

**Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi**

**Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali**

ANNEE 1995

N°

TITRE :

**ETUDE DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS
PSYCHOTROPES DANS LE DISTRICT BAMAKO**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 1995
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Par MR SOGODOGO SEYDOU

pour obtenir le grade de Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : **PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA**

Membres : **PROFESSEUR OGOBARA DOUMBO
DOCTEUR BOU DIAKITE**

Directeur de thèse : **PROFESSEUR BABA KOUMARE**

1 - PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE L'E.N.M.P AU MALI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1994 - 1995

Doyen:	Issa TRAORE	Professeur
1er Assesseur:	Boubacar S. CISSE	Professeur
2ème Assesseur:	Amadou DOLO	Maître de Conférence Agrégé
Secrétaire Général:	Bakari CISSE	Maître de conférence
Econome:	Mamadou DIANE	Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Aliou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Ortho-traumato-sécourisme
Mr. Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURCHICALES

1 - PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R. de Chirurgie
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Ortho-traumatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie.

2 - MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

3 - MAITRES DE CONFERENCE

Mme. Sy Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique

4 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme. DIALLO Fatoumata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr. Sékou SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Mr. Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Tiéman COULIBALY	Ortho-traumatologie
Mme. TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie.

5 - ASSISTANTS

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale.
Mr. Ibrahim ALWATA	Ortho-Traumatologie
Mr. Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1 - PROFESSEURS

Mr. Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr. Siné BAYO	Anatomie Path. Histo-embryologie.
Mr. Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Mr. Yéya T. TOURE	Biologie
Mr. Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr. Moussa HARAMA	Chimie organique

2 - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Ogobara Doumbo	Parasitologie
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie.

3 - MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Yénimégué A. DEMBELE	Chimie organique
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr. Abdramane S. MAIGA	Parasitologie.

4 - MAITRES ASSISTANTS

Mr. Mahamadou CISSE	Biologie
Mr. Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie-animale
Mr. N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr. Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr. Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie

5 - ASSISTANTS

Mr. Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 - PROFESSEURS

Mr. Abdoulaye Ag. RHALY

Méd. Int. Chef D.E.R.
Médecine.

Mr. Aly GUINDO

Gastro-Entérologie

Mr. Mamadou K. TOURE

Cardiologie

Mr. Mahamane MAIGA

Néphrologie

Mr. Ali Nouhoum Diallo

Médecine Interne

Mr. Baba KOUMARE

Psychiatrie

Mr. Moussa TRAORE

Neurologie

Mr. Issa TRAORE

Radiologie

Mr. Mamadou M. KEITA

Pédiatrie

Mr. Eric PICHARD

Médecine Interne

2 - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Toumani SIDIBE

Pédiatrie

Mr. Bah KEITA

Pneu-phtysiologie

Mr. Boubacar DIALLO

Cardiologie

Mr. Dapa Aly DIALLO

Hématologie et Maladies
du sang.

3 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Abdel Kader TRAORE

Méd. Interne

Mr. Moussa Y. MAIGA

Gastro-Entérologie

Mr. Somita KEITA

Dermato-Léprologie

Mr. Hamar A. TRAORE

Médecine Interne

Mr. Bou DIAKITE

Psychiatrie

Mr. Bougouzié SANOGO

Gastro-Entérologie

Mr. Mamady KANE

Radiologie

4 - ASSISTANTS

Mr. Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

Mr. Saharé FONGORO

Néphrologie

Mr. Mamadou DEMBELE

Médecine Interne

Mr. Adama D. KEITA

Radiologie

Mr. Tatiana KEITA

Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

- 1 - PROFESSEUR**
Mr. Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie
- 2 - MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ**
Mr. Arouna KEITA Matière Médicale
- 3 - MAITRE DE CONFERENCE**
Mr. Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr. Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique
(Chef de D.E.R.).
Mr. Elimané MARIKO Pharmacologie.
- 4 - MAITRES ASSISTANTS**
Mr. Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr. Alou KEITA Galénique.
- 5 - ASSISTANTS**
Mr. Ababacar I. MAIGA Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

- 1 - PROFESSEUR**
Mr. Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique
(Chef de D.E.R.).
- 2 - MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ**
Mr. Moussa A. MAIGA Santé Publique
- 3 - MAITRES DE CONFERENCE**
Mr. Sanoussi KONATE Santé Publique
- 4 - MAITRES ASSISTANTS**
Mr. Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr. Sory I. KABA Santé Publique
Mr. Alain PRUAL Santé Publique
- 5 - ASSISTANTS**
Mr. Massambou SACKO Santé Publique.

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- Mme. CISSE A. GAKOU Galénique
Mr. N'Golo DIARRA Botanique
Mr. Bouba DIARRA Bactériologie
Mr. Salikou SANOGO Physique

Mr. Daouda DIALLO Min.	Chimie Générale et
Mr. Bakari I. SACKO	Biochimie
Mr. Yoro DIAKITE	Maths
Mr. Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr. Boubacar KANTE	Galénique
Mr. Souléyman GUINDO	Gestion
Mr. Sira DEMBELE	Maths
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme. MAIGA Fatoumato SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr. Moussa I. DIARRA	Biophysique
Mr. Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & T.P.)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANAGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.i. Sogoniko
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Reznikoff	I.O.T.A
Docteur P. BOBIN	I. Marchoux
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSS-PA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Docteur Youssouf SOW	H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. M. Cisse	Hydrologie
Pr. M. L. SOW	Méd. Légale
Pr. S. S. GASSAMA	Biophysique
Pr. D. BA	Bromotologie
Pr. A. E. YAPO	Biochimie
Pr. B. FAYE	Pharmacodynamie
Dr. G. FARNARIER	Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail :

Au Mali ,pays natal et d'origine et à son peuple pour que règne la paix ,la justice et la liberté

A tous les peuples martyrs ,victimes de l'ignorance ,de la misère ,de l'injustice et de la répression quotidienne.

A allah le tout puissant clément et miséricordieux.

Tout vient de toi.

Ta miséricorde est sur ce qui espère en toi.

Tu nous a permis de surpasser toutes les difficultés avec sincérité.

Tu nous a donné vie santé, courage .et vigueur pour réaliser ce travail

Je t'en remercie .

Guide nous sur le chemin qui nous reste à parcourir ,afin que nous demeurons fidèles à nos engagements.

A mon père Sidiki sogodogo

A mère Fanta Koné

Ce travail est le votre trouvé ici mon affection et ma profonde gratitude pour tant d'année de sacrifice pour moi.

Puisse ce modeste travail vous honorer

A mon oncle Kafougouna Koné et ma tante Bintou Togola.

Enfin est venue l'heure de nous remercier pour tous ce que vous avez fait pour moi au moment opportun.

Je n'oublierai jamais

Aucun mot ne saurait vous exprimer ma gratitude.

En témoignage de l'affection que vous avez toujours manifesté ,par votre confiance en moi , votre disponibilité et le soutien moral et surtout matériel que vous n'aviez aucunement ménagé pour ma réussite .

Trouvez dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude

A ma grande mère Massistan Sanogo et ma Tante Mariam koné

Pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi.

A mes freres ,soeurs et cousins

Les liens qui nous unissent sont très précieux.

Je souhaite que nous sachions les préserver toujours et les consolider d'avantage

Puisse Allah permettre la réalisation des aspirations de chacun de nous.

REMERCIEMENTS

A tout le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital national du point g

Pour tous les services rendus

Aux docteurs Bakoroba Coulibali , Modibo Sissoko et Arouna Togola, Evelyne Garcia

Votre participation pour la réalisation de ce travail nous a pas fait défaut.

Au docteur Zié Sanogo

Vous êtes un exemple pour moi

Aux infirmiers majors Diamahiri Samaké, Zantigui Keita ,Mousa Gueye pour les conseils que vous n'aviez cessé de me prodigués.

A monsieur Ferdinand Kanouté chargé de l'enseignement de la psychologie médicale a l'école nationale de médecine et pharmacie

Vous m'aviez toujours assisté tout au long de ce travail.

A tous les pharmaciens qui nous ont autorisé les enquêtes dans leur officine.

Au docteur Hammadoun Aly Sango de la cellule informatique de l'école nationale de médecine et de pharmacie.

Vous aviez tout mis en oeuvre pour la réussite de ce travail.

A tous mes promotionnaires de l'école de médecine.

Courage persévérance.

A tous mes amis de Koutouba

A mes amis Djigui Camara et Amadou Niambélé

Vous êtes mes compagnons de lutte depuis de longues années courage

A M^{lle} Ramata D

Pour les énormes efforts consentis

Aux membres du jury

Professeur Sidi Yaya Simaga

professeurs agrégé en santé publique

chef du département d'étude et de recherche en santé publique à l'école nationale de médecine.

directeur de l'école secondaire de la santé

chargé de cours de santé publique à l'école nationale de médecine et de pharmacie

Vos qualités professionnels, votre simplicité ont suscité en nous admiration et confiance.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations

Veillez accepter ici ,monsieur le président , notre sincère considération.

Professeur Ogobara Doumbo

professeur agrégé de parasitologie

chef du département d'épidémiologie et des affections parasitaires.

chargé de cours à l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali.

Nous avons pu apprécier au cours de ce travail vos immenses qualités de professeur méthodique ,et d'homme de science connu pour sa rigueur scientifique son engouement pour la recherche et son amour du travail bien fait .Nous avons toujours eu auprès de vous compréhension et conseils.

Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond attachement.

Professeur Baba Koumaré directeur de thèse

professeur agrégé de psychiatrie.

chef du service de psychiatrie à l'hôpital national du point g

président de l'association malienne d'aide aux malades mentaux.

Nous avons certes choisi ce sujet de thèse mais c'est vous qui lui avez donné corps et âme, en nous dirigeant . en nous guidant pas à pas.

L'amour profond que vous vouez aux recherches et l'estime que vous portez à tous ceux ce qui s'y intéressent font que vous sacrifiez vos multiples préoccupations pour toujours répondre dans la modestie qui vous caractérise tout ce qui vous sollicite comme guide.

Vos connaissances académiques ont fait de vous le maître respecté et écouté, cependant c'est votre humanisme et votre intégrité moral que nous retiendrons en souvenir des moments passé ensemble.

Soyez assuré de notre volonté de rester digne et fier de votre confiance et de l'enseignement reçu.

Docteur Bou diakité
psychiatre assistant chef de clinique
médecin des armées

C'est un grand honneur pour nous de pouvoir compter sur votre présence dans ce jury de thèse.

Votre abord facile ,votre courtoisie et l'étendue de vos connaissances méritent admiration.

Nous avons bénéficié de la maîtrise de votre enseignement dynamique et captivant tout au long de notre séjour à l'hôpital.

La clarté et la précision de votre enseignement plein d'efficacité pratique a fait naître a nous de l'amour pour la psychiatrie

Nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

C.M.E=	cabiné médical d'état
C.M.I.E=	centre médical interentreprises
CSCM =	centre de santé de commune
CSCOM=	centre de santé communautaire
C.S.C=	centre de santé de cercle
C.S.A =	centre de santé d'arrondissement
D.C.I =	dénomination commune internationale
D.N.S.P.=	direction nationale de la santé publique
D.N.S.I=	direction nationale de la statistique et de l'informatique
D.R.U.C=	direction régionale de l'urbanisme et de la construction
F.G.R =	fédération des groupements régionaux
O.M.S =	organisation mondiale de la santé
P.P.M =	pharmacie populaire du Mali
I.G.M =	infirmières de garnisons militaires
I.F.L.D.=	institut internationale de formation et de lutte contre les drogues .
T.D.C =	technicien de développement communautaire
VETER=	vétérinaire

SOMMAIRES

1- INTRODUCTION

2- RAPPELS DES DONNEES

3- GENERALITES SUR LES PSYCHOTROPES

- 3-1- définition d'un psychotrope
- 3-2-historique
- 3-3-classification
 - 3-3-1-psycholeptiques
 - 3-3-1-1-hypnotiques
 - 3-3-1-2-tranquillisants
 - 3-3-1-3-neuroleptiques
 - 3-3-2-psychoanaleptiques
 - 3-3-3-psychodysleptiques

4- OBJECTIFS DE L'ETUDE

5- MATERIELS ET METHODE

- 5-1-sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies étude 1993
- 5-2-sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies étude 1994
 - 5-2-1-lieu
 - 5-2-2- période
 - 5-2-3-type d'étude
 - 5-2-4-mode d'échantillonnage
 - 5-2-5-critères d'inclusion ,d'exclusion des pharmacies et des lieux d'étude.
 - 5-2-6-liste des pharmacies
- 5-3-enquête dans les quartiers de Bamako

6- site de l'enquête :district de Bamako ,carte.

7- politique pharmaceutique du Mali

- 7-1-recommandation de l'O.M.S
- 7-2-politique Malienne
 - 7-2-1-avant la réform
 - 7-2-2-réforme pharmaceutique
 - 7-2-3-dépuis quand les pharmacies privées existent au Mali?
- 7-3-conditions générales d'exercice de la pharmacie

8- CADRE LEGISLATIF DE LA PRESCRIPTION

- 8-1- documents officiels relatifs a la prescription
- 8-2-prescripteurs tolérés

9- RESULTATS

- 9-1 - résultats de l'enquête 1993
 - 9-1-1 -niveau de prescription
 - 9-1-2 -origine des prescriptions
 - 9-1-3 -psychotropes prescrits
 - 9-1-4 -psychotropes de l'automédecation
- 9-2 -résultats de l'enquête 1994
 - 9-2-1 -prescription
 - 9-2-1-1 -niveau de prescription
 - 9-2-1-2 -origine des prescriptions
 - 9-2-1-3 -répartition suivant le sexe du consommateur
 - 9-2-1-4 -tranche d'âge
 - 9-2-1-5 -professions
 - 9-2-1-6 -alphabétisation
 - 9-2-1-7 -hospitalisation
 - 9-2-1-8 -psychotropes prescrits
 - 9-2-2 -automédication
 - 9-2-2-1 -profession
 - 9-2-2-2 -tranche d'âge
 - 9-2-2-3 -sexe
 - 9-2-2-4 -source de l'information
 - 9-2-2-5 -durée de la consommation
 - 9-2-2-6 -psychotropes de l'automédication
- 9-3 -résultats analytiques
 - 9-3-1 -répartition des psychotropes en fonction du niveau de prescription
 - 9-3-2 -répartition des psychotropes en fonction de l'origine des prescriptions
 - 9-3-3 -répartition du sexe du consommateur en fonction de la classe de psychotropes
 - 9-3-4 -répartition de la tranche d'âge en fonction de l'origine des prescriptions.
 - 9-3-5 -répartition de la profession du consommateur en fonction de l'origine des prescriptions
 - 9-3-6 -répartition des classes de psychotropes en fonction de la profession du consommateur

9-4 RESULTAT DE L'ENQUETE DANS LES QUARTIERS DE BAMAKO

10 -ETUDE COMPARATIVE

- 10-1 -comparaison de l'étude 1993 et 1994
 - 10-1-1 -origine des prescription
 - 10-1-2 -niveau de prescription
 - 10-1-3 -psychotropes prescrits
 - 10-1-4 -psychotropes de l'automedication
- 10-2 -comparaison entre automédication et prescription de l'étude 1994
 - 10-2-1 -tranche d'âge de la prescription et de l'automédication
 - 10-2-2 -psychotropes prescrits et psychotrope de l'automédication
 - 10-2-3 -professions de la prescription et de l'automédication
 - 10-2-4 -sexe du consommateur de la prescription et de l'automédication

11-COMMENTAIRES ET DISCUSIONS

12-CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

13-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

RESUME

SERMENT D'HIPOCRATE

I) INTRODUCTION

L'homme est soumis à une combinaison de facteurs physiques, socioculturels et psychologique, qu'il met à profit pour améliorer son niveau de vie et atteindre un degré de bien être plus élevé en luttant contre l'environnement hostile qui sans doute le menace. L'être humain recherche un mode de vie totalement intégré à la société dont il fait parti.

Cette situation le rend sujet à des attitudes et besoins nombreux et diversifiés. Il s'agit de besoin de nourriture, santé, d'abri, de reproduction. Pour faire face à ses besoin de santé l'homme a recours à la prise de substances chimiques d'origine naturelle ou synthétique appelée médicament. Un groupe non négligeable de ces substance est constitué par les médicaments psychotropes.

