Thème : Caractéristiques économiques de la population. Bamako: Institut National de la Statistique (INSTAT); 2025.
 30. Jenkins R, Njenga F, Okonji M, Kigamwa P, Baraza M, Ayuyo J, et al. Psychotic Symptoms in Kenya – Prevalence, Risk Factors, and Relationship with Common Mental Disorders. International Journal of Environmental. 7 mai 2012: 1748-56. doi : <https://doi.org/10.3390%2Fijerph9051748>
 31. Ruiz C, Kurkdjian L. La Santé Mentale en Population Générale : Images et réalités : Premiers résultats en région PACA. Vol. 83. 2007; l'Information Psychiatrique 83(10) : 821 - 826. doi : DOI 10.3917/inpsy.8310.0821
 32. Messanh KS, Koffi M, Kamé FA A, Degnide A, Leni N, AzaGnandji GG et al. Prévalence des Troubles Psychiatriques dans la Communauté Rurale de Hihéatro (Togo). Health Sci. Dis. Déc 2023 :53-7.

33. Seck D. Profils sociodémographique et clinique des patients suivis au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor/Sénégal (du 01/01/2019 au 31/12/2019) [Thèse de doctorat]. [Senegal] : Université Assane Seck de Ziguinchor ; 2020.
34. G Papanikola, D Borcan, E Sanida, E Escard. Santé mentale au féminin: entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux. Rev Med. 2015; 4(1750-) :11.
35. Duchesne N. Le Rôle de la spiritualité dans l'intervention auprès des individus adultes atteints d'un trouble du spectre de la Schizophrénie ou autres troubles psychotiques. [Thèse de doctorat]. [Québec]: Université Trois-Rivières; 2023.
37. Mizuno Y, Hofer A, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, Pardeller S. Religiosity and Psychological Resilience in Patients with Schizophrenia and Bipolar. Acta Psychiatr Scand Adv Online Publ. 2017. doi:10.1111/acps.12838

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Ouattara

Prénom : Ramata

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

Année de soutenance : 2025

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

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

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

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

Résumé :

Introduction : Les troubles psychotiques sont parmi les pathologies psychiatriques les plus sévères et débutent précocement chez l'adulte jeune. Au Mali, les données existantes sont surtout hospitalières et ne reflètent pas la population générale. Cette étude visait à évaluer la prévalence et les facteurs déterminants des troubles psychotiques en population générale adulte au Mali.

Méthode : Etude transversale descriptive et analytique menée entre octobre 2024 et septembre 2025 (collecte janvier-février 2025) auprès de 3832 adultes de 18 ans et plus, dans cinq districts sanitaires du Mali ; par sondage en grappe à plusieurs degrés. Les troubles psychotiques ont été repérés par le Mini International Neuropsychiatry Interview. Les facteurs associés ont été estimés par odds ratios bruts et ajustés (IC95%).

Résultats : L'âge moyen était de 39,9 ans ; 54% des participants étaient des hommes. La prévalence à vie des troubles psychotiques était à 6,2% (3,8% sur le mois écoulé), celle des expériences psychotiques de 11,7% (6,9%), avec une prédominance féminine (8,3% vs 4,4%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient les troubles de l'humeur (39,2%), anxieux (31,6%), et de stress post traumatique (19,8%). En multivariée, le sexe féminin (ORa= 2,0[1,4-2,7]) et l'école coranique (ORa= 1,7[1,1-2,7]). Étaient associés aux troubles psychotiques à vie ; la croyance religieuse apparaît protectrice en univariée.

Conclusion : Les troubles psychotiques sont relativement fréquents en population générale malienne, touchant davantage les femmes jeunes, justifiant un renforcement de la place de la santé mentale dans les priorités sanitaires nationales.

Mots-clés : Troubles psychotiques ; population générale ; facteurs associés ; Mali.

DATA SHEET

Last Name: Ouattara

First Name: Ramata

Thesis Title: Epidemiology of psychotic disorders in the general population across five health districts in Mali in 2025

Year of Defense: 2025

Student's Country of Origin: Mali

City and Place of Defense: Bamako, Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FMOS) of the University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako (USTTB)

Place of Deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FMOS)

Areas of Interest: Psychiatry; Mental health; Public health; Epidemiology

ABSTRACT

Background: Psychotic disorders are among the most severe psychiatric conditions, typically with an early onset in young adults. In Mali, existing data are primarily hospital-based and do not reflect the general population. This study aimed to evaluate the prevalence and determining factors of psychotic disorders among the adult general population in Mali.

Methods: A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted between October 2024 and September 2025 (data collection: January–February 2025) among 3,832 adults aged 18 and older across five health districts in Mali, using multi-stage cluster sampling. Psychotic disorders were screened using the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Associated factors were estimated using crude and adjusted odds ratios (95% CI).

Results: The mean age was 39.9 years; 54% of participants were male. The lifetime prevalence of psychotic disorders was 6.2% (3.8% over the past month), and that of psychotic experiences was 11.7% (6.9%), with a female predominance (8.3% vs. 4.4%). The most common comorbidities were mood disorders (39.2%), anxiety disorders (31.6%), and post-traumatic stress disorder (19.8%). In multivariate analysis, female sex ($\{aOR\} = 2.0 [1.4-2.7]$) and Quranic schooling ($\{aOR\} = 1.7 [1.1-2.7]$) were significantly associated with lifetime psychotic disorders; religious belief appeared protective in univariate analysis.

