

## **Troubles mentaux dans le centre de santé de référence de Kadiolo, Région de Sikasso de 2022 à 2023**

**Kassoum TRAORE**<sup>1</sup>, Soungalo DIAKITE<sup>2</sup>, Yacouba DEMBELE<sup>1</sup>, Sanata SOGOBA<sup>2</sup>, Djibril BARRY<sup>4</sup>, Abdoulaye KONE<sup>3</sup>, Cheick Abou COULIBALY<sup>5</sup>, Souleymane COULIBALY<sup>4</sup>, Toumani SIDIBE<sup>6</sup>, Ousmane Boua TOGOLA<sup>6</sup>, Yaya BALAYARA<sup>7</sup>, Bouyagui TRAORE<sup>8</sup>, Hanine KEITA<sup>9</sup>, Oumar SANGHO<sup>5</sup>, Seydou SOGODOGO<sup>10</sup>, Emilien DIARRA<sup>11</sup>, Dramane TRAORE<sup>3</sup>, Hawa DIARRA<sup>2</sup>, Oumou DIAKITE<sup>12</sup>, Boubacar DOUCOURE<sup>13</sup>, Abdoul Karim DIAKITE<sup>14</sup>, André DEMBELE<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Centre de santé de référence Kadiolo, Sikasso, Mali

<sup>2</sup>Hôpital du Mali, Bamako, Mali

<sup>3</sup>Direction Régionale de la Santé de Sikasso, Mali

<sup>4</sup>Institut National de santé Publique, Bamako, Mali

<sup>5</sup>Faculté de Médecine DR Santé Publique, Bamako, Mali

<sup>6</sup>Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali

<sup>7</sup>African Field Epidemiology Network Kampala, Uganda

<sup>8</sup>Ministère de la Santé et du Développement Social, Bamako, Mali

<sup>9</sup>Organisation Mondiale de la Santé, Bamako, Mali

<sup>10</sup>Inspection de la santé, Bamako, Mali

<sup>11</sup>Centre de Santé de référence de Sikasso, Mali

<sup>12</sup>Agence national d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé, Bamako, Mali

<sup>13</sup>Programme national de lutte contre le paludisme, Bamako, Mali

<sup>14</sup>Centre de santé de référence de Markala, Ségou, Mali

<sup>15</sup>Centre de santé de Koulikoro, Mali

**Auteur correspondant 1 :** Kassoum TRAORE, Assistant Psychiatre au centre de santé de référence de Kadiolo, Tel 79217750, E- Mail : dtckassoum45@gmail.com

**Auteur correspondant 2** : Dr Soungalo DIAKITE Maître de recherche, chef service de santé publique de l'hôpital du Mali. Adresse : N'Tomikorobougou rue 674, porte 189 Bamako  
Tél : 76984975/65452513, E-Mail : [soungalodiakite2013@gmail.com](mailto:soungalodiakite2013@gmail.com)

## Résumé

**Introduction** : La santé mentale et la maladie mentale ne constituent pas les extrêmes d'un continuum, mais représentent des concepts distincts bien que corrélés. La santé mentale influence directement le fonctionnement personnel et social des individus, ce qui justifie la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention. **Méthodes** : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée au Centre de santé de référence (CSRéf) du district sanitaire de Kadiolo. Les données ont été recueillies à partir de la base des données de l'Antenne Santé Mentale. La définition de la santé mentale utilisée est celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2004), qui la décrit comme un état de bien-être permettant à l'individu de se réaliser, de faire face aux tensions normales de la vie, de travailler de manière productive et de contribuer à la vie de sa communauté. **Résultats** : Au total, 121 patients ont été enregistrés. Les femmes représentaient 51% des patients contre 49% d'hommes. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 20–29 ans (31%) et de 30–39 ans (28%). La majorité des patients provenaient de Kadiolo central (50%), suivis de la Côte d'Ivoire (8%) et de Zégoua (5%). Les diagnostics les plus fréquents étaient la bouffée délirante aiguë (25%), la schizophrénie (25%) et la dépression (14%). **Conclusion** : Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique dans le district sanitaire de Kadiolo. Les jeunes adultes, particulièrement les femmes, sont les plus touchés. Le renforcement des ressources et des interventions en santé mentale apparaît nécessaire pour améliorer la qualité de vie des populations.