Depuis plusieurs années ces médicaments étaient connus à cause de leur tropisme pour l'homme. Ils étaient utilisées à de nombreuses fins. Depuis ce temps, on savait déjà l'utilisation des psychotropes pour faire face à certains problèmes sociaux. C'est par exemple le cas de la Rauwolfia (plante qui contient de nombreux alcaloïde sédatifs dont le plus connu est la réserpine) qui était utilisé à cause de ses propriétés anxiolytiques depuis 1567. Il existe de nos jours de multiples substances psychotropes qui par conséquence donnent lieu à usage sans doute varié. L'importance de leur utilisation est d'autant plus inquiétant qu'un besoin pressant d'information et de sensibilisation nous paraît nécessaire pour une perception juste et meilleure du problème. Evaluer la consommation des substances psychoaffectives dans une communauté donnée devient dès lors une nécessité. Cette évaluation va sans doute permettre une meilleure connaissance de la consommation afin d'aider à oeuvrer pour une meilleure politique de santé. La République du Mali est un pays en voie de développement qui comme tant d'autres connaît la prolifération de plusieurs gammes de médicament psychotropes. Le niveau d'éducation sanitaire très bas, l'insuffisance de mesures de contrôle efficace; les conditions socio-économiques médiocres; les habitudes de comportement vis à vis du médicament sont autant de facteurs qui contribuent à entraîner un usage varié des substances psychotropes. D'autre part de nos jours au Mali si de multiple étude ont faites sur divers groupes de médicaments tels que : La consommation des analgésiques morphiniques et leur au Mali (thèse de pharmacie 1989 par M.S.Maiga) . Étude de la consommation médicamenteuse dans le quartier Banconi »(thèse de médecine 1988 par S.Traoré) pour ne citer que cela, peu d'étude systématique ont concerné les médicaments psychotropes. C'est essentiellement pour palier à cette insuffisance et face au problème de pharmacodépendance que peut créer l'usage de la plupart des médicaments psychotropes que nous avons entrepris notre étude. Il s'agit pour nous de décrire certaines tendances liées à l'usage de ces médicaments.

2) RAPPELS DES DONNEES

Les études menées entre les années 1960 et 1980 sur les substances psychotropes dans divers pays ont données les résultats suivants:(41)

Aux États Unis

14 études faites dont 8 de grande envergure des études d'ordonnances et des analyses des chiffres de vente ont montré que:

- L'usage des stimulants et des barbituriques a diminué. Les tranquillisants et les sédatifs mineurs sont davantage utilisés et plus régulièrement que les autres classes de psychotropes

-Les femmes sont les plus grandes consommatrices que les hommes de tranquillisants et de sédatifs hypnotiques utilisés à des fins médicales, alors que davantage d'hommes que de femmes déclarent utiliser des substances à des fins non médicales

- L'utilisation régulière et fréquente des psychotropes augmente avec l'âge.

En Europe 14 études faites ont trouvé des constatations analogues à celles des USA. On a constaté un recul général des barbituriques et des stimulants tandis que sur une période de 10 ans la proportion de psychotropes utilisés représentés par les hypnotiques autre que les barbituriques par les benzodiazépines a augmenté régulièrement (41).

Une autre étude menée au Royaume Uni: 5% des femmes et 3% des hommes interrogés ont déclaré avoir utilisé un tranquillisant pendant plus de 6 mois au cours de l'année écoulée.

Une étude transnationale comparant la situation aux USA et dans un certain nombre de pays Européens ont permis de constater qu'en 1971 le taux d'utilisation des psychotropes allait de 10% en Espagne à 17% en Belgique et en France, les femmes étant plus grandes consommatrices que les hommes dans tous les pays.

En Australie avec le National Pharmaceutical Benefits Scheme qui couvre 90% de tous les médicaments prescrits

les 3 rapports établis à partir de cette source révèlent qu'en 1976-1977 les psychotropes ont représenté 12% de tous les médicaments prescrits. Les retraités, qui représentent 9% de la population Australienne consomment 45% des psychotropes. Ils entrent pour 2/3 dans la consommation des barbituriques, pour la moitié dans la consommation des sédatifs hypnotiques non barbituriques, et pour 1/3 dans l'utilisation des tranquillisants mineurs (41).

Au Canada, 10 études faites dans 3 provinces ont trouvé: des enquêtes portant sur les enfants et les adolescents tendent à montrer que l'usage des psychotropes dans ce groupe n'est que sporadique ou expérimental, alors que l'usage régulier augmente avec l'âge. La différence quant à l'usage des psychotropes selon le sexe est beaucoup moins marquée chez les jeunes que chez les adultes (même constatations dans les études Américaines et Australiennes).

Des enquêtes de grande envergure faites chez les lycéens en Philippine en Thaïlande et en Malaisie ont révélé que 4 à 8% d'entre eux ont fait usage des divers stimulants sédatifs et hallucinogènes.

L'enquête de l'institut internationale de formation et de lutte contre les drogues faite au Mali, au Sénégal, au Kenya et au Zimbabwe a donné les résultats suivants. (40)

Dans les hôpitaux psychiatriques, les médicaments psychotropes représentent: 51% des produits de la toxicomanie au Mali contre 6% au Zimbabwe et 20% au Sénégal comme produit principal. Ces mêmes médicaments utilisés comme produit secondaire de la toxicomanie représentent: 14% au Mali, 22% au Sénégal et 8% au Zimbabwe.

Dans les prisons les médicaments psychotropes représentent 39% au Mali contre 12% au Sénégal comme produit principal de la toxicomanie. Ils y représentent 20% au Sénégal contre 7% au Mali comme produit secondaire de la toxicomanie.

Au Kenya a travers une enquête réalisée dans la population générale (Yambo et Acuda) en 1983 sur 563 jeunes âgés de 10 à 29 ans et leurs parents habitant à Nairobi et dans un district rural les tranquillisants ont représenté 2% des drogues régulièrement consommées.

3) GENERALITES SUR LES PSYCHOTROPES

1. Definition d'un psychotrope

<<Substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme psychologique c'est à dire qui sont susceptibles de modifier l'activité mentale sans préjuger du type de cette modification. Cependant, il faut en restreindre l'acceptation aux seuls corps dont l'action essentielle, ou bien l'un des effets principaux, s'exerce sur le psychisme>>. (Jean Delay 1957) La définition anglo saxonne habituelle retient: <<les substances qui modifient les sensations, l'humeur, la conscience, et d'autres fonction psychologiques et comportementales>>. Dans les plus récents traité américains de psychopharmacologie on ne retrouve pas de définition précise du mot psychotropes mais le terme de <<psychotherapeutic drug>> est souvent employé. (14)

En outre, on emploie le terme psychoactif pour désigner le même mot. En effet, alors que le mot psychoactif concerne toute substance pouvant avoir un effet sur le psychisme, le terme psychotrope désigne les médicaments ayant un impact sur le psychisme mais qui, de surcroît, sont susceptibles de provoquer une dépendance et qui sont cités dans la convention de 1971 sur les psychotropes (15).

HISTORIQUE

On distingue plusieurs étapes dans l'histoire de la psychopharmacologie.

La première commence avec l'histoire de l'homme.

" La femme vit que l'arbre était bon à manger et agréable à la vue et qu'il était précieux pour ouvrir l'intelligence "(genèse.III 6)

Dans le même ouvrage on trouve mention de la mandragore (solanine contenant de l'atropine et l'hyoscyamine) trouvé par Ruben et remise à sa mère Léa comme monnaie d'échange vis à vis de Jacob

Cette plante fut utilisée comme narcotique, notamment par Dioscoride, chirurgien des armées romaines, qui la prescrivait comme anesthésique général. En fait la Mandragore par ses alcaloïdes atropiniques perturbe le psychisme en déterminant une sorte d'ivresse toxique avec hallucination

La Belladone était connue en Allemagne sous le nom de << Tolckirsche >> (la cerise qui rend fou) en raison de la ressemblance des baies sauvages avec ce fruit. Les Indiens utilisaient dès les premiers siècles de notre ère la Rauwolfia (plante qui contient de nombreux alcaloïdes sédatifs, dont le plus connu est la réserpine) signalée par deux Français: Charles de l'Ecluse (1567) et le frère Charles Plumier (1703) qui proposera le nom de Rauwolfia en l'honneur de Léonard Rauwolf, médecin d'Augshourg et premier observateur européen de ses propriétés anxiolytiques. Rauwolfia peut être considéré comme l'un des pionniers de la psychopharmacologie. En 1582 il décrit l'effet psychotonique du café. Il semble que le mot café vient de l'arabe << kahwech >> (ce qui stimule ce qui réprime le besoin de manger). L'effet psychotonique du thé fut découvert très tôt par les montagnards du Tibet.

Il avaient remarqué que le breuvage de thé retardait l'apparition de fatigue et ils évaluaient la distance d'après le nombre de tasses de thé (3 tasses représentent environ 8 kilomètres)

L'effet stimulant de l'opium fut signalé par Christophe Colomb. L'opium apparaît dès le VIII^{ème} siècle en Inde et en Chine. Au XVI^{ème} siècle un médecin Bâlois, Theophraste Bombast plus connu sous le nom de Paracelse, l'introduira comme sédatif nerveux dans la pharmacopée. Cette première période finit avec le début du XX^{ème} Siècle. En 1903, Emile FUSCHER et Von MEHRING réalisent la synthèse du dérivé diéthyle de la malonylure, premier barbiturique, premier hypnotique sédatif de synthèse. Peu avant la deuxième guerre mondiale on a synthétisé des barbituriques à action brève comme l'amobarbital ou l'exobarbital, qui permettent de déterminer une subnarcose. La narco-analyse qui est un mode d'exploration de la personnalité a eu dès lors un grand intérêt.

En 1950 se tient à Paris le premier congrès mondial de psychiatrie. Le 26 mai 1952 Jean Delay, Deniker et Hari apportaient à la société médico-psychologique (puis en Juillet au congrès des aliénistes et neurologues de langue Française) leurs premières constatations sur l'emploi de la chlorpromazine seule administrée de façon continue et prolongée comme médicament psychiatrique nouveau. Il s'agissait là d'une nouvelle technique de traitement de la maladie mentale. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, des maladies mentales avaient été guéries temporairement au moins par l'effet d'une substance chimique définie, sans inconvénient toxique pour le malade et sans modification brutale de l'état de la conscience. Ainsi la chimiothérapie des maladies mentales était née dont les conséquences allaient transformer la vie des malades psychiatriques, même celle de ceux qui étaient considérés comme incurables et internés à vie. Le développement devient prodigieux dans le domaine de la psychopharmacologie.

En 1952, la chlorpromazine ou (Largactil[®] a vu le jour).

En 1953, la réserpine (Serpasil[®]), la proclomadiol (équanyl[®]).

En 1956 la levomepromazine (Nozinan[®]).

En 1957 la thiopropérazine (Majantil[®]), l'iproniazide (Marsilix[®]), l'imipramine (Tofranil[®]).

En 1958, l'halopéridol (Haldol[®]).

En 1960, Le tripéridol, le chlordiazépoxide (Librium[®]).

En 1961, l'opipranolol (Insidon[®]), l'amitryptiline (Laroxyl[®]), le diazépam (Valium[®]).

A partir des études réussies sur la chlorpromazine, les médecins, psychiatres ou non puis l'opinion publique mondiale ont pris conscience d'un fait sociologique important: les maladies mentales sont des maladies comme les autres accessibles désormais à des thérapies chimiques.

3 CLASSIFICATION

Le problème d'une classification rationnelle des substances psychotropes s'est rapidement posé, devant l'afflux considérable de nouvelles substances synthétisées. Une classification clinique a été proposée dès 1957 par Jean Delay Deniker basée sur la distinction nette des effets cliniques: sédatifs (psycholeptiques), stimulants (psychoanaleptiques) ou pathogènes (perturbateurs du psychisme).

Nous avons adopté cette classification: puisque c'est elle qui répond beaucoup à nos préoccupations.

1 Les psycholeptiques.

Ils représentent toutes les substances qui diminuent l'activité mentale sans préjuger si cette chute du tonus psychologique est due à une diminution de la vigilance, à une réduction de l'activité intellectuelle ou à une sédation de la tension émotionnelle. On distingue habituellement:

a) les hypnotiques:

Ce sont des dépresseurs électifs de la vigilance. Ils entraînent une diminution transitoire de l'activité psychique et de la conscience. Ils sont utilisés pour traiter les insomnies. On distingue deux classes d'hypnotiques:

Les hypnotiques barbituriques. Ils provoquent un sommeil non physiologique et irréversible tant que le barbiturique agit. Ils sont très toxiques et ont un pouvoir dépendogène très important. Ce sont les dérivés de l'acide barbiturique (methylmalonylène). Cette molécule est capable d'agir avec les bases formant les sels solubles dans l'eau. Deux types de classifications sont possibles: Remplacement de l'oxygène en C2 (barbiturique oxydé) par un soufre C2 (barbiturique soufre). Exemple: le Thioperidol (pentothal).

Les modifications de la structure des chaînes latérales. Elles aboutissent à des changements de la durée d'action. Exemple: phénobarbital (gardenal), butobarbital (soneryl). Le phénobarbital est particulièrement utilisé dans le traitement de l'épilepsie, les convulsions et l'ictère néonatal. Les barbituriques sont indiqués dans le traitement des insomnies.

Les hypnotiques non barbituriques. Ils sont moins dangereux que les barbituriques mais comportent un risque appréciable d'induction d'une dépendance. Ils sont inducteurs de sommeil. Ils appartiennent à plusieurs familles:

A) Les benzodiazépines: estazolam (nuctalon), nitrazépam (mogadon), flunitrazépam (rohypnol), tiazolam (halcion)

B) autres

produits. Niprazine (nopron^h), mecloqualène (nubarène R), étymémazine (nuital^h), glutimide (doridene^h), clometiazol (heminuirine^h), hexaprymate (merinax^h).

C) associations

(doxylamine + aceprométazine) = donormyl^h
(clorazépate + aceprométazine + acepromazine) = noctanil^h
(methaqualone + itodroxizine) = isonax^h
(methaqualone + diphenhydramine) = mandrax^h
(meprobamate + aceprométazine) = mepronizine^h

b) Les tranquillisants.

Ce sont des psychosédatifs n'ayant pas d'effets hypnotiques vrais. Ils sont très efficaces dans le traitement des psychoses alcooliques.

classification chimique
dérivés des benzodiazépines
diazépam (valium^h)
oxazépam (seresta^h)
chlordiazépoxyde (librium^h)

doxépine (quitaxon[®] senequan[®])
chlorazépate (tranxène[®]).
dérivés des carbamates et du propylamine
méprobamate (equanil[®])
dérivés du benzhydrol
hydroxyzine (atarax[®])
captopramine (covatine[®]...)
dérivés phénothiazines ergoté, trimétozine, opalène[®]

c) Les neuroleptiques.

Ce sont des sédatifs puissants, utilisés surtout dans le traitement des états psychotiques. Ils entraînent des effets neurologiques extrapyramidaux. Leur emploi n'a pas de risque de dépendance. A faible dose, ils sont utilisés comme anxiolytiques alors que la plus part des études montrent que ces substances sont moins efficaces contre l'anxiété que les anxiolytiques classiques (Greenblast et Shader 1974). Il existe deux formes d'utilisation incorrecte. Chez les prisonniers pour lesquels on a posé le diagnostic de psychose et chez les agités dans les hôpitaux psychiatriques qui manquent de personnel.

Classification chimique (cette classification n'est pas admise par tout le monde)

Les neuroleptiques sédatifs

La réserpine (serpasil[®]).

Les phénothiazines (chlorpromazine, lévoprométhazine, thiopropérazine, pipiiothiazine, fluphénazine).

Butyrophénone (halopéridol).

Les neuroleptiques peu sédatifs peu catatonisants inhibant les réactions émotionnelles et neurovégétatives (thioridazine ou melleril, propéricazine ou neuleptil[®])

Les neuroleptiques incisifs

2 Les psychoanaleptiques.

Il comprennent << toutes les substances qui stimulent l'activité mentale sans préjuger si cette élévation du tonus psychologique est due à une augmentation de la vigilance qui peut aller jusqu'à l'insomnie à une excitation de l'activité intellectuelle ou une élévation de la tension émotionnelle qui peut aller jusqu'à l'euphorie ou à l'anxiété >>. Dans ce groupe on distingue:

Les psychotoniques ou stimulants de la vigilance dont le prototype est l'amphétamine. Les bases xanthiques (thé, café) appartiennent à ce groupe.

_ Les antidépresseurs ou stimulants de l'humeur ou thymoanaleptique dont l'imipramine et les inhibiteurs de la monoamine oxydase sont les principaux représentants.

_ Les sels de lithium utilisés dans les psychoses maniaco-dépressives.

