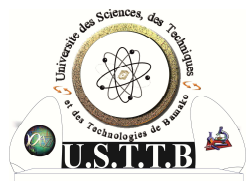


Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Ministère de l'Enseignement Supérieur et  
de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES, ET DES

TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



*Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie*

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012 – 2013N° ...../.....

**THESE**

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES  
PSYCHOTIQUES PAR LES NEUROLEPTIQUES  
ATYPIQUES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE  
DU CHU DU POINT. G DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2013  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie  
Par

**Monsieur ZOUMANA DIARRA**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**  
(DIPLÔME D'ETAT)

**JURY**

**PRESIDENT:** Pr Baba Koumaré

**MEMBRES:** Pr Souleymane Coulibaly

Pr Boubacar Togo

**DIRECTEUR:** Pr Arouna Togora

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail à ma famille à qui, je dois tout.

## **REMERCIEMENTS**

### **A Dieu**

Je remercie Dieu le créateur suprême, le clément le très miséricordieux de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la sante et courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.

### **A mon Papa, Bréhima DIARRA**

Papa, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour toi en ces temps importants. Mais je puis déjà te dire qu'au delà de mes difficultés à moi, je sais que vous avez aussi souffert pour que ce jour arrive. En bon père, tu t'es toujours battu pour l'avenir de tes enfants, leur bien être et le bonheur de la famille. Alors Papa merci pour l'éducation que j'ai reçu de toi, car c'est le socle de ce que je suis, merci de n'avoir jamais douté de mes capacités, merci pour les petits mots d'amour si réconfortant depuis mon enfance.

### **A mes Mamans, Madoussou DIARRA et Awa COULIBALY**

Depuis l'enfance, vous avez guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de vous et de vos conseils multiples pour surmonter les épreuves de la vie, merci pour votre soutien qui ne m'a pas fait défaut pour la réalisation de ce travail qui est le vôtre.

### **A mes frères et sœurs**

**Younoussa DIARRA, SaliF DIARRA, Oumar DIARRA, Siriman SISSOKO, Alimatou DIARRA, Mama DIARRA, Hawa DIARRA, Amara DIARRA, Korotoumou DIARRA, Mariam DIARRA, Fatoumata DIARRA,** merci d'être toujours à mes côtés.

### **A mes oncles et tantes**

**Salim DIARRA, Aminata DIARRA, Korotoumou DIARRA, Siaka DIARRA, Diakaridia DIARRA, Daouda DIARRA, Yaya DIARRA, Mahamadou DIARRA** ce travail est le fruit de votre sage conseil, trouvez à travers cette expression ma profonde gratitude.

### **A feu Alimatou DIARRA ma grande mère**

Je ne vous oublierai jamais. Ce travail est le votre. Que votre âme ait la paix éternelle du seigneur(Amen).

### **Aux messieurs et mesdames**

**Brehima SAMAKE, Karim TOGOLA, Baba DOUMBIA, Mme SAMAKE Rokia DIARRA, Mme DOUMBIA DjenebaGuïro.** Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour vous, merci pour les conseils et le soutien sans faille jusqu'à ce jour.

**Aux exceptionnelles familles DIARRA et Ouologuemà Ségou, TANGARA à badalabougou, SAMAKE, DOUMBIA et SIDIBE au point G,** recevez ici mes remerciements infinis pour les efforts immenses durant les longues années d'études.

**Au Professeur Baba KOUMARE**

Cher maitre, transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. Ayant accepté de nous transmettre cette richesse infinie, nous ne saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer notre très grande reconnaissance.

**Au Professeur Arouna TOGORA**

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 cher Maitre, en l'expression de ma profonde gratitude, mon immense admiration et de total respect que j'ai pour vous.

**A madame KOUMARE Lucienne PARAISSO,**

Vos interpellations ont donné un coup d'accélérateur à la réalisation de ce travail, merci pour tout.

**Au Professeurfeu Bou DIAKITE, colonel major,**

Le peu de temps que nous avons eu à partager avec vous était chargé d'enseignement. Chaque jour à votre coté était un capital de savoir.

Homme de rigueur et de principe, vous avez certainement semé en nous, une graine qui germera un jour. Dort bien Professeur.

**Au Docteur feu Modibo Sissoko**

Homme imperturbable que vous étiez dans le travail faisant de vous une force tranquille.

Ce travail est le vôtre aussi dans le sens de l'avoir initié mais Dieu a n'en décidé autrement, vous serez présent dans nos cœur. Que le tout puissant vous accorde sa miséricorde, cher maitre.

**Au Dr Modi Baba TEMBELY et Dr Souleymane dit Papa COULIBALY**

Vous m'avez guidé dans le service, vous resterez l'une de mes meilleures références tant sur le plan professionnel que humain. Vos conseils prodigués avec pédagogie, votre grande disponibilité m'ont rendu la tâche plus facile. Que Dieu vous bénisse.

**A mes aînés du service**

**Dr Abdoulaye DIAKITE, Dr Eloi Apérou DARA, Dr Mariam SIDIBE, Dr Joseph TRAORE, Dr Ousmane DIN, Dr Mamadou DIABATE, Dr Talibé KAMISSOKO, Dr Zoua KAMATE,** merci pour tous vossoutiens.

**A mes camarades et cadets du service**

**Mme Ouattara Kadiatou TRAORE, Thierno Abdoulaye DIA, Mamadou KONE, Noumakan CAMARA, Amadou DIA, Oumar SIDIBE, Ambaguiré TEMBELY.** Sauvegardez les acquis et bon courage.

**A tout le personnel de la psychiatrie.**

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

**A mes amis : Sambou M'pah MANGANE, Sounle Jean de Dieu KONE, Adama DRABO, Sidy COULIBALY, Chaka MARIKO, Hamidou DOUMANGOUROU, Bakary SANGARE, Oumar SANOGO, Aly SIDIBE, Moro SIDIBE, Adama TRAORE, ce travail est aussi le vôtre.**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ACTD**= Antécédent.

**APA**=American Psychiatric Association

**BDA**= Bouffée Délirante Aiguë.

**CHU**= Centre Hospitalier Universitaire.

**CIM10**= Classification internationale des maladies

**DCI**= Dénomination Commune Internationale.

**DG**= Directeur Général.

**DGA**= Directeur Général Adjoint.

**DSA**= Antagoniste Dopaminergique et Serotonergique.

**FMOS**= Faculté de Médecine d'Odontostomatologie.

**NL**= Neuroleptique.

**NLA**= Neuroleptique Atypique.

**NLC**= Neuroleptique Classique.

**PHC**= Psychose Hallucinatoire Chronique.

**PMD**= Psychose Maniaco-dépressive.



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ACTD**= Antécédent.

**APA**=American Psychiatric Association

**BDA**= Bouffée Délirante Aiguë.

**CHU**= Centre Hospitalier Universitaire.

**CIM10**= Classification internationale des maladies

**DCI**= Dénomination Commune Internationale.

**DG**= Directeur Général.

**DGA**= Directeur Général Adjoint.

**DSA**= Antagoniste Dopaminergique et Serotoninergique.

**FMOS**= Faculté de Médecine d'Odontostomatologie.

**NL**= Neuroleptique.

**NLA**= Neuroleptique Atypique.

**NLC**= Neuroleptique Classique.

**PHC**= Psychose Hallucinatoire Chronique.

**PMD**= Psychose Maniaco-dépressive.



## **SOMMAIRE**

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>      | <b>2</b>  |
| <b>I- OBJECTIFS.....</b>      | <b>4</b>  |
| <b>II- GENERALITES.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>III- METHODOLOGIE.....</b> | <b>15</b> |
| <b>IV- RESULTATS.....</b>     | <b>24</b> |
| <b>V- DISCUSIONS.....</b>     | <b>43</b> |
| <b>CONCLUSION.....</b>        | <b>47</b> |
| <b>RECOMMANDATIONS.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>     | <b>49</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>           | <b>55</b> |

## INTRODUCTION

Le terme neuroleptique a été proposé en 1955, il signifie littéralement «>qui prend le nerf>>»[1].

Ce n'est qu'à partir de 1963 que Carlson a découvert les permis de définir les neuroleptiques. Ces neuroleptiques vont alors devenir un instrument d'investissement privilégié pour tester les hypothèses physiopathologiques de la schizophrénie. Le débat sur la nécessaire survenue des effets secondaires comme corollaire inévitable de l'activité antipsychotique a persisté jusqu'à la découverte des neuroleptiques dits atypiques (amisulpride, clozapine), dont les profils d'action sur les systèmes neurotransmetteurs sont d'une part très différents de ceux des neuroleptiques classiques et d'autre part entre eux [2].

La découverte des neuroleptiques a bouleversé la prise en charge des sujets psychotiques, il y a un peu plus de 50 ans. Ces médicaments ont en effet transformé les relations entre patients et soignants ; ils ont permis à ces derniers d'établir des liens avec les sujets délivrés de leur vécu psychotique et des troubles du comportement secondaires (bizarreries, agressivité, violence). Mais à partir des années 1980, la redécouverte de la clozapine (leponex) a ouvert la porte à la naissance des neuroleptiques atypiques.

Dans les années 1990, les neuroleptiques atypiques, en général, caractérisés par une action serotoninergique et dopaminergique, ont profondément modifié le traitement de la schizophrénie [3]. Pendant la même période, une nouvelle génération de neuroleptique a été mise à la disposition des psychiatres. Ces médicaments allient une efficacité notable sur les symptômes psychotiques à meilleure tolérance, en particulier neurologique.

Etant donné que les effets neurologiques faisaient partie de la définition du terme neuroleptique, on considère ces produits comme des neuroleptiques atypiques. Cependant des produits dotés de propriétés antipsychotiques et mieux tolérés sur le plan neurologique que les neuroleptiques traditionnels existaient déjà depuis de nombreuses années (sulpiride, thioridazine). Nous verrons plus loin qu'à côté de ces critères cliniques, il existe des critères pharmacologiques appartenant à l'une ou l'autre des générations de neuroleptiques [4 et 5].

En Côte d'Ivoire une étude réalisée par **Yessonguilana J M et Al** avait retrouvé une faible proportion de prescriptions des neuroleptiques atypiques (Nla) soit 27,1 %. Les sujets sous neuroleptiques atypiques (Nla) avaient essentiellement présenté une prise de poids et non pas d'effets neurologiques contrairement à ceux qui étaient sous neuroleptiques classiques

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

(Nlc). Ces résultats confirment la définition des neuroleptiques atypiques (Nla) qui produisent moins d'effets extrapyramidaux mais soulèvent le problème de la prise de poids. La prise de neuroleptiques atypiques (Nla) devrait donc s'accompagner d'une surveillance pondérale et de la glycémie. On notait un meilleur taux de réinsertion professionnelle chez les patients sous neuroleptiques atypiques (Nla) soit 48,3 % et sous association neuroleptique atypique et classique (Nla et Nlc) soit 42,9 %, contre 32 % chez les patients sous neuroleptiques classiques (Nlc) [6].

Au Mali **Diarra Y** rapporte dans son étude que 98,8% des patients étaient traités avec les neuroleptiques classiques. Les neuroleptiques atypiques étaient peu utilisés [7].

Devant l'insuffisance voire l'absence d'études effectuées sur l'utilisation des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge des troubles psychotiques, nous avons envisagé d'initier ce travail.