**Mots-clés** : Troubles mentaux ; santé mentale ; Kadiolo ; Mali.

## Abstract

**Introduction:** Mental health and mental illness are not extremes of a continuum, but rather distinct, though correlated, concepts. Mental health directly influences individuals' personal and social functioning, thus justifying the implementation of promotion and prevention measures. **Methods** : This was a cross-sectional descriptive study conducted at the Kadiolo District Reference Health Center (CSRéf). Data were collected from the Mental Health Outreach Unit's database. The definition of mental health used was that of the World Health Organization (WHO, 2004), which describes it as a state of well-being in which an individual realizes his or

her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to make a contribution to his or her community. **Results :** A total of 121 patients were registered. Women represented 51% of the patients, compared to 49% for men. The most represented age groups were 20–29 years (31%) and 30–39 years (28%). The majority of patients came from Kadiolo Central (50%), followed by Côte d’Ivoire (8%) and Zégoua (5%). The most frequent diagnoses were acute psychotic episode (25%), schizophrenia (25%), and depression (14%). **Conclusion :** Mental disorders constitute a public health problem in the Kadiolo health district. Young adults, particularly women, are the most affected. Strengthening mental health resources and interventions appears necessary to improve the quality of life of the population.

**Keywords :** Mental disorders ; mental health ; Kadiolo ; Mali.

## I- Introduction

La santé mentale est l’absence de maladie mentale ou de troubles mentaux : elle constitue une forme de bien-être complet et interpelle notre capacité à jouir de la vie et à faire faces aux défis auxquels nous sommes confrontés.(1)

La santé mentale et la maladie mentale ne représentent pas les extrêmes d’un continuum, mais constituent plutôt des concepts distincts, bien que corrélés. La première influence directement le fonctionnement personnel et social, ce qui justifie l’importance des actions de promotion et de prévention en amont.(1)

La santé mentale est un facteur important pour rester en bonne santé en fonction du modèle socio-psycho-biomédical. Le Projet Global Burden of Disease (GBD) de l’Organisation Mondiale de la Santé a montré que la dépression et l’anxiété étaient les problèmes de santé les plus courants et il y avait un lien étroit entre l’anxiété et la dépression, ce qui signifiait que les personnes atteintes d’une maladie, étaient plus à risque de développer l’autre.(2)

On peut définir les soins collaboratifs en équipe comme étant le processus par lequel les professionnels des soins primaires et des soins de santé mentale partagent leurs ressources, leur expertise, leurs connaissances et leur prise de décision afin d’assurer que les populations reçoivent les soins de première ligne, des soins centrés sur la personne, efficaces, rentables et prodigués par le professionnel approprié.(3)

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 450 millions de personnes souffrent de actuellement de perturbation mentale, allant des manifestations les plus légères aux pathologies les plus lourdes. Elles sont universelles, touchant aussi bien les hommes que les femmes à tous les stades de leurs vies, les riches comme les pauvres, en milieu urbain comme en zone rurale.(4)

Des revues publiées en 2010 et 2014 dans le cadre des enquêtes de l’OMS sur la santé mentale dans le monde (XMH Survey Initiative), ont présenté des chiffres alarmants, en estimant

qu'approximativement un individu sur cinq était atteint de trouble mental (la prévalence étant égale à 17,6%) et que presque 29,2% de ce ci étaient susceptible d'être atteints par un tel trouble durant leur vie.(4)

En 2021, au niveau mondial, trois documents stratégiques ont été approuvés, le premier étant le plan d'action global pour la santé mentale de 2013- 2030 mis à jour, approuvé par soixante-quatorzième Assemblée mondiale de la santé. Les deux autres documents ont été approuvés par 150<sup>ème</sup> session du conseil exécutif pour examen à la soixante-quinzième assemblée mondiale de la santé.(5)

L'association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont récemment publié un énoncé de principe actualisé dans la Revue canadienne de psychiatrie, qui mettait en évidence les défis, les possibilités et les nouvelles orientations des soins de santé mentale en collaboration au Canada.(6)

Nous devons de toute urgence renforcer les systèmes de réglementation afin de combler les failles qui permettent à de si jeunes gens de se procurer de l'alcool facilement, et qui donnent lieu à une hausse des taux de consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, lesquels taux grimpent parfois jusqu'à 80% chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Cette situation fait peser une grave menace sur l'éducation de ces jeunes et les expose à une vie alcoolique, sans oublier les risques associés aux maladies non transmissibles et à autres affections.(7)

La journée mondiale de la santé mentale, qui est célébrée le 10 octobre de chaque année, nous offre l'occasion de susciter un regain d'intérêt à l'égard des maladies mentales dont la charge ne cesse de s'accroître en Afrique, principalement chez les enfants et les adolescents.

Le thème retenu pour l'édition de cette année, était « faire de la santé mentale pour tous une priorité mondiale », nous rappelle qu'en à peine trois ans, l'isolement social, la peur de la maladie et la mort, ainsi que les difficultés socioéconomiques associées à la pandémie à coronavirus 2019 (COVID-19) ont occasionné une hausse d'environ 25% des troubles liés à la dépression et à l'anxiété à l'échelle mondiale.(7)

Dans la région africaine, trois documents stratégiques ont été élaborés en matière de santé mentale : Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques; Soins de santé mentale communautaire sur l'approche du système de santé de district en Afrique.(8)

Avant la pandémie, on estimait déjà à plus de 116 millions le nombre de personnes qui vivent avec des troubles mentaux dans la Région africaine. Les taux de suicide restent particulièrement préoccupants, tout comme l'augmentation exponentielle du taux de consommation et d'abus d'alcool chez les adolescents âgés d'à peine 13 ans.(7)

Le faible niveau du financement consacré à la santé mentale demeure un défi majeur qui freine les efforts consentis pour accroître les effectifs des agents de la santé mentale en Afrique. A ce

jour, on compte moins de deux agents de santé mentale pour 100 000 habitants, et l'essentiel de effectif est constitué de personnel infirmier spécialisé en psychiatrie et d'aides-soignants en santé mentale.(7)

Au Mali en 2018 des médecins généralistes ont été formé sur la prise en charge des principales pathologies psychiatriques dans les zones rurales de six régions, et elles ont intéressé en deux années plus de 2000 personnes souffrant de psychoses (57%), de dépression(26%), d'addiction (8%), l'autisme(9%) et de démence (1%).(9)

Les structures de prise en charge en Afrique en générale et au Mali en particulier, se trouvent le plus souvent dans les localités urbaines. L'unique service de psychiatrie pour l'ensemble de la population malienne, se trouve à Bamako, de même que la quasi-totalité du personnel spécialisé (psychiatres et infirmiers spécialisés en santé mentale).(9)

Aussi la stigmatisation de personnes souffrantes des troubles mentaux est forte au Mali, du fait l'ignorance, des croyances, de l'inexistence d'une politique gouvernementale en santé mentale et du peu de moyens et d'infrastructures spécialisées.(10)

Plusieurs de programmes ont été mis en place pour aider les gens à reconnaître les signes et les symptômes du stress avant que la situation ne s'aggrave, grâce à des programmes de mieux-être, des activités de sensibilisation, des séminaires de perfectionnement ou des politiques d'hygiène de vie et promotion de la santé. (11)

C'est une première fois qu'une telle étude soit réalisée dans le district sanitaire de Kadiolo d'où analyser les données de l'Antenne Santé Mentale du centre de référence de santé de janvier 2022 à Décembre 2023.

## **II- Objectifs**

### **2.1. Objectif général :**

Analyser les données relatives aux troubles mentaux enregistrés au centre de santé de référence de Kadiolo (CSRéf) de 2022 à 2023.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients présentant des troubles mentaux,
- Identifier les facteurs associés à la survenue des troubles mentaux,
- Déterminer l'accessibilité et les modalités de la prise en charge des troubles mentaux diagnostiqués

## **III- Méthodologie**

### **3.1. Cadre et lieu d'étude**

L'étude a été réalisée dans le centre de santé de référence du district sanitaire de Kadiolo. Créé le 01 Avril 1999, ce district est situé à l'extrême sud du Mali, frontalier avec la République de la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Il couvre une superficie d'environ 5.375 Km<sup>2</sup> pour une

population estimée à 370 261 habitants en 2023 soit une densité de 68 hbts / Km<sup>2</sup> (source : DNP - Direction Nationale de la Population).

Le district coordonne 24 centres de santé communautaire (CSCoM) et dispose un service de diagnostic et de traitement dédié à la santé mentale au CSRéf, où une base de données a été mise en place pour le suivi exhaustif des patients.

### **3.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale portant sur les données cliniques des patients consultés pour troubles mentaux.

### **3.3. Période d'étude**

L'étude couvre une période de 24 mois, allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023

### **3.4. Population d'étude :**

La population d'étude était composée de l'ensemble des malades diagnostiqués de trouble mental enregistré à l'Antenne Santé Mentale du centre de santé de référence du district sanitaire de Kadiolo.

#### **3.4.a. Critère d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude tous les patients atteints de troubles mentaux enregistrés de manière complète dans la base de données de l'Antenne Santé Mentale du Centre de santé de référence (CSRéf) de Kadiolo durant la période d'étude.

#### **3.4.b. Critère de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude les patients de troubles mentaux dont les informations étaient incomplètes dans la base de données de l'Antenne Santé Mentale du Centre de santé de référence (CSRéf) de Kadiolo.

### **3.5. Collecte des données :**

#### **3.5.a. Techniques de collecte des données :**

Nous avons extrait nos variables d'intérêts à partir de la revue documentaire, qui étaient sociodémographiques, clinique et paraclinique dans la base des données.

#### **3.5.b. Traitement et Analyse des données :**

Les données ont été extraites de la base de données de l'Antenne Santé Mentale. Les données collectées ont fait l'objet d'une vérification rigoureuse pour garantir leur qualité. Les doublons et les valeurs aberrantes ont été identifiés et corrigés. L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels **Epi Info 7.2.5**.

Les analyses ont porté sur la distribution des patients dans le temps, le lieu et selon la personne. Les mesures de tendance centrale (moyennes) ont été calculées pour les variables quantitatives, et les proportions (%) pour les variables qualitatives.

## **IV- Considérations éthiques**

L'étude a bénéficié de l'approbation préalable de la Direction Régionale de la Santé de Sikasso. Une lettre d'information officielle a été adressée aux autorités sanitaires du district de Kadiolo pour l'exploitation de la base de données existante.

La confidentialité des patients a été strictement assurée par la codification des identités (noms et prénoms). L'accès aux données informatisées était sécurisé par un mot de passe. Le rapport final a été partagé avec les autorités socio-sanitaires du district et est destiné à une éventuelle publication scientifique.

#### **V- Résultats :**

Sur la période d'étude de 2022 à 2023, **121 patients** souffrants de troubles mentaux ont été enregistrés au CSRéf de Kadiolo. L'âge médian des patients était de **30 ans**, avec des extrêmes allant de 18 mois à 80 ans.

#### **Caractéristiques sociodémographiques des patients**

La répartition par sexe montre une légère prédominance féminine avec 51% de femmes (n=62) contre 49% d'hommes.

Les jeunes adultes étaient les plus touchés, les tranches d'âge de 20-29 ans 31% et 30-39 ans 28% représentaient ensemble plus de la moitié de l'échantillon 59%. Concernant le niveau d'instruction, plus de la moitié des patients n'étaient pas scolarisés 52%, tandis que 25% avaient atteint le niveau primaire. L'ethnie senoufo a prédominé avec 54% suivi du peulh avec 21%. Sur le plan professionnel, les ménagères étaient les plus représentées 30%, suivies par les agriculteurs 17% et les étudiants 8%. La majorité des patients résidaient dans le quartier de Kadiolo central 50%, suivi par des patients en provenance de la République de Côte d'Ivoire (RCI) 8% et de Zégoua 5%. Enfin, 97 % des patients disposaient d'une identification précise.

#### **Facteurs associés et caractéristiques cliniques**

Le profil clinique est marqué par la prédominance de deux pathologies : la schizophrénie 25% et la bouffée délirante aiguë 25%, suivies par la dépression 14%.

L'analyse des antécédents et des habitudes de vie a révélé que dans la quasi-totalité des cas 98% la décision de consulter a été prise par la famille, 72% des patients consultaient lors de leur tout premier épisode de trouble mental, 5% des patients présentaient des habitudes toxiques déclarées (consommation de substances psycho active) et l'initiative personnelle ou l'intervention des forces de l'ordre restant négligeable 1% chacune.

#### **Accessibilité et itinéraire de la prise en charge**

L'analyse de l'itinéraire thérapeutique montre un recours massif à la médecine traditionnelle en première intention : 71% des patients ont débuté leur traitement chez un tradithérapeute, contre seulement 26% ayant suivi un itinéraire médical initial.

Concernant le suivi après le diagnostic au CSRéf, 64% des patients ont effectué une première visite de suivi dans les 7 jours, 25% ont été revus à 15 jours et 11% ont été revus à 30 jours ou plus.

## VI- Discussion :

Au total 121 patients recensés 62 soit 51% féminins et 59 soit 49% masculin ont été analysés dans la base pour 2 années (2022 et 2023) consécutives.

Les personnes de sexe féminin était le plus nombreux avec 51% des cas. Cela a été observé dans l'étude de Bilodeau *et al* 2025 au Québec, ont trouvés que la répartition des troubles mentaux acceptés montre que les femme sont plus représentées avec 55,8% (12). Cependant, nous avons noté une prédominance des ménagères 30%. Ce résultat est contraire de l'étude québécoise précédente ou la catégorie professionnelle mixte étaient les plus touchées soit 38,1% .(12) Cette spécificité s'explique dans le contexte socioculturel du Mali au zone rurale, ou le faible taux de scolarisation des femmes limite leurs opportunités professionnelles aux activités domestiques et agricoles. Contrairement aux pays de l'Amérique selon l'étude de Russolillo et collaborateurs qui ont trouvé que 40,6% des femmes, un âge médian de 36 ans [27-48] présentaient des troubles liés à la consommation d'opioïdes.(13)

L'âge médian de nos patients était de 30 ans, ce qui est similaire à l'étude de Ouedraogo A et collaborateurs au Burkina Faso, qui ont montré que l'âge moyen était de 31 ans (14).

L'ethnie senoufo a le plus grand nombre de patients par rapport aux autres suivie du peulh avec respectivement 54% et 21%. Ce qui est contraire à l'étude de MALAH et al au Mali, qui ont trouvé l'ethnie bambara avec 28%.(15)

La majorité de patients 72% consultaient pour un premier épisode sans antécédents familiaux connus. Ce qui montre la faible prévention contre les troubles mentaux dans la vie des personnes. Ce qui est similaire à l'étude du Pr Pedersen *et al* qui ont rapporté que la plupart des troubles mentaux surviennent chez les individus sans proches apparentés, soulignant ainsi la nécessité de stratégies de prévention qui ciblent l'ensemble de la population. (16)

Les maladies diagnostiquées telles que schizophrénie, bouffée délirante aigüe et dépression, sont aujourd'hui des problèmes de santé mentale dans le cadre la santé publique, ce qui est contraire à partie majoritaire avec l'étude mené par le professeur Coulibaly *et al* qui ont trouvés que le groupement diagnostique de schizophrénie, trouble schizophrénique et troubles délirants retrouvé 67,8% des personnes hospitalisées en psychiatrie (17) et aussi à l'étude de Bague *et al* qui ont trouvé que les troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation de cannabis 38,22% et ceux liés à la consommation de plusieurs substances psychoactives 25,48% (18) mais similaire à celle de Ouedraogo *et al* qui ont trouvé que les principales catégories diagnostiques étaient par ordre de fréquence : les troubles psychotiques aigus transitoires 20,68%, les schysophrénies 17,25% et les troubles dépressifs 15,13%. (14)

Le traitement traditionnel prédominé avec 71% est une pratique réelle dans le milieu rural dû aux coutumes et habitudes des villageois face à la maladie mentale dont la perception est toute erronée mais aussi il y a la difficulté d'avoir accès aux produits pharmaceutiques efficaces qui sont chers cela a été prouvé dans l'étude de Pigeon-Gagné et al que la plupart de ces médicaments si tu n'as pas d'argent, c'est difficile. Ces médicaments en vaut 500 000 francs, s'il y a plusieurs "fous" dans la rue, c'est à cause du prix des médicaments et en plus, les traitements sont longs (19), ainsi il devient le premier recours des patients. Ce qui est similaire avec ce que Professeur Coulibaly *et al* ont trouvé que les soins traditionnels étaient le type de soins le plus retrouvés en premier recours chez les patients (17) et aussi avec l'étude de MALAH *et al* qui rapportait que la première option de soin était traditionnelle 58,2%. (15)

### **VII- Conclusion :**

Cette étude met en lumière l'ampleur et le profil des troubles mentaux dans le district sanitaire de Kadiolo. Elle révèle que les jeunes adultes, et particulièrement les femmes ménagères, constituent la population la plus vulnérable. La prédominance de la schizophrénie et des bouffées délirantes aiguës, associée à un recours massif à la médecine traditionnelle, souligne l'urgence d'agir à deux niveaux.

D'une part, il est impératif de renforcer la sensibilisation des populations pour déstigmatiser la maladie mentale et encourager le recours précoce aux soins médicaux. D'autre part, l'accessibilité financière aux médicaments essentiels doit être améliorée pour garantir la continuité des soins. Garantir la santé mentale pour tous est un levier indispensable pour le développement socio-économique et le respect des droits humains.

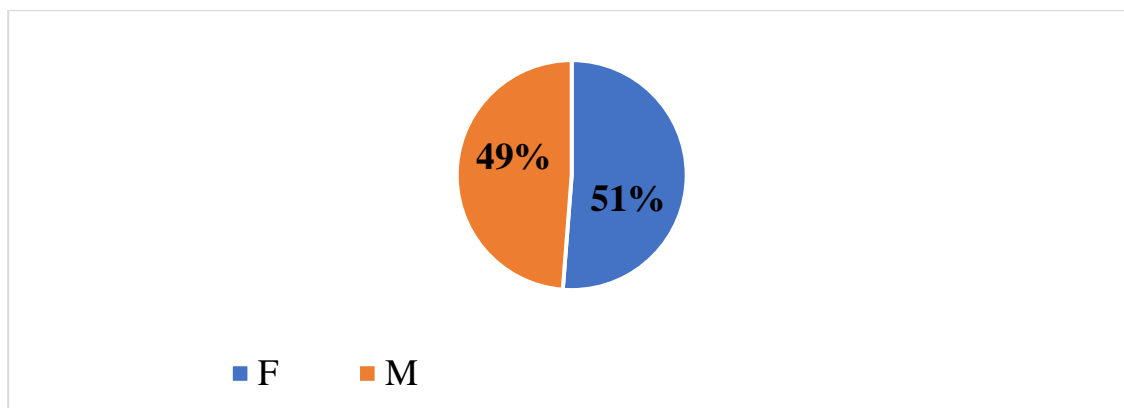
### **VIII- Références bibliographiques (Style Vancouver)**

1. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé Ment Qué.* 2017;42(1):125-45.
2. Zhang P, Wang L, Zhou Q, Dong X, Guo Y, Wang P, et al. A network analysis of anxiety and depression symptoms in Chinese disabled elderly. *J Affect Disord.* 2023;333:535-42. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723005268>
3. Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Can J Community Ment Health.* 2017;36:33-67.
4. Mejdoub Y, Jmaa MB, Abbes W, Abbes M, Yaich S, Mdhaïffar K, et al. Profil sociodémographique et clinique d'une population de consultants dans un service de psychiatrie d'un hôpital général au sud tunisien. *Pan Afr Med J.* 2023;44:169. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/44/169/full>

5. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
6. Truelove S, Ng V, Kates N, Alloo J, Sunderji N, Patriquin MJ. Collaborative mental health care: engaging health systems to support a team-based approach. *Can Fam Physician*. 2023;69(2):81-87. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9945898/>
7. Organisation mondiale de la Santé. Journée mondiale de la santé mentale 2022 [Internet]. Brazzaville: OMS Bureau régional pour l’Afrique; 2022 [cité 14 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/journee-mondiale-de-la-sante-mentale-2022>
8. Organisation mondiale de la Santé. Rapport final de la 38e session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique [Internet]. Brazzaville: OMS; [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/Sessions/afr\\_rc38\\_final\\_report.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/Sessions/afr_rc38_final_report.pdf)
9. Tolo PMA. Troubles mentaux : aspects épidémiologiques et cliniques [thèse]. Bamako: Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie; 2023.
10. Santé Sud. Fin du projet « Réseau Santé Mentale » débuté en mai 2018 au Mali [Internet]. Marseille: Santé Sud; 2021 [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santesud.org/actualites/fin-du-projet-reseau-sante-mentale-debute-en-mai-2018-au-mali/>
11. Morin EM. Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. Québec: Presses de l’Université Laval; 2008.
12. Bilodeau J, Lebeau M, Busque MA, Marchand A. Évolution des troubles mentaux liés au travail au Québec entre 2012 et 2021. *Santé Publique*. 2025;37(2):229-38. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-2-page-229>
13. Russolillo A, Homyra F, Nosyk B. Prevalence and temporal trends of mental disorders in persons with opioid use disorder and concurrent mental disorders in British Columbia, Canada, 2013-2021. *Can J Psychiatry*. 2025;70(9):667-80.
14. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000.
15. Alexandra MNC. Épidémiologie 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]. Bamako: Université des Sciences, Techniques et Technologies de Bamako.

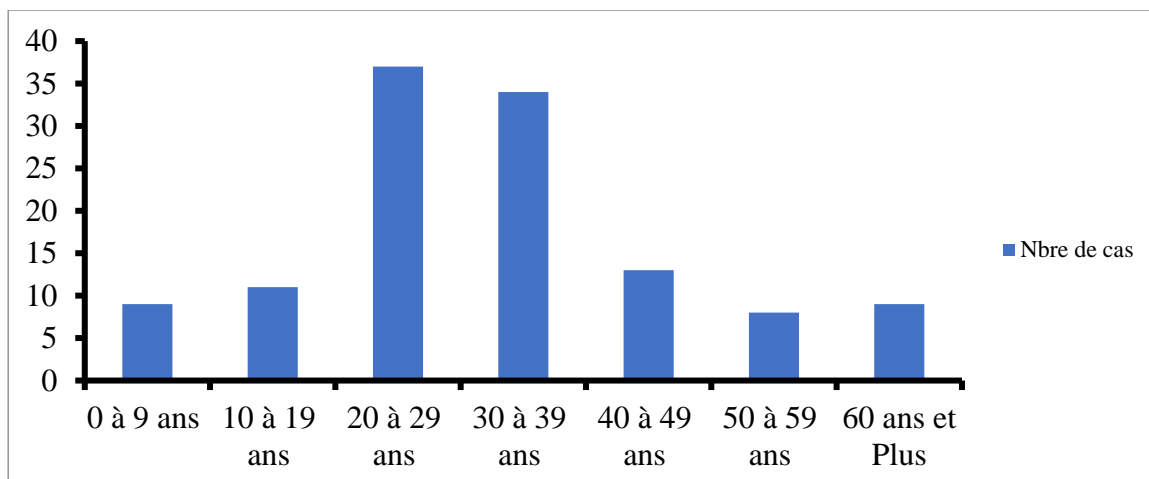
16. Pedersen CB, Pedersen MG, Antonsen S, Pedersen EM, Horsdal HT, Debost JC, et al. Absolute and relative risks of mental disorders in families: a Danish register-based study. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(8):590-9.
17. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. *Pan Afr Med J*. 2022;41:160. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/160/full>
18. Bague B, Abdou MMS. Prévalence des troubles mentaux et des conduites addictives chez les orpailleurs des mines d'or artisanales au Burkina Faso. *Mali Médical*. 2024.
19. Pigeon-Gagné É, Yaogo M, Saïas T, Hassan G, Bambara J. Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso. *Santé Publique*. 2022;34(2):299-307.

## IX- Annexes



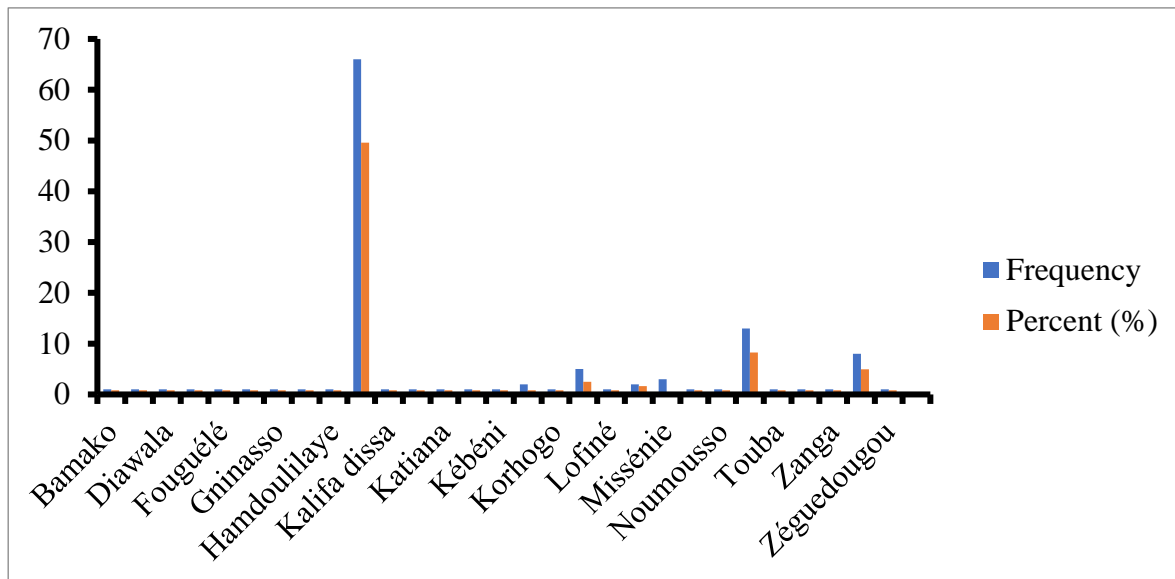
**Figure :** Répartition des cas par sexe en pourcentage dans le CSRéf de Kadiolo

Le sexe féminin avait le grand nombre de cas avec 62 patientes soit 51% contre 49% pour les hommes.