3 Les psychodystopiques

Ce sont << les substances qui perturbent l'activité mentale et engendrent une déviation délirante du jugement avec distorsion dans l'appréciation des valeurs de réalité >> ils

comprennent les hallucinogenes et les depersonnalisants comme les mescaline, LSD25 ou psilocybine

RESUME DE LA CLASSIFICATION DES PSYCHOTROPES (Jean Delay Deniker 1957)

classification générale des médicaments psychotropes

P.Deniker (entretiens de Bichat ,expansion scientifique française edit.1977,p159)

type d'action		groupement
psycholeptiques	hypnotique	barbituriques non barbituriques
	tranquillisants et sedatifs mineurs	diazepines bromures
	neuroleptiques	phenothiazines résérpiniques butyrophenones benzamides thioxanthenes
	regulateurs de l'humeur	sels de lithium dipropylacétamide
psychoanaleptiques	antidépresseurs(stimulant l'humeur)	de -hydrazinel.M.A.O -dérivés tricyclique: imipramine amitriptyline
	stimulants de la vigilences	-amphetamines et derives
	autres stimulants	acide phosphoriques vit c corticoïde
psychodysleptiques ou perturbateurs	hallucinogènes	-mescaline psilocybine lysergamide ou L.S.D
	stupéfiants	-morphiniques cannabinols cocaïne
	ivnants	-alcool éther solvants

4 OBJECTIFS DE L'ETUDE

OBJECTIF GENERAL

- Etudier les tendances et les caractéristiques des pratiques en matière de prescription et de consommation des psychotropes.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier différents types de prescription et en faire une classification suivant le profil de formation du prescripteur.

- Déterminer les indicateurs des tendances de la consommation suivant la classe psychotropes.

- Décrire les données indicatrices des tendances de la consommation en fonction de l'âge, du sexe, et de la profession du consommateur.

- Identifier d'autres formes d'usage des psychotropes (automédication, ...)

5 MATERIELS ET METHODES

Notre étude comporte 3 aspects:

D'une part un sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies:étude 1993

Un sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies faite en1994

Une enquête parallèle faite dans différents quartiers du district englobant les points de vente du secteur informel

5-1) SONDAGE DES ORDONNANCES EXECUTEES DANS LES PHARMACIE ETUDE 1993

Elle a eu lieu au niveau du district de Bamako.Elle s'est déroulée pendant une période de trois mois (1 janvier 1993 au 31 mars 1993).Elle consistait à un remplissage des fiches d'enquête par l'enquêteur lui même.L'enquete se déroulait pendant une semaine dans chaque pharmacie.L'enquête débutait de 8 heures du matin et finissait à 18 heures du soir.L'enquêteur recensait toutes les ordonnances de psychotropes et tous les achats de psychotropes par automédication

Choix des pharmacies

Nous avons choisi 15 pharmacies sentinelles au niveau du district de Bamako.Le choix s'est aussi fait en tenant compte de la localisation de la pharmacie par rapport aux structures de santé et de façon à couvrir tout le district de Bamako.Les différentes pharmacies sont :

- Officine Soukoulé à Djélibougoudjouma,commune I
- Officine Banconi rond point au Banconi,commune I
- Officine Amani à Korofina,commune I.
- Officine Terrya à Quinzambougou,communell
- Officine Medine Santé à Medine,commune II
- Officine Diadié Ami à Bozola,communeli
- Officine du Point G au Point G, communelll
- Officine Jour et Nuit au Centre Ville, communelll
- Officine Lafia à Lafiabougou,communelV
- Officine Jimbé à Djicoron Para, communelV
- Officine de la Cathédrale, communelll.
- Officine de l'Indépendance à Bamako Coura,communelll
- Officine du Nouveau Pont au Quartier Mail,communeV
- Officine Kodio à Sogoniko,communeV.
- Officine Kènèya à l'Hippodrome communell

5-2) SONDAGE DES JURIDICTIONS DES PHARMACIENS DANS LES PHARMACIES - ETUDE 1993

5-2-1) Lieu de l'étude

Cette étude a été dans les pharmacies du District de Bamako en collaboration avec les pharmaciens

5-2-2) Période de l'étude

Elle a lieu du 1er novembre 1993 AU 31 août 1994

Dans chaque pharmacie le recueil des données se fait 24 heures sur 24 par les pharmaciens. Un effort de sensibilisation a été fait au niveau des pharmaciens pour un bon remplissage des fiches d'enquête. Chaque 30 jours l'étudiant passe dans les pharmacies choisies pour contrôler les opérations de recueil des données. Ce travail est a été mené de façon permanente durant les 10 mois de l'année. Le remplissage des fiches d'enquête s'effectue de façon quotidienne tant que l'activité de vente est effectuée dans la pharmacie

5-2-3) Type d'étude:

Il s'agit d'une étude prospective relative à la consommation des psychotropes dans le district de Bamako

5-2-4) Mode d'échantillonnage

Nous avons fait un tirage aléatoire simple d'un échantillon de 30 pharmacies sur un total de 99 pharmacies présentes dans le district de Bamako en ce moment

5-2-5) CRITERES D'INCLUSION DES PHARMACIES ET DES LIEUX D'ETUDE

Sont incluses dans notre étude:

Toutes les pharmacies présentes dans l'aire du district de Bamako

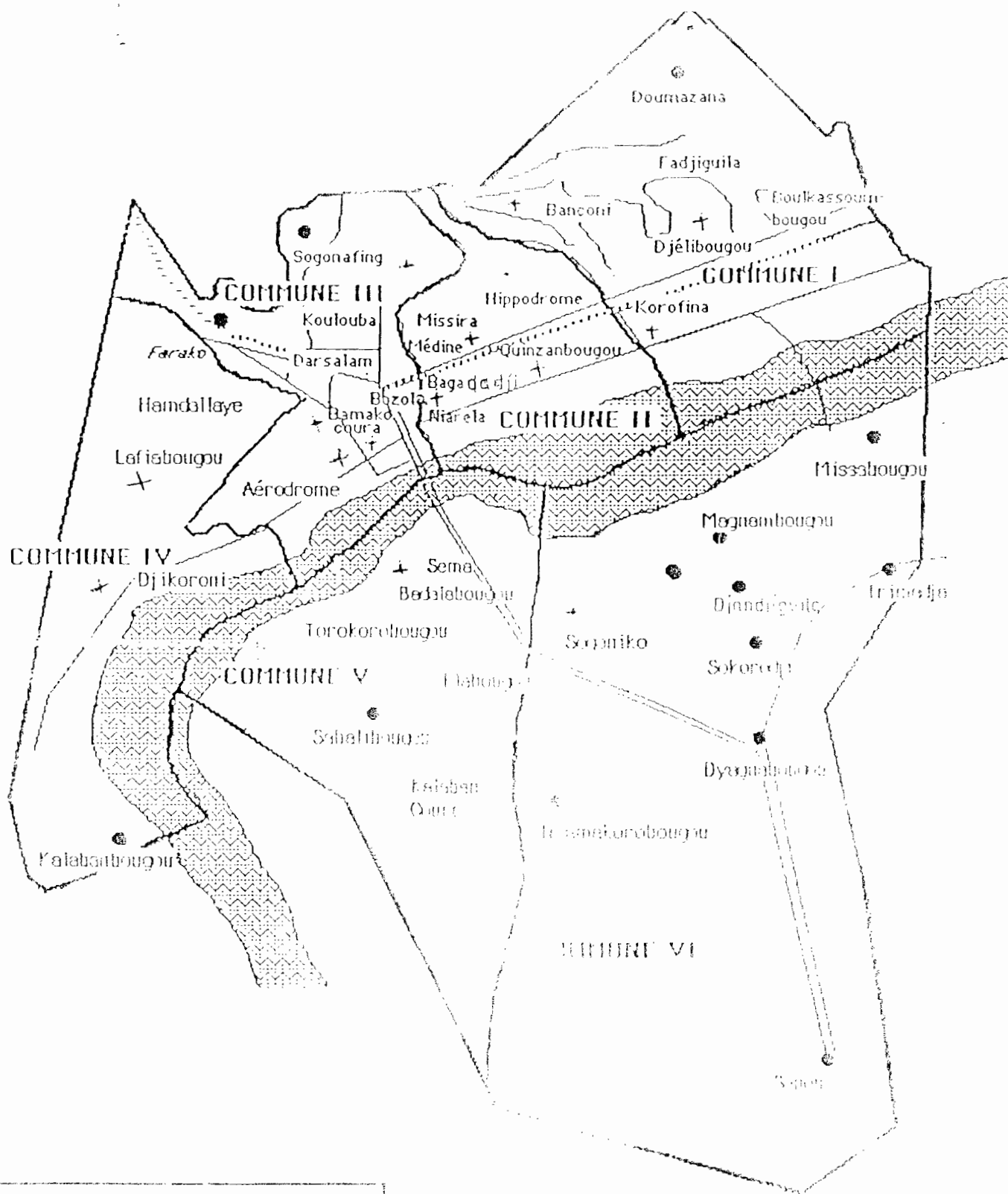
Toutes pharmacie dirigée par un pharmacien

Toutes pharmacies fonctionnant pendant au moins une période de 6 mois

5-2-6) CRITERES D'EXCLUSION DES PHARMACIES ET DES LIEUX D'ETUDES

Est exclue de l'étude les pharmacies vétérinaires, les pharmacies des hôpitaux, les dépôts pharmaceutiques des centres de santé communautaires.

L'analyse des données a été faite à l'école nationale de médecine et de pharmacie (cellule informatique) sur le logiciel « épi info ». Nous avons choisi un risque d'erreur alpha égale à 5%.



DISTRICT DE BAMAKO

20 p 111

L'âge du consommateur a été reparté en tranches de 10 ans correspondant à certaines étapes du développement de la personnalité de l'individu

Ainsi de 0 à 14 ans correspond à l'enfance

de 15 à 29 ans correspond à l'adolescence et la post-adolescence

de 30 à 44 ans correspond aux adultes jeune ou la personne est censée être insérée sur le plan socio-professionnel

de 45 à 59 ans = adulte

plus de 60 ans = personnes âgées

Les différents résultats sont présentés sous forme de tableaux

LISTE DES 30 PHARMACIES SELON LES QUARTIERS ETUDE 1994.

MISSIRA COMMUNE II

Officine du bien être (missira rue 8 x 45) Madame Cisse Djéneba Dème
Pharmacie Dia docteur Fatoumata Dia
Pharmacie missira marché docteur Sekou Kéita

Officine Kanou docteur Boubacar Kante

LAFIABOUGOU ,HAMDALAYE ,DJIKORONI PARA COMMUNE IV

Officine Lafia (Lafiabougou) docteur Seydou Sow
Officine Jery a Bamako coura docteur sidibé
Pharmacie Hamdalaye Plateau (Hamdalaye) docteur Yehhiya
Officine du fleuve (Djikoroni Para) docteur Lassana Traoré

CENTRE VILLE CENTRE COMMERCIAL (BAMAKO COURA) COMMUNE III

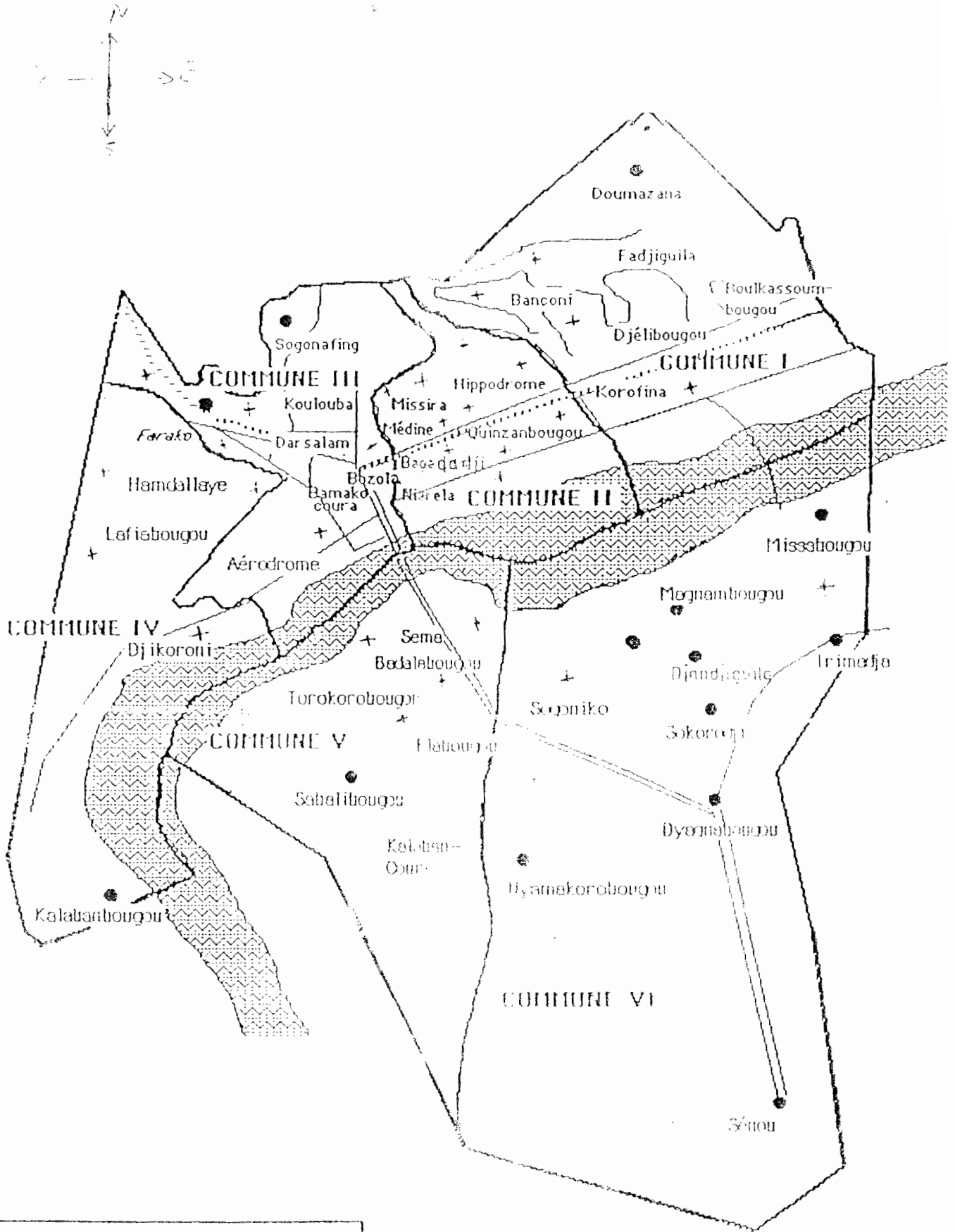
Pharmacie Fouta (centre commercial) Madame Keita Ouedemator
Officine Belco (centre commercial) Madame Gueye Belco

SOGONIKO COMMUNE V

Officine Alfa docteur Sékou Kanta

TSF COMMUNE II

Officine TSF au sans fil docteur Dolo



DISTRICT DE BAMAKO

BANCONI COMMUNE

Officine marché Bancouli docteur Soulemarie Diu
Officine Bancouli rond point docteur madame Coulibaly Simaga
Officine Djiguiya docteur Aissata Kodjo

BADALABOUGOU

Officine Badala marché docteur Biéhina Mariko
Pharmacie officine (palais de la culture) docteur Sow

WOLOFOBOUGOU BOLIBANA N'TOMIKOROBOUGOU

Officine Sankoré N'tomikoroboukou rue26x33 docteur Sidi Mahamane Touré
Officine Bolibana docteur Ismaeil Kalle
Pharmacie du camp digue docteur Maiga
officine Mamadou Konate

QUINZAMBOUGOU

Pharmacie Quinzambougou Madame Camara Aissata Fofana

HYPODROME

Officine pharmacie docteur Soumaila Cisse

KOROFINA

Officine Korofina maternité Korofina nord docteur Soumaila Bengaly

TOROKOROBOUGOU

Officine torokorobougou docteur Cisse Amirata

BAGADADJI

Officine du Sahel docteur Mamadou Jussa

FALADJIE SEMA

Officine Ahane Banni faladjie docteur Sidi Sara Maiga

MAGNAMBOUGOU

Officine Zanga Coulibali docteur Marie Geone

NIAMAKORO

Officine Niamakoro docteur Atene Djime

BANANKABOUGOU

Officine Banankabougou docteur Issaka Traoré

MEDINA COURA

Pharmacie nouvelle docteur Fanta L.