Conclusion: Psychotic disorders are relatively common in the Malian general population, disproportionately affecting young women, justifying a stronger integration of mental health into national health priorities.

Keywords: Psychotic disorders; general population; associated factors; Mali.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Région sanitaire : _____

☐ KayesKoulikoroSikasso

☐ SégouMoptiTombouctou

☐ GaoKidalTaoudéni

☐ MénakaNioroKita

☐ DioïlaNaraBougouni

☐ KoutialaSanDouentza

☐ Bandiagara

District sanitaire : _____

Ecrivez tout en majuscule

Localité (village ou secteur) : _____

Ecrivez tout en majuscule

Enregistrez votre position actuelle

latitude (x.y °) : _____

longitude (x.y °) : _____

altitude (m) : _____

précision (m) : _____

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age: _____

☐ en année révolue

☐ Sexe

☐ Masculin

☐ Féminin

Rang dans la fratrie Mère : _____

Rang dans la fratrie Mère selon le sexe : _____

☐ Lien de consanguinité entre les parents

☐ Oui

☐ Non

☐ Situation matrimoniale

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

☐ Célibataire

☐ Divorcé (e) / séparé (e)

☐ Veuf (Ve)

☐ Autre

Si autre, préciser

Quel est votre niveau d'études atteint ?

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

Si autre, préciser

Êtes-vous croyant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Refus

Si oui, quelle religion pratiquez-vous ?

Sélectionnez une seule

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

Si autre, préciser

Quelle est votre principale activité professionnelle ?

- ☐ Agriculteur
- ☐ Eleveur
- ☐ Commerçant
- ☐ Ouvrier/Manœuvre
- ☐ Artisan

- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Salarié du secteur privé
- ☐ Femme au foyer
- ☐ Elève / étudiant
- ☐ Chômeur / Sans profession
- ☐ Retraité
- ☐ Autre

Si autre, préciser

REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE

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

Plusieurs réponses possibles

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

Si autre, préciser

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

Plusieurs réponses possibles

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

Si autre, préciser

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

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

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

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

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

☐ Non

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

A4.a Depuis combien de temps dure cette période ?

En jours : _____

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

Si non à A6, cochez non à l'EDM

☐ Oui

☐ Non

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

Si oui à A7, cochez non à l'EDM

☐ Oui

☐ Non

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, spécifier

SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

☐ Actuel

☐ Passé

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

Nombre d'EDM y compris l'épisode actuel : _____

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

période en année : _____

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

DYSTHYMIE

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

Si oui à B5, cochez non à la dysthymie

☐ Oui

☐ Non

DYSTHYMIE

☐ Oui

☐ Non

RISQUE SUICIDAIRE

[Section clinique sensible non reproduite dans cette version mise en forme.]

EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

EPISODE HYPOMANIAQUE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

EPISODE MANIAQUE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

TROUBLE PANIQUE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

E4.k Aviez-vous peur de mourir ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

AGORAPHOBIE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

☐ TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

☐ TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

☐ AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique

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

☐ Oui

☐ Non

PHOBIE SOCIALE

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

PHOBIE SOCIALE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

I3 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

I4 Durant cette période / Au cours du mois écoulé :

I4.a Aviez-vous des difficultés à dormir ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

I4.e Un rien vous faisait-il sursauter ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

SI I5 EST COTEE OUI, cochez oui au diagnostic

☐ Oui

☐ Non

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

ANXIETE GENERALISEE

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

\= OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

☐ Oui

☐ Non

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

O3.b D'avoir les muscles tendus ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

O3.e D'être particulièrement irritable ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

ANXIETE GENERALISEE

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

DEPENDANCE ALCOOLIQUE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Opiacés

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

:

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

☐ DEPENDANCE aux OPIACES

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE) - Cocaïne

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

☐ cocaine, « coke », crack, « speedball », « Cailloux »

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

DEPENDANCE COCAÏNE

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Actuel

☐ Passé

TROUBLES PSYCHOTIQUES

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

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

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

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

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL

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

☐ Oui

☐ Non

SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE

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

☐ Oui Non

INSOMNIE

Au cours du mois écoulé :

P1 Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ?

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

P3 Avez-vous eu un sommeil de mauvaise qualité ?

☐ Oui

☐ Non

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

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

INSOMNIE ACTUELLE

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

☐ Oui

☐ Non

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

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

☐ Oui

☐ Non

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

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

Plusieurs réponses possibles

☐ Consultations

☐ Hospitalisations

☐ Thérapies

☐ Autre

Si autre, préciser

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

☐ Oui

☐ Non

Êtes-vous satisfait des services de santé mentale reçus ?

☐ Très satisfait

☐ Satisfait

☐ Neutre

☐ Insatisfait

☐ Très insatisfait

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

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquelles ?

☐ Coût

☐ Distance

☐ Stigmatisation

☐ Autre

Si autre, préciser

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

☐ Oui

☐ Non

Quels types de traitements traditionnels avez-vous reçus ?

Plusieurs réponses possibles

☐ Herbes médicinales

☐ Rituels

☐ Prières

☐ Autre

Si autre, préciser

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

☐ Oui

☐ Non

Êtes-vous satisfait des traitements traditionnels reçus ?

☐ Très satisfait

☐ Satisfait

☐ Neutre

☐ Insatisfait

☐ Très insatisfait

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

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

☐ Neutre

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 méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure