

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année: 2007-2008

N°-----/

TITRE

**UTILISATION DES PSYCHOTROPES : PLACE
DES BENZODIAZEPINES DANS LE
TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHIQUES
DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE AU
C.H.U DU POINT G DE BAMAKO**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le...../.../...../ àHeures devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

Par Monsieur GAOUSSOU BERTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOMED'ETAT)

JURY:

Président du Jury : Professeur Ibrahim I MAIGA

Membres:- Docteur Saïbou MAIGA

- Professeur Bakoroba COULIBALY

Directeur de thèse: Professeur ELIMANE MARIKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008**

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

**1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES
AGREGE**

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE-
PROFESSEUR**

**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-
CONTROLEUR DES FINANCES**

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie	
Mr Bocar SALL	Orthopédie	Traumatologie –
Secourisme		
Mr Souleymane SANGARE		Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA		Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE		Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY		Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE		Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE		Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO		Médecine interne
Mr Aly GUINDO		Gastro-entérologie
Mr Mamadou M.KEITA		Pédiatrie
Mr Siné BAYO		Anatomie-
Pathologie-Histo-embryologie		
Mr Sidi Yaya SIMAGA		Santé Publique,
chef de D.E.R		
Mr Abdoulaye Ag RHALY		Médecine Intrene
Mr Boulkassoum HAIDARA		Legislation

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Chef de D.E.R.	

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-
Réanimation	
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Generale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Generale

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie Reanimation
Mr Tiema COULIBALY	Orthopédie
Traumatologie	
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie
Traumatologie	
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-
Reanimation	
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie &
Chirurgie Générale	
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie
Réanimation	
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-
Traumatologie	
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie

Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-
Histoembryologie	
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mycologie	
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Yeya TOURE	Biologie Génétique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histologie embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie
Animale	
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie

Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Médicale
Mr Guimogo DOLO
Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE
Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE
Médicale
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO

Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Anatomie pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

Entomologie Moléculaire

Entomologie

Entomologie Moléculaire

Biologie/ Parasitologie
Immunologie
Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Hépatologie
Mr Somita KEITA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie

Dermatologie Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pédiatrie
Pneumologie Phtisiologie
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Endocrinologie

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOG	Gastro-entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de

D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique	Chef de
---------------------	----------------	----------------

D.E.R

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio statistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr Amadou Papa Diop

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie.

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à :

➤ Dieu : Le Tout Puissant, Créateur des cieux et de la terre, Clément, Miséricordieux par excellence.

Tout vient de Toi, Tu nous as donné vie et santé pour vivre ce jour. C'est Toi qui m'as été toujours protecteur, je me confie toujours à Toi.

Nous te prions de bien guider nos pas sur le chemin qui reste à parcourir.

Maître suprême, je resterais toujours à Ton service.

Merci pour le vécu et le futur. Que Ta bénédiction et Ta protection soient sur tous. Amen !

➤ Mon père Zan BERTE,

Toi qui as choisi de m'envoyer à l'école.

En témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude.

Homme de paix, de sagesse, de personnalité très sociale, combattant actif de la vie, je suis très fière de toi. Toi qui avais pour devise : « travailler pour réussir ; réussir pour servir », tu as su éduquer tes enfants et ceux des autres, travailler pour ton Etat avec honnêteté et rigueur, tu me fais honneur. Ce travail est le fruit de tes sacrifices. Les mots me manquent pour te faire savoir à quel point tu comptes pour moi. Merci infiniment papa ! Que le tout puissant t'accorde encore longue vie ; Amen !

➤ **Ma mère Sitan DIALLO :**

En reconnaissance de ta douceur ton amour ton dévouement et tes prières qui m'ont accompagnés tout au long du chemin qui m'a amené ici.

Femme de ménage, source de ma vie, pionnière de mon éducation, brave femme, dynamique, courageuse, généreuse, tu es ma fierté de tout le temps. Ce travail est le fruit de tes efforts. Puisse ce jour solennel être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci Maman ! Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs de tes arbres pour lesquels tu as tant souffert pour l'entretien. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction ; Amen !

➤ **Mes tontons** Idrissa TRAORE, Madou DIALLO et Gaoussou DIALLO vos conseils, soutiens et sacrifices ont été pour moi des éléments de réussite. Que Le Tout puissant vous récompense et renforce nos liens.

➤ **Ma famille** Awa BERTE, Aboubacar BERTE, Fatoumata BERTE, Idrissa BERTE, Oumar BERTE, Adama BERTE, Salimata BERTE, Aminata BERTE et Lamine BERTE

Vous m'avez été un grand soutien. Je n'oublierais jamais ces moments de complicité, de joie, de peine partagée ensemble qui sont au tant de choses qui nous lient et que nous tous avons vécu intensément.

Qu'Allah renforce nos liens

REMECIEMENT

- A mes amis de tous les jours : Dr Fodé SIDIBE, Dr Youssouf DIARRA, Lassine DIARRA, Sabio Mady SISSOKO, Chaka KONATE, Yacouba KONATE, Oumar KONE et Nana TOURE

Nous avons apprécié le concours inestimable que vous nous avez apporté dans l'élaboration de ce travail.

Mes chers amis merci pour tous.

Le mot me manque pour décrire tous ce que vous avez fait pour moi.

Acceptez l'expression de ma profonde reconnaissance.

Puisse Dieu nous donne la sérénité et le courage de renforcer nos liens.

- **Au peuple Malien**

Qui a consenti d'énormes sacrifices pour ma formation. Puisse ce travail être l'amorce des récompenses de tes sacrifices. Je te servirai !

- **A tous ceux qui mon enseigné ou encadré durant ma carrière scolaire**

Trouvez en ce travail ma grande reconnaissance.

- **A mes camarades de promotion**

En souvenir des moments de joie et de peine vécus ensemble sur le long chemin des études de médecine. Courage et persévérance.

– **A tous mes amis (es)**

De peur d'en oublier je préfère ne pas les citer ; ils s'y reconnaîtront.

– **A tous ceux qui n'ont pas été cités dans ce travail**

Qu'ils sachent qu'ils ne sont pas oubliés. Qu'ils soient tous remerciés.

- **Je teins à remercier sincèrement mes logeurs** : Sibiri DIALLO à Bamako, Bréhima BERTHE à Yanfolila, Missa SIDIBE à Sikasso et Seydou SIDIBE à Sikasso.

Merci pour l'hospitalité d'hier et l'amitié d'aujourd'hui.

- **Je teins à exprimer mes remerciements aux frères et sœurs** : Ami SIDIBE, Djénéba KONE, Soyan KONATE, Ousmane DIARRA, Jean TESSOUGUE, Karim KONATE, Oumar BAH, Aly SIDIBE, Adama KONE, LASANI SANGARE, Abou DIALLO, Abdoul Djabar DIALLO, Houd KONE, Mariam KONE, Kadiatou DIALLO, Fatoumata CISSE, Nana BENGALY, Awa dite Gafou TRAORE et Aïchata SIDIBE.

Veillez croire à ma grande admiration et soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

- **Au personnel du Service de Psychiatrie** ; merci pour l'esprit de famille qu'on a partagé au service et vos soutiens.

A notre maître, président de jury

- **Professeur Ibrahim I MAIGA**, Maître de conférence en Bactériologie
- Chargé du cours de la bactériologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.
- Chef de service de laboratoire du Centre Hospitalier Universitaire du Point G

Cher maître c'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous voir comme président de ce jury de thèse.

Vous êtes resté toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont beaucoup fascinés ; ils resteront pour nous une source d'inspiration.

Recevez ici, cher maître et cher papa, nos remerciements les plus sincères.

A notre Maître et juge :

Docteur Saïbou MAIGA

- Maître assistant en législation ;

Cher Maître ; c'est un grand honneur que vous nous faite en acceptant de siéger dans ce jury, malgré votre multiple occupation.

La clarté de votre enseignement, votre simplicité, vos qualités humaines et intellectuelles forcent l'administration de tous ceux que vous enseignez.

Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge :

Professeur Bakoroba COULIBALY

- Maître de conférence en Psychiatrie à la FMPOS
- Médecin Psychiatre au CHU du Point G

Chers Maître grand est l'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 mérite admiration et respect;

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

La clarté et la qualité de votre enseignement nous ont séduits.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Elimane MARIKO,

- Maître de conférence en pharmacologie à la FMPOS.
- Colonel de l'armée malienne.
- Chargé du cours de la pharmacologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.

Vous avez bien voulu de participer à la direction de ce travail, nous en sommes honoré.

Nulle expression ne peut définir nos impressions après ces années de contact et de travail.

Votre rigueur scientifique, votre sens élevé du devoir et de la responsabilité de même que votre humilité font de vous un digne maître et sans pareil.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre parfaite reconnaissance et notre plus grand respect.

Abréviations

C.A : Conseil d'administration.

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.S.T.S : Centre de Santé des Techniciens Supérieurs.

CE.SA.ME : Centre de Santé Mentale

D.G.A : Directeur Général Adjoint.

D.N.S : Direction Nationale de la Santé.

E.D.S : Enquête Démographique de Santé.

E.E.G : Electro Encéphalogramme

E.I.P : Ecole des Infirmiers du Premier Cycle.

E.P.H : Etablissement Public Hospitalier.

E.S.S : Ecole Secondaire de Santé.

F.M.P.O.S : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto
Stomatologie.

I.M : Injection Intramusculaire.

I.V : Injection Intraveineuse.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

P.D.G : Président Directeur Général.

P.H : Praticien Hospitalier.

SOMMAIRE

I / Introduction	19
1.1/ Objectif général.....	23
1.2/ Objectifs spécifiques.....	23
II / Généralités	24
2.1/ Définition d'un psychotrope.....	24
2.2/ Historique.....	24
2.3/ Classification.....	27
2.4 / Modalité pratique d'utilisation des tranquillisants ou anxiolytiques.....	34
2.5/ Descriptions cliniques.....	40
2.6/ Traitement.....	50
III / Méthodologie	59
3.1/ Cadre d'étude.....	59
3.2/ Période d'étude.....	66
3.3/ Type d'étude.....	66
3.4/ Population d'étude	66
3.5/ Echantillonnage.....	66
3.6/ Saisie et analyse des données.....	67
IV/ Résultats	68

V/ Commentaires et discussions.....	78
VI/ Conclusion et recommandations.....	84
VII/ Références Bibliographiques.....	87
VIII/ Annexes.....	91
8.1/ Fiche d'enquête.....	91
8.2/ Fiche signalétique.....	96

I / INTRODUCTION

L'homme est soumis à une combinaison de facteurs physiques, socioculturels psychologiques, 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 partie. Cette situation le rend sujet à des attitudes et besoins nombreux et diversifiés. Il s'agit des besoins de nourriture, de santé, d'abris, de reproduction.

En santé il existe des indicateurs mentaux à savoir :

- Taux de suicide ;
- Délinquance juvénile ;
- Taux de toxicomanie et d'alcoolisme ;
- Taux d'échec scolaire ;
- Consommation des psychotropes ;
- Absentéisme scolaire et au travail.

Pour faire face à ces besoins de santé, l'homme a recours à la prise de substances chimiques d'origine naturelle ou synthétique appelées médicaments dont un groupe non négligeable est constitué par les psychotropes. Ainsi leur découverte et l'essor de la pharmacologie ont bouleversé le pronostic général des troubles mentaux et l'ensemble des problèmes soulevés par l'hospitalisation psychiatrique.

Par conséquent, l'apport des psychotropes s'avère indispensable dans le maintien des dérèglements psychiques en général : d'où l'objet de notre étude.

Les études menées entre les années 1960 et 1980 sur les substances psychotropes dans divers pays ont donné les résultats suivants ⁽²⁾.

Aux Etats –Unis : 14 études faites dont 8 de grandes envergures 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 des psychotropes utilisés, représentée par les hypnotiques autres que les barbituriques par les benzodiazépines a augmenté régulièrement.

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 Etats – Unis 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, 17 % en Belgique et en France ; les femmes étant les plus grandes consommatrices que les hommes dans tous les pays.

En Australie avec le national pharmaceutical benefits schème 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 et 1/3 dans la consommation des tranquillisants mineurs.

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 marqué chez les jeunes que chez les adultes (mêmes 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 l'usage des divers stimulants sédatifs et hallucinogènes.

Au Kenya à 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.

L'enquête de l'Institut International de Formation et de Lutte contre les Drogues faite au Mali, au Sénégal, au Kenya et au Zimbabwe a donné les résultats suivants :

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 produits secondaires 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 représentant 20 % au Sénégal contre 7 % au Mali comme produits secondaires de la toxicomanie.

- Objectif général :

L'étude des benzodiazépines au niveau de la psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G

- Objectifs spécifiques :

- ❖ Rechercher la fréquence de la prescription des benzodiazépines en psychiatrie (CHU Point G).
- ❖ Evaluer les indications thérapeutiques des benzodiazépines en Psychiatrie (CHU Point G)
- ❖ Déterminer la classe de benzodiazépine la plus utilisée en fonction de leur demi-vie d'élimination.
- ❖ Déterminer la fréquence de l'association des benzodiazépines aux autres psychotropes.

II / Généralités

2.1 Définition d'un psychotrope :

« Ce sont des 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 le type de cette modification. Cependant, il faut en restreindre l'acceptation aux seuls corps dont l'action essentielle, ou bien des effets principaux, s'exercent 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 fonctions psychologiques et comportementales. »

Dans les plus récents traités américains de psychopharmacologie, on ne retrouve pas de définition précise du mot psychotrope, mais le thème « psychotherapeutic drug » est souvent employé [3]

En outre on emploie le terme psychoactif pour désigner le même mot. En effet, alors que le mot psycho actif concerne toutes substances pouvant avoir un effet sur le tropisme, le terme psychotropes 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. [4]

2.2 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 vie et qu'il était précieux pour ouvrir l'intelligence » (genèseIII6).

Dans le même ouvrage on trouve mention de la mandragore (solanie 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 de Plumier (1703) qui proposera le nom de rauwolfia en l'honneur de Leonard Rauwolf, médecin d'Augsbourg et premier observateur européen de ces 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.

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

L'effet stimulant du tabac 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, Théophraste 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 Fischer et Von Meiring réalisent la synthèse du dérivé diéthyl de la malonyrie, 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 exobarbital, qui permettent de déterminer une subnarcose. Le 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 Harle apportaient à la société médico psychologique (puis en juillet au congrès des aliénistes et neurologues de langue française) leurs premières consultations 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 effet d'une substance chimique définie, sans inconvénients toxiques pour le malade et sans modification brutale de l'état de la conscience. Ainsi la

chimiothérapeutique 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 procamadiol (équanyl®)

En 1956, la levomepromazine (nozinan®)

En 1957, la thiopropersine (majeptil®), l'iproniazide (marsilix®), l'imipramine (tofranil®)

En 1958, l'halopéridol (aldol®)

En 1960, le tripéridol, le chlordiazepoxide (liruim®)

En 1961, l'opipraniol (insidon®), l'amitryptiline (larox®), le diazépam (valuim®)

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

2.3 Classification : [5]

Le problème d'une classification rationnelle des substances psychotropes s'est rapidement posé, devant l'afflux considérable de nouvelles substances synthétisées. Une classification clinique à été proposée dès 1957 par Jean Delay et Deniker basée sur la distinction nette des effets chimiques : sédatifs (psycholeptiques),

stimulants (psycho analeptiques ou pathogènes psychodysleptiques : perturbateurs du psychisme).

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

2.3.1/ Les psycholeptiques :

2.3.1.1/ Définition :

Terme générique recouvrant l'ensemble des médicaments qui réduisent l'activité mentale et peuvent déterminer une baisse de la vigilance, une atténuation de réaction émotive ou une réduction de l'activité intellectuelle [6].

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

2.3.1.2/ Les hypnoleptiques :

Ce sont des dépresseurs électifs de la vigilance. Ils entraînent une diminution de l'activité psychique de la conscience. On distingue deux classes :

-les hypnotiques barbituriques. Ils provoquent un sommeil non physiologique et irréversible tant que le barbiturique agit. Ils sont très toxiques et ont un effet dépanogène très important. Ce sont les dérivées de l'acide barbiturique (éthylmalnylène). Cette molécule est capable d'agir avec les bases formant les sels solubles dans l'eau. Deux types de classification sont possibles : remplacement de l'oxygène en C2 (barbiturique oxydé) par un

soufre S2 (barbiturique soufré). Exemple : le thioperidol (pentothal).

Les modifications de la structure des chaînes latérales : elles aboutissent à des changements de la durée d'action. Exemple : phénobarbital (gardénal), 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 de l'insomnie ;

-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.

2.3.1.2.1 Les benzodiazépines :

Définition :

Groupement de substances hétérocycliques dont l'action principale est anxiolytique. Elles peuvent être utilisées à dose élevée comme hypnotiques et anticonvulsivants ; et possède en outre une action myorelaxante d'origine centrale. Elles sont susceptibles de perturber les fonctions cognitives comme la vigilance, l'attention, la mémoire, et leur usage peut s'accompagner d'actes automatiques et inconscients, avec d'éventuelles conséquences médico-légales. La durée de leur prescription donc était limitée, selon les cas à 2 ou 4 semaines. Elles atténuent, chez l'éthylique les symptômes du sevrage et de l'intoxication aiguë [6].

Les benzodiazépines : estazolam (nictalon®), nitrazépan (mogfadon®), flunitrozépan (rohypnol®), tiazolam (halcyon®)

2.3.1.2.2 Autres produits :

niprazine (nopron®) mecloqualène (nubarène®), etimemazine (nuital®), glu timide (doridène®), clometiazol (heminuirine®), hexapropymate (merinanax®).

2.3.1.2.3 Associations :

(Doxylamine + aceprometazine) = donormyl®

(Clorazépat + aceprometazine + aceprazine) = noctan®10

(Methaqualone + itodroxizine) = isonax®

(Methaqualone + diphénylhydrazine) = mandrax®

(Méprobamate + aceprometazine) = mepronizine®

2.3.1.3 Les tranquillisants :

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

Classification chimique : dérivées des benzodiazépines :

Diazéпам (valuim®), oxazéпам (seresta®), clordiazépomide (libruim®), doxepine (quitaxon® senequan®), clorazépat (tranxène®).

Dérivées phénothiazines ergotées : trimetozine (opalène®)

2.3.1.4/ 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 plupart des études montrent que ces substances sont moins efficaces contre l'anxiété que les anxiolytiques classiques (green blast et shaker 1974). Il existe

deux formes d'utilisation incorrectes : chez les prisonniers auxquels 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 (chlorpromazines, levopromazine, thioproperzine, pipithiazine, flufenazine), la butyrophénone (halopéridol).

- Les neuroleptiques peu sédatifs, peu catatonisants, inhibant les réactions émotionnelles et neurovégétatifs (thioridazines ou meulerie ou propericiazine neleptil®)

- Les neuroleptiques incisifs.

2.3.2 Les psychoanaleptiques :

Ils comprennent « toutes les substances qui stimulent l'activité mentale sans préjuger si cette élévation du tonus est due à une augmentation de la vigilance qui peut aller jusqu'à l'insomnie, à une excitation de l'activité intellectuelle ou à une augmentation 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 thymoanaleptiques dont l'imipramine et les inhibiteurs de la mono -amine oxydase sont les principaux représentants.

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

2.3.3 Les psychodysléptiques :

Ce sont « les substances qui perturbent l'activité mentale et engendrent une déviation délirante du jugement avec distorsion dans l'appréciation des valeurs, des réalités ». Ils comprennent les hallucinogènes et les dépersonnalisants comme les masculines, la LSD25 ou psilocybine.

Tableau I : Résumé de la classification des psychotropes [5]

TYPE D'ACTION		GROUPEMENT
PSYCHOLEPTIQUES	Hypnotiques	Barbituriques Non barbituriques
	Tranquillisants et sédatifs mineurs	Diazépines bromures
	Neuroleptiques	Phénothiazines Réserpines Butyrophénones Benzamides Thiozanthènes
	Régulation de l'humeur	Sels de lithium Dipropylacétamide
PSYCHOANALEPTIQUES	Antidépresseurs (stimulant l'humeur)	Hydrazine M. A. O Dérivées tricycliques : imipramine, amitriptyline
	Stimulant de la vigilance	Amphétamines et dérivées
	Autres stimulants	Acide phosphorique Vit c Corticoïde
PSYCHODYSLEPTIQUES OU PERTURBATEURS	Hallucinogènes	Mexaline Psilosybine Lysergamide ou L. S. D
	Stupéfiants	Morphiniques cannabinols
	Enivrants	Alcool Ether Solvants

2.4 Modalité pratique d'utilisation des tranquillisants ou anxiolytiques :

Les tranquillisants sont actuellement définis par quatre (4) types d'action :

- anxiolytique
- sédative
- myorelaxante
- et anticonvulsivante. [7]

2.4.1 Les indications des tranquillisants : [8]

Les états anxieux principalement de type morotique ou réactionnel, sont les indications préférentielles des tranquillisants, même si l'utilisation des benzodiazépines à fortes doses à pu être proposée dans les états anxieux chez des patients psychotiques.

Les états confusionnels ou de sevrages (notamment alcoolique) constituent de bonnes indications des tranquillisants, ainsi que certaines insomnies.

Les benzodiazépines sont également utilisées en médecine interne dans tous les types d'anxiété symptomatique : anxiété de l'infarctus du myocarde, de l'hypertension artérielle, anxiété accompagnant un ulcère gastroduodéal, une maladie psychosomatique (asthme, dermatose, colopathies), anxiété des syndromes prémenstruels.

L'action myorelaxante des benzodiazépines peut être mise à profit dans divers affections rhumatologiques ainsi qu'au cours du tétanos ; l'action anticonvulsivante est à l'origine des produits comme le clorazépam (Rivotril®).

L'indication des benzodiazépines dans les crises aiguës d'anxiété a fait l'objet de nombreuses controverses. Des travaux récents (Klein Sheehan) soulignent que les benzodiazépines (à l'exception peut-être du xanax*) seraient susceptibles d'aggraver l'anxiété anticipatoire des attaques de panique. Seuls les antidépresseurs (tricycliques et certains IMAO) seraient efficaces en prenant en compte la survenue de nouvelles attaques et en supprimant progressivement les manifestations anxieuses aiguës (malgré une recrudescence de l'anxiété anticipatoire en début de traitement, recrudescence due à l'espacement de la survenue des crises).

2.4.2 Incidents et accidents des tranquillisants : [8]

Ils doivent être communs chez tout prescripteur de tranquillisants

- 1- la somnolence, les troubles de la vigilance et l'asthme sont dues aux propriétés sédatives et myorelaxantes de ces produits, ils imposent la réduction de la posologie quotidienne.

La prise concomitante d'alcool est interdite, la conduite d'automobile déconseillée.

Les autres incidents sont nettement plus rares (moins de 10 % des cas). Il peut s'agir d'hostilité paradoxale, d'amnésie antérograde ou lacunaire, hypotonie brutale et d'accidents cutanés (rachi urticaire, œdème).

- 2- Les accidents sont liés à l'intoxication ou au sevrage. Les intoxications massives et à but suicidaire de tranquillisants demeurent de bon pronostic, surtout si l'on les compare aux intoxications par barbituriques ou par antidépresseurs tricycliques.

L'intoxication au carbone (prise supérieure à 6 g de produit) se manifeste par des troubles de l'équilibre avec nausées et ataxie ; par la suite, le coma est vigile sans signe de localisation.

Le transfert en réanimation s'impose alors ; la diurèse osmotique, voire épuration extrarénale sera guidée par les niveaux des concentrations plasmatiques.

Les intoxications par les benzodiazépines sont bénignes mais fréquentes (10 à 20 % des malades admis en réanimation). La mortalité est exceptionnelle en absence d'une poly intoxication (alcool, association à des antidépresseurs).

Les accidents de sevrage (principalement des benzodiazépines) posent le problème d'une dépendance physique aux tranquillisants dans la mesure où ces accidents surviennent surtout lors de l'interruption brusque de prise à dose élevée et/ou prolongé.

Certains patients augmentent progressivement leur posologie quotidienne jusqu'à atteindre 10 à 20 fois la dose thérapeutique. Dans les formes les plus sévères on peut observer des convulsions, une confusion et un onirisme. Ailleurs, on doit distinguer le « rebond » anxieux, quelques fois accompagné d'irritabilité, de tremblements, de myalgies et de troubles digestifs, limités dans le temps, survenant dans les premiers jours suivant le sevrage, de la véritable reprise du phénomène anxieux initial qui, lui, se développe plus tardivement et persiste habituellement plus longuement.

La dépendance psychique aux tranquillisants ne fait guère de doute car l'automédication est considérable pour ces produits

avec renouvellement d'ordonnances chez des médecins différents, stockage et prise prolongée sur des années.

Les syndromes spécifiques de sevrage observé lors de la suspension de prise massive ou de dose moyenne prolongée comprend le risque de modification des sensorialités, du trouble musculaire (fasciculation), voire de crise convulsive.

2.4.3 Contre indications et précautions d'emploi :

Il existe une seule contre indication absolue des benzodiazépines ; la myasthénie. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées dans les insuffisances respiratoires décompensées. Il est conseillé d'éviter la prescription de benzodiazépines pendant les trois (3) premiers mois de grossesse. En cas de nécessité, on préférera la chlorpromazine ou le théralène® pour lesquels aucun effet tératogène n'a été rapporté. La prescription doit être modérée dans les trois (3) derniers mois de grossesse étant donné les risques de sevrage (hypothermie, hypotonie) chez le nouveau né. La prescription de benzodiazépines à des sujets âgés pose de problèmes délicats étant donné les modifications cinétiques observées dans cette population.

Enfin, une insuffisance hépatique ou rénale doit entraîner une limite des posologies prescrites.

2.4.4 Dépendance aux benzodiazépines et syndromes de sevrage :

Précédemment après leur commercialisation ont été constatées l'augmentation rapide des prescriptions de benzodiazépines et surtout l'importance des renouvellements d'ordonnance qui soulèvent l'hypothèse d'une pharmacodépendance à ces substances.

-la pharmacodépendance aux benzodiazépines a depuis été confirmée par l'expérimentation animale, par la survenue de syndromes de sevrage et par la découverte d'une tolérance.

-l'expérimentation animale a été pratiquée sur des animaux entraînés à s'administrer et la substance à étudier par le moyen d'un levier libérant ce produit dans une perfusion veineuse à demeure, elle a fait la preuve :

. Qu'une dépendance pouvait s'installer chez le singe rhésus au terme d'un mois d'administration de chlórdiazépoxyde ;

. D'un syndrome de sevrage décrit chez plusieurs espèces après administration chronique de benzodiazépine et s'exprimant par des tremblements, des convulsions, des troubles de sommeil, des comportements de type hallucinatoire.

- La dépendance se manifeste essentiellement chez des toxicomanes ou des alcooliques donnant parfois lieu à un marché illicite, plus rarement dans le cadre d'une prescription médicamenteuse. Dans ce cadre intervient surtout la durée du traitement, beaucoup moins la dose, puisque la dépendance peut apparaître sous des doses usuelles.
- Le syndrome de sevrage aux benzodiazépines se manifeste à l'arrêt brusque d'une consommation chronique de benzodiazépines à demi vie longue, ce dotant que les doses administrées sont plus importantes. Il survient après une phase de latence de trois(3) à dix(10) jours, fonction de la demi-vie du produit et se traduit de façon constante par deux(2) symptômes : l'insomnie ou les troubles du sommeil avec cauchemars, et la majoration de l'anxiété.

S'y associent de façons diverses, dans un climat de dysphorie anxieux ou de la dépression, des céphalées, des nausées, des myotomies, un relâchement musculaire, des crampes abdominales, des paresthésies, une intolérance aux bruits, à la lumière, aux touchées, une irritabilité, de sensations vertigineuses, la perception du goût ou d'odeurs bizarres, un sentiment de dépersonnalisation. L'examen clinique objective parfois sueurs, tremblements, hyperthermie, tachycardie, hypotension, alors que l'EEG est modifié.

Plus rarement, surviennent chez des sujets prédisposés ou sensibilisés par la prise de très forte dose ou d'association médicamenteuse, des symptômes graves tels que des crises convulsives généralisées, un état confusionnel, un état délirant aigu exceptionnel car des décès ont été cités.

D'une durée de huit (8) à dix (10) jours, parfois prolongés en ce qui concerne les manifestations anxieuses, ce syndrome d'abstenu par administration de benzodiazépines, mais aussi sous propanol. Il peut être prévenu par une diminution progressive des doses au terme de la période thérapeutique.

Le syndrome de sevrage serait lié à une hypersensibilisation des récepteurs aux benzodiazépines lors de l'arrêt brutal du traitement : hypersensibilisation des récepteurs de type I responsable du rebond anxieux, hypersensibilisation des récepteurs de type II (liés aux récepteurs GABA) responsable des manifestations convulsives et de l'insomnie.

-La tolérance où nécessite d'augmenter progressivement les doses pour maintenir la constance des effets a été mise en évidence chez de nombreux patients sous benzodiazépines.

Afin d'éviter le syndrome de sevrage aux benzodiazépines, il paraît important :

- d'éviter les fortes doses ;
- d'éviter les prescriptions prolongées souvent inutiles ;
- de ne pas interrompre le traitement brutalement, mais de prévoir une diminution progressive des doses administrées.

2.5 Descriptions cliniques :

2.5.1 Tableau clinique rencontré en urgence :

Toute affection médicale, par l'anxiété qu'elle déclenche, peut se transformer en urgence psychiatrique.

Des situations dites d'urgence ou des états syndromiques psychiatriques ont récemment fait l'objet de description clinique par divers auteurs [9], [10].

Sans être exhaustif, on peut regrouper les situations les plus souvent rencontrées et donner les conduites les plus appropriées.

Trois grands groupes syndromiques s'imposent en psychiatrie d'urgence : les crises d'angoisse aiguë, les conduites d'agitation, les états dépressifs avec les risques suicidaires qu'ils comportent, bien que pouvant être classés parmi l'une des trois grandes catégories, une place particulière sera donnée à des états tels que les maladies dites dangereuses et les toxicomanies.

2.5.1.1 Les conduites d'agitation :

Epiphénomène à expression psychomotrice, l'agitation peut prendre des aspects différents, mais est habituellement le reflet de l'affection psychiatrique ou organique qu'il sous entend.

Classiquement, bien qu'il s'agisse d'une terminologie discutable, on distingue les agitations incompréhensibles ou incontrôlables par le sujet, ce sont des états maniaques, les accès délirants, les confusions mentales, l'agitation anxieuse mélancolique, l'épilepsie et les agitations compréhensibles ou contrôlables du psychopathe caractériel, de l'hystérique et des états en rapport avec l'inverse excito – motrice.

2.5.1.1.1 Les agitations dites incompréhensibles :

❖ L'agitation mécanique : se manifeste de façon spectaculaire et brillante. Le diagnostic en est aisé avec l'exaltation euphorique, la fuite des idées, logorrhée incœrcible, l'hyperactivité intellectuelle et à caractère ludique, l'agitation motrice sans but et l'insomnie toujours rebelle.

L'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé avec mise sous neuroleptiques sédatifs réduit la durée de l'épisode et évite les incidents médicaux légaux ;

❖ Les agitations des états délirants ont pour vecteur principal l'angoisse psychotique. Elles résultent soit :

*d'un sentiment persécutif avec hostilité envers l'entourage,

*d'une dépersonnalisation avec angoisse de transformation corporelle,

*d'hallucinations auditives le plus souvent avec des injonctives,

*d'une rupture d'un pseudo équilibre délirant ou « certaines situations peuvent provoquer l'agitation, alors que le délire en lui-même n'est pas générateur » [3].

L'hospitalisation avec mise sous neuroleptiques constitue la solution la plus appropriée.

❖ Les confusions mentales : elles surviennent au cours d'affections stomato – psychiatriques. Témoin d'une souffrance cérébrale à expression psychiatrique, le tableau clinique est facile à reconnaître avec l'obnubilation de la conscience, la désorientation temporo-spaciale, les troubles mnésiques, l'onirisme.

L'intensité est variable au cours de la journée avec une exacerbation vespérale. L'état général est souvent très altéré et un bilan somatique complet est toujours nécessaire.

L'hospitalisation dans un centre de soin s'impose.

❖ L'agitation de l'épileptique est souvent en rapport avec l'éthylisme aigu, le quart des épilepsies tardives serait en rapport avec l'alcoolisme (LOISEAU). Après la crise, le sujet présente souvent un état de confusion avec agitation post critique ou état crépusculaire.

Une démarche diagnostique doit être entreprise d'urgence enfin d'éliminer les facteurs métaboliques (hypoglycémie) ou traumatiques (hématome sous dural).

2.5.1.2 Les agitations dites compréhensibles ou contrôlables :

Plus fréquentes, elles ont valu de langage et posent souvent un problème difficile d'appréciation du risque réel, le terme de crise semble ici bien adapté avec la montée tensionnelle et sa résolution. Le rôle de l'entourage est mis en évidence par le terme « d'agitation de négociation » [10].

❖ L'agitation de l'hystérique : est d'autant plus théâtrale que les spectaculaires sont plus réceptifs.

Demande non verbalisée en réponse à une frustration, la « crise de nerfs » ou l'agitation dite stimulée permet au sujet de s'exprimer ou de se soustraire d'une situation conflictuelle.

L'hystérique peut ainsi se prendre à son propre jeu ou à celui de son milieu habituel et présenter une agitation spectaculaire avec désordre psychomoteur et hyper expressivité.

Le traitement peut souvent se borner à un entretien plus ou moins long afin de permettre au patient d'exprimer sa demande tout en gardant une attitude calme et rassurante, un examen médical et une prescription médicamenteuse de tranquillisants s'avère utile dans certains cas.

❖ Les états d'agitation de l'alcoolique : peuvent survenir lors d'une ivresse ou d'un syndrome de sevrage.

2.5.5 Les crises d'angoisses neurophatiques :_ [11]

Elles submergent brutalement le sujet, souvent la nuit, l'envahissant d'une manière explosive et représentent le plus souvent l'expression somatique de difficultés affectives inconscientes. Cette « tempête de symptômes fonctionnels » à expression physique (panique intense, impression de mort imminente) et somatique (tachycardie, sueur, oppression thoracique et striction pharyngée, vomissement, diarrhée ou troubles urinaires) entraîne un état de sidération ou une agitation avec déambulation.

Un examen médical est nécessaire tant pour rassurer le sujet que pour éliminer une affection organique donnant lieu à une symptomatologie analogue (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, lithiase urinaire migrante, voire affection chirurgicale comme la grossesse extra - utérine ou une perforation d'ulcère).

Ayant rassuré le malade sur l'absence de danger vital sur son état somatique, on tentera de permettre à l'angoissé de formuler ses

conflits. Pour ce faire, l'attitude calme et rassurante du médecin et l'entretien psychothérapeutique peuvent parfois suffire.

Si au besoin on a recours à une injection intramusculaire d'un anxiolytique ou d'un neuroleptique sédatif de l'anxiété. Un traitement par voie orale sera prescrit ou maintenu afin de pouvoir réévaluer la situation dans les jours qui suivent.

2.5.3 Les états dépressifs et le risque suicidaire :

Ce sont en urgence psychiatrique les troubles les plus difficiles à aborder avec, en arrière plan, l'évaluation du risque suicidaire.

Le risque de morbidité et l'urgence s'évaluent davantage en fonction du risque suicidaire que sur l'intensité et la nature du syndrome dépressif :

-La dépression névrotique : les éléments symptomatiques du syndrome dépressif (tristesse, inhibition psychomotrice, asthénie, anxiété des troubles du sommeil et des conduites alimentaires) ne sauraient être sous-estimés.

Le désir de mort est en effet présent d'une manière ambiante et à volontiers une dimension agressive envers l'entourage. La tentative de suicide apparaît ainsi souvent comme un appel à l'aide ou comme une mise à demeure plutôt que le classique « chantage ».

L'hystérique : exprime son vœu dépressif contraint par sa personnalité labile et théâtrale ; il s'écroule dans les attitudes catastrophiques à la moindre défaillance de son entourage avec une impression d'inauthenticité qui risque de mécroire la profondeur de sa dépression et par la même l'urgence d'une prise

en charge. Le suicide représente 4 % des causes de décès chez les hystériques.

Le phobique : réclame en urgence un soulagement immédiat pour les difficultés qu'il exprime avec précision ; dans une situation phobogène (souvent la même) il présente une crise d'angoisse avec son cortège de symptômes neurovégétatifs. Le terme de « panic – attack » est employé et répond à la crise d'angoisse aiguë. L'obsessionnel, lorsqu'il se déprime présente un état d'épuisement psychique auquel l'a conduit sa névrose. Son état dépressif représente rarement une urgence du fait de l'évolution chronique de sa névrose.

L'idée de mort, même dans le cadre d'une obsession impulsive conduit rarement au suicide.

Le déséquilibre psychopathique interpelle le médecin aussi urgemment lorsqu'il s'agite. Le caractère souvent réactionnel et labile des manifestations et l'absence de culpabilité peuvent faire croire à une simulation, mais la morosité, le fond asthénique et les quelques manifestations hypocondriaques constituent des traits dépressifs caractéristiques. Une gravité particulière tient au fait de la facilité du passage à l'acte.

Les déresseurs psychotiques :

La dépression mélancolique : est toujours une urgence quelle que soit l'intensité de la symptomatologie.

Versant hypo thymique de la psycho maniaque dépressive : les éléments dépressifs sont ici particulièrement nets avec la prostration. L'inhibition et le ralentissement psychomoteur avec stupeur parfois, la douleur morale intense, l'insomnie sévère, l'anorexie, l'asthénie et l'asthénie effective... l'attention doit être

portée sur, les thèmes exposés par le patient : l'indignité avec auto accusation, incurabilité, dévalorisation de soi – même ; ces idées peuvent prendre une tonalité délirante avec évocation d'un châtement extrême et expiateur, c'est-à-dire que le risque de suicide est permanent tout au cours de l'évolution d'un accès mélancolique et ce, tant dans les formes typiques, anxieuses, délirantes, stuporeuses que « souriantes ».

La mélancolique exprime son désir de mort aussi bien par son refus d'alimentation, son raptus suicidaire ou préparation minutieuse et dissimulée des moyens suicidogènes que par un suicide altruiste vis-à-vis de ses proches. L'hospitalisation s'impose d'emblée face à ce patient incapable de toute prise de décision. La surveillance doit être constante en sachant que les anti- dépresseurs ne sont actifs sur le noyau dépressif qu'au bout de 8 à 10 jours, mais qu'ils sont susceptibles de l'inhibition psychomotrice auparavant et de permettre ainsi le passage à l'acte gravissime ; d'où l'importance de l'association d'anxiolytiques (benzodiazépines ou neuroleptiques) qui constituent véritablement le traitement de l'urgence mélancolique. La mélancolie reste une des rares indications de la sismothérapie qu'on peut utiliser en urgence.

La dépression de schizophrène : semble plus atypique mais constitue une des causes fréquentes de consultations psychiatriques en urgence. Mode d'entrée fréquent dans la maladie chez l'adolescent, elle peut en jalonner l'évolution. Son intensité et sa signification sont difficiles à apprécier en raison de l'existence d'un syndrome déficitaire et son apparition nécessite d'autant plus d'attention que le passage est imprévisible.

La dépression du paranoïaque : l'effondrement de son système parabolique mis en place pour donner une signification à son sentiment persécutif peut entraîner chez le paranoïaque un syndrome dépressif grave souvent d'allure mélancolique. Le geste suicidaire est d'autant plus à craindre qu'il s'inscrit dans la logique du paranoïaque et s'étend à un suicide altruiste ou au meurtre de persécuteur.

- Le risque suicidaire : l'appréciation du risque suicidaire est fondamentale en psychiatrie d'urgence. Le désir de mort doit être systématiquement recherché et évalué chez tout sujet déprimé ou venant de commettre une tentative de suicide.

Chez le suicidant, l'appréciation du risque de récurrence se fait à partir d'un certain nombre d'indices tels que :

L'analyse du sens de la tentative de suicide, sa signification symbolique et la possibilité par l'entourage d'entendre cet appel ou d'accepter cette mise en demeure ;

La valeur cathartique avec parfois l'intégration de ce passage dans un véritable « crise suicidaire » avec passage à l'acte intégratif ;

L'existence ou non d'une pathologie mentale retrouvée seulement chez 20 à 30 % des suicidant.

Le choix du moyen suicidogène, bien qu'il n'existe aucune corrélation entre l'intensité du désir de mort et le noyau utilisé

Il ne saurait être question d'établir un barème corrélatif entre gravité du type de suicide et urgence [10].

Statistiquement : le risque de récurrence augmente cependant à chaque tentative : 35 % pour deux tentatives de suicide, 80 %

pour trois tentatives. Chez le suicidaire, il faut estimer la menace de suicide.

Aucun critère n'est absolu, mais certains éléments peuvent cependant servir de repère ;

L'existence d'un syndrome dépressif authentique notamment mélancolique ou d'un processus schizophrénique où le geste est souvent imprévisible ;

La présence d'un syndrome suicidaire avec :

- Des idées de mort exprimées et devenant obsédantes,
- Un repli sur soi avec « rétrécissement de la personnalité et un isolement affectif et social progressif,
- Inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui et exacerbation de l'auto agressivité ;
- Le mode d'évocation du désir de mort et l'existence de projet précis.

Epidémiologie :

Aux Etats – Unis, les derniers résultats sont ceux de l'étude ECA (Epidemiological Catchment Area) qui font état d'une prévalence de tentatives de suicide en population générale, sur toute la vie, de 29 %.

ASNIS et al [12] trouvent que la fréquence des tentatives de suicide étaient de 35 % chez les déprimés, 30 % chez les sujets répondant aux critères du DSM III6R de trouble panique, de 21 % chez les alcooliques et toxicomanes, de 17 % chez les alcooliques et de 9 % chez les patients présentant un trouble anxieux généralisé.

2.5.4 Les maladies dangereuses :

La dangerosité des malades vus en urgence est une notion empreinte de subjectivité pour trois raisons essentielles [10] :

L'état dangereux s'avère le plus souvent transitoire ;

La tolérance de l'observation et des limites personnelles posées en terme de danger entrent obligatoirement en ligne de compte ;

Le faisceau de circonstances extérieures peut rendre le patient dangereux.

En pratique, il existe principalement quatre situations pathologiques où les problèmes de dangerosité sont évoqués ;

Il existe soit une activité délirante, un syndrome dépressif, l'alcoolisme chronique et surtout l'ivresse pathologique, les déséquilibres psychopathiques.

Les toxicomanes peuvent également présenter des conduites dangereuses pour eux – mêmes et pour autrui.

Les toxicomanes sont fréquemment amenés à consulter des services d'urgence en formulant une demande qui ne se situe pas au niveau de leur souffrance psychologique.

2.6 Traitements :

2.6.1 Les conduites d'agitations : [13]

Actuellement le traitement de choix de l'excitation psychomotrice est constituée par :

Les butyrophénones : l'halopéridol (haldol®), une ampoule de 5 mg en injection IM est particulièrement efficace dans le traitement d'attaque des états maniaques ;

Les phénothiazines : la chlorpromazine (largactil®), sous forme d'injection IM profondes (1 à 2 ampoules de 25 mg) ; une injection de levomepromazine (nozinan®), 1 amp de 25 mg en injection IM profonde peut être plus particulièrement indiquée en cas d'anxiété prévalent.

Une étude réalisée à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye au Sénégal sur le sultopéride (barnetil®, ampoule dosée à 200 mg) à des doses de 400 à 2400 mg fractionnées en trois injections IM / jour chez 167 malades admis en urgence (notamment pour agitation psychomotrice), les résultats ont été jugés excellents chez 32 malades et bons chez 20 malades. [14]

2.6.2 Les sujets anxieux : [15]

Le premier acte thérapeutique est la séparation du milieu familial, ceci permet de dédramatiser la situation, mais peut aggraver la désinsertion sociale, la rupture des liens conjugaux ou familiaux. Le malade finira retrouver au retour les soucis et difficultés d'où la nécessité de mettre en place un traitement de long terme.

La chimiothérapie est à la fois panacée et l'écueil du traitement d'urgence de symptomatologie névrotique. Elle agit en diminuant

l'angoisse, mais doit être modulée en fonction du symptôme en cause.

Elle fait essentiellement appel aux tranquillisants tels que :

- diazépam (valuim®), - oxazépa (seresta®), -clorazépat (tranxène®) qui sont surtout utilisés en traitement (ambulatoire).

Il importe de débiter le traitement par de petites doses (1 à 2 comprimés) enfin d'apprécier la tolérance individuelle des sujets.

Les formes injectables sont à utiliser dans les manifestations critiques.

Les cas rebelles d'anxiété (résistant aux tranquillisants), surtout les obsessions et conversions hystériques, sont traités par les neuroleptiques sédatifs : -la levomepromazine (nozinan®), - la chlorpromazine (largactil®), - la prochlorpérazine (tementil®), -la thioridazine (melleril®) ; à des doses très faibles.

Tableau II : les médicaments de la trousse d'urgence chez l'adulte

CATEGORIE	CLASSE	DENOMINATION	NOM DE SPECIALITE	PRESENTATION DE LA FORME PARENTERALE	POSOLOGIE UTILE	ACTION
NEUROLEPTIQUES	Butyrophénones	Dropéridol	Droleptane	Amp. à 50 mg	1 amp	Rapide, brève, sédative
	Benzamide	Sultopride	Barnetil	Amp. 200 mg	1 à 2 amp.	Rapide
	Phénothiazines	Chlorpromazine	Largactil	Amp. à 25 mg	1 à 2 amp.	Lente, sédative
ANXIOLITIQUES	Benzodiazépines	Clorazépat	Traxène	Amp. à 20 mg	1 à 2 amp.	
		Diazépam	Valium	Amp. à 10 mg	1 amp.	
		Méprobamate	Equanil	amp.	1 Amp.	Rapide, brève
ANTIPARKINSONNIEN DE SYNTHESE		Trihexiphenydyle	Artane	Amp. à 10 mg	1 amp.	
		Clorhydrate de tropatepine	Lepticur	Amp. à 10 mg	1 amp.	
ANTICOLSIVUVANTS	Benzodiazépines	Diazépam inject.	Valium	Amp. à 10 mg	1 amp. Iv	lente renouvelable
ANTIOEDEMATEUX	Corticotropine	Tetracosactide	Synacthène	Amp. à 0.25 mg 1 amp. Solvant	1 amp.	

2.6.3 La dépression : [16]

L'abord thérapeutique des diverses formes de la dépression prend un caractère concret. Il vise :

- A parer au risque suicidaire par des mesures appropriées ;
- A faire disparaître l'état dépressif ou à réduire la durée au moyen d'un traitement anti- dépresseur ;
- En respectant les indications spécifiques de ce type de chimiothérapie ;
- Ainsi que les contres indications chez les sujets à risque ;
- Mais parfois le contexte psychologique implique une prise en charge à référent analytique ;
- Et dans certains cas, le traitement de la dépression s'avère secondaire par rapport au traitement d'une étiologie qui est au premier plan.

Le premier acte thérapeutique : est la surveillance s'il y a à la prévalence du risque suicidaire. Elle constitue d'abord à ne pas laisser à sa portée d'objets dangereux (armes, médicaments, substances toxiques) mais tout devient dangereux entre ses mains si son désir de mort est obsédant. Seule une présence permanente peut tenter d'éviter, sans y arriver toujours, le passage à l'acte.

La surveillance porte également sur les fonctions vitales, l'alimentation, hydratation. Enfin si le déprimé est

particulièrement inhibé, il faut l'aider à se laver, s'habiller, veiller à son hygiène corporelle, à la prise de son traitement.

La chimiothérapie : fait appel aux anti- dépresseurs tricycliques aux quels la mélancolie répond mieux. Ils sont toujours utilisés en première instance, à moins que des échecs antérieurs se soient soldés par un recours impératif à la sismothérapie ; ou s'il y a la prévalence de l'anxiété.

En ambulatoire : seule la clinique oriente la prescription vers un anti- dépresseur tricyclique sédatif ou psychotonique, en respectant les contre- indications propres à cette série ; un certain nombre de mesures permet d'obtenir un résultat optimal :

- prescrire une dose correcte ; des doses insuffisantes ne mettent pas forcément à l'abri d'effets indésirables et limitent considérablement l'efficacité thérapeutique.

La posologie moyenne chez un adulte, en dehors de toute atteinte organique, est de 100 à 150 mg/jour. (Imipramine, clomipramine, amytryptiline). Elle peut être atteinte en 6 à 8 jours selon le schéma suivant :

- 50 mg le premier jour ;
- 75 mg à partir du 2° jour ;
- 100 mg à partir du 3° jour ;
- 125 mg à partir du 4° jour ;
- 150 mg à partir du 5° jour.

Moduler la posologie dès l'apparition d'effets indésirables marqués et impossibles à corriger.

-Répartir les prises en fonction de l'effet recherché. Les études pharmacocinétiques montrent qu'une seule prise suffit.

Elle est proposée le matin pour les composés psychotoniques, le soir pour les composés sédatifs.

Cependant cette répartition peut être modifiée en fonction de réactions propres de chaque individu, en fonction également de la dimension psychologique.