Il existe dans le district de Bamako de nombreux points de vente des médicaments en dehors des pharmacies dans le secteur informel. Parmi tous les catégories de médicaments vendus dans le secteurs informel y a t ils des médicaments psychotropes? C'est pour répondre a cette question que nous avons une étude dans certains quartiers du district de Bamako

5-3) Enquête realisee dans les quartiers

Elle s'est effectuée dans certains quartiers du district de Bamako ou se déroulent d'importantes activités commerciales. Elle consiste a un remplissage minutieux des fiches d'enquêtes par l'étudiant auprès des vendeurs de médicaments et en même temps interroger certains acheteurs. La fiche contient des questionnaires précise. En général les vendeurs de médicaments clandestins sont des petits étalagistes avec leur médicament sur une tablette en plein air, soit des vendeurs ambulants avec leurs médicaments dans un sac en caoutchouc. Cette enquête a duré trois mois et vingt deux jours du premier septembre au vingt deux décembre 1994

L'enquête s'est effectuée dans quatres quartiers du district de Bamako

Sogoniko gare à Sogoniko en commune V

Banconi marché au Banconi en commune I

Bagadadji en communell

Marché Médine à Médina coura commune II

6) SITE DE L'ENQUETE

DISTRICT DE BAMAKO

La ville de Bamako fut érigée par l'ordonnance No 78-32/CMLN du 18 Août 1978. Elle est située au sud ouest du pays au coeur de la région de Koulikoro. C'est la capitale administrative du Mali. Il est composé de 6 communes (direction du projet urbain Second projet urbain du mali. Etude de factibilité 1986 banque mondiale groupe 8 bce/snied p=170) dont la population se répartit comme suite:

commune 1: 122 513 hts

commune 2: 105 176 hts

commune 3: 94 828 hts

commune 4: 135 662 hts

commune 5: 106 717 hts

commune 6: 81 267 hts

Au total 646 103 habitants. Chaque commune est constituée de quartiers.
En 1987 la population du district de Bamako était de 1.658275 habitants sur 252 km²
Avec 49,97% d'hommes et 50,03% de femmes. La répartition par groupe d'âge étant

(0-14)ans =43,47%

(15-59)ans=53,14%

60 ans et plus 3,3%

Scolarisation: Au total en 1987 on a:

51,70% de personnes non scolarisées avec 21,82% d'hommes et 29,70% de femmes

48,30% de personnes scolarisées dont 20,22% de femmes et 28,08% d'hommes

7) POLITIQUE PHARMACEUTIQUE DU MALI.

La consommation pharmaceutique a été définie comme suit: «commercialisation, distribution, prescription et utilisation des médicaments au sein d'une société donnée plus particulièrement du point de vue de leur conséquence médicale, sociale et économique» (sélection des médicaments essentiels rapport d'un comité d'expert de l'os series de rapports techniques n=615 ms 1977). Cette définition montre les multiples et complexes implications de la consommation pharmaceutique.

Comme toute activité humaine, la consommation pharmaceutique a besoin pour être constructive, d'une politique qui lui trace les grandes lignes à suivre. Ainsi l'assemblée mondiale de la santé tenue en mai 1975 à Genève recommande à tous les Etats membres de définir, de développer et d'appliquer une politique pharmaceutique nationale répondant au besoin de santé de leurs populations. (résolution HA 28 66)

7-1) RECOMMANDATIONS DE

Comme beaucoup de secteurs de développement, l'industrie pharmaceutique s'est considérablement améliorée dans la deuxième moitié du xx^{ème} siècle par la mise au point de nouveaux procédés de plus en plus performants. Ces nouveaux procédés ont permis la fabrication en quantité importante de médicaments divers et variés qui ont nettement amélioré la santé des populations de notre planète.

L'industrie pharmaceutique est en grande partie aux mains d'entrepreneurs privés qui cherchent le maximum de profits financiers sans se soucier de l'incidence socio-sanitaire que peuvent avoir les médicaments qu'ils fabriquent. Ainsi certaines spécialités dont la vente est interdite dans les pays qui les fabriquent font d'énormes bénéfices dans le marché des pays en voie de développement.

En 1977, l'OMS face à la profusion injustifiée des spécialités aux coûts élevés qui n'ont pas toujours fait la preuve de leur efficacité dans les grands centres urbains et la quasi-absence de médicaments de première nécessité en périphérie d'un même pays a préconisé pour une meilleure rationalisation des médicaments la politique de médicaments essentiels. Elle a pour but de mettre à la disposition de toute la population d'une localité un nombre limité de médicaments en dénomination commune internationale; médicaments dont l'efficacité est prouvée; qui couvre l'essentiel de la pathologie de cette localité et tout a un coût plus faible qu'en l'absence de la politique de médicaments essentiels. Cette politique passe par les grandes lignes suivantes:

- + L'adoption d'une liste restreinte et révisable de médicaments
- + Tenir compte de la prévalence des maladies de la localité
- + Instituer un système d'appel à la concurrence

- + L'information et la formation du personnel médical
- + Création de laboratoire de contrôle des médicaments

Cette politique permet si elle est correctement appliquée, d'améliorer la santé des populations sans qu'il y ait nécessairement une augmentation des dépenses. Comme tout changement la politique des médicaments essentiels butte sur des obstacles qui sont:

Sociaux: elle limite la liberté de prescription à une liste bien que complète mais restreinte.

Cela n'est nullement grave car le but de la politique est de contribuer à l'amélioration de la santé et non à la satisfaction du goût de quelques personnes.

Economiques: en effet les grandes firmes pharmaceutiques pesent de tout poids économique pour freiner sa mise en oeuvre. Elle émousse les efforts de recherche puisqu'elle entame les intérêts des firmes pharmaceutiques.

Techniques: elle nécessite la vulgarisation des médicaments en DCI (dénomination commune internationale).

politiques: sans une volonté politique des états signateurs elle ne peut pas atteindre ses nobles objectifs

7-2). POLITIQUE MALIENNE

Le Mali pauvre parmi les pauvres qui n'a consacré que 3.6% de son budget d'état, soit 300 millions de francs cfa pour 8 millions d'habitants à la santé en 1988(7) a adopté la politique de médicaments essentiels. Après un essai sur un petit échantillon les actions se sont arrêtées là, cependant cet essai a été qualifié de succès par les plus hautes instances de la santé du pays

7-2-1) AVANT LA REFORME

Avant son indépendance, l'approvisionnement pharmaceutique de la population malienne était assuré essentiellement par un réseau de formations sanitaires publiques qui constituait ce que l'on appelait à l'époque l'assistance médicale. Les médicaments étaient alors fournis gratuitement aux malades grâce au crédit alloué par le ministère de la France d'Outre mer. Leur gestion et leur distribution étaient assurées par une structure centrale : la pharmacie d'approvisionnement ou <<pharmapro>>. Le secteur privé était alors peu développé et se limitait à deux officines seulement. Après l'indépendance le gouvernement malien en 1960 a créé la pharmacie populaire du Mali (ppm) afin d'assurer l'importation et la vente des médicaments aux populations sur toute l'étendue du territoire national à un prix uniforme. Avant 1980 la politique pharmaceutique du Mali était mal définie et inadéquate. Ceci explique les multiples insuffisances qui sont entre autres

- + Une tendance de plus en plus élevée de la surprescription
- + Un réseau public d'approvisionnement en faillite

+ Une profusion injustifiée de spécialités médicamenteuses sur le marché (environ 2000 spécialités importées par la pharmacie populaire du Mali, sans compter les trafics parallèles).

+ Un coût excessif des médicaments.

+ Une faiblesse de la production nationale de médicaments.

+ La négligence de la médecine traditionnelle à laquelle la majorité de la population a pourtant recours pour se soigner.

+ Et pour tout couronner l'existence d'une panoplie de textes législatifs tout à fait inadaptés aux réalités actuelles

7-2-2) REFORME PHARMACEUTIQUE

En 1980 une réforme pharmaceutique a été entreprise pour reprendre les initiatives de la PPM:mettre à la disposition de tous les médicaments indispensables et cela sur toute l'étendue du pays.Pour ce faire certaines dispositions ont été prises:

1 Adoption d'une liste restrictive de médicaments essentiels révisable tous les deux ans

2 Diffusion auprès des prescripteurs d'un manuel de traitement et d'un formulaire thérapeutique.Ce formulaire est déjà conçu mais il n'a pas été diffusé.

3 Amélioration de la capacité de diagnostic des formations sanitaires par la rénovation et l'équipement des laboratoires d'analyses médicales.

4 Amélioration des conditions d'importation par la mise en place d'un système d'appel à la concurrence

5 Développement du réseau de distribution,principalement au niveau périphérique par la mise en place de nouveaux dépôts d'arrondissement,de secteur de base et de pharmacies villageoises.Etude et mise en place de mécanisme d'acquisition et de distribution des médicaments au niveau des formations sanitaires afin de garantir leur renouvellement.D'un point de vue institutionnelle,la réforme a introduit les mesures suivantes:

+ Suppression de la<< pharmapro>>.

+ Achat direct de médicaments par le ministère de la santé publique à la PPM.

+ Utilisation de procédures d'appel d'offre pour diminuer le prix d'acquisition des médicaments.

Après la réforme deux éléments nouveaux sont apparus:

La privatisation des fonctions médicales et pharmaceutiques

L'initiative de Bamako qui a vu le jour en septembre 1987 à la suite de résolution conjointe AFR/RC37/R6,OMS/FISE.Elle vise à créer des projets autonomes de vente des médicaments au détail dont les bénéficiaires contribueront à financer d'autres composantes des soins de santé primaires.Cette initiative ne concurrence nullement la politique des médicaments essentiels mais plutôt la renforce

7-3) DEPUIS QUAND LES PHARMACIES PRIVEES EXISTENT AU MALI ?

Le conseil national de l'union démocratique du peuple malien (UDPM) (11) réuni en session ordinaire les 28,29. et 1er mars 1984 a invité le gouvernement à tout mettre en oeuvre pour permettre la privatisation des professions médicales et vétérinaires .Ainsi sous la responsabilité du ministre chargé de la santé publique et des affaires sociales ,les textes régissant la privatisation des professions sanitaires ont été élaborés notamment:

La loi N°85-41/AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privée des professions sanitaires

Le décret N°177/PG-RM du 23 juillet 1985 portant organisation des professions sanitaires.

L'arrêté N°5108 /MSPAS/CAB du 28 mai 1986 portant modalité d'application du décret N°177/PG-RM du 23 juillet 1985

La loi N° 86-36/AN/RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre national des pharmaciens et le code de déontologie annexé à cette loi

L'article 3 de la loi N° 86-41/AN-RM définit la mission des professions sanitaires comme suite:

Contribué à la protection générale de la santé publique.

Contribué à la promotion socio économique des populations

Contribué à l'amélioration de la couverture sanitaire du pays

7-4) CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

Le postulant doit(11):

Etre de nationalité Malienne ou ressortissant d'un état accordant la réciprocité aux Maliens de jouir de leur droit civil et civique.

Etre âgé de 21 ans.

Etre titulaire d'un diplôme de docteur en pharmacie délivré par l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali (ENMP) ou d'un autre diplôme reconnu équivalent

Etre de bonne moralité.

Etre inscrits à l'ordre nationale des pharmaciens.

Etre propriétaire ou copropriétaire d'officine.

8) CADRE LEGISLATIF DE LA PRESCRIPTION AU MALI

La prescription est l'acte par lequel le praticien rédige une liste de produits ou de mesures hygiéno-diététiques ou tout autre conseil susceptibles d'atténuer ou de guérir l'affection en cours, ou si cela est possible de soulager le patient. Notre étude soustrait les mesures hygiéno-diététiques

8-1) DOCUMENTS OFFICIELS RELATIFS A LA PRESCRIPTION

Les textes qui règlementent la prescription au Mali sont très mal connus du personnels sanitaires. Dans la pratique quotidienne n'importe qui peut prescrire. Actuellement ces textes se résument essentiellement à :

L'arrêté N° 5108/MSP-AS/CAB portant modalité d'application du décret N° 177/PG-RM du 23 juillet 1985 portant organisation de l'exercice privé de la profession pharmaceutique

L'article 20 à 27 définit les prescripteurs officiels

« Le pharmacien ne peut délivrer , des produits ou des préparations contenant des substances que sur présentation d'une ordonnance d'un médecin ou d'un vétérinaire. Toute fois les chirurgiens dentistes et les sages femmes peuvent prescrire sur ordonnance certaines substances des tableaux A,B,C dont la liste sera fixé par décision du ministre chargé de la santé publique après avis de l'ordre national des médecins et celui des sages femmes.

S-2) PRESCRIPTEURS TOULRES

Certains agents en raison de la responsabilité de leur fonction sont autorisés à prescrire certains médicaments des tableau A.B.C.Cette dérogation concerne les infirmiers ,aides soignants et matrones.

Il existe une lettre circulaire N 2404/DNSP du 30 octobre 1969 fixant la réglementation de la prescription pour le personnel paramédical.

9) RESULTATS

Les résultats ont été répartis en 3 groupes correspondant aux 3 études.

Les résultats I pour l'enquête de 1993 faite dans 15 pharmacies considérée comme pré-enquête

Les résultats II pour l'enquête de 1994 effectuée dans 30 pharmacies considérée comme l'enquête principale.

Les résultats III pour l'enquête dans les quartiers du district de Bamako.

Les résultats sont présentés sous forme de tableau.

9-1) RESULTATS I

Tableau I : répartition de la consommation des psychotropes suivant le niveau de prescription.

niveau de prescription	effectifs	poucentage
médecins	181	65,58%
infirmiers	52	18,84%
sages femmes	25	9,06%
non précisé	10	3,63%
autres (étudiants ,vétér,tdc)	8	2,89%
total	276	100%

vétér= vétérinaires

tdc= technicien de développement communautaire.

Les médecins sont les premiers prescripteurs avec un total de 181 sur 276 soit 65,58%, suivis des infirmiers (agents techniques de santé et infirmiers d'états) représentent 52 soit 18,84%, viennent ensuite les sages femmes avec 25 soit 9,06%. Nous avons obtenu 10 soit 3,63% de non précisés. Il s'agit en général de toutes les ordonnances non achetées ne comportant pas le nom du prescripteur ni de signatures. Il apparaît d'autres catégories de prescripteurs constitués essentiellement d'étudiants de vétérinaires et des techniciens de développement communautaires que nous avons pu identifier.

Tableau II : répartition de la consommation des psychotropes suivant l'origine des prescriptions.

origine des prescriptions	effectifs	pourcentage
hôpitaux	84	30,43%
structures privées	59	21,38%
cscm	52	18,84%
autres (cme,cmie)	38	13,78%
dispensaires	28	10,14%
non précisée	14	5,07%
cscm	1	0,36%
total	276	100%

cme =cabinet médical d'état
cmie =centres médical interentreprises

Le nombre le plus important d'ordonnances de psychotropes viennent des hôpitaux 84 soit 30,43% du total. Les structures privées fournissent 59 soit 21,38%. Les centres de santé de commune et les dispensaires de quartier donnent respectivement 52 soit 18,84% et 28 soit 10,14%. Les centres de santé communautaires représentent 1 soit 0,36%. Nous avons 14 de non précision soit 5,07%.

Tableau III :répartition de la consommation des psychotropes suivant la classe de psychotropes.

psychotropes	effectifs	pourcentage
anxiolytiques	105	38,04%
neuroleptiques	64	23,19%
antidépresseurs	44	15,94%
antiépileptiques	33	11,86%
hypnotiques	22	7,97%
antiparkinsonniens	7	2,64%
autres	1	0,36%
total	276	100%

Les psychotropes ont été regroupés en différentes classes thérapeutiques. La classe des anxiolytiques, des neuroleptiques et antidépresseurs apparaissent les plus prescrits. Il s'agit de médicaments utilisés dans le traitement de la plupart des affections psychiatriques ainsi que de nombreuses pathologies de la médecine générale.

La présence d'un service spécialisé de psychiatrie et de neurologie dans le district de Bamako est facteur en faveur de la prescription importante d'ordonnances de psychotropes

Tableau IV répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant la classe de psychotropes.

psychotropes	effectifs	pourcentage
anxiolytiques	36	58,06%
neuroleptiques	5	8,06%
antidépresseurs	5	8,06%
hypnotiques	5	8,06%
antiépileptiques	4	6,48%
antiparkinsonniens	2	3,22%
autres	5	8,06%
total	62	100%

Les médicaments de l'automédication sont ceux dont les patients vont payer à la pharmacie sans ordonnances médicales, soit par ce que ce médicament leur a été prescrit une première par un médecin ou conseillé par une tierce personne. On constate une consommation plus par automédication des anxiolytiques 36 soit 58.06%. Si l'automédication a des conséquences immédiates et à long terme sur l'état de santé du consommateur celle de la plupart des psychotropes serait responsable d'une pharmacodépendance.

En somme au terme de cette première enquête 338 fiches ont été recueillis dont 276 soit 81,65% de la prescription et 62 soit 18,35% de l'automédication. Il ressort nettement que les médecins sont les premiers prescripteurs de psychotropes et cela dans les hôpitaux et les structures privées. Cela n'exclue pas les prescriptions inappropriées en nombres soit minimales par des prescripteurs non qualifiés et souvent dans les conditions inadéquates. L'automédication apparaît comme une réalité et concerne tous les médicaments psychotropes

9-2) RESULTATS II ETUDE (1991)

9-2-1) PRESCRIPTION

Tableau V :répartition de la consommation des psychotropes suivant le niveau de prescription.

niveau de prescription	effectifs	pourcentage
médecins	956	75,47%
infirmiers	203	16,02%
sages femmes	69	5,45%
étudiants,garçons de salle vétérinaires ,aides soignants)	11	0,86%
cas non mentionnés	28	2,20%
Total	1267	100%

Les medecins viennent en tête avec 956 soit 75.47% des prescripteurs.suivi des infirmiers avec 203 soit 16.02%.Nous avons 28 cas soit 2.20% où le nom du prescripteur n'est pas mentionné.Les sages femmes représentent 69 cas soit 5.45%.Les autres groupes de prescripteurs (étudiants,garçons de salle vétérinaires ,aides soignants) réprésent 11 cas soit 0.86%.

Tableau VI répartition de la consommation des psychotropes suivant l'origine des prescriptions.

igm= infirmereies de garnison militaire
 scdm= centres de santé de commune
 cscm=centres de santé communautaires

origine des prescriptions	effectifs	pourcentage
hôpitaux	796	62,83%
structures privées	201	15,86%
cscm	129	10,18%
dispensaires	90	7,11%
cscm	7	0,55%
non précisées	6	0,48%
autres (cmie,igm,cme	38	2,99%
total	1267	100%

La plupart des ordonnances de psychotropes proviennent des hôpitaux (796 soit 62,83%), des structures privées (201 soit 15,86%) Les centres de santé de communes représentent 129 soit 10,18%, les dispensaires 90 soit 7,11%, les centres de sante communautaires 7 soit 0,55%, 6 soit 0,48% de non précision

Tableau VII repartition de la consommation des psychotropes suivant le sexe du consommateur

sexe	effectifs	pourcentage
masculin	838	66,14%
féminin	429	33,86%
total	1267	100%

Il apparaît nettement que les psychotropes sont d'avantages prescrits chez les hommes que chez les femmes.

Tableau VIII répartition de la consommation des psychotropes suivant l'âge du consommateur

tranche d'âge	effectif	pourcentage
0-14 ans	56	4,42%
15-29 ans	227	17,92%
30-44 ans	829	65,43%
45-59 ans	105	8,29%
60 ans et plus	50	3,94%
total	1267	100%

Les tranches d'âge de (15-29), (30-44), (45-59) sont celles où la prescription des psychotropes prédominent. On note une diminution de la prescription vers la soixantaine. L'âge médian égale 38,61 ans.

Tableau IX répartition de la consommation des psychotropes suivant la profession du consommateur.

professions	effectifs	pourcentage
professions libérales	506	39,94%
fonctionnaires	294	23,20%
paysans	28	2,21%
f.a.s	5	0,39%
scolaires	15	1,18%
sans professions	381	30,07%
autres (ménagères)	21	1,66%
non précisées	17	1,35%
total	1267	100%

Les personnes de professions libérales sont surtout sujets à la prescription de psychotropes (39,94%) suivies des sans professions (30,07%)

Tableau X répartition de la consommation des psychotropes suivant le niveau d'alphabétisation

alphabétisés	effectif	pourcentage
oui	578	45,62%
non	689	54,38%
total	1267	100%

Nous avons cherché à savoir si la personne à qui l'ordonnance est destinée savait lire et écrire en français: 45,62% reponde par oui ,contre 54,38% de non

Tableau XI répartition de la consommation des psychotropes suivant le statut du malade

hospitalisation	effectif	pourcentage
oui	121	9,55%
non	1146	90,45%
total	1267	100%

1146 soit 90,45% des ordonnances ont été délivrées à des malades non hospitalisés et 121 soit 9,55% à des malades hospitalisés

Tableau XII : répartition de la consommation des psychotropes suivant la classe de psychotrope.

psychotropes	effectifs	pourcentage
anxiolytiques	501	39,54%
neuroleptiques	288	22,73%
hypnotiques	240	18,94%
antidépresseurs	95	7,50%
antiépileptiques	83	6,55%
antiparkinsonniens	38	2,99%
autres	22	1,75%
total	1267	100%

On note une prédominance de la prescription des anxiolytiques

9-2-2) AUTOMÉDICATION

Il s'agit de personnes qui se rendent à la pharmacie pour y demander des médicaments sans ordonnances. Sur un total de 1607 fiches nous avons récolté 340 cas d'automédication soit 21,11%.

Tableau XIII: répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant la profession du consommateur

professions	effectifs	pourcentage
professions libérales	166	48,82%
fonctionnaires	48	14,12%
paysans	9	2,64%
f.a.s	8	2,35%
scolaires	11	3,34%
sans professions	93	27,35%
non précisées	5	1,47%
total	340	100%

Les professions libérales et les personnes sans professions prédominent.

Tableau XIV: répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant l'âge du consommateur

tranche d'âge	effectifs	pourcentage
0 - 14 ans	18	5,29%
15 - 29 ans	79	23,24%
30 - 44 ans	175	51,47%
45 - 59 ans	51	15%
60 ans et plus	17	5%
total	340	100%

Il résulte que les populations de (15 - 29) , (30 - 44) ,(45 - 59) ans sont les plus grands consommateurs de psychotropes par automédication, avec une prédominance nette de la tranche de 30 à 44 ans.

Age médian =37,84°.

Tableau XV répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant le sexe.

sexe	effectifs	pourcentage
masculin	260	76,47%
féminin	80	23,53%
total	340	100%

Nous avons 80 soit 23,53% de femmes et 260 soit 76,47% d'hommes. Les hommes fragilisés par les problèmes familiaux se donne t- ils davantage à la consommation de psychotropes ? Ces résultats sont superposables à ceux de la prescription.

Tableau XVI : répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant la source d'information

source d'information	effectifs	pourcentage
medecins	190	55,88%
voisins	51	15%
amis et camarade	70	20,58%
non précises	1	0,30%
autres (parents ,collègues)	28	8,24%
total	340	100%

La prescription médicale ou le conseil de tout agent de santé constitue la principale source par laquelle le malade a fait connaissance du médicament

Tableau XVII : répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant la durée de la consommation

durée de la consommation	effectifs	pourcentage
2 à 3 mois	157	44,17%
6 mois à 1 an et plus	183	55,83%
total	340	100%

Tableau XVIII : répartition de la consommation des psychotropes par automédication suivant la classe de psychotropes.

psychotropes	effectifs	pourcentage
anxiolytiques	107	31,47%
hypnotiques	99	29,11%
antidépresseurs	15	4,41%
neuroleptiques	10	2,94%
antiparkinsonniens	4	1,18%
antiépileptique	16	4,71%
autres	89	26,18%
total	340	100%

9-3 RESULTATS ANALYTIQUES

9-3-1) PRESCRIPTION

Tableau XIX :répartition des médicaments prescrits en fonction du niveau de prescription.

produits/pre scripteurs	médecins	infirmiers	sages femmes	non précisés	autres	total
anxiolyti ques	428 (33,78%)	104 (8,21%)	39 (3,08%)	17 (1,34%)	5 (0,39%)	593 (46,80%)
neurolep tiques	203 (16,02%)	32 (2,53%)	5 (0,39%)	3 (0,24%)	1 (0,08%)	243 (19,18%)
hypnoti ques	173 (13,65%)	36 (2,84%)	13 (1,03%)	4 (0,32%)	1 (0,08%)	227 (17,92%)
antidépress eurs	76 (5,99%)	8 (0,60%)	0 (0,47%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	92 (7,26%)
antiépileptiq ues	56 (4,42%)	15 (1,18%)	4 (0,32%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	77 (6,07%)
antiparkin sonniens	14 (1,10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	16 (1,42%)
autres	3 (0,24%)	8 (0,63%)	2 (0,15%)	4 (0,32%)	1 (0,08%)	18 (1,42%)
total	953 (75,22%)	203 (16,02%)	69 (5,45%)	31 (2,45%)	11 (0,86%)	1267 (100%)

On note une prédominance de la prescription des anxiolytiques des neuroleptiques chez les médecins. Le groupe des « autres » est constitué essentiellement par des étudiants , les vétérinaires. Tous les groupes de psychotropes apparaissent prescrits par les infirmiers et les sages femmes sauf le groupes des antiparkinsonniens.

Tableau XX . répartition des psychotropes prescrits en fonction de l'origine des prescriptions.

produits structures	hôpitaux	privées	cscm	cscm	dispen saires	non précisées	autres	total
anxiolytiqu es	344 (27,15%)	110 (8,69%)	65 (5,13%)	5 (0,39%)	51 (4,03%)	2 (0,15%)	17 (1,34%)	594 (46,90%)
neuro leptiques	188 (14,84%)	27 (2,13%)	11 (0,87%)	0 (0,00%)	13 (1,02%)	2 (0,15%)	2 (0,15%)	243 (19,18%)
hypnoti ques	132 (10,39%)	31 (2,46%)	20 (1,57%)	3 (0,24%)	11 (0,86%)	1 (0,08%)	0 (0,00%)	177 (13,92%)
antipsychi ques	46 (3,63%)	14 (1,10%)	11 (0,87%)	1 (0,08%)	4 (0,32%)	0 (0,00%)	1 (0,08%)	76 (5,99%)
antidép resseurs	63 (4,89%)	13 (1,02%)	11 (0,87%)	1 (0,08%)	4 (0,32%)	0 (0,00%)	1 (0,08%)	72 (5,66%)
antipar kinson niens	12 (0,95%)	0 (0,00%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	16 (1,26%)
autres	4 (0,32%)	1 (0,08%)	3 (0,24%)	1 (0,08%)	4 (0,32%)	0 (0,00%)	4 (0,32%)	19 (1,49%)
total	734 (62,66%)	200 (15,78%)	129 (10,17%)	12 (0,95%)	92 (7,26%)	6 (0,47%)	14 (1,08%)	1267 (100%)

La plupart des ordonnances de psychotropes viennent des hôpitaux et des structures privées. Le groupe des autres est constitué par les infirmeries des garnisons militaires, les centres médicaux interentreprises. On remarque sur ce tableau :

Une absence de la prescription d'antiparkinsonniens dans les structures privées.

Une absence de la prescription de neuroleptiques dans les centres de soins communautaires.

Les anxiolytiques et les hypnotiques sont régulièrement prescrits dans toutes les formations sanitaires.

Une prédominance de la prescription des anxiolytiques, des hypnotiques et des neuroleptiques dans les hôpitaux et les structures privées.

Tableau XXI répartition du niveau de prescription en fonction de l'origine des prescriptions

prescripteurs /structure	hôpitaux	privées	cscm	cscm	dispensaires	non précisées	autres	total
médecins	729 (57,54%)	103 (8,12%)	76 (7,99%)	4 (0,32%)	31 (2,44%)	4 (0,32%)	10 (0,79%)	957 (75,53%)
infirmiers	49 (3,87%)	63 (4,97%)	32 (2,53%)	2 (0,15%)	45 (3,55%)	2 (0,15%)	10 (0,79%)	203 (16,11%)
sages femmes	12 (0,95%)	27 (2,13%)	19 (1,87%)	1 (0,08%)	8 (0,63%)	1 (0,08%)	2 (0,15%)	69 (5,41%)
non précisées	1 (0,07%)	1 (0,07%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	8 (0,63%)	15 (1,17%)
autres	1 (0,08%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	8 (0,63%)
total	797 (62,97%)	201 (15,86%)	130 (10,26%)	8 (0,63%)	90 (7,14%)	10 (0,79%)	30 (2,37%)	1266 (100%)

On remarque sur ce tableau :

C'est essentiellement dans les hôpitaux et les structures privées que le nombre de médecins prescripteurs est important

Les infirmiers et les sages femmes prescrivent beaucoup dans les structures privées que les autres structures de santé

Les médecins, les infirmiers et les sages femmes prescrivent dans toutes les structures de santé

Tableau XXII : répartition des psychotropes prescrits en fonction du sexe du consommateur

sexe	masculin	féminin	total
Produits			
anxiolytiques	322 (25,41%)	265 (20,91%)	587 (46,32%)
neuroleptiques	199 (15,70%)	44 (3,47%)	243 (19,17%)
hypnotiques	181 (14,28%)	59 (4,65%)	240 (18,94%)
antiépileptiques	47 (3,70%)	28 (2,21%)	75 (5,91%)
antiparkinsonniens	13 (1,02%)	1 (0,08%)	14 (1,10%)
antidépresseurs	61 (4,81%)	30 (2,36%)	91 (7,18%)
autres	10 (0,79%)	7 (0,55%)	17 (1,34%)
total	833 (65,75%)	434 (34,25%)	1267 (100%)

Pour toutes les classe. de psychotropes la prescription est plus importante chez les hommes que les femmes avec une nette prédominance du groupe des anxiolytiques des hypnotiques et des neuroleptiques.

Tableau XXIII :répartition de la tranche d'âge en fonction de l'origine des prescriptions

Structure	0-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60et plus	Total
hôpitaux	22 (1,73%)	125 (9,86%)	545 (43,01%)	64 (5,05%)	41 (3,23%)	797 (62,90%)
privées	8 (0,63%)	31 (2,44%)	139 (10,97%)	15 (1,18%)	8 (0,63%)	201 (16,02%)
cscm	13 (1,02%)	20 (1,58%)	84 (6,63%)	10 (0,78%)	2 (0,15%)	129 (10,18%)
cscdm	2 (0,15%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	2 (0,15%)	2 (0,15%)	8 (0,63%)
dispensaires	9 (0,71%)	16 (1,18%)	49 (3,86%)	11 (0,86%)	6 (0,47%)	91 (7,10%)
non précisées	1 (0,08%)	1 (0,08%)	5 (0,39%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	9 (0,71%)
autres	2 (0,15)	5 (0,39%)	16 (1,26%)	3 (0,23%)	7 (0,55%)	33 (2,60%)
total	57 (4,49%)	198 (15,29%)	839 (66,22%)	106 (8,37%)	67 (5,28%)	1267 (100%)

Toutes les structures apparaissent fréquenté par toutes les tranches d'âge mais une importance de la fréquentation des hôpitaux et des structures privées par les adultes jeunes de 30 à 44 ans

Tableau XXIV : repartition des professions en fonction de l'origine des prescriptions

struc- tu- res	libérale	fonctio- nnaires	f.a.s	paysans	scolaires	sans profes- sions	non précisées	autres	total
profes- sion									
hôpitaux	251 (19,81%)	45 (3,55%)	3 (0,24%)	16 (1,26%)	20 (1,58%)	255 (20,13%)	0 (0%)	207 (16,34%)	797 (62,90%)
privées	57 (4,50%)	16 (1,26%)	0 (0%)	7 (0,55%)	1 (0,08%)	74 (5,84%)	0 (0%)	46 (3,63%)	201 (15,86%)
cscm	47 (3,71%)	12 (0,95%)	1 (0,08%)	2 (0,15%)	4 (0,32%)	28 (2,21%)	0 (0%)	35 (2,76%)	129 (10,18%)
cscm	2 (0,15%)	0 (0%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	1 (0,08%)	3 (0,24%)	10 (0,68%)
dispensai- res	24 (1,89%)	5 (0,39%)	0 (0%)	5 (0,39%)	4 (0,32%)	22 (1,74%)	0 (0%)	30 (2,37%)	90 (7,10%)
non précisé	3 (0,24%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,15%)	0 (0%)	2 (0,15%)	7 (0,55%)
autres	7 (0,55%)	1 (0,08%)	0 (0%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	6 (0,47%)	1 (0,08%)	15 (1,18%)	33 (2,60%)
total	390 (30,78%)	79 (6,23%)	5 (0,39%)	33 (2,60%)	31 (2,41%)	388 (30,62%)	2 (0,15%)	338 (26,68%)	1267 (100%)

La prescription des psychotropes dans les hôpitaux apparaît important pour tous les groupes socioprofessionnels

Tableau XXV :répartition des produits prescrits en fonction de la tranche d'âge

produits	0 14 ans	15 29 ans	30 44ans	45 59ans	60 ans et plus	total
âge						
anxiolytiques	20 (1,58%)	72 (5,68%)	261 (20,60%)	53 (4,18%)	147 (11,60%)	553 (43,64%)
neuroleptiques	3 (0,23%)	45 (3,55%)	166 (13,10%)	20 (1,58%)	22 (1,74%)	256 (20,21%)
hypnotiques	14 (1,10%)	22 (1,74%)	157 (12,39%)	22 (1,74%)	30 (2,37%)	245 (19,34%)
antiépileptiques	14 (1,10%)	34 (2,68%)	21 (1,66%)	2 (0,15%)	7 (0,55%)	78 (6,16%)
antidépresseurs	4 (0,32%)	19 (1,50%)	58 (4,58%)	4 (0,32%)	19 (1,50%)	104 (8,20%)
antiparkinsonniens	0 (0%)	3 (0,23%)	8 (0,63%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	14 (1,10%)
autres	1 (0,08%)	1 (0,08%)	11 (0,86%)	2 (0,15%)	2 (0,15%)	17 (1,34%)
total	56 (4,42%)	196 (15,50%)	682 (53,83%)	105 (8,29%)	228 (17,99%)	1267 (100%)

On remarque sur ce tableau:

La prescription des anxiolytiques, des hypnotiques ,des neuroleptiques à toutes les tranches d'âges mais avec une prédominance dans les tranches de 30 à 44 ans et de plus de 60 ans.

Une prédominance de la prescription d'antiépileptiques dans la tranche d'âge de 15 à 29 ans.

Une absence de la prescription d'antiparkinsonniens chez les enfants de 0à 14 ans .

La prescription d'antidépresseurs apparaît important dans les tranches d'âge de 15 à 29 ans , 30 à 44 ans et à plus de 60 ans.

Tableau XXVI : répartition des professions en fonction des produits prescrits

profession/prod uits	anxiolyti ques	neurolepti ques	hypnoti ques	antidépres seurs	antiépile ptiques	antiparkins onniens	autres	total
libérales	221 (17,44%)	89 (7,02%)	74 (5,84%)	34 (2,68%)	17 (1,34%)	8 (0,63%)	4 (0,34%)	449 (53,44%)
fonctionnai res	38 (2,99%)	17 (1,34%)	17 (1,34%)	6 (0,47%)	1 (0,08%)	0 (0%)	2 (0,15%)	81 (6,39%)
f.a.s	2 (0,15%)	3 (0,23%)	5 (0,39%)	0 (0%)	1 (0,08%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (0,86%)
paysans	16 (1,26%)	9 (0,71%)	7 (0,55%)	4 (0,32%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	0 (0%)	39 (3,07%)
scolai res	15 (1,18%)	9 (0,71%)	6 (0,46%)	4 (0,32%)	2 (0,15%)	1 (0,08%)	0 (0%)	37 (2,92%)
sans profes sions	150 (11,84%)	77 (6,08%)	69 (5,45%)	31 (2,45%)	25 (1,97%)	2 (0,15%)	5 (0,39%)	359 (28,33%)
non préci sées	1 (0,08%)	0 (0%)	1 (0,08%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,15%)
autres	109 (8,60%)	52 (4,10%)	65 (5,13%)	25 (1,97%)	30 (2,37%)	2 (0,15%)	6 (0,47%)	289 (22,80%)
total	553 (40,65%)	256 (20,20%)	245 (19,34%)	104 (8,20%)	78 (6,16%)	14 (1,10%)	17 (1,34%)	1267 (100%)

Les anxiolytiques apparaissent prescrits chez tous les groupes socioprofessionnels, mais beaucoup plus chez les personnes de professions libérales et les personnes sans professions. On remarque également pour ces deux groupes une prescription de toutes les classes de psychotropes. Par contre sur ce même tableau on remarque aisément une absence de la prescription d'antiparkinsonniens et d'antidépresseurs chez les groupes des forces armées et de sécurité, en même temps une absence de la prescription d'antiparkinsonniens chez les fonctionnaires. Si les médicaments antidépresseurs et antiparkinsonniens peuvent être utilisés chez toute personne le nombre limité de médecins spécialisés peut limiter également leur prescription surtout les antiparkinsonniens.

9-3-2) AUTOMEDICATION

Tableau XXVII :répartition des produits consommés en fonction de l'âge du consommateur

produits âge.	0 14 ans	15 29 ans	30 44 ans	45 59 ans	60 ans et plus	total
anxiolytiques	0 (0%)	16 (4,71%)	52 (15,29%)	16 (4,71%)	13 (3,82%)	97 (28,53%)
hypnotiques	28 (8,23%)	18 (5,29%)	40 (11,76%)	7 (2,60%)	6 (1,76%)	99 (29,11%)
neuroleptiques	1 (0,30%)	2 (0,60%)	7 (2,60%)	0 (0%)	1 (0,30%)	11 (3,23%)
antidépresseurs	0 (0%)	5 (1,47%)	13 (3,82%)	0 (0%)	1 (0,30%)	19 (5,60%)
antiépileptiques	4 (1,18%)	4 (1,18%)	5 (1,47%)	4 (1,18%)	2 (0,60%)	19 (5,60%)
antiparkinsonniens	0 (0%)	1 (0,30%)	5 (1,47%)	0 (0%)	2 (0,60%)	8 (2,35%)
autres	2 (0,60%)	12 (3,52%)	37 (10,90%)	23 (6,76%)	13 (3,82%)	87 (25,60%)
total	35 (9,71%)	58 (17,06%)	159 (46,76%)	50 (14,72%)	38 (11,18%)	340 (100%)

On constate sur ce tableau une absence d'automédication des anxiolytiques ,des antidépresseurs , des antiparkinsonniens dans la tranche d'âge de 0 à 14 ans.Par contre pour toutes les autres tranche d'âge l'automédication apparaît nettement pour tous les classes de psychotropes.

Tableau XXVIII :répartition de la tranche d'âge en fonction de la durée de la consommation.

durée	0 14 ans	15 29 ans	30 44 ans	45 59 ans	60 ans et plus	total
âge						
2 mois	0 (0%)	3 (0,90%)	1 (0,30%)	1 (0,30%)	0 (0%)	5 (1,47%)
3 mois	15 (4,41%)	20 (5,88%)	29 (8,23%)	6 (1,76%)	5 (1,47%)	75 (22,06%)
6 mois	9 (2,65%)	15 (4,41%)	40 (11,76%)	8 (2,35%)	5 (1,47%)	77 (22,65%)
1 année et plus	8 (2,35%)	20 (5,88%)	104 (30,88%)	36 (10,60%)	13 (3,82%)	181 (53,23%)
non précisés	1 (0,30%)	0 (0%)	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,60%)
total	33 (9,71%)	58 (17,06%)	175 (51,47%)	51 (15%)	23 (6,76%)	340 (100%)

La consommation pendant une année et plus pour toutes les tranches d'âges confondues semble prédominer . On remarque une absence de la consommation durant 2 mois chez les enfants de 0 à 14 ans et les personnes de plus de 60 ans .

Tableau XXIX :répartition de la consommation des psychotropes en fonction de la profession du consommateurs.

Profession	libérales	fonctionnaires	f.a.s	paysans	scolaires	sans professions	non précisée	autres	total
Psychotropes									
anxiolytiques	57 (16,76%)	5 (1,47%)	4 (1,17%)	2 (0,60%)	0 (0%)	23 (6,76%)	4 (1,17%)	8 (2,35%)	103 (30,20%)
hypnotiques	34 (10%)	9 (2,65%)	3 (0,90%)	7 (2,05%)	1 (0,30%)	19 (5,60%)	5 (1,47%)	23 (6,76%)	101 (29,71%)
neuroleptiques	5 (1,47%)	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)	2 (0,60%)	0 (0%)	3 (0,90%)	12 (3,53%)
anticipé leptiques	7 (2,05%)	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (1,47%)	2 (0,60%)	3 (0,88%)	18 (5,29%)
antidépresseurs	9 (2,65%)	2 (0,60%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (1,17%)	2 (0,60%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (5%)
antiparkinsonniens	4 (1,17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)	2 (0,60%)	7 (2,05%)
autres	44 (12,94%)	4 (1,17%)	3 (0,90%)	2 (0,60%)	2 (0,60%)	16 (4,70%)	2 (0,60%)	9 (2,65%)	82 (24,11%)
total	160 (47,06%)	22 (6,47%)	10 (2,94%)	11 (3,23%)	8 (2,35%)	67 (19,71%)	14 (4,11%)	48 (14,11%)	340 (100%)

L'automédication existe chez tous les groupes socioprofessionnels pour la plupart des psychotropes mais celles des anxiolytiques et hypnotiques apparaît important chez les sans professions et les personnes de professions libérales. On constate :

Une absence d'anxiolytiques chez les scolaires.

Les hypnotiques sont régulièrement consommés chez tous les groupes socioprofessionnels.

Une absence de neuroleptiques chez les forces armées et de sécurité et chez les paysans.

Une absence d'antiépileptiques chez les paysans ,les scolaires et les forces armées et de sécurité.

Une absence d'antidépresseurs chez les forces armées et de sécurité , les paysans et les scolaires.

Une absence d'antiparkinsonniens ,chez les paysans ,les forces armées et de sécurité , les scolaires et les sans professions.

Tableau XXX : répartition de la consommation des psychotropes en fonction de la source d'information.

psycho tropes	anxiolytiques	hypnotiques	antidépresseurs	antiépileptiques	neuroleptiques	antiparkinsoniens	autres	total
Sources								
médecins	71 (20,88)	52 (15,29%)	11 (3,24%)	12 (3,53%)	8 (2,35%)	5 (1,47%)	30 (8,82)	189 (55,59%)
amis	13 (3,82%)	32 (9,41%)	3 (0,88%)	1 (0,30%)	2 (0,60%)	1 (0,30%)	18 (5,29%)	70 (20,59%)
voisins	9 (2,65%)	2 (0,60%)	5 (1,47%)	3 (0,90%)	0 (0%)	0 (0%)	33 (9,71%)	52 (15,29%)
non précises	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)
autres (parents, collègues)	8 (2,35%)	10 (2,94%)	0 (0%)	2 (0,60%)	1 (0,30%)	1 (0,30%)	6 (1,76%)	28 (8,24%)
total	102 (30%)	96 (28,24%)	19 (5,60%)	18 (5,29%)	11 (3,24%)	7 (2,06%)	87 (25,59%)	340 (100%)

L'influence de la prescription médicale ou du conseil de tout agent de santé apparaît notable en matière d'automédication des médicaments psychotropes. Les conseils d'un voisin ou des amis sont d'importance non négligeable.

Tableau XXXI: répartition des professions du consommateur en fonction de la source d'information.

source \ prof	liberales	fonctionnaires	étudiants	paysans	scolaires	sans professions	non précisée	autres	total
médicins	96 (28,24%)	13 (3,82%)	9 (2,65%)	8 (2,35%)	4 (1,18%)	35 (10,29%)	8 (2,35%)	18 (5,29%)	191 (56,17%)
amis	31 (9,12%)	7 (2,05%)	0 (0%)	2 (0,60%)	1 (0,30%)	13 (3,82%)	2 (0,60%)	14 (4,11%)	70 (20,59%)
voisin	20 (5,88%)	4 (1,18%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,60%)	12 (3,53%)	3 (0,88%)	9 (2,65%)	50 (14,71%)
non précisée	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)
autres	12 (3,53%)	1 (0,30%)	1 (0,30%)	1 (0,35%)	1 (0,30%)	6 (1,76%)	1 (0,30%)	5 (1,47%)	28 (8,24%)
total	159 (46,76%)	25 (7,35%)	10 (2,94%)	11 (3,23%)	8 (2,35%)	67 (19,71%)	14 (4,11%)	46 (13,53%)	340 (100%)

Tous les groupes socioprofessionnels semblent découvrir leur médicament psychotropes par suite d'une prescription médicale ou du conseil de tout agent de santé.

Tableau XXXII :répartition des classes de psychotropes en fonction de la durée de la consommation

produit \ durée consommation	anxiolytiques	hypnotiques	antidépresseurs	antiépileptiques	neuroleptiques	antiparkinsonniens	autres	total
2 mois	2 (0,60%)	3 (0,90%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	6 (1,76%)
3 mois	18 (5,29%)	35 (10,29%)	0 (0%)	6 (1,76%)	3 (0,90%)	2 (0,60%)	13 (3,82%)	77 (22,65%)
6 mois	25 (7,35%)	19 (5,59%)	5 (1,45%)	7 (2,06%)	2 (0,60%)	0 (0%)	16 (4,71%)	75 (22,06%)
1 année et plus	57 (16,76%)	37 (10,90%)	14 (4,12%)	5 (1,47%)	6 (1,76%)	4 (1,18%)	56 (16,47%)	182 (53,53%)
non précisée	1 (0,30%)	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,60%)
total	104 (30,60%)	98 (28,24%)	19 (5,60%)	18 (5,29%)	11 (3,24%)	7 (2,06%)	85 (25%)	340 (100%)

Pour toutes les classes de psychotropes la consommation pendant une année et plus apparaît important.

Tableau XXXIII :répartition des professions en fonction de la durée de la consommation

profession \ durée	libérale	fonctionnaires	ouvriers	paysans	scolaires	non précisées	sans professions	autres	total
2 mois	2 (0,60%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,90%)	5 (1,47%)
3 mois	28 (8,24%)	3 (0,90%)	2 (0,60%)	2 (0,60%)	2 (0,60%)	5 (1,47%)	19 (5,60%)	17 (5%)	78 (22,94%)
6 mois	39 (11,47%)	6 (1,76%)	2 (0,60%)	2 (0,60%)	1 (0,30%)	2 (0,60%)	16 (4,71%)	6 (1,76%)	74 (21,76%)
1 années et plus	90 (26,47%)	16 (4,71%)	6 (1,76%)	7 (2,06%)	5 (1,47%)	7 (2,06%)	31 (9,11%)	19 (5,60%)	181 (53,23%)
non précisées	1 (0,30%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,30%)	2 (0,60%)
total	159 (46,76%)	25 (7,35%)	10 (2,94%)	11 (3,24%)	8 (2,35%)	14 (4,11%)	67 (19,71%)	46 (13,53%)	340 (100%)

Pour toutes les groupes socioprofessions la durée de la consommation semble atteindre une année et plus surtout chez les à professions libérales et sans professions

Tableau XXXIV :répartition des classes des classess de psychotropes en fonction du sexe du consommateur

produits \ sexe	masculin	féminin	total
anxiolytiques	80 (23,53%)	24 (7,06%)	104 (30,59%)
hypnotiques	71 (20,88%)	25 (7,35%)	96 (28,24%)
antidépresseurs	16 (4,71%)	3 (0,90%)	19 (5,61%)
antiépileptiques	14 (4,12%)	4 (1,18%)	18 (5,29%)
neuroleptiques	7 (2,06%)	4 (1,18%)	11 (3,24%)
antiparkinsonniens	5 (1,47%)	2 (0,60%)	7 (2,06%)
autres	67 (19,70%)	18 (5,29%)	85 (25%)
total	260 (76,47%)	80 (23,53%)	340 (100%)

Les hommes semblent consommer les psychotropes par automédication que les femmes.

Tableau XXXV :répartition de la durée de la consommation en fonction du sexe du consommateur

SEXE \ DUREE	Masculin	Feminin	Total
2 mois	2 (0,57%)	0 (0%)	2 (0,57%)
3 mois	33 (9,71%)	10 (2,94%)	43 (12,65%)
6 mois	95 (27,94%)	30 (8,82%)	125 (36,76%)
1 an et plus	130 (38,23%)	40 (11,76%)	170 (49,71%)
total	260 (76,47%)	80 (23,53%)	340 (100%)

On constate sur ce tableau que:

38,23%) d'hommes déclarent consommer un psychotropes pendant une année et plus ,contre 11,76% de femmes.

27,94% d'hommes contre 8,82% de femmes déclarent consommer un psychotrope pendant 6 mois.

9,71% d'hommes contre 2,94% de femmes déclarent utiliser un psychotrope pendant 3 mois

La consommation pendant 2 mois est de 0,60% chez les hommes contre 0% chez les femmes

En somme pour cette deuxième enquête faite dans 30 pharmacie pendant 10 mois 1607 fiches d'enquês ont été recueillies dont 1267 soit 78,89% de la prescription et 340 soit 21,11% de l'automédication. Il en résulte les mêmes tendance de la prescription et de l'automédication comme dans l'étude 1993. Les psychotropes sont davantage prescrits chez les hommes que chez les femmes. L'automédication existe dans les deux sexes , mais prédomine chez les hommes. Les personnes de professions libérales apparaissent sujettes à l'automédication et à la prescription des psychotropes. L'âge médian de la prescription et de l'automédication se situe dans l'intervalle de 30 à 44 ans .Les médecins et les infirmiers viennent en tête de la prescription parmi tous les prescripteurs et cela dans les hôpitaux et les structures privées

9-4) RESULTAT III : ENQUETE DANS LES QUARTIERS DU DISTRICT DE BAMAKO

Cette enquête a eu lieu auprès de 112 vendeurs de médicaments. Sur un total de 112 nous avons identifié un seul psychotropes chez 20 vendeurs soit 17,85%. Il s'agit du valium ou diazépam dosé à 10 mg connu sous le nom de « d10 ». Les comprimés de valium sont conservés dans des boîtes en plastique pouvant contenir 20 à 40 comprimés. Tous les vendeurs déclarent que toutes les personnes de tout âge, des deux sexes et de toute professions viennent acheter chez eux leur médicaments. Nous avons au cours de cette enquête coïncidé avec deux acheteurs tous de sexe masculin qui déclarent connaître ce médicament par l'intermédiaire d'un voisin du quartier et qu'il consomme pendant très longtemps sans préciser la durée exacte. Ce médicament leur sert de relaxant musculaire musculaire et facilite le sommeil. Nous avons rencontré d'autres types de médicaments ne faisant pas partie de l'objet de notre étude notamment les antalgiques comme la sédaspir. La répartition par quartier des 20 vendeurs est la suivante: Banconi marché 6 ; Sogonlko gare 7 ; Medine marché 7.

10-) ETUDE COMPARATIVE

10-1) ETUDE 1993 ET 1994

Tableau XXXVI : comparaison origine des prescription de l'étude 1993 et 1994

origine des prescriptions	étude 1993	étude 1994	total
hôpitaux	84 (30,43%)	796 (62,83%)	880 (57,03%)
structures privées	59 (21,30%)	201 (15,86%)	260 (16,85%)
cscm	52 (18,84%)	129 (10,18%)	181 (11,73%)
dispensaires	28 (10,14%)	90 (7,11%)	118 (7,65%)
cscop	1 (0,36%)	7 (0,55%)	8 (0,52%)
autres	38 (13,78%)	38 (2,99%)	76 (4,93%)
non précisés	14 (5,07%)	6 (0,48%)	20 (1,30%)
total	276 (100%)	1267 (100%)	1543 (100%)

On note une tendance nette de la prédominance de la prescription dans les hôpitaux et dans les structures privées au niveau les deux études.

Tableau XXXVII : comparaison du niveau de prescription de l'étude 1993 et 1994.

niveau de prescription	1993	1994	total
médecin	181 (65,58%)	956 (75,47%)	1137 (73,69%)
infirmiers	52 (18,84%)	203 (16,02%)	255 (16,53%)
sages femmes	25 (9,06%)	69 (5,45%)	94 (6,09%)
autres(étudiants ,vétérinaires)	8 (2,89%)	11 (0,86%)	19 (1,23%)
non précisés	10 (3,65%)	28 (2,20%)	38 (2,46%)
total	276 (100%)	1267 (100%)	1543 (100%)

$$\chi^2=759,58 \quad \text{ddl}=5 \quad p<10^{-8}$$

Les médecins et les infirmiers semblent prescrire davantage dans les 2 études La différence les deux est significative On note une augmentation de la prescription des médecins en 1993 et en 1994

Tableau XXXVIII comparaisons des classes de psychotropes prescrits sur ordonnance en 1993 et en 1994

psychotropes	1993	1994	total
anxiolytiques	105 (38,04%)	501 (39,84%)	606 (39,27%)
neuroleptiques	64 (23,19%)	288 (22,73%)	352 (22,81%)
antidépresseurs	44 (15,94%)	95 (7,50%)	139 (9,01%)
antiépileptiques	33 (11,86%)	83 (6,55%)	116 (7,52%)
hypnotiques	22 (7,97%)	240 (18,94%)	262 (16,98%)
antiparkinsonniens	7 (2,64%)	38 (2,99%)	45 (2,92%)
autres(dinintels)	1 (0,36%)	22 (1,75%)	23 (1,49%)
total	276 (100%)	1267 (100%)	1543 (100%)

On note aisément une prédominance des tendances à la prescription d'anxiolytiques de neuroleptiques et d'hypnotiques dans les 2 études.

Tableau XXXIX : comparaison des médicaments consommés par automédication en 1993 et 1994

psychotropes	1993	1994	total
anxiolytiques	36 (58,06%)	89 (20,18%)	125 (31,09%)
neuroleptiques	5 (8,06%)	10 (2,94%)	15 (3,73%)
hypnotiques	5 (8,06%)	99 (29,11%)	104 (25,84%)
antidépresseurs	5 (8,06%)	15 (4,41%)	20 (4,97%)
antiépileptiques	4 (6,48%)	16 (4,71%)	20 (4,97%)
antiparkinsonniens	2 (3,22%)	4 (1,18%)	6 (1,74%)
autres	5 (8,06%)	107 (31,47%)	112 (27,66%)
total	62 (100%)	340 (100%)	402 (100%)

L'automédication des anxiolytiques et hypnotiques prédomine dans les 2 études

10-2) ETUDE 1994 COMPARAISON ENTRE AUTOMÉDICATIONS ET PRESCRIPTION

Tableau XXXX : comparaison des tranches d'âge de la prescription et de l'automédication de l'étude 1994

tranche d'âge	prescription	automédication	total
0-14 ans	56 (4,42%)	18 (5,29%)	74 (4,60%)
15-29 ans	227 (17,92%)	79 (23,24%)	306 (19,04%)
30-44 ans	829 (65,43%)	175 (51,47%)	1004 (62,42%)
45-69 ans	105 (8,29%)	51 (15%)	156 (9,71%)
60 ans et plus	50 (3,94%)	17 (5%)	67 (4,17%)
total	1267 (100%)	340 (100%)	1607 (100%)

$$\chi^2 = 345,53 \text{ ddl}=5 \text{ } p < 10^{-8}$$

Les tranches d'âge de 30 à 44 ans et 15 à 29 ans sont surtout celles où domine la prescription et l'automédication des médicaments psychotropes. On note une différence significative entre les 2 études

Tableau XXXXI :comparaison des médicaments prescrits et des médicaments consommés par automédication en 1994

Psychotropes	prescription	automédication	total
anxiolytiques	501 (39,54%)	89 (26,18%)	590 (36,71%)
neuroleptiques	288 (22,73%)	10 (2,94%)	298 (18,60%)
hypnotiques	240 (18,94%)	99 (29,11%)	339 (27,31%)
antidépresseurs	95 (7,50%)	15 (4,41%)	110 (6,84%)
antiépileptiques	83 (6,65%)	16 (4,71%)	99 (6,16%)
antiparkinsonniens	38 (2,99%)	4 (1,18)	42 (2,61%)
autres	22 (1,75%)	107 (31,47%)	129 (8,02%)
total	1267 (100%)	340 (100%)	1607 (100%)

$$\chi^2 = 922,41 \quad \text{ddl} = 7 \quad p < 10^{-8}$$

L'automédication et la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques semble prédominer. La différence est significative entre le pourcentage de la prescription et celui de l'automédication pour toutes les classes de psychotropes

Tableau XXXXII comparaison des professions de la prescription et de l'automédication de l'étude 1994

professions	prescription	automédication	total
libérale	506 (39,94%)	166 (48,82%)	672 (41,82%)
fonctionnaires	294 (23,20%)	48 (14,12%)	342 (21,28%)
paysans	28 (2,21%)	9 (2,64%)	37 (2,30%)
f a.s	5 (0,39%)	8 (2,35%)	13 (0,81%)
scolaires	15 (1,18%)	11 (3,24%)	26 (1,62%)
sans professions	381 (30,07%)	93 (27,35%)	474 (29,49%)
autres	21 (1,66%)	0 (0%)	21 (1,31%)
non précisée	17 (1,35%)	5 (1,47%)	22 (1,37%)
total	1267 (100%)	340 (100%)	1607 (100%)

La prescription et l'automédication des médicaments apparaît important chez les personnes de professions libérales et les personnes sans professions.

Tableau XXXXIII : comparaison entre le sexe du consommateur dans la prescription et dans l'automédication.

sexe	prescription	automédication	total
masculin	838 (66,14%)	260 (76,97%)	1098 (68,32%)
féminin	429 (33,86%)	80 (23,53%)	509 (31,68%)
total	1267 (100%)	340 (100%)	1607 (100%)

$$\text{chi}^2 = 235,17 \quad \text{ddl} = 2 \quad p < 10^{-5}$$

La prescription et l'automédication des psychotropes apparaît important chez les hommes que chez les femmes. On remarque aisément une différence significative entre le pourcentage de l'automédication et celui de la prescription.

11) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

11-1) APPROCHE METHODOLOGIQUE

Le sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies bien conduit permet la collecte des données indicatrices des tendances de la consommation et de la prescription. Il peut fournir des données descriptives permettant d'identifier certaines caractéristiques tels le sexe du malade et le type de médecins prescripteurs. Elle est limitée par la qualité et la taille de l'échantillon. Ainsi notre étude faite pendant 10 mois pourrait se faire durant une période beaucoup plus longue avec un échantillon de taille plus grande. Néanmoins pendant la période de 10 mois et dans 30 pharmacies nous aurions pu obtenir un échantillon de taille plus grande que celle que nous avons eu s'il n'y avait pas certaines difficultés. En fait si la pharmacie est sous la responsabilité d'un pharmacien diplômé, la vente des médicaments est faite par un personnel de niveau moyen ne maîtrisant pas les noms des médicaments retenues. Ailleurs même si les noms est parfaitement maîtrisée certaines ordonnances vont passer inaperçues pendant les périodes de ventes intensives. Au nombre des difficultés se trouvent la non disponibilité de certains patients à répondre aux questionnaires

Au cours de notre enquête dans les quartiers nous avons constaté un sentiment de méfiance de la part de la plus part des vendeurs de médicaments.

-La prédominance des médecins prescripteurs est bien justifiable car les psychotropes sont des médicaments dangereux dont la manipulation nécessite des connaissances bien approfondies. Les infirmiers prescripteurs sont surtout ceux exerçant dans les structures spécialisées telles le service de psychiatrie de l'hôpital du point g et ceux exerçant dans les dispensaires de quartier les CMIE (centre médicale interentreprises) et les structures privées.

La tendance du groupe des sages femmes est surtout due à ce que ce sont elles qui sont les premières consultées dans les centre de santé de commune et les centres de santé communautaire pour les urgences obstétricales et pédiatriques qui nécessite le plus souvent la prescription de psychotropes tranquilisants. Les autres groupes de prescripteurs sont surtout les prescripteurs clandestins non qualifiés mais facilement accessibles aux patients

-Le résultat du tableau II et VI explique aisément que la plupart des médecins spécialisés qui délivrent les ordonnances de psychotropes exercent soit dans les hôpitaux ou dans les structures privées.

Les centres de santé de commune et les centres santé communautaire, les dispensaires et autres structures sont très souvent tenues par des médecins généralistes des infirmiers d'état et des infirmiers simples qui sont sollicités pour des troubles anxieux nécessitant la livraison d'ordonnances d'anxiolytiques, et dont le domaine de compétence se limite au traitement des affections les plus courantes de la médecine générale.

-L'importance de la prescription des psychotropes anxiolytiques apparaît très nette ainsi que celle des neuroleptiques et des hypnotiques. En fait il s'agit de groupe de médicaments régulièrement utilisés dans les structures spécialisées telles le service de psychiatrie et de neurologie de l'hôpital national du point « G ». D'autre part tous ces médicaments sont utilisés en médecine générale. Les antidépresseurs les antiépileptiques et les antiparkinsonniens sont moyennement prescrits.

-Il apparaît nettement que les psychotropes sont d'avantage prescrits chez les hommes que les femmes. En fait les facteurs prédisposants à la prescription de psychotropes chez une personne sont multiples parmi lesquels la maladie joue un rôle important. Celle-ci étant due à des perturbations psychobiologiques ayant plusieurs origines au nombre desquelles se trouvent les problèmes sociaux.

On ne peut pas cependant conclure que les hommes sont plus malades que les femmes car la plus part de nos patientes pourraient recourir aux structures traditionnelles de traitement qui est une pratique répandue dans notre société.

Au regard du recensement de 1987 il n'y a pas une différence significative entre le nombre de femmes et d'hommes à Bamako (50,03% contre 49,97%).

-La tranche d'âge de 30 à 44 ans apparaît dominante avec 65,43%. Cette tranche d'âge est celle où la personne est censée mener une activité professionnelle. En générale c'est pendant cette période de l'existence que l'on est beaucoup plus responsable.

-La prescription est dominante chez les personnes de professions libérales. Il s'agit en général de commerçants d'artisans de menuisiers tailleurs. En fait toute personne menant une activité professionnelle libérale. Il s'agit d'un groupe dont la nature des activités admet une certaine instabilité. Cette mouvance n'est-elle pas la conséquence des aléas économiques ou résulte de difficultés plus individuelles. Les personnes sans professions viennent en deuxième position avec 30,07%. Les fonctionnaires représentent 23,20%. Le groupe des paysans est constitué par des cultivateurs des fermiers des éleveurs. Le pourcentage des sans professions n'étonne pas car cette catégorie doit contenir des sujets socialement marginalisés désinsérés ou ininsérables.

-La notion d'alphabétisation nous a paru important car si les psychotropes sont utilisés pour traiter les symptômes d'une maladie ils y produisent d'autres effets nocifs pour la santé à court et long terme. La majeure partie de ces effets sont méconnus par nos consommateurs surtout ceux non alphabétisés. En fait ces personnes devaient être averties par leur prescripteurs: ce qui n'est généralement pas le cas.

-Le nombre important de patients non hospitalisés peut s'expliquer par le fait que les patients préfèrent le traitement à titre externe pour y associer un traitement traditionnel qui est le plus souvent refusé à l'hôpital par les médecins. Sur tout autre plan il n'existe qu'un seul service d'internement à Bamako où les malades refusent l'hospitalisation pour ne pas être traité d'anciens malades du cabanon par la population.

-Il ressort de ces résultats que les professions libérales sont les plus grands consommateurs de psychotropes par automédication avec 48.82%. Il s'agit de travailleurs qui prennent les psychotropes soit pour mieux produire dans leur travail soit après une longue période de travail ou bien ils les consomment pour mieux se reposer. Il s'agit principalement de commerçants de tailleurs de forgerons de mécaniciens qui ont fait connaissance du produit soit par ce que ce produit leur a été prescrit par un médecin ; soit par ce que le produit leur a été conseillé par une autre personne. Il peut exister des cas d'automédication à des fins sociales récréatives. Les mêmes constatations ont été faites dans l'étude de la prescription.

-On constate les mêmes tendances que dans la prescription en ce qui concerne les tranches d'âges et le sexe du consommateur dans l'automédication.

-Dans le tableau XVI il s'agissait pour nous de savoir le médicament que vient payer sans ordonnance à la pharmacie. comment le patient l'a-t-il connu ? La plus part des médicaments payés sans ordonnance à la pharmacie ont été une première fois prescrits ou conseillés par un médecin ou tout autre agent de santé. L'influence de l'amitié et voisinage n'est pas négligeable dans le cadre de l'automédication.

- Dans le tableau XVII on constate que la plus part de nos patients ont fait usage de psychotropes pendant plus de 6 mois à un an et plus. Ils constituent des consommateurs chroniques.

-Sur un total de 340 produits recueillis dans l'étude de l'automédication, le groupe des anxiolytiques sont les plus nombreux avec 107 soit 31,47%. Les hypnotiques viennent en deuxième position avec 99 soit 29,11% dans l'automédication. Ceux-ci ne sont pas étonnants car au cumul d'insuccès la plus des individus finissent par perdre l'estime d'eux-mêmes et s'adaptent à la situation anxiogène que cela leur procure de différentes façons. Une porte de sortie est l'utilisation compulsive et répétitive de psychotropes anxiolytiques et hypnotiques.