**OBJECTIF GENERAL :**

Évaluer la prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques dans le service de psychiatrie CHU du Point G de BAMAKO.

**OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence de prescription des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge des troubles psychotiques ;
- Déterminer le degré d'observance des patients sous neuroleptiques atypiques ;
- Décrire les effets secondaires observés au cours du traitement.

## **GENERALITES :**

### **1- Définition du terme neuroleptique :**

\*Les neuroleptiques sont des médicaments ayant essentiellement des effets sur le système dopaminergique. Ce dernier joue un rôle dans la régulation de la vie émotionnelle et le contrôle de la motivation, dans la modulation de la perception, ainsi que dans l'organisation des comportements adaptatifs. Ces domaines sont perturbés dans la psychose qui est la première indication de l'utilisation des neuroleptiques. Le système dopaminergique joue également un rôle dans le contrôle de la motricité et l'inhibition de la sécrétion de prolactine de certains neuroleptiques. Les neuroleptiques peuvent exercer des effets non seulement sur les hallucinations, le délire et l'agitation (effets antipsychotiques ou incisifs et effets sédatifs), mais aussi, et de façon plus modeste, sur les symptômes négatifs ou déficitaires de schizophrénie. Il existe environ une dizaine de classes pharmacologiques principales de neuroleptiques, selon la structure biochimique de ces molécules. Si l'on considère les effets cliniques de substances, on distingue des neuroleptiques de première génération associés à des effets indésirables neurologiques, et des neuroleptiques de seconde génération, beaucoup mieux tolérés sur le plan neurologique [1].

\*Delay et Deniker proposent en 1957 la définition des neuroleptiques : ce sont des médicaments qui engendrent une :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice : indifférence psychique, neutralité émotionnelle sans altération de la vigilance,
- Réduction des symptômes psychotiques aigus et chroniques tels que l'anxiété, les hallucinations, l'autisme,
- Efficacité vis-à-vis des états d'excitations et d'agitations permettant de réduire les états maniaques et l'agressivité de certains psychotiques,
- Aptitude à produire des effets secondaires neurologiques extrapyramidaux et neurovégétatifs,
- Action sous corticale prédominante.

### **2- Historique des neuroleptiques :**

La chlorpromazine (Largactil®) est une molécule prototype des neuroleptiques à l'origine de nombreux dérivés de la classe des phénothiazines. La découverte de cette substance, au début des années 1950 a marqué le commencement d'une révolution dans la thérapeutique

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

psychiatrique et a donné naissance à la psychopharmacologie en ouvrant la voie non seulement à la découverte d'autres neuroleptiques, mais aussi à celle d'autres types de médicaments psychotropes.

Outre son rôle dans le développement de la psychopharmacologie et de la psychiatrie moderne, elle a contribué à l'essor extraordinaire de la neurophysiologie et de la neurochimie que l'on connaît aujourd'hui. Entre 1950 et 1960, les antipsychotiques ont dominé le traitement de la schizophrénie et des autres troubles psychiques. Ils ont été par la suite progressivement remplacés par des antipsychotiques atypiques.

Entre 1970 et 1980, d'autres neuroleptiques classiques ont encore été introduits dans le marché. Mais dès 1980, la « redécouverte » de la clozapine (Leponex®) a ouvert la porte à la naissance des neuroleptiques atypiques.

Dans les années 1990, les neuroleptiques atypiques, en général, caractérisés par une action sérotoninergique et dopaminergique, ont profondément modifié le traitement de la schizophrénie [3].

Jusqu'au milieu du XXème siècle, l'agitation des malades mentaux était prise en charge par la contention physique, les sédatifs classiques ou les hypnotiques (bromure, chloral, barbiturique). Toutefois, ces procédés étaient inefficaces sur les symptômes psychotiques eux-mêmes. Certaines méthodes de chocs ont également été utilisées, mais de manière non spécifique. Les antihistaminiques phénothiaziniques furent essayés précocement mais sans réel succès thérapeutiques.

Dès 1952 Laborit et Alluaume ont utilisé la chlorpromazine (une phénothiazine sans propriété antihistaminique). Une anesthésie et dans l'hibernation artificielle, sous la forme de cocktails lytique (association chlorpromazine, prométhazine et péthidine). Ils avaient remarqué que ces médicaments (utilisés seul ou en association) produisaient un effet psychique de désintéressement, ils en avaient conclu qu'ils pouvaient être appelés à des applications psychiatriques [8].

Hamon, Paraire et Velluz ont tenté dès 1952 au Val De Grâce, de traiter un cas de manie par la chlorpromazine associée à du pentothal de la péthidine, traitement suivi de séances d'électrochocs peu après avec une efficacité modeste [9], dans une série de communications effectuées de mai à juillet 1952.

Delay et Deniker ont posé les principes de la cure neuroleptique et ont précisé les indications de la chlorpromazine utilisée seule dans les principaux types de psychoses aiguës ou en phase processuel aigu, en insistant sur la valeur de nouveaux traitements chez les malades mentaux [10].

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Dès 1954, l'efficacité de ces traitements dans les psychoses chroniques fut confirmée et leurs effets secondaires décrits. Dès les premières observations relatives à la chlorpromazine on avait remarqué que la réduction des phénomènes aigus et de l'agitation s'accompagnaient d'une amélioration du contact avec les malades. Mais il faudra attendre l'expérience des traitements prolongés et surtout, la découverte des substances douées d'une action désinhibitrice plus importante, pour préciser les indications des neuroleptiques sur l'apragmatisme et l'autisme des schizophrénies [9].

Le terme neuroleptique a été proposé en 1955 ; il signifie littéralement « qui prend le nerf ». Les premiers effets thérapeutiques de ces médicaments dans les psychoses aux Etats-Unis et au Canada datent de 1953.

Deux ans après l'introduction de la chlorpromazine, Steck a observé que la réserpine, de structure chimique très différente (alcaloïde), et possédant les propriétés thérapeutiques proches de celle de la chlorpromazine dans les psychoses induisait des effets secondaires neuroleptiques similaires à ceux de la chlorpromazine (parkinsonisme et akinésie) [11].

Depuis 1957, les structures chimiques qui ont permis d'obtenir des composés neuroleptiques se sont multipliées. Par ailleurs, les premiers cas de dyskinésie tardive ont été signalés par Henry Ey dès 1956, puis décrit par Sigwald en 1959, et le premier cas de syndrome malin a été décrit par Delay et Deniker en 1957 [12].

Ce n'est qu'à partir de 1963 que Carlson a découvert les permis de définir les neuroleptiques. Ces neuroleptiques vont alors devenir un instrument d'investigation privilégié pour tester les hypothèses physiopathologiques de la schizophrénie. Le débat sur la nécessaire survenue des effets secondaires neurologiques comme corollaire inévitable de l'activité antipsychotique a persisté jusqu'à la découverte des neuroleptiques dits atypiques (amisulpride, clozapine), dont les profils d'action sur les systèmes de neurotransmetteurs sont d'une part très différents de ceux des neuroleptiques classiques et d'autre part entre eux [2].

La découverte des neuroleptiques a bouleversé la prise en charge des sujets psychotiques, il y a un peu plus de 50 ans. Ces médicaments ont en effet transformé les relations entre patients et soignants ; ils ont permis à ces derniers d'établir des liens avec les sujets délivrés de leur vécu psychotique et des troubles du comportement secondaire (bizarreries, agressivité, violence).

Ils ont permis de faire sortir des hôpitaux psychiatriques et réinsérer dans la société des patients psychotiques chroniques, hospitalisés depuis de nombreuses années. Le pronostic évolutif de la schizophrénie a ainsi été considérablement modifié par l'introduction des neuroleptiques.

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Dans les années 1990, une nouvelle génération de neuroleptique a été mise à la disposition des psychiatres. Ces médicaments allient une efficacité notable sur les symptômes psychotiques à meilleure tolérance, en particulier neurologique. Etant donné que les effets neurologiques faisaient partie de la définition du terme neuroleptique, on considère ces produits comme des neuroleptiques atypiques. Cependant des produits dotés de propriétés antipsychotiques et mieux tolérés sur le plan neurologique que les neuroleptiques traditionnels existaient déjà depuis de nombreuses années (sulpiride, thioridazine).

Nous verrons plus loin qu'à coté de ces critères cliniques, il existe des critères pharmacologiques d'appartenant à l'une ou l'autre des générations de neuroleptiques [4, 5].

### 3- Différents types de neuroleptiques:

#### 3-1- Neuroleptiques classiques ou première génération(NLC):

Associés à des effets indésirables neurologiques. Ce sont :

| DENOMINATIONS COMMUNES       | NOM COMMERCIAL       |
|------------------------------|----------------------|
| <b>Phénothiazines</b>        |                      |
| Chlorpromazine               | LARGACTIL            |
| Lévomépromazine              | NOZINAN              |
| Cyamémazine                  | TERCIAN              |
| Fluphénazine                 | MODITEN, MODECATE    |
| Pipotiazine                  | PIPORTIL             |
| Périciazine                  | NEULEPTIL            |
| Flupenxitol                  | FLUANXOL             |
| Loxapine                     | LOXAPAC              |
| <b>Butyrophénones</b>        |                      |
| Halopéridol                  | HALDOL               |
| Pipampérone                  | DIPIPERON            |
| Pimozide                     | ORAP                 |
| <b>Benzamides substitués</b> |                      |
| Sulpiride                    | DOGMATIL             |
| Sultopride                   | SULTOPRIDE PANPHARMA |
| Amisulpride                  | SOLIAN               |
| Tiapride                     | TIAPRIDAL            |



### 3-2- Neuroleptiques à action prolongée (NAP):

Les neuroleptiques d'action prolongée (NAP) sont, comme leur nom l'indique, des médicaments qui s'administrent tous par **voie intramusculaire**, à raison d'une injection toutes les deux à trois ou plus, semaines selon la spécialité (avec une exception : le clopixol d'une durée seulement de 3 jours).

Ils permettent un traitement dans des structures légères d'hospitalisations mais ne sont utilisables **que chez des malades stabilisés**

Lors de la première injection, (technique générale des relais) on procède à une administration simultanée d'un neuroleptique classique (Nlc) à demi-vie courte et du neuroleptique d'action(NAP). Le neuroleptique à demi-vie courte doit être poursuivi jusqu'à ce que le neuroleptique d'action (NAP) commence à agir. Les neuroleptiques à action prolongée sont :

| DENOMINATION INTERNATIONALE | COMMUNE | NOM DE SPECIALITE |
|-----------------------------|---------|-------------------|
| Fluphénazine Décanoate      |         | MODECAT E         |
| Perphénazine Oenanthate     |         | TRILIFAN RETARD   |
| Flupenxitol Décanoate       |         | FLUANXOL          |
| Zuclopendixol Acétate       |         | CLOPIXOL ASP      |
| Zuclopendixol Décanoate     |         | CLOPIXOL AP       |
| Pipotiazine Palmitate       |         | PIPORTIL L4       |
| Halopéridol Décanoate       |         | HALDOL DECANOAS   |
| Rispéridone (en suspension) |         | RISPERDAL CONSTA  |

### 3-3- Neuroleptiques atypiques ou deuxième génération (NLA):

Le concept de deuxième génération correspond simplement à l'apparition récente de nouveaux neuroleptiques mieux tolérés (à partir des années 1991).

#### 3-3-1- Définition :

Actuellement, il n'y a pas de critères unanimes pour définir les neuroleptiques atypiques. Toutefois, il y a certains facteurs dérivés de l'étude clinique et para clinique que l'on peut utiliser comme guide général. Par exemple, Meltzer [16] définit le neuroleptique atypique sur la base de certains critères cliniques et para cliniques.

Récemment, Kinon et Liebermann [17] définissent les neuroleptiques atypiques sur la base de critères cliniques seulement.

Sur la base de ces critères, l'antipsychotique atypique est un médicament antipsychotique avec moins ou pas d'effets extrapyramidaux à moyen terme et pas de dyskinésie tardive.

D'autres effets secondaires peuvent néanmoins être présents, comme par exemple une augmentation de la prolactine. Dans plusieurs études, la clozapine (Léponex ®) s'est montrée efficace pour traiter les symptômes négatifs, par exemple le retrait social, l'émoussement affectif, le ralentissement psychomoteur, la fatigue et la perte d'énergie.

Récemment Stahl [18] définit l'atypicalité des neuroleptiques :

- D'un point de vue pharmacologique, il s'agit d'une classe composée d'antagonistes sérotonine-dopamine (ASD).
- D'un point de vue strictement clinique, un neuroleptique atypique est défini en partie par des propriétés qui le distinguent des neuroleptiques classiques, c'est-à-dire une efficacité sur les symptômes négatifs et moins de signes extrapyramidaux.

### **3-3-2- Caractéristiques des antipsychotiques atypiques :**

- Réduction des symptômes négatifs (effet primaire mais aussi secondaire à la diminution des signes extra- pyramidaux (EPS)).
- Améliorent les symptômes affectifs
- Diminuent le taux de suicide
- Améliorent les symptômes cognitifs
- Meilleur fonctionnement psychosocial
- Efficacité similaire pour les symptômes positifs comparée aux neuroleptiques classiques
- Moins de drop out, meilleure compliance
- Efficacité plus élevée pour la schizophrénie résistante comparée aux neuroleptiques classiques
- Efficacité pratique plus grande que celle théorique
- Sélectivité pour la voie dopaminergique mésolimbiques, antagonisme D2-/ 5HT2, antagonisme des récepteurs D2 présynaptiques, agonisme dopaminergique partiel.

Les neuroleptiques atypiques sont :

| DENOMINATION INTERNATIONALE | COMMUNE | NOM COMMERCIAL |
|-----------------------------|---------|----------------|
| <b>Dibenzodiazépines</b>    |         |                |
| Clozapine                   |         | LEPONEX        |
| Olanzapine                  |         | ZYPREXA        |
| Quetiapine                  |         | SEROQUEL       |
| <b>Quinolinone</b>          |         |                |
| Aripiprazole                |         | ABILIFY        |
| <b>Benzisoxazole</b>        |         |                |
| Risperidone                 |         | RISPERDAL      |

### 3-3-3 Effets secondaires des neuroleptiques atypiques (NLA):

- Prise de poids : clozapine (Léponex ®) > olanzapine (Zyprexa ®) > quétiapine (Seroquel ®) > rispéridone (Risperdal ®) > amisulpride (Solian ®).
- Elévation de la prolactine : amisulpride (Solian ®) > rispéridone (Risperdal ®) > olanzapine (Zyprexa ®) > quétiapine (Seroquel ®) > clozapine (Léponex ®).
- Sudation clozapine (Leponex ®).
- Insomnie, agitation rispéridone (Risperdal ®).
- Agranulocytose. clozapine (Leponex ®).
- Hypotension, vertiges, problèmes cardiaques, clozapine (Leponex ®).
- Effets anticholinergiques, extrapyramidaux (neuroleptiques classiques).
- Diabète, hyperlipidémie olanzapine (Zyprexa ®) et clozapine (Leponex ®).

### 4-Indications des neuroleptiques (d'après l'American Psychiatric Association APA 2004) :

#### 4-1-Indications principales : LES PSYCHOSES :

- Aiguës : trouble schizophréniforme, épisode maniaque, mélancolie délirante
- Chroniques : schizophrénie, trouble délirant

#### 4-2-Indications annexes :

- Troubles psycho-comportementaux des démences
- Manifestations comportementales des troubles de personnalité (antisociale, borderline...)
- Trouble obsessionnel compulsifs (TOC) et maladie de Gilles de la Tourette (en association aux antidépresseurs lorsque le patient est résistant aux NL)

#### **4-3-Indications différentielles des neuroleptiques:**

- Psychoses aiguës ou chronique de l'adulte : **pratiquement tous**
- Traitement de la manie et prévention des récurrences: olanzapine ZYPREXA®
- Troubles du comportement de l'enfant: périciazine NEULEPTIL®, lévomépromazine NOZINAN®, cyamémazine TERCIAN®, tiapride TIAPRIDAL®
- Episode dépressif majeur (en association avec un antidépresseur):lévomépromazine NOZINAN®, cyamémazine TERCIAN®
- Anxiété (si échec des thérapeutiques habituelles): halopéridol HALDOL®
- Agitation et agressivité (éthylisme et sujets âgés): tiapride TIAPRIDAL®
- Algies intenses et rebelles, chorées, Gilles de la Tourette : tiapride TIAPRIDAL ®
- Troubles psychotiques au cours du Parkinson (en cas d'échec des thérapeutiques habituelles): clozapine LEPONEX ®
- Vomissements lors des traitements antimétaboliques : halopéridol HALDOL®

#### **5-Contre-indications :**

- Hypersensibilité à l'un des composants.
- Hypersensibilité ou intolérance au gluten(largactil, nozinan, neuleptil, majeptil, tercián, piportil).
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle.
- Risque de rétention d'urine liée à des troubles uretroprostatiques.
- Antécédents d'agranulocytoses.

#### **6-Troubles psychotiques :**

C'est un terme général qui désigne les affections mentales les plus graves, caractérisées par une atteinte globale de la personnalité. Il se définit par la présence de symptôme psychotique qui compromet sérieusement l'adaptation du malade au monde extérieur et entraîne une inconscience totale ou partielle de l'état pathologique. Il existe plusieurs entités de troubles psychotiques.[13, 14].

**Ce sont :**

##### **6-1- Bouffée délirante aiguë (BDA) :**

Entre dans le cadre des Psychoses Aiguës et Transitoires de la Classification Internationale des Maladies Mentales dans sa dixième version (CIM 10). Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du

comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un delirium d'origine organique (F05—). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble.

### **6-2-Psychose puerpérale :**

Le début est brutal, trois à cinq jours après l'accouchement, avec un pic de fréquence au deuxième jour. Le tableau est celui d'une bouffée délirante aiguë associant des fluctuations de la vigilance avec recrudescence vespérale, fluctuations de l'humeur, syndrome délirant, surtout hallucinatoire, dont la thématique est centrée sur la relation de l'enfant.

### **6-3- Trouble bipolaire :**

Anciennement appelés Psychose Maniaco-dépressive (PMD), les troubles bipolaires sont des pathologies caractérisées par des variations anormales de l'humeur. Une alternance entre l'expansion de l'humeur et la dépression de l'humeur. On peut les subdiviser en plusieurs sous-groupes:

#### **Le trouble cyclothymique**

Est considéré comme un < **trouble chronique et fluctuant de l'humeur**>, caractérisé par la succession d'épisode d'hypomanie et de dépression légère.

**Le trouble bipolaire de type I** est un syndrome comprenant, au cours de son évolution, un ensemble complet de symptôme de manie.

**Le trouble bipolaire de type II** se caractérise par la survenue d'épisodes dépressifs et hypomaniaques séparés par des intervalles libres.

**Les troubles bipolaires de type III** sont définis par des dépressions récurrentes survenant dans des familles de bipolaire et répondant favorablement au lithium.

**Le trouble bipolaire à cycle rapide** est défini par la survenue d'au moins quatre(4)épisodes dysthymiques par an.

#### **6-4-Schizophrénies :**

Une affection mentale chronique, grave, assez fréquente, atteignant environ 1% de l'ensemble de la population adulte, avec un début en moyenne vers 25ans.

La sémiologie des syndromes schizophréniques s'organise classiquement autour d'un trépied symptomatique :

- **Le syndrome dissociatif** :résulte de l'intrication de l'ambivalence, de détachement du réel, l'hermétisme et la bizarrerie dans les différentesopérations mentales.
- **Le délireparanoïde**
- **Le retrait autistique.**

#### **6-5- Paranoïa :**

Est une Psychose chronique non dissociative caractérisée:des états délirants chroniques;de mécanisme interprétatif,d'organisation systématisée. La psychose paranoïaque comporte trois sous-groupes : les délires d'interprétation, le délire de relation des sensitifs et les délires passionnels (érotomanie, jalousie et revendication).

La personnalité paranoïaque, caractérisée par l'hypertrophie du moi (orgueil, surestimation de soi), la méfiance, la fausseté du jugement, la psychorigidité et l'inadaptabilité sociale.

#### **6-6-Psychose hallucinatoire chronique (PHC) :**

Est une psychose chronique non dissociatif qui affecte classiquement les femmes âgées de 40 à 60 ans, célibataires ou veuves isolées socialement, qui subissent pendant de nombreuses années un véritable envahissement hallucinatoire :

- Hallucination acoustico-verbales (voix qui converse entre elles ou interpelle directement le sujet, d'ironique, menaçante ou obscène, bruit, son...),
- Olfactives (odeurs nauséabonds...),
- Tactiles et cénesthésiques (sensations d'attouchement sexuel, irritations, algies, picotement, brulures...),
- Automatisme mental.

#### **6-7- Paraphrénie :**

Est une psychose chronique non dissociative dont l'évolution n'est pas déficitaire (contrairement àla schizophrénie) mais dont le délire n'était pas systématisé (à la différence des délires paranoïaques). Kraepelin en distinguait (4) quatres formes : systématiques (proche de la paranoïa), expansive (proche de certaines manies délirantes), confabulante et fantastique.

## **II. METHODOLOGIE :**

### **1. Cadre de l'étude :**

L'étude s'est déroulée service de psychiatrie du CHU du Point G de Bamako.

#### **1.1 Présentation du CHU du Point-G :**

L'hôpital du Point G est créé en 1906 sur une superficie de 25 hectares. Le nom Point G, donné à la colline qui abrite l'hôpital, est une dénomination de repère géodésique.

L'hôpital militaire devient par arrêté numéro 174 de février 1958, un hôpital civil.

L'hôpital du Point G est un établissement public hospitalier depuis la loi N°026048 du 22 juillet 2002, puis centre hospitalier universitaire (CHU) après la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007.

#### **1.1.2 Organisation et fonctionnement :**

Le CHU du Point G est une structure sanitaire de 3ème référence, sur la pyramide sanitaire du pays. Il assure une mission de soins, de formation et de recherche. Il est géré par trois organes : le conseil d'Administration, la Direction Générale, et le Comité de Direction.

##### **➤ Le Conseil d'Administration :**

Il est composé de 19 membres.

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative,
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.
- Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

##### **➤ La Direction Générale :**

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'Hôpital.

Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

➤ **Le Comité de Direction :**

Le comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Etablissement.

➤ **Organes consultatifs :**

**La Commission Médicale d'Etablissement :**

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16,17 du décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G.

**La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux :** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

**Le Comité Technique d'Etablissement :** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du même décret.

**Le Comité d'Hygiène et de Sécurité :** dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

**1.1.3 Services existant au CHU du Point G :**

➤ **L'administration générale :**

➤ Qui comprend :

La Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance.

➤ **Les services techniques :**

- L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- Le Service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coelochirurgie ;
- Le Service d'Hémo - Oncologie ;
- Le Service de Rhumatologie ;
- Le Service de Médecine Interne ;



Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

- Le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse,
- Le Service de Neurologie,
- Le Service de Cardiologie
- Le Service des Maladies Infectieuses,
- Le Service de Pneumo-phtisiologie,
- Le Service de Psychiatrie,
- Le Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire,
- Le Laboratoire,
- La Pharmacie Hospitalière,
- La Buanderie,
- La Cuisine,
- La Cafétéria,
- La Morgue.

### **1.1.3 Présentation du service de psychiatrie du CHU du Point « G » :**

C'est le 1<sup>er</sup> service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le 3<sup>ème</sup> niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital.

#### **➤ Les infrastructures :**

Schématiquement on distingue :

« L'ancien service », appelé communément « cabanon », entouré d'un enclos grillagé, est le 1er bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

Le nouveau pavillon d'accueil des urgences psychiatriques, abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

Le bloc d'admission et d'hospitalisation : Annexé à l'ancien service, la cour grillagée, il est situé au nord-est, il comporte trois parties :

-Le pavillon des hommes : Composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil de 44 lits d'hospitalisation.

-Le pavillon des femmes : Il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité d'hospitalisation de 10 lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.

-Le bloc des cases :

Il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et un (21) cases de deux places chacune.

Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : Situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-phtisiologie.

### ➤ **Le Personnel :**

Il est composé de :

- Un (1) Professeur Titulaire de Psychiatrie
- Trois (3) Maîtres de conférences dont un Psychologue clinicien et un pédopsychiatre
- Un (1) Maître Assistant
- Deux (2) Internes des Hôpitaux
- Un (1) Médecin Généraliste
- Douze (10) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

- Un Technicien de Santé
- Un Technicien de Développement Communautaire (Assistant Social)
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Trois (3) Agents de Sécurité
- les étudiants en DES
- Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

➤ **Le Fonctionnement du service de psychiatrie :**

Le service fonctionne sur le mode de psychiatrie de type communautaire et il mène des:

- Activités de soins (consultations et hospitalisations),
- Activités de formation,
- Activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un interne des hôpitaux.

Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotèba » thérapeutique :

Le « Kotèba » est une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public. La séance fermée ou « kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

**2. Type d'étude:**

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée analytique et descriptive.

### **3. Période de l'étude:**

L'étude couvrait la période allant de 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2012.

### **4. Population d'étude:**

Notre étude concernait les dossiers des patients hospitalisés et /ou vus en ambulatoire pour troubles psychotiques mis sous neuroleptiques atypiques (du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2012).

### **5.Échantillonnage :**

Il s'agit d'une étude exhaustive portant sur l'ensemble des dossiers des patients hospitalisés et /ou vus en ambulatoire pour troubles psychotiques mis sous neuroleptiques atypiques entre janvier 2007 et décembre 2012.

#### **5.1 Variable d'étude:**

##### **A- Les variables dépendantes : définition de cas :**

###### **1. Troubles psychotiques définis comme suit selon le CIM 10**

- Troubles psychotiques aigus et transitoires : c'est un groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus.
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants :  
Les troubles schizophréniques caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés.  
Le trouble schizotypiques est caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution.

Le trouble délirant est caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, parfois durant toute la vie. Le contenu de l'idée ou des idées délirantes est très variable.

La définition opérationnelle prend en compte les catégories diagnostics suivantes :

Bouffée délirante aiguë (BDA), Psychose puerpérale, Trouble bipolaire, Schizophrénies, Paranoïa, Psychose hallucinatoire chronique (PHC), Paraphrénie.

## 2. Neuroleptique

Delay et Deniker proposent en 1957 la définition des neuroleptiques : ce sont des médicaments qui engendrent une :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice : indifférence psychique, neutralité émotionnelle sans altération de la vigilance,
- Réduction des symptômes psychotiques aigus et chroniques tels que l'anxiété, les hallucinations, l'autisme,
- Efficacité vis-à-vis des états d'excitations et d'agitations permettant de réduire les états maniaques et l'agressivité de certains psychotiques,
- Aptitude à produire des effets secondaires neurologiques extrapyramidaux et neurovégétatifs,
- Action sous corticale prédominante.

Néanmoins, certaines molécules, dont les plus récemment découvertes, ne possèdent que partiellement ces cinq propriétés et n'ont que peu de retentissement extrapyramidal: ces produits sont qualifiés pour ces raisons neuroleptiques "atypiques" ou "originaux" (clozapine, certaines benzamides). Beaucoup d'auteurs aujourd'hui préfèrent donc évoquer le groupe des "antipsychotiques».

## 3. Neuroleptique atypique

Actuellement, il n'y a pas de critères unanimes pour définir les neuroleptiques atypiques. Toutefois, il y a certains facteurs dérivés de l'étude clinique et para clinique que l'on peut utiliser comme guide général. Par exemple,

Récemment Stahl définit l'atypicalité des neuroleptiques :

- D'un point de vue pharmacologique, il s'agit d'une classe composée d'antagonistes sérotonine-dopamine (ASD).

- D'un point de vue strictement clinique, un neuroleptique atypique est défini en partie par des propriétés qui le distinguent des neuroleptiques classiques, c'est-à-dire une efficacité sur les symptômes négatifs et moins de signes extrapyramidaux.

## **B- Les variables indépendantes :**

### **1. Les caractéristiques sociodémographiques :**

- Age
- Sexe
- Statut matrimonial
- Catégorie professionnelle
- Niveau d'instruction
- Antécédent.

### **2. Les caractéristiques cliniques :**

- Motif de consultation
- Diagnostic
- Schéma thérapeutique
- Effet secondaire
- Neuroleptique atypique utilisé
- Nombre de rupture thérapeutique
- Nombre de rechute sous traitement
- Accessibilité.

### **5.2 Critères d'inclusion:**

Les patients présentant des troubles psychotiques hospitalisés et/ou vus en ambulatoire mis sous neuroleptiques atypiques.

### **5.3 Critères de non inclusion :**

- Les patients ne présentant pas de troubles psychotiques.
- Les patients présentant des troubles psychotiques mis exclusivement sous neuroleptiques classiques.

#### **5.4 Collecte des données :**

Les données étaient collectées à partir des dossiers « d'hospitalisations et fiches externes » et à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie modèle portant en annexe.

#### **5.5 Considérations éthiques:**

Etant donné que cette étude est rétrospective, le consentement éclairé des malades n'a pas été demandé. Cependant la confidentialité des noms des malades figurant dans les dossiers a été respectée.

#### **5.6 Saisie, analyse et traitement des données :**

Les données ont été traitées par le logiciel SPSS12.0 et Microsoft Office World 2007. Les tests statistiques pour la comparaison sont :

- Khi 2 de Pearson et Fischer
- La différence est significative si  $P < 0,05$ .

#### **5.7 Difficultés rencontrées :**

L'incomplétude de certains dossiers et la nature rétrospective de l'étude n'ont pas permis de collecter certaines informations.

### III- RESULTATS

**Tableau 1** : Répartition des patients en fonction de l'âge

| Âge            | Effectifs  | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| 11 à 20        | 86         | 15,7        |
| <b>21 à 30</b> | <b>247</b> | <b>45,1</b> |
| 31 à 40        | 108        | 19,7        |
| 41 à 50        | 54         | 9,9         |
| 51 à 60        | 31         | 5,7         |
| 61 et plus     | 22         | 4,0         |
| TOTAL          | 548        | 100,0       |

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée avec 45,1%.

**Tableau 2** : Répartition des patients en fonction du sexe

| Sexe            | Effectifs  | Pourcentage |
|-----------------|------------|-------------|
| <b>MASCULIN</b> | <b>404</b> | <b>73,7</b> |
| FEMININ         | 144        | 26,3        |
| TOTAL           | 548        | 100,0       |

Le sexe masculin était le plus représenté soit 73,7%.



**Tableau 3:** Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

| Niveau d'instruction           | Effectif   | Pourcentage |
|--------------------------------|------------|-------------|
| NON SCOLARISE                  | 138        | 25,2        |
| <b>PRIMAIRE</b>                | <b>184</b> | <b>33,6</b> |
| SECONDAIRE                     | 120        | 21,9        |
| SUPERIEUR                      | 103        | 18,8        |
| ALPHABETISATION<br>FONCTIONNEL | 3          | 0,5         |
| TOTAL                          | 548        | 100,0       |

Sur 548 patients 138 n'ont pas été à l'école soit 25,2%; 184 se sont limités aux études primaires soit 33,6%.

**Tableau 4:** Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif   | Pourcentage |
|--------------------|------------|-------------|
| <b>CELIBATAIRE</b> | <b>328</b> | <b>59,9</b> |
| MARIE              | 191        | 34,9        |
| DIVORCE            | 17         | 3,1         |
| VEUVE              | 12         | 2,2         |
| TOTAL              | 548        | 100,0       |

Les célibataires étaient les plus représentés avec 59,9%.

**Tableau 5:** Répartition des patients en fonction de la profession

| Catégorie professionnelle | Effectif  | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|-------------|
| COMMERCANT                | 60        | 11          |
| CULTIVATEUR               | 70        | 13          |
| ELEVE                     | 72        | 13          |
| <b>ETUDIANT</b>           | <b>73</b> | <b>13,3</b> |
| <b>MENAGERE</b>           | <b>73</b> | <b>13,3</b> |
| MILITAIRE                 | 25        | 4,5         |
| OUVRIER/ARTISANT          | 69        | 12,6        |
| TRANSPORTEUR              | 18        | 3,3         |
| FONCTIONNAIRE             | 16        | 3           |
| SANS PROFESSION           | 72        | 13          |
| TOTAL                     | 548       | 100,0       |

Les étudiants et les ménagères étaient les plus fréquents avec chacun 13,3%.

**Tableau 6:** Répartition des patients en fonction du motif de consultation

| Motif de consultation   | Effectif   | Pourcentage |
|-------------------------|------------|-------------|
| INSOMNIE                | 110        | 20          |
| <b>HETERO AGRESSITE</b> | <b>114</b> | <b>21</b>   |
| INSTABILITE             | 100        | 18          |
| DELIRE                  | 46         | 8           |
| HALLUCINATION           | 42         | 8           |
| PROPOS INCOHERENT       | 57         | 10,4        |
| AGITATION               | 67         | 12.2        |
| LOGORRHEE               | 10         | 2           |
| RIRES IMMOTIVES         | 2          | 0.4         |
| TOTAL                   | 548        | 100,0       |

Les cas d'hétéro- agressivités étaient les plus représentés avec 21%.

**Tableau 7:** Répartition des patients en fonction du diagnostic

| Diagnostic                        | Effectif   | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| <b>SCHIZOPHRENIE</b>              | <b>211</b> | <b>38,5</b> |
| BOUFFEES DELIRANTES AIGUES        | 90         | 16,4        |
| PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE       | 20         | 3,6         |
| ACCES MANIAQUE                    | 26         | 4,7         |
| PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE | 55         | 10,0        |
| PSYCHOSE PARANOÏAQUE              | 30         | 5,5         |
| PSYCHOSE PUERPERALE               | 7          | 1,3         |
| PARAPHRENIE                       | 3          | 0,5         |
| PHARMACO PSYCHOSE                 | 20         | 4           |
| DEMENCE                           | 7          | 1           |
| MODE D'ENTREE SCHIZOPHRENIE       | 79         | 14,4        |
| TOTAL                             | 548        | 100,0       |

La schizophrénie a été l'affection la plus représentée avec 38,5%.

**Tableau 8:** Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique

| Schéma thérapeutique   | Effectif   | Pourcentage  |
|--|------------|--------------|
| <b>NEUROLEPTIQUE<br/>ATYPIQUE (NLA) SEUL</b>                 | <b>164</b> | <b>29,9</b>  |
| <b>NEUROLEPTIQUES<br/>ATYPIQUE + CLASSIQUE<br/>(NLA+NLC)</b> | <b>338</b> | <b>61,7</b>  |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE<br>(NLA)+NORMOTHYMIQUE             | 18         | 3,3          |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE<br>(NLA)+ANTIDEPRESSEUR            | 21         | 3,8          |
| AUTRES*  | 7          | 1,3          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>548</b> | <b>100,0</b> |

L'association neuroleptique atypique et classique (Nla + Nlc) a été le schéma le plus utilisé avec 61.7% suivi des neuroleptiques atypiques (NLA) seul avec 29.9%.

**Autres\***Neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs.

**Tableau 9** : Répartition des patients en fonction des effets secondaires.

| Effet secondaire        | Effectif   | Pourcentage |
|-------------------------|------------|-------------|
| DYSKINESIE              | 36         | 6           |
| PRISE DE POIDS(OBESITE) | 2          | 0.3         |
| TROUBLES DE L'ERECTION  | 4          | 0.7         |
| BAISSE DE LIBIDO        | 1          | 0.2         |
| VERTIGES                | 5          | 0.9         |
| TROUBLES VISUELS        | 1          | 0.2         |
| AUTRES*                 | 2          | 0.3         |
| <b>AUCUN</b>            | <b>535</b> | <b>91</b>   |
| <b>TOTAL</b>            | <b>586</b> | <b>100</b>  |

La plupart de nos patients ne présente pas d'effets secondaires, soit 91%.

**Autres\***Gynécomastie, Anorgasmie, Sécheresse buccale.

**Tableau 10:** Répartition des patients en fonction du neuroleptique atypique (Nla)utilisé

| Neuroleptique atypique (Nla)utilisé | Effectifs  | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| AMISULPIRIDE                        | 50         | 9,1         |
| <b>OLANZAPINE</b>                   | <b>280</b> | <b>51,1</b> |
| <b>RISPERIDONE</b>                  | <b>216</b> | <b>39,4</b> |
| AUTRES*                             | 2          | 0,4         |
| TOTAL                               | 548        | 100,0       |

L'Olanzapine a été le neuroleptique atypique(Nla) le plus utilisé suivi de la Risperidone soit respectivement 51,1% et 39,4%.

**Autres\***Seroquel, Loxapac.

**Tableau 11:**Répartition des neuroleptiques en fonction du traitement d'intention

| Traitement d'intention | Neuroleptiques atypique (Nla) seul | Neuroleptiques atypique + classique (Nla + Nlc) | Neuroleptique atypique (Nla) + normo-thymique | Neuroleptique atypique (Nla) + Antidépresseur | Autres      | Total |
|------------------------|------------------------------------|---|---|---|-------------|-------|
| PREMIERE INTENTION     | 57                                 | 138   | 6   | 14  | 333         | 548   |
| POURCENTAGE            | 10,4                               | 25,2  | 1,1   | 2,6   | <b>60,8</b> | 100   |
| DEUXIEME INTENTION     |                                    |   |   |   |             |       |
| POURCENTAGE            | 105                                | <b>197</b>                                      | 12  | 7   | 9           | 330   |
|                        | 31,8                               | <b>59,7</b>                                     | 3,6   | 2,1   | 2,7         | 100   |
| TROISIEME INTENTION    |                                    | <b>3</b>  | 0   | 0   | 1           | 5     |
| POURCENTAGE            | 1                                  | <b>60</b>                                       | 0   | 0   | 20          | 100   |
|                        | 20                                 |   |   |   |             |       |

En première intention, 60,8% de nos patients ont reçus neuroleptiques classiques seuls ou associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs.

En deuxième intention et troisième intention, environ 60% ont reçu l'association neuroleptique atypique et classique (Nla+Nlc).

**Autres\*** Neuroleptiques classiques seuls ou associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs.



**Tableau 12:** Répartition des patients en fonction de l'observance thérapeutique

| Nombre rupture | Effectifs | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| <b>UNEFOIS</b> | <b>86</b> | <b>15,7</b> |
| AUCUN          | 462       | 84,3        |
| TOTAL          | 548       | 100,0       |

Parmi les patients colligés 15,7% ont fait une rupture thérapeutique.

**Tableau 13:** Répartition des patients en fonction du nombre de rechute sous traitement

| Nombre rechute | Effectif  | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| <b>UNEFOIS</b> | <b>39</b> | <b>7,1</b>  |
| AUCUN          | 509       | 92,9        |
| TOTAL          | 548       | 100,0       |

Parmi les patients colligés 7,1% ont fait une rechute sous traitement.

**Tableau 14:** Répartition des patients en fonction de l'accessibilité au médicament

| Accessibilité | Effectif  | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| <b>COUT</b>   | <b>79</b> | <b>14,4</b> |
| DISPONIBILITE | 6         | 1,1         |
| TOTAL         | 85        | 15,5        |

Parmi les dossiers colligés, 15,5% ont présenté un problème d'accès au médicament dont 14,4% un problème de coût.

**Tableau 15** : Répartition des schémas thérapeutiques en fonction des effetssecondaires

| Effets secondaires    | Schéma thérapeutique              |  |   |  |        | Total |
|-----------------------|-----------------------------------|--|---|--|--------|-------|
|                       | Neuroleptique atypique seul (Nla) | Neuroleptique atypique + neuroleptique classique (Nla+Nlc) | Neuroleptique atypique (Nla) +normothymique | Neuroleptique atypique (Nla) +antidépresseur | Autres |       |
| NEUROLOGIQUE          | 7                                 | 27   | 1   | 1  | 1      | 37    |
| ENDOCRINO-METABOLIQUE | 18,9%                             | 73%  | 2,7%  | 2,7%   | 2,7%   | 100%  |
| SEXUEL                | 1                                 | 0  | 1   | 0  | 0      | 2     |
|                       | 50%                               | 0%   | 50%   | 0%   | 0%     | 100%  |
| ANTI-CHOLINERGIQUE    | 3                                 | 1  | 1   | 0  | 0      | 5     |
|                       | 60%                               | 20%  | 20%   | 0%   | 0%     | 100%  |
|                       | 1                                 | <b>6</b>   | 0   | 0  | 0      | 7     |
|                       | 14%                               | <b>86%</b>   | 0%  | 0%   | 0%     | 100%  |
| TOTAL                 | 12                                | 34   | 3   | 1  | 1      | 51    |
|                       | 23%                               | 67%  | 6%  | 2%   | 2%     | 100%  |

Selon les effets secondaires, l'effet secondaire anti-cholinergique est le plus élevé en association neuroleptique atypique et classique (Nla et Nlc) soit 86%.

**Tableau 16:** Répartition du nombre de rupture en fonction du neuroleptique atypique (Nla) utilisé.

| Neuroleptique atypique<br>(Nla)utilisé | Nombre de rupture         |              | Total         |
|--|---------------------------|--------------|---------------|
|  | Une fois                  | Aucune       |               |
| AMISULPIRIDE                           | 8<br>16,0%                | 42<br>84,0%  | 50<br>100,0%  |
| OLANZAPINE                             | 38<br>13,6%               | 242<br>86,4% | 280<br>100,0% |
| <b>RISPERIDONE</b>                     | <b>40</b><br><b>18,5%</b> | 176<br>81,5% | 216<br>100,0% |
| AUTRES*                                | 0<br>0,0%                 | 2<br>100,0%  | 2<br>100,0%   |
| TOTAL                                  | 86<br>15,7%               | 462<br>84,3% | 548<br>100,0% |

Khi2=2,63 ddl= 3 p=0,45

Sur 86 cas de rupture thérapeutique, 40 ont été notés pour la rispéridone soit 46,5% des ruptures thérapeutiques.

**Autres\***Seroquel, Loxapac.

**Tableau 17:**Répartition du nombre de rechute en fonction du neuroleptique atypique (Nla) utilisé.

| Neuroleptique atypique<br>(Nla)utilisé | Nombre de rechute |              | Total         |
|--|-------------------|--------------|---------------|
|  | Unefois           | Aucune       |               |
| AMISULPIRIDE                           | 5<br>10,0%        | 45<br>90,0%  | 50<br>100,0%  |
| OLANZAPINE                             | 24<br>8,6%        | 256<br>91,4% | 280<br>100,0% |
| RISPERIDONE                            | 10<br>4,6%        | 206<br>95,4% | 216<br>100,0% |
| AUTRES*                                | 0<br>0,0%         | 2<br>100,0%  | 2<br>100,0%   |
| TOTAL                                  | 39<br>7,1%        | 509<br>92,9% | 548<br>100,0% |

Khi2=3,70 ddl=3 p= 0,29

Parmi les patients traités avec l'amisulpiride, 5 ont fait une rechute soit 10%, contre 24 soit 8,6% pour l'olanzapine. **Autres\***Seroquel, Loxapac.

**Tableau 18:** Répartition des neuroleptiques atypiques (Nla) utilisé en fonction de leur accessibilité.

| Neuroleptique atypique<br>(Nla)utilisé | Accessibilité      |               | Total        |
|--|--------------------|---------------|--------------|
|  | Coût               | Disponibilité |              |
| AMISULPIRIDE                           | 7<br><b>87,5%</b>  | 1<br>12,5%    | 8<br>100,0%  |
| OLANZAPINE                             | 35<br><b>94,6%</b> | 2<br>5,4%     | 37<br>100,0% |
| RISPERIDONE                            | 37<br><b>92,5%</b> | 3<br>7,5%     | 40<br>100,0% |
| TOTAL                                  | 79<br><b>92,9%</b> | 6<br>7,1%     | 85<br>100,0% |

Khi2= 0,52      ddl= 2      p= 0,76

D'une manière générale parmi les patients ayant signalés un problème d'accessibilité, plus de 90% ont présentés un problème de coût.

**Tableau 19** : Répartition du nombre de rupture en fonction du niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Nombre de rupture |              | Total         |
|----------------------|-------------------|--------------|---------------|
|                      | Une fois          | Aucune       |               |
| NON SCOLARISE        | 16                | 122          | 138           |
|                      | 11,6%             | 88,4%        | 100,0%        |
| PRIMAIRE             | 28                | 156          | 184           |
|                      | 15,2%             | 84,8%        | 100,0%        |
| SECONDAIRE           | 20                | 100          | 120           |
|                      | 16,7%             | 83,3%        | 100,0%        |
| <b>SUPERIEUR</b>     | <b>22</b>         | <b>81</b>    | <b>103</b>    |
|                      | <b>21,4%</b>      | <b>78,6%</b> | <b>100,0%</b> |
| ALPHABETISATION      | 0                 | 3            | 3             |
| FONCTIONNELLE        | 0,0%              | 100,0%       | 100,0%        |
| TOTAL                | 86                | 462          | 548           |
|                      | 15,7%             | 84,3%        | 100,0%        |

Khi2 =4,92 ddl= 4 p= 0,29

Parmi les patients ayant fait une rupture thérapeutique, le taux plus élevé a été observé chez ceux du niveau supérieur avec 22 patients, soit 21,4% des patients du supérieur.