**Figure 1 :** Répartition des cas par tranche d'âge

Les tranches d'âge de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans avaient les plus grands nombres de cas 37 et 34 soit 31% et 28% respectivement suivis de 40 à 49 avec 13 cas soit 11%.



**Figure 2 :** Répartition des cas par provenance

Les plus grands nombres de cas ont été notifiés par le quartier de Kadiolo central et RCI suivis de Zégoa avec un pourcentage de 50%, 8% et 5% respectivement.

**Tableau :** La répartition de l'hypothèse diagnostique des cas

Diagnostique	Frequency	Percent (%)
Bipolaire	3	2
Bouffé délirant aigüe	30	25
Comitialité	6	5
Confusion mentale	2	2
Crise hystérique	4	3
Démence	5	4
Dépression	17	14
Epilepsie	4	3
Expertise mentale	4	3
Hyperactivité	3	2
Psychose chronique	2	2
Psychose puerpérales	4	3
Autres	7	6
Schizophrénie	30	25
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Les maladies les plus diagnostiquées étaient schizophrénie, bouffé délirant aigüe et dépression avec 25% pour les deux premiers et 14% pour le dernier.

**Tableau :** Répartition des cas par ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Bambara</b>	11	9
<b>Peulh</b>	25	21
<b>Sénoufo</b>	65	54
<b>Sarakollé</b>	5	4
<b>Mianka</b>	4	3
<b>Autres</b>	7	6
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

L'ethnie senoufo a prédominé avec 54% suivi du peulh avec 21%.

**Tableau :** Partition des cas par nombre d'épisode avant la consultation

<b>Nbre d'épisode avant la consultation</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Aucun</b>	4	2
<b>Episode 1</b>	88	72
<b>Episode 2</b>	16	13
<b>Episode 3</b>	10	8
<b>Episode 4</b>	2	3
<b>Episode 10</b>	1	1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Les patients qui ont eu qu'un seul épisode avant la consultation était les plus nombreux avec 72% des cas.

**Tableau :** Répartition des cas par profession

<b>Profession</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Chômeur</b>	11	9
<b>Agriculteur</b>	21	17

<b>Commerçant</b>	6	5
<b>Etudiants</b>	10	8
<b>Enfant</b>	8	7
<b>Ménagère</b>	36	30
<b>Personne âgé</b>	6	5
<b>Autres</b>	22	18
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Les ménagères représentent 30% des cas autres travailleurs multiple profession avec 18% et 17% pour les agriculteurs.

**Tableau :** Répartition des patients selon l'identification

<b>Patient errant identifié</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Oui</b>	117	97
<b>Non</b>	4	3
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

La majorité des cas étaient identifiés avec 97% et seul 3% n'était identifié.

**Tableau :** Répartition des cas par l'origine de la décision de consultation

<b>Origine décision consultation</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Famille</b>	119	98
<b>Forces de l'ordre</b>	1	1
<b>Lui-même</b>	1	1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Presque tous les cas étaient venus à la consultation par intermédiaire de la famille soit 98%.

**Tableau :** Répartition des cas par niveau scolaire

<b>Niveau scolaire</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Ecole coranique</b>	11	9
<b>Néant</b>	64	51
<b>Primaire</b>	30	25

<b>Sécondaire</b>	11	9
<b>Supérieur</b>	6	5
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Le nombre de cas non scolarisé était le plus élevé avec 64 cas soit 52%.

**Tableau** : Répartition des cas par habitude éxotoxique

<b>Habitude éxotoxique</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Non</b>	115	95
<b>Oui</b>	6	5
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

La majorité des cas 115 soit 95% n'avait pas d'habitude éxotoxique.

**Tableau** : Répartition des cas par visite médicale après le diagnostique

<b>Visite</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
1 <sup>ère</sup> visite (7 jours)	77	64
2 <sup>ème</sup> (15 jours)	30	25
3 <sup>ème</sup> visite (30 jours et plus)	14	11
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Les 64% des cas avait déjà reçu une visite médicale.

**Tableau** : Répartition des cas selon l'itinéraire thérapeutique

<b>Itinéraire thérapeutique</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent (%)</b>
<b>Médical</b>	31	26
<b>Néant</b>	4	3
<b>Traditherapeutes</b>	86	71
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

La majorité des cas avait commencé leur traitement de manière traditionnelle avec 86 soit 71% suivi du médical avec 31cas soit 26%.