Les neuroleptiques représentent 1/10 soit 2,94%. Il s'agit d'anciens malades qui vont à la pharmacie pour se procurer les médicaments qui leur a été prescrits pour une première fois. C'est le même cas en ce qui concerne les antidépresseurs les antiépileptiques et les antiparkinsonniens

Si nous devons comparer notre étude par rapport à celle faite dans d'autres pays on **remarque:**

Par rapport aux études Américaines:

Notre étude porte essentiellement sur les ordonnances tant que celle Américaines porte sur les ordonnances et l'analyse des chiffres de vente.

Dans notre étude nous n'avons pas rencontré de psychostimulant. Les barbituriques représentés ici par le phénobarbital apparaissent dans un degré moindre dans leur utilisation

Nous avons les mêmes résultats quand à l'utilisation des tranquillisants et des sédatifs mineurs qui sont davantage et plus régulièrement utilisés que les autres classes de psychotropes. Ici les tranquillisants et les sédatifs mineurs sont représentés par les anxiolytiques les neuroleptiques et les hypnotiques.

Contrairement aux études Américaines dans notre étude les hommes consomment davantage les psychotropes que les femmes.

Dans notre étude l'utilisation des psychotropes augmente avec l'âge jusqu'à 44 ans puis on note une diminution aux environs de la soixantaine. Dans l'étude Américaines l'utilisation régulière augmente avec l'âge. Les différences constatées entre les deux études peut s'expliquer par le fait que l'étude Américaine donne le résultat de 14 études dont 8 de grande envergure faites par deux méthodes associées

Nous ne connaissons pas les différents effectifs de l'étude Américaine ce qui nous empêche le calcul de tests statistiques.

Par rapport aux 14 études faites en Europe on remarque les mêmes constatations que faites dans les études Américaines.

Par rapport aux études menées au Royaume Uni, notre étude montre 27,94% d'hommes et 8,82% de femmes déclarent consommer un psychotrope pendant 6 mois. (nous avons 5% de femmes et 3% d'hommes au Royaume Uni). Cette différence serait en rapport avec la méthodologie employée et la taille de l'échantillon d'étude

12) CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Aborder le problème de la demande des médicaments psychotropes dans le district de Bamako revient à aborder un problème à multiples dimensions dont il n'est difficile d'épuiser tous les contours. De notre étude consacrée essentiellement sur la prescription et la consommation nous pouvons retenir

12-1) CONCLUSIONS

PAR RAPPORT A LA PRESCRIPTION

Nous avons 78,89% de la prescription .

Les médecins et les infirmiers sont les principaux prescripteurs de médicaments psychotropes dans le district de Bamako avec respectivement (75,47% et 16,02%)

Cette prescription est en majorité faite dans les hôpitaux et les structures privées(62,83% et 15,86%)

Les anxiolytiques et les neuroleptiques sont les groupes de médicaments de psychotropes les plus fréquemment prescrits (39,54%, 22,73%)

La prescription est plus importante chez les hommes que chez les femmes pour tous les classes de psychotropes. (66,14% contre 33,86%)

La prescription chez les groupes socioprofessionnels de profession libérale est la plus importante parmi tous les groupes socioprofessionnels. Elle représente 39,94%

La tranche d'âge de 30 à 44 ans est celle où la prescription domine(65,43%).

PAR RAPPORT A L'AUTOMEDICATION

L'automédication des médicaments psychotropes est une réalité à Bamako. Elle représente 21,11% dans notre étude

Elle est plus fréquente chez les hommes que les femmes pour toutes les classes de psychotropes.(76,47% et 23,53%)

Elle prédomine chez les groupes socioprofessionnels de professions libérales(48,82%).

La tranche d'âge de 30 à 44 an est celle où l'automédication est plus importante(51,47%).

Les hypnotiques et anxiolytiques sont davantage utilisés que les autres classes de psychotropes.(29,11% et 26,18%)

La prescription médicale ou le conseil de tout autres agents sociosanitaires constitue la principale source où le patient est pu entré en contact avec le médicament. (55,88%).

La consommation pendant une durée de 6 mois à une année et plus est prédominante(55,83%)

12-2) RECOMMANDATIONS

Au vu des différentes conclusions faites nous recommandons:

Que des mesures soit prises en vue de la création de mécanisme approprié pour la surveillance de l'usage et de la vente des médicaments psychotropes. La collaboration avec des organisations internationales serait indispensable pour la réussite de tel mécanisme.

Organiser des conférences ateliers et séminaires nationaux de façon périodique sur l'usage des médicaments psychotropes en vu d'une plus grande information des médecins pharmaciens et du publiques sur les dangers de l'usage de ces médicaments.

Organiser des programmes de formation a l'intention du personnel national jouant ou devant jouer un rôle professionnel déterminant dans l'utilisation des psychotropes.

Une meilleure communication entre le prescripteur et le patient en vue d'une exécution plus rationnelle des ordonnances

L'éducation des populations pour qu'elles abandonnent les pratiques de l'automédication. L'éducation pour la sante serait ici d'un rôle déterminant. Elle doit porté essentiellement sur la durée du traitement ,la posologie, les interactions médicamenteuses , le risque de dépendance que peut créer certains psychotropes

Diffusion périodique de données épidémiologiques sur l'usage des médicaments psychotropes .

L'adhésion totale du Mali et la mise en application du fonctionnement de la convention de 1971 sur les substances psychotropes

13) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - Askia H.

Les benzodiazépines et le risque de dépendance.
Thèse de pharmacie. Dakar 1984, n° 83, 112p

2 - Bambara B.

Les embryopathies médicamenteuses
Thèse de pharmacie, Dakar 1983 n° 114, 115p

3 - B. Rexed, K. Edmondson, I. Khan, R.J. Samsom.

Directives pour le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes dans le contexte des conventions internationales
Organisation Mondiale de la Santé Genève 1986

4 - Chaumet Ph. RIFAUT RONG P.

Traité de pharmacologie, tome 2, D.C.E.M. médecine 615 CHA n° 5754

5 - Cisse B.S., Toure D.M.

étude de quelques aspects de la toxicomanie au chanvre indien dans le district de Bamako, Dakar médical 1985 tome 30

6 - Cisse B.

La couverture sanitaire du district de Bamako
Mémoire de droit ENA Bamako 1980

7 - Cissé H.

Quelle politique de médicaments essentiels?
Bamako centre Dioilba
Série causeries débats février 1988

8 - Deniker P.

que sais je, presse universitaire de France 1976

9 - Diakité D. N.

Prescription médicamenteuse en pédiatrie connaissance et savoir faire des prescripteurs
Thèse de médecine 1992 N° 25, 70p

10 - Diarra M.

Etude de la prescription medicamenteuse a l'hôpital Gabriel Touré (chez les consultations externes)

Thèse de pharmacie Bamako 1995 N°6 78p

11- Dolo I.

Contribution à l'étude du secteur pharmaceutique privé difficultés et perspectives

Thèse de pharmacie Bamako 1989 n°28

12 - Doumbia B. L.

L'approvisionnement en produit pharmaceutique de l'hôpital du point G en 1987

Thèse de pharmacie Bamako 1988 N°7 89p

13 - Fares T.

Toxicomanie au datura metier le dépistage rapide de la drogue à l'aide du micro four TAS

D.E.A de pharmacie Dakar 1978 P 89

14 - Ghodse H. , khan I.

Les médicaments psychoactifs pour une meilleure prescription

Organisation Mondiale de la Santé 1990

15 - Ginestet D. , Péron M.

Chimiotherapie psychiatrique.2ème édition MASSON , Paris ,New York ,Barcelone 1984.

16 - Hubert B.

Intoxication au chanvre indien (yamba) aspect divers de la toxicomanie au chanvre indien

Thèse de médecine Dakar 1981 n°90

17 - kaboré A.

Pharmacologie de l'agressivité et ses problemes Dakar

Thèse de pharmacie Dakar 1983 n°26 133p

18 - Maïga M. S.

Les analgesiques non morphiniques et leurs inconvenients consommation au Mali

Thèse de pharmacie Bamako 1989 n°3

19 - Malouga A.

Contribution à l'étude de la consommation pharmaceutique au Sénégal

Thèse de médecine 1981 N°51

20 - Michaux L.

Collections médico-chirurgicales - psychiatrie -
Flammarion - médecine sciences - 1972

21 - N'diaye O.

Habitude de prescriptions médicamenteuses dans la région de Segou (cercle de Niono et commune de Segou)

Thèse de pharmacie Bamako 1995 n° 1 75P

22 - Galadina O.

problème d'approvisionnement et de gestion pharmaceutique à partir de l'expérience nigérienne

Thèse de pharmacie Dakar 1983 n° 30 146p

23 - Ouattara O.

Contribution à l'étude de la consommation médicamenteuse au Mali

Thèse de médecine 1990

24- SAFARE M., SAFAVIAN A. ET COLL

Guide pratique de thérapeutique tome I 1985 édition marketing

25 - SCHWART D. Z.

Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes

Flammarion médecine sciences 3ème édition 1975 319p

26 - Simier E.

Aspect actuel de quelques toxicomanie.

Thèse de médecine Paris 1953 n°306

27 - Singaré A.

Etude de la prescription des antibiotiques dans certaines formations sanitaires du cercle de Niono (Région de Segou)

Thèse de pharmacie Bamako 1993 86p n° 12

28 - Sissoko M.

Etude épidémiologique de la toxicomanie en milieu hospitalier psychiatrique (approche psychopathologique et socioculturelle.)

Mémoire certificat d'étude spéciale de psychiatrie (C .E. S) Bingerville 1992.

29 - Sogodogo .Y.

Rôle de l'éducation pour la santé et de la formation dans l'utilisation des médicaments essentiels dans le cadre des soins de santé primaires

Thèse de pharmacie Bamako 1989

30 - Sy M.

Etude de la prescription et de la consommation des médicaments au centre de santé communautaire de Bancor et dans les CSCOM prévus dans le cadre des PSHR"
Thèse de pharmacie Bamako 1993 n°6 : 86p

31 - Tayebi L.

Contribution à l'étude de la consommation médicamenteuse au Sénégal résultat d'une enquête sur 500 familles dans le milieu Dakarois
Thèse de médecine Dakar 1976 p 93 n°N°35

32 - Touré D. M.

Contribution à l'étude de quelques aspects de la toxicomanie au chancre indien (cannabisme) à Bamako
Thèse de pharmacie 1988 : 71p

33 - Traoré S.

Etude de la consommation des médicaments dans le quartier de Bancor
Thèse de médecine , Bamako 1989 ,88p

34 - Traoré Y. D.

Contribution à l'étude de quelques aspects socio- économiques de la toxicomanie dans le district de Bamako a travers une enquête chez 164 personnes
Thèse pharmacie Bamako 1989 n° 5

ANONYMES

35 - Direction nationale de la statistique et de l'informatique (D.N .S.I.)

Analyse état de la population tome bureau centrale de recensement 1987

36 - D.N .S .I.

Fréquentation scolaire scolarisation et alphabétisation tome 4
Bureau centrale de recensement juin 1991

37 - D.N.S.I

Recensement général de la population et de l'habitat (du 28 du 01 au 14 avril 1987)

38 D.N.S.I.

Recensement générale de la population et de l'habitat volume 8
Bureau centrale de recensement 1987.

39 - Direction du projet urbain ,second projet urbain du Mali

Etude de factibilité 1986 Banque Mondiale, groupe 8 .B.C.E.M, S.N.E.D p=170

40 -Institut international de formation et de lutte contre les drogues (I.L.F.D.)
Toxicomanes pris en charge en Afrique ,enquête épidémiologique :Senegal, Mali, Zimbabwe ,Kénya ,1990

41 - O.M.S

Appréciation des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux liés à l'usage des substances psychotropes compte rendu du comité O.M.S. d'experts pour l'application de la convention de 1971 sur les substances psychotropes.
Série de rapports techniques 656 O.M.S Genève 1981

42 -. O.M.S

Comité O.M.S d'expert de la pharmacodépendance Vingt quatrième rapport Série des rapports techniques 761 O M S,genève 1988.

43 - O.M.S

Convention de 1971 sur les substances psychotropes nations unies New York 1977

44 - O.M.S

Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le protocole de 1972 portant amendement de la convention unique sur les stupéfiants de 1961.Nations unies New York 1977

45 - O.M.S

Selection des médicaments essentiels ,rapport d'un comité d'expert de l'O.M.S série des rapports technique n 615 O.M.S 1977

46 - O.M.S

Série de rapports techniques numéro 371: Recherche en psychopharmacologie
Rapport d'un groupe scientifique de l'O M.S Genève 1967

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE 1993

N° de la fiche

Lieu(pharmacie)

Date

ORDONNANCE

Délai

Lieu de prescription

Prescripteur

1_Médecin

2_Médecin

3_Médecin

4_Infirmiers

5_Sage femme

6_Autres

7_Non précisé

Structure ou exerce le prescripteur

1_ Hôpital

2_ Centre de santé de commune

3_ Centre de santé communautaire

4_ Structure privée de quartier

5_ Dispensaire

6_ Cmie

7_ Cabinet médical d'état

8_ Autre

9_ Non précise

ACHAT SANS ORDONNANCE

1 Automédication

Produits

quantité

posologie

Fiche D'enquête.1994

Date.

Numéro de la fiche

Pharmacie.

Prescripteur.

Médecin

Infirmier

Sage femme

Autres

Non précise

Structure ou exerce le prescripteur.

Hôpital

Centre de santé de commune

centre de santé communautaire

Structure privée

Dispensaire

Autres

Malade(ce/la qui l'ordonnance est destinée)

Age

Sexe m f

Profession.

Alphabétisée oui non

Hospitalisée oui non

Produits mentionnés sur l'ordonnance

Produits Quantité posologie

Automédication(demande de médicament sans ordonnance)

Profession du demandeur

Age

Sexe m f

Produit demandé quantité posologie

Comment avez connue ce médicament?

Médecin

Ami

Camarade

Voisins

Autres

Depuis quand vous preniez ce médicament?

moins de 3 (trois) mois

trois 3 mois

six mois

plus de (six) 6 mois

1 (un) an.

Enquête dans les quartiers de Bamako.1994

No de la fiche.

Quartier.

Date.

Questions à poser au vendeurs.

1 où est ce que vous vous procurer ces médicaments?

pharmacie |___|.

marché |___|.

ailleurs |___|.

2 combien vendez vous par jour?

quantité

3 observez les différents types de médicament qu'il possède.

4 quelles sont les catégories de personnes qui vous achètent ces médicaments

.....

5 question à poser à certains acheteurs.

comment avez vous connus ce médicament?

amis .

médecin.

parents.

est ce votre première fois de prendre ce médicament?

oui |___|

non |___|

7 Age sexe profession

8 Quantité de médicament payée

9 Pendant combien de temps vous prenez ces médicaments?

RESUME

NOM : SOGODOGO

PRENOMS : SEYDOU

TITRE DE LA THESE : Etude de la consommation des médicaments psychotropes dans le district de Bamako

ANNEE : 1995

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Les médicaments psychotropes forment de nos jours un outil thérapeutique dont l'utilisation dans le domaine médical et pharmaceutique ne fait aucun doute. C'est ainsi que nous avons entrepris notre étude sur la consommation de ces substances dans le district de Bamako afin de pouvoir dégager certaines tendances liées à l'usage de ces médicaments. Pour la réalisation de ce travail nous avons d'une part procédé à un sondage des ordonnances exécutées dans les pharmacies à travers une enquête faite dans 15 pharmacies en 1993 et dans 30 pharmacies en 1994 et d'autre part une enquête parallèle faite dans 4 quartiers du district de Bamako englobant les points de vente du secteur informel. Il ressort très nettement de cette étude que

Les médecins viennent en tête de la prescription des médicaments psychotropes dans le district de Bamako

Cette prescription faite en majorité dans les hôpitaux et dans les structures privées concerne d'avantage:

- Les hommes que les femmes
- Les sujets de professions libérales et les sujets sans professions
- Les adultes jeunes de 30 à 44 ans
- Les anxiolytiques et les neuroleptiques

L'automédication des médicaments psychotropes apparaît comme une réalité dans le district de Bamako. Comme dans le cadre de la prescription elle est plus importante:

- Chez les hommes que les femmes
- Chez les sujets de professions libérales et les sujets sans profession
- Chez les adultes jeunes de 30 à 44 ans.
- Les anxiolytiques, les neuroleptiques et les hypnotiques

La prescription médicale ou le conseil de tout agent de santé constitue la principale par laquelle le patient a pu connaître son médicament

La consommation pendant une durée de 6 mois à un an et plus est en générale fréquente

Secteur d'intérêt: psychiatrie

Mots clés: prescription, automédication, consommation, psychotropes.

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, 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.