**Tableau 20:** Répartition du nombre de rechute en fonction du nombre de rupture

| Nombre de rupture | Nombre de rechute       |              | Total         |
|-------------------|-------------------------|--------------|---------------|
|                   | Une fois                | Aucun        |               |
| UNEFOIS           | <b>6</b><br><b>7,0%</b> | 80<br>93,0%  | 86<br>100,0%  |
| AUCUNE            | 33<br>7,1%              | 429<br>92,9% | 462<br>100,0% |
| TOTAL             | 39<br>7,1%              | 509<br>92,9% | 548<br>100,0% |

Khi2= 0,003 ddl =1 p= 0,95

Parmi les patients ayant fait une rupture thérapeutique 7% ont fait une rechute.

**Tableau 21** : Répartition du nombre de rechute en fonction du neuroleptique atypique (Nla) utilisé en première intention.

| Traitement<br>de première intention                   | Nombre de rechute        |                            | Total                       |
|---|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|   | Une fois                 | Aucun                      |                             |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA) SEUL                  | 4<br>7,0%                | 53<br>93,0%                | 57<br>100,0%                |
| NEUROLEPTIQUES<br>ATYPIQUE + CLASSIQUE<br>(NLA+NLC)   | 6<br>4,3%                | 132<br>95,7%               | 138<br>100,0%               |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA)<br>+ NORMOTHYMIQUE    | 0<br>0,0%                | 6<br>100,0%                | 6<br>100,0%                 |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA) + ANTI-<br>DEPRESSEUR | 1<br>7,1%                | 13<br>92,9%                | 14<br>100,0%                |
| <b>AUTRES*</b>  | <b>28</b><br><b>8,4%</b> | <b>305</b><br><b>91,6%</b> | <b>333</b><br><b>100,0%</b> |
| TOTAL   | 39<br>7,1%               | 509<br>92,9%               | 548<br>100,0%               |

Khi<sup>2</sup> = 2,90 ddl = 4 p = 0,57

Parmi les patients ayant reçu autres traitements en deuxième intention 8,4% ont fait une rechute.

**Autres\*** Neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs.



**Tableau 22 :** Répartition du nombre de rechute en fonction du neuroleptique atypique (Nla) utilisé en deuxième intention.

| Traitement<br>de deuxième<br>intention               | Nombre de rechute        |                          | Total                     |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
|  | Une fois                 | Aucune                   |                           |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA) SEUL                 | 7<br>6,7%                | 98<br>93,3%              | 105<br>100,0%             |
| NEUROLEPTIQUES<br>ATYPIQUE ET CLASSIQUE<br>(NLA+NLC) | 17<br>8,6%               | 180<br>91,4%             | 197<br>100,0%             |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA)<br>+NORMOTHYMIQUE    | 1<br>8,3%                | 11<br>91,7%              | 12<br>100,0%              |
| NEUROLEPTIQUE<br>ATYPIQUE (NLA) +ANTI-<br>DEPRESSEUR | 1<br>14,3%               | 6<br>85,7%               | 7<br>100,0%               |
| <b>AUTRES*</b>                                       | <b>2</b><br><b>22,2%</b> | <b>7</b><br><b>77,8%</b> | <b>9</b><br><b>100,0%</b> |
| TOTAL  | 28<br>8,5%               | 302<br>91,5%             | 330<br>100,0%             |

Chi2= 2,94 ddl=4 p=0,56

Parmi les patients ayant utilisés autres traitements en (2<sup>ème</sup>)deuxième intention 22,2% ont fait une rechute.

**Autres\*** Neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs.

**Tableau 23:** Répartition de la rupture en fonction de l’accessibilité

| Nombre de rupture          | Accessibilité |               | Total  |
|----------------------------|---------------|---------------|--------|
|                            | Coût          | Disponibilité |        |
| NOMBRE.RUPTURE    UNE FOIS | 79            | 6             | 85     |
|                            | 92,9%         | 7,1%          | 100,0% |

Parmi les patients qui ont fait une rupture 92,9% ont présentes un problème de coût.

## **Discussions :**

Cette étude hospitalière, rétrospective a porté sur 548 dossiers qui ont été colligés sur 11928 dossiers au service de psychiatrie pendant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2012, soit une fréquence globale de 4.6% de la prescription des neuroleptiques atypiques. Parmi les troubles psychotiques il y avait 38.5% cas de schizophrénie, 15.5% cas de bouffée délirante aiguë (BDA), 3.6% cas de psychose maniaco-dépressive (PMD), 4.7% cas d'accès maniaque, 10% cas de psychose hallucinatoire chronique (PHC), 5.5% cas de psychose paranoïaque, 1.3% cas de psychose puerpérale, 0.5% cas de paraphrénie, 1.8% cas de pharmacopsychose, 0.9% cas de démence, 8% cas de mode d'entrée dans la schizophrénie, 9.5% cas de troubles psychotiques non classés.

### **A- Caractéristiques sociodémographiques:**

#### **1- Sexe :**

Dans notre étude 73,7% étaient de sexe masculin, soit 404 patients et 26,3 % de sexe féminin, soit 144 patientes, d'où une sex-ratio de **2,8** en faveur des hommes. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'altération de l'état de santé d'un homme se fait beaucoup plus vite sentir sur le plan socioprofessionnel et familial que celui de la femme. Cette dernière est généralement occupée par les tâches ménagères dans la concession familiale. Aussi un malade mental de sexe masculin serait relativement plus violent donc difficile à gérer à la maison. Ce résultat est comparable à ceux de **Yessonguilana J M et Al** qui ont retrouvé 70,7 % de sexe masculin et 29,3 % de sexe féminin, d'où une sex-ratio de **2,4** en faveur des hommes à Abidjan dans une étude faite sur la schizophrénie [6].

#### **2- Age :**

Pour ce qui est des tranches d'âge, les sujets de 21 à 30 ans représentaient la majorité des sujets de l'étude soit 45,1%. C'est la population jeune qui est la plus touchée. Ceci nous amène à quelques réflexions:

-La population générale est jeune au Mali (52%) [20].

-Cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, autonomie financière).

-Elle est exposée à des événements de vie stressants (précipitant le déclenchement de la maladie et les récurrences), perturbation du développement affectif (maltraitance), perturbations des relations intrafamiliales, problèmes d'identité. Cette répartition est en conformité avec l'analyse de **Yessonguilana J M et Al** et **Din O** qui avaient signalé une prédominance des

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

tranches d'âge de 26 à 35 soit respectivement 41,3 % et 44% [6, 21]. Cela s'explique également par le fait que le début des troubles schizophréniques est estimé entre 15 et 24 ans chez l'homme, 25 et 34 ans chez la femme **Clervory [22]**.

### 3- Niveau d'instruction :

Quant au niveau d'étude, la plupart des patients avaient un niveau primaire soit 33,6%. Toutefois, il faut retenir que la schizophrénie touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune, et rend aléatoire la poursuite de leurs études. Ce résultat est comparable à ceux de **Diarra Y et Din O** qui ont respectivement retrouvé 34,9% et 38,6% [7, 21]

### 4- Profession :

Les étudiants représentaient 13,3% de nos patients. Ces résultats sont comparables à ceux de **Diarra Y et Din O** qui avaient respectivement 12,8% et 12,9% pour les étudiants [7, 21]. Quant aux ménagères elles représentaient 13,3% soit 73 patientes. Ces résultats sont supérieurs à ceux de **Diarra Y et Din O** qui avaient respectivement 7% et 6,4% pour les ménagères [7, 21]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'on attribue à tort les femmes sans profession aux ménagères.

### 5- Statut matrimonial :

Concernant la situation matrimoniale, la population d'étude était constituée d'une majorité de célibataires (59,9%).

Ce nombre important de célibataires serait en rapport avec la stigmatisation rattachée aux troubles psychiatriques.

Il peut s'agir d'un indicateur d'exclusion des malades mentaux.

La maladie mentale serait un handicap pour une vie de couple.

La désocialisation secondaire aux troubles psychiatriques serait vectrice d'incapacité ou de marginalisation. Ce résultat est comparable à ceux de **Diarra Y et Diakité A I** qui avaient retrouvé respectivement 62,8% et 51,7% [7, 13]. Le célibat est une donnée souvent retrouvée dans les travaux consacrés à la pathologie mentale [23, 24, 25].

## **B- Caractéristiques cliniques :**

Des antécédents psychiatriques familiaux avaient été retrouvés chez 26,3 % des sujets de l'étude. Ce résultat est comparable à celui de **Yessonguilana J M et Al** qui avait retrouvé 21,1 % [6]. La littérature relève une augmentation du risque morbide d'autant plus élevée que le lien de parenté est proche [26, 27].

### **1- Motif de consultation :**

Les cas d'hétéro-agressivité étaient les plus représentés avec 21%. L'hétéro-agressivité est un facteur de déséquilibre et de déstabilisation qui affecte la cohabitation et même les activités socio-économiques. Elle met sérieusement l'entourage à l'épreuve et l'oblige à hospitaliser le malade. Ce résultat est nettement inférieur à celui de **Din O** qui a retrouvé 47,6% [21]. Cette différence s'explique par le biais de recrutement.

### **2- Diagnostic :**

La schizophrénie a été l'affection la plus représentée avec 38,5%. La prédominance de la schizophrénie s'explique par le fait que cette psychose débute à l'âge jeune (15 à 25ans), appelée habituellement psychose de l'adulte jeune. Cependant dans notre étude c'est la population jeune qui est la plus touchée. Ce résultat est nettement supérieur à celui de **Diarra Y** qui avait retrouvé 25,9% [7]. Cela s'explique également par le biais de recrutement.

## **B- Caractéristiques thérapeutiques et évolutives :**

Cette enquête révélait une prédominance de la prescription de l'association de neuroleptique atypique (Nla) et neuroleptique classique (Nlc) soit (61,7 %) suivi des neuroleptiques atypiques (Nla) seuls avec (29,9%) dans la prise en charge des troubles psychotiques (**Tableau 8**).

En première intention la prescription était basée sur les neuroleptiques classiques (Nlc) seuls soit associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs soit 60,8%. (**Tableau 11**).

En deuxième intention nous voyons la fréquence élevée de la prescription des neuroleptiques atypiques (Nla) seuls et neuroleptiques atypiques (Nla) associés aux neuroleptiques classiques (Nlc) soit respectivement 31,8% et 59,7%. (**Tableau 11**).

Ces résultats pourront s'expliquer par les échecs des prescriptions soit des neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normo-thymiques ou aux antidépresseurs en

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

première intention d'où le recours aux neuroleptiques atypiques (Nla) ou associés aux neuroleptiques classiques (Nlc) en deuxième et troisième intention. (**Tableau 11**).

Ces résultats sont appuyés par **Yessonguilana J M et Al** qui a retrouvé 27,1% pour les neuroleptiques atypiques (Nla) seul et 72,9% pour les neuroleptiques classiques (Nlc) [6].

La plupart de nos patients n'ont pas présenté d'effets secondaires. Cependant quelques effets secondaires ont été observés tels que dyskinésies (6%), prise de poids (0.3%), trouble de l'érection (0,7%), baisse de libido (0.2%), vertiges (0.9%), troubles visuels (0.2%) soit au total 9,4% des patients. Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux de **Yessonguilana J M et Al** chez qui 21,8% des patients ont présentés des effets secondaires [6].

Cette différence pourrait s'expliquer par la concentration de notre étude sur neuroleptiques atypiques (Nla) seuls.

En ce qui concerne les molécules utilisées :

L'olanzapine a été le neuroleptique atypique (Nla) le plus utilisé suivi de la rispéridone soit respectivement 51,1% et 39,4%. Ce résultat est inférieur à celui de **Diarra Y** qui a retrouvé 60% pour la rispéridone [7]. Cette différence pourra s'expliquer par un problème d'accessibilité de l'olanzapine. Par ailleurs le rispéridone a été le plus responsable d'effet secondaire quel qu'en soit le type.

Parmi les 86 patients ayant présenté une rupture thérapeutique 46,5% étaient sous la rispéridone, 25,5% étaient du niveau d'instruction supérieur et 92,9% ont signalé un problème de coût. Ces résultats pourront expliquer des problèmes d'observance thérapeutique mais malgré ces fréquentes ruptures il n'y a que 7% de rechutes.

Par rapport aux rechutes sous traitement 10% des patients traités par l'amisulpiride ont fait une rechute contre 8,6% pour l'olanzapine. Par ailleurs en première intention 8,4% des patients ayant reçu soit des neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normothymiques ou aux antidépresseurs ont fait une rechute contre 7% pour ceux ayant reçu des neuroleptiques atypiques (Nla) seuls, en deuxième intention 22,2% des patients ayant reçu soit des neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normothymiques ou aux antidépresseurs ont fait une rechute contre 6,7% pour ceux ayant reçu des neuroleptiques atypiques (Nla) seuls.

## **CONCLUSION :**

Au terme de cette étude consacrée à la prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU Point G.

Nous avons constaté une prédominance de la prescription des neuroleptiques atypiques associés aux neuroleptiques classiques suivie de la prescription des neuroleptiques atypiques seuls dans la prise en charge des troubles psychotiques.

En première intention la prescription était basée sur les neuroleptiques classiques seuls soit associés aux normothymiques ou aux antidépresseurs.

En deuxième intention la prescription des neuroleptiques atypiques seuls et la prescription des neuroleptiques atypiques associés aux neuroleptiques classiques étaient les plus fréquents.

La plupart de nos patients n'ont pas présenté d'effets secondaires. Cependant quelques effets secondaires ont été observés tels que l'effet secondaire anti-cholinergique qui était le plus fréquemment retrouvés dans le cas d'association de neuroleptique atypique et de neuroleptique classique.

En ce qui concerne les molécules utilisées, l'olanzapine a été le neuroleptique atypique le plus utilisé suivi de la rispéridone.

La plupart des ruptures thérapeutiques était due à un problème de coût et d'accessibilité. Malgré ces ruptures il y a eu peu de rechute.

## **RECOMMANDATIONS :**

Nous formulons des recommandations qui s'adressent aux:

### **1- Autorités politiques et sanitaires:**

- Subventionner les neuroleptiques atypiques et faciliter leur accessibilité,
- Former et recycler les agents socio-sanitaires pour répondre à la demande de soins de santé mentale,
- Assurer la décentralisation des soins de santé mentale,
- Développer des campagnes d'information et de sensibilisation en matière de santé mentale pour modifier les représentations sociales des pathologies psychiatriques.

### **2- Personnel socio- sanitaire:**

- Sensibiliser la population par rapport à la prise en charge conventionnelle précoce de la maladie mentale pour une réduction des cas chroniques,
- Promouvoir la coordination entre différents éléments de l'équipe de prise en charge : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, psychologues, travailleurs socio-sanitaires et communauté pour une meilleure prise en charge.



## **BIBLIOGRAPHIES:**

[1] **N.FRANCK, F. THIBAUT:**Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques EMC-psychiatrie 2 (2005) 282-299 ; [http//France.Elevier.Com/ direct/ EMCPS](http://France.Elevier.Com/direct/EMCPS).

[2] **CARLSON A, LINDQVIST A.** Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3- methoxytyramine in mouse brain. Acta pharmacol toxicol(Copenh) 1963.20:140-4

[3] **STHAHL. SM**Selecting and atypical antipsychotic by combining clinical experience with guidelines from clinical. Trials. Journal clin psychiaty, 1999,60(suppl.10):[31-41].

[4] **THIBAUT F, PETIT M, GOLZAN G, OLIE JP.**Schizophrénie. In: Décider pour traiter. Paris: édition Rand, 2001. P. 493-504.

[5] **LAMBERT PA, REVOL L.** Classification psychopharmacologique et clinique des différents neuroleptiques indications thérapeutiques générales dans la psychose. Presse Med 1960 ; 41 :1509-11.

[6] **YESSONGUILANA JM, TENENA Y, KAMAGATEM et Al :** Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge médicamenteuse des schizophrénies du service d'hygiène mentale d'Abidjan. L'information psychiatrique. Volume 84,N.5, 417-25 Mai 2008, clinique des psychoses.

[7] **DIARRA Y :** Recherche sur l'Utilisation Pharmacologique des Neuroleptiques au Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G 2007 P37.

[8]**LABORIT. H, HUGUENARD P, ALLUAME R.** Un stabilisateur neurovégétatif. Presse Med. 1952 Feb 13,60(10) :206-208.

[9] **DENIKER P, GENISTET D.** Les effets psychiques des neuroleptiques. Confront psychiatr 1975.

[10] **DELAY J, DENIKER P, HARL JM.**Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560RP).Ann. Méd. psychol(Paris) 1952 ; 110 :112-7.

[11] **STECK H.** Le syndrome extrapyramidal et diencéphalique au cours du traitement au Largactil. Ann. psychol (Paris) 1954 ;112 :737-43.

[12]**COLONNA L, PETIT M, LEPINE JP.**Dictionnaire des neuroleptiques. Paris : éditions médicales. Specia JB Baillière ; 1989 ; 510P.

[13] **DIAKITE A. I.** Les psychoses délirantes chroniques : Etude Epidémio-clinique et de la prise en charge dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G à Bamako, Thèse de médecine, Bamako, 2007 Med 246, p-80.13.

[14] **DICTIONNAIRE LAROUSSE : NAUDIN CLAUDE, GRUMBACH NICOLE :** EDITION LAROUSSE 2003-1219P ISBN 2-03-560265-3.

[15] **CIM- 10 :** Classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10/icd-10), chapitre V : Troubles mentaux et du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Genève, OMS, Paris, Masson, 1993

[16] **MELTZER H. Y:** What's atypical about atypical antipsychotic drups ? Curs opin pharmacol 2004; 4:53-7.

[17] **KINON B. J ET LIEBERMAN J. A:** Mechanism of action of atypical antipsychotic drups : a critical analysis. Psychopharmacology, 1996; 124: 2-34.

[18] **BARUK H. :** Traité de psychiatrie. Tome II. Paris : masson et cie, 1959. 1570p.

[19] **KAPUR S, ZIPURSKY R.B, REMINGTON G:** Chimical and theoretical implications of 5-HT2 and D2 receptor occupancy of clozapine, risperidone, and olanzapine in schizophrenia. An j psychiatry 1999; 156: 286-93.

[20] **DIABATE. M.** Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thèse méd. 2006 M323, 62P.

[21] **DIN. O :**Approche epidemiologique de la schizophrenie au service de psychiatrie du CHU du point G 2010 Med 298.

[22] **CLERVORY P, CORCOS M.** Épidémiologie et histoire naturelle des schizophrénies. Rev Prat 2002 ; 52 : 1117-82.

[23] **AFFOU FR.** Contribution à l'étude de la prescription des thymorégulateurs à l'hôpital psychiatrique de Bingerville (RCI) : à propos de 77 cas. Thèse. 2005, Abidjan, n° 4022.

[24] **OUELLE GF.** Explorations paracliniques en pratique psychiatrique ambulatoire. Thèse. Abidjan, 2006, n° 4296.

[25] **YAO JS.** Premières admissions en milieu hospitalier masculin : à propos de 216 cas à l'hôpital psychiatrique de Bingerville (RCI). Thèse. Abidjan, 2000, n° 2621.

[26] **GUELFY JD, BOYER P, PULL CB, PULL CM.** États délirants aigus et chroniques. In : Guelfy JD, ed. Traité de psychiatrie. (1<sup>re</sup> édition). Paris : PUF, 1987.

[27] **HTTP** ://aqppep.com/fichiers/schizophrenie\_AQPPEP.pdf.

[28] **ALLILAIRE J.F.**, Mise au point sur troubles bipolaires, Synapse, 2001 ; 178 : 29-34

[29] **BALDESSARINI R J , VIGUERA A C**: Neuroleptic withdrawal in schizophrenic Patients . Arch gen psychiatry 1995; 52:189-191.

[30] **BLACKWELL B: TREATMENT ADHERENCE. BR. J.** Psychiatry 1976; 129:513-531.

[31] **CATEGORIE SCHIZOPHRENIQUE, TROUBLES SCHIZOTYPIQUES ET TROUBLES DELIRANTS/PSYCHOSE/DOCUMENT ELECTRONIQUE** ((<http://fr.wikipedia.org/wiki/schizoph%c3%A9nie>))

[32] **COLONNA I, PETIT M et DULLFUS S**: Neuroleptiques Encycl. Chir.(Paris,France), psychiatrie , 37860 B10, 1-1986, 28p.

[33] **COSTATIN J, PETIT M, DOLLFUS S**. Les neuroleptiques de la neurology destransmissions dopaminergiques à la thérapeutique. Paris : Ellipsesédition ; 1987 ; 307p.

[34] **COULIBALY B**. Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatrique au Mali, 1983 N° 83M10.

[35] **CURSON DA, BARNES TR, BAMBER R.W ET AL**: Long term depot maintenance of chronic schizophrenic out patients. The seven year follow up of the medical research council fluphénazine/ PLACEBO TRIAL. Br J. psychiatry 1985; 146: 464-480.

[36] **DAVIS JM**. Dose equivalence of the antipsychotic . Psychiatr Res 1974; 11:65-9

[37] **DENICOFF ET AL**, Neuroleptic exposure in bipolar outpatient in a research Setting, Comprehensive psychiatry, 2000; 41: 248-252

[38] **DENIKER.P** :Psychopharmacologie. Ellipses, ed, Paris, 1987.

[39] **DEROUESNE C, PIQUARD A ET AL**: Les manifestations non cognitifs de la maladie d'Alzheimer. Rev. Neurol(Paris) 2001, 157 :162-77

[40] **DUFOUR H, BAUMANN P, B CLIN T ET SOUCHE A**: Thérapeutique médicamenteuse en psychiatrie. Editions techniques. Encycl méd. Chir.(Paris-France), psychiatrie, 37-860-A-10, 1994, 10p.

[41] **FRYE M.A., KETTER T. ET AL**, Antipsychotic in bipolar disorder, J. Clin. Psychiatry, 1996; (suppl. 9): 49-52

**[42]GONZALES B., VERDOUX H., BOURGEOIS M.** Neuroleptiques et traitement de maintenance du trouble bipolaire, Synapse, 1996 ; 127 : 67-73

**[43]GUILLE C., SACHS G., GHAEMIN N.** A naturalistic comparison of clozapine, risperidone, and olanzapine in the treatment of bipolar disorder, J Clin psychiatry, 2000; 61: 638-642

**[44] JAMA**1985; 255:3138-3142 CHARLES-NICOLAS A. OLIE JP, HARDY P, AKISKALH, FELINE A, GOROG F, LOO H, POIRIER MF. Psychoses maniaco-dépressives. Edition techniques-Encycl.Med. chir(Paris France), psychiatrie 37220 A; 41990,32p.

**[45]KAPSAMBELIS V et GINESTET D :** Neuroleptiques. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris) psychiatrie, 37- 860-B-10, 1997,22p.

**[46] KELLER M, LAVORI P AND AL .** Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. Jama 1986, 255:3138-3142.

**[47]KIMBREL T.A., CORA-LOCATELLI G., POSTR.M.,** Clozapine in bipolar disorder: treatment implications for other atypical antipsychotics, J. of affective disorders, 1998;48:91-104

**[48]LEMPERIERE T., FELINE A., GUTMAN A., ADES J., PILATE C.,** Thérapeutique, les traitements biologiques, dans Psychiatrie de l'adulte, Ed Masson, chap 32 : 367-393 SOARES J-C. et al, the role of antipsychotic agents in the treatment of bipolar disorder patients, International Clinical Psychopharmacology, 1997; 12: 65-76

**[49]LITTLEJHON R. ET AL,** Depot antipsychotics in the prophylaxis of bipolar affective disorder, Br. J. of Psychiatry, 1994; 165: 827-829

**[50]MATILON J, PASQUIER J:** L'observance médicamenteuse. Pourquoi la plupart des malades ne se conforment-ils pas à l'observance de leur médecin ? Nouv. Press. Méd. 1980 ; 9 :989-994 et 1056-1059.

**[51]MELTZER H.Y., SUMIYOSHI T.** Les nouveaux antipsychotiques. Perspectives cliniques, dans Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution, Ed Acanthe, chap. 1 Paris : 2001 :63-90

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

**[52] MENET GACEBE YLS** : Demande de soins psychiatriques, données épidémiologiques en milieu hospitalier au CHU du point G. Thèse de Méd. Bamako, 2005 N°05 M-116 :29-54p. psychiatrie, 37-678-A-10, 1996,13p.

**[53]PIERRE ALAIN CARBONNEL, PHILLIPE ROBERT, DOMINIQUE PRINGUEY** : Syndromes schizophréniques. La revue du praticien 2000;50; 223-229

**[54] SANGER T., GRUNDY SET AL** Combination of a mood stabilizer with risperidone or haloperidol for the treatment of acute mania: a double blind, placebo-controlled comparison of efficacy and safety, Am J Psychiatry, 2002; 159:1146-1154

**[55]SCHMIT L., ESPITALIER F, PERESSON G, LEFRANC G, MORON P** : Observancemédicamenteuse en psychiatrie : l'option du patient. Psychol. Med.1990, 22, 521-524.

**[56]SCHMITT I, MORON P:** Observance du traitement en psychiatrie. Editions techniques-Encycl méd. Chir. (Paris-France). Psychiatrie,37860 A 60 ,1992 ,2P.

**[57] SERNYAK ET AL,** Chronic neuroleptic exposure in bipolar outpatient, J. Clin. Psychiatry, 1997 ; 58: 193-195

**[58]SERNYAK ET AL,** Neuroleptic exposure following inpatient treatment of acute mania with lithium and neuroleptic, Am J. Psychiatry, 1994; 151: 133-135

**[59]SERVICE DE PHARMACO-CLINIQUE** (Pr Phillippe lechat 2005. Université de paris VI Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine. Pitie Salpetrière.

**[60]TOHEN ET AL,** Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania, a double blind placebo controlled study, Arch Gen Psychiatry, 2000; 57:841-849

**[61] TOHEN ET AL,** Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania, Am J Psychiatry, 1999; 156: 702-709

**[62]TOHEN M.,** Long term olanzapine therapy in the treatment of bipolar I disorder: an open label continuation phase study, J. Clin. Psychiatry, 2001; 62: 273-281 YATHAM L., The role of novel antipsychotics in bipolar disorders, J Clin Psychiatry, 2002; 63 (suppl 3): 10-14

**[63] TOHEN M ET AL**, Olanzapine versus divalproex in the treatment of acute mania, American journal of psychiatry, 2002; 159 (6): 1011-1017

**[64]TOHEN M. ET AL**, Olanzapine versus lithium in relapse prevention in bipolar disorder: a randomised double blind controlled 12-month clinical trial,, abstract from third European Stanley foundation conference on bipolar disorder, sept. 2002, Lilly research

**[65]TOHEN M., ZARATE C-A.**, Antipsychotic agents and bipolar disorder, J. Clin. Psychiatry, 1998; 59 (suppl. 1): 38-48

**[66] TOHEN M., ZARATE C. ET AL** ,Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lithium in the treatment of mania in patients partially nonresponsive to valproate or lithium monotherapy, Archives general psychiatry, 2002; 59:62-69

**[67]TOHEN M., ZARATE C., TOLLEFSON G.**, A meta-analysis of the use of typical antipsychotic agents in bipolar disorder, J. of affective disorder, 1999; 65: 85-93

**[68]VERDOUX H., BOURGEOIS M.**, Neuroleptiques au long cours dans les troubles bipolaires, Synapse, 1993 ; 97 : 61-67

**[69]VERDOUX H., GONZALES B.**, Trouble bipolaire, dans Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution, Ed Acanthe, chap 3 : 431-457

**[70]VIETA E. ET AL** For the group for the study of risperidone in affective disorders, Risperidone safety and efficacy in the treatment of bipolar and schizoaffective disorders: results from a 6-month, multicenter, open studyJ Clin Psychiatry, 2001; 62:818-825

**[71]WEIZMAN R., WEIZMAN A.**,Use of atypical antipsychotics in mood disorders, current opinion in investigational drugs, 2001; 2 (7): 940-945 schizophrénies du service d'hygiène mentale d'Abidjan

**[72] ZARATE C-A.**, Antipsychotic drug side effect issues in bipolar manic patients, J. Clin. Psychiatry, 2000; (suppl. 8): 52-61

**ANNEXES:**

**A- FICHE D'ENQUETE:**

NDH: N°:

**I. Profil sociodémographique :**

1. Age:/.... /

2. Sexe : Masculin : M Féminin : F

3. Statut matrimonial :

Célibataire : 1 Marié(e) : 2 Divorcé(e) : 3 Veuf (Ve) : 4

4. Antécédents :

Personnels médicochirurgicaux : 1 Personnels psychiatriques : 2

Père : 3 Mère : 4 Collatéraux : 5

Nombre(s) d'hospitalisation(s) :.....

5. Niveau d'instruction :

Non scolarisé(e) : 1 Primaire : 2 Secondaire : 3 Supérieur : 4

Alphabétisation fonctionnelle : 5

6. Catégorie Professionnelle

Commerçant : 1 Cultivateur : 2 Elève : 3 Etudiant : 4 Ménagère : 5

Porteur d'uniforme : 5 Ouvrier/Artisan : 6 Transporteur : 7

Fonctionnaire de l'état : 8 Sans profession : 9 Autres : 10

**II. DONNEES CLINIQUES :**

**1. Motif de consultation :**.....

**2. Diagnostic:**.....

**3. Schéma thérapeutique :**

Neuroleptique atypique Seul : 1

Neuroleptique atypique + classique : 2

Neuroleptique atypique + normo thymique : 3

Autres : 4

1ere intention.....

2eme intention.....

3eme intention.....

**4. Effets secondaires observés au cours du traitement :**

**Neurologiques :**

- 1- Dyskinésies
- 2- Autres (à préciser) :.....

**Endocrino-Métaboliques :**

- 1- Prise de poids (obésité)
- 2- Gynécomastie
- 3- Autres (à préciser) :.....

**Troubles sexuels :**

- 1-troubles de l'érection
- 2- baisse de libido
- 3- anorgasmie

**Effets anti cholinergiques :**

- 1- sécheresse buccale
- 2- constipation
- 3- vertiges



4- troubles visuels

5- Autres :.....

**4- Neuroleptiques atypiques utilisés :**

1- Amisulpiride (SOLIAN® et génériques)

2- Olanzapine (ZYPREXA®, ZYPREXA VELOTAB®, ZYPADHERA®)

3- Risperidone (RISPERDAL® et génériques, RISPERDALORO® et génériques, RISPERDAL CONSTA®)

5- Autres .....

**6- Nombre de rupture thérapeutique :**

1                      2                      3                      Plusieurs

**7. Nombre de rechute sous traitement :**

1                      2                      3                      Plusieurs

**8. Accessibilité :**

1- Coût    2-Disponibilité

## **B-FICHE SIGNALITIQUES :**

**Nom:** DIARRA.

**Prénom:** Zoumana.

**Titre de la thèse:** Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G de BAMAKO.

**Année:**2012-2013.

**Pays d'origine:** MALI.

**Ville de soutenance:** Bamako.

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie (Bamako-MALI).

**Secteur d'intérêt:** Santé mentale, Sante publique, Psychiatrie.

### **Résumé:**

Les études ont porté sur 548 dossiers de malades hospitalisés et ou vus en ambulatoire pour troubles psychotiques dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G.

L'objectif général était d'évaluer la prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques dans le service de psychiatrie CHU du Point g.

Durant la dite étude, la fréquence globale de prescription des neuroleptiques atypiques était 4.6%. La prescription deneuroleptiques atypiques associés aux neuroleptiques classiques (N1a plus N1c)soit (61,7 %) suivi des neuroleptiques atypiques (N1a) seuls avec (29,9%) dans la prise en charge des troubles psychotiques.

En 1<sup>ere</sup> intention la prescription était basée sur les neuroleptiques classiques (N1c) seuls soit associées aux normothymiques ou aux antidépresseurs soit 60,8%.

En 2<sup>eme</sup> intention la prescription des neuroleptiques atypiques (N1a) seuls et prescription deneuroleptiques atypiques (N1a) associés aux neuroleptiques classiques (N1c) étaient les plus fréquentssoit respectivement 31,8% et 59,7%.

La sex-ratio était de **2,8** en faveur des hommes.

Les malades étaient surtout jeunes entre 21 et 30 ans soit 45,1%.

L'hétéro-agressivité (20,8%) était le motif de consultation les plusévoqués.

Parmi les troubles psychotiques il y avait 38.5% cas de schizophrénie, 15.5% cas de bouffée délirante aigue(BDA), 3.6% cas de psychose maniaco-dépressive (PMD), 4.7% cas d'accès maniaque, 10% cas de psychose hallucinatoire chronique(PHC), 5.5% cas de psychose paranoïaque, 1.3% cas de psychose puerpérale, 0.5% cas de paraphrénie, 1.8% cas de

Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

pharmaco psychose, 0.9% cas de démence, 8% cas de mode d'entre dans la schizophrénie, 9.5% cas de troubles psychotiques non classés.

**MOTS CLES:** Troubles psychotiques, Observance, Accessibilité, Neuroleptiques atypiques.

### **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 se 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 leur père.

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

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

Je le jure !