-Attendre un délai minimal avant de juger le résultat du traitement qui ne manifeste son efficacité qu'au bout de 7 à 15 jours ; il importe de ne pas modifier la prescription avant le délai dont le patient aura été informé.

-Déconseiller la consommation de l'alcool.

-Eviter les associations médicamenteuses si ce n'est pour corriger les effets latéraux indésirables et seulement s'il s'avère gênant, ou compléter l'action thérapeutique.

Prescrire l'association aux anti- dépresseurs de la série des IMAO.

La surveillance du traitement est obligatoire :

- la sédation de l'état dépressif est marqué par l'atténuation de la tristesse et de l'angoisse, la reprise des intérêts et le retour du sommeil.
- le dépistage des effets indésirables requiert un contrôle régulier de la tension artérielle, du pouls, la recherche d'une sécheresse buccale, d'une constipation, de trouble urinaire, d'un tremblement.
- certaines complications vont modifier le déroulement du traitement et sont à rechercher par un examen bihebdomadaire.
- l'échec du traitement, la survenue d'une anxiété importante ou de complication sont autant d'indications à l'hospitalisation

en milieu spécialisé. Si celle – ci s'avère impossible à obtenir, un changement d'anti- dépresseurs peut être tenté sans qu'il soit nécessaire de respecter un délai supérieur à 24 heures entre deux tricycliques ou entre tricyclique et un autre anti-dépresseur « nouveau », la sédation de l'état dépressif n'a pour conséquence l'arrêt immédiat du traitement, celui-ci doit être poursuivi à posologie au moins 2 à 3 mois après la guérison.

Tableau III: Critère orientant le choix d'un antidépresseur ou de la dépression mélancolique.

ANTIDEPRESSEUR PSYCHOTONIQUE	ANTIDEPRESSEUR SEDATIF
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhibition ▪ Ralentissement moteur ▪ Anesthésie ▪ Taux de MHPG urinaire bas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Agitation ▪ Idée de suicide très active ▪ Plaintes hypocondriaques ▪ Taux de MHPG urinaire normal ou élevé

En milieu hospitalier : Les stratégies thérapeutiques restent identiques, les possibilités offertes par le plateau technique et la notion de gravité font la différence.

L'une des premières facilités offerte par l'hospitalisation est le recours à la voie parentérale qui garantie mieux l'obtention d'un

taux plasmatique efficace. L'antidépresseur est administré en perfusion intraveineuse lente de 250 à 500 cm³ (ml) de soluté de chlorure de sodium, de soluté isotonique à raison de :

- 1 amp à 25 mg le premier jour ;
 - 2 amp le 2^e jour ;
 - 3 amp le 3^e jour ;
 - Eventuellement 4 amp le 4^e jour.
- La surveillance habituelle s'étend aux complications veineuses propres à cette voie avec des risques phlébite, ou d'induration de la paroi.
- Le relais par la voie orale se situe entre le 10^e et le 15^e jour en fonction de la tolérance veineuse.
- La durée de l'hospitalisation est fixée en fonction de deux objectifs :
- + Eviter une sortie prématurée avec son risque suicidaire accru.
 - + Ne pas trop longtemps insérer le patient.

Elle peut intervenir dès le retour du sommeil et la reprise des intérêts habituels.

Tableau IV: -anti- dépresseurs par voie parentérale.

TYPE D'ACTION	DENOMINATION COMMUNE	NOM COMMERCIAL	CONDITIONNEMENT	POSOLOGIE
PSYCHOTONIQUE	AD. Noradiénergiques	Tofranil	25 mg	50 à 150 mg
	Chlomipramine	Anafranil	25 mg	50 à 150 mg
	Viloxazine	Vivalan	115 mg	115 à 460 mg
	quinupramine	Kinupranil	2,5 mg	7,5 à 15 mg
	Trimupramine	Surmotil	25 mg	50 à 200 mg
SEDATIFS	AD. serotominergique	Laroxyle	50 mg	50 à 200 mg
	Doxépine	Quitaxon	25 mg	50 à 150 mg
	Maprotiline	Ludiomil	25 mg	50 à 100 mg

L'efficacité de la sertraline dans le traitement de la dépression en France est incontestable, chez 75 % des patients la posologie efficace était de 50 mg / jour, avec un début d'amélioration des symptômes dès la première semaine (16, 18, 19, 20).

Une étude a montré une meilleure réponse sous sertraline que sous fluoxétine chez des patients mélancoliques, avec 59 % de réponse pour la sertraline contre 44 % pour la fluoxétine

III / METHODOLOGIE

3.1 Cadre de l'étude :

Cette étude est menée dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G du district de Bamako, qui de part sa structure est un service d'adulte.

ENVIRONNEMENT INTERNE DE L'HÔPITAL DU POINT G

3.1.1 Historique :

3.1.1.1 Présentation de l'hôpital du Point G :

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom.

En effet la première pierre de l'hôpital a été posée en 1906 et les travaux ont durés 6 mois et il a été fonctionnel en 1912. Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont :

La construction du pavillon des indigènes en 1913 ;

La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et service matériel en 1950 ;

La construction du nouveau bloc opératoire en 1953 ;

La construction du service de l'urologie, l'actuel service de cardiologie B, la pneumo – phtisiologie entre 1956 – 1959 ;

La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural qui, à l'origine était un hôpital militaire, est de type pavillonnaire et, fut transformé en hôpital civil par l'arrêté n°174 du Février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la loi n°02048 du 22 Juillet 2002 portant réforme hospitalière.

3.1.1.2 Situation géographique:

L'hôpital du Point G est situé sur les collines du Point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako ; il occupe une superficie de 25 hectares dont 17.3 % sont bâtis.

3.1.1.3 Statut juridique :

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi n°02-048 du 22 Juillet 2002 modifiant la loi n°94-009 du 22 Mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics prévoit les Etablissements Publics Hospitaliers (EHP).

La loi d'orientation sur la santé (la loi n°02'049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements Publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière.

La loi n°03-041 du 4 Juillet 2003 porte sur la création d'un Etablissement Public Hospitalier dénommé l'Hôpital du Point G.

3.1.1.4 Missions :

L'hôpital du Point G en tant que EHP a pour mission, entre autres :

- Assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des blessés des femmes enceintes en procédant, lorsque nécessaire à leur hébergement ;
- Participer à des actions de santé publique dans la limite de ses compétences ;

- Participer à des actions de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

3.1.1.5 Organisation et fonctionnement :

Le décret n°03-337 / P-RM du 7 Août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire du Point G en son article premier conformément à la loi n°02-048 du 22 juillet 2002.

L'Hôpital du Point G est placé sous la tutelle du ministre en charge de la santé.

Les organes d'administration et de gestion sont :

- Le conseil d'administration : se compose de 19 membres, le Président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative; les autres membres se composent des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil de ministre sur proposition du ministre en charge de la santé.

- La direction générale :

L'Hôpital du Point G est dirigé par un Directeur Général nommé par décret pris en conseil de ministre sur proposition du conseil d'administration (C.A.). Il est assisté d'un directeur général adjoint nommé par arrêté ministérielle (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital. Le Directeur Général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux

dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.

- Le comité de direction :

Le comité de direction est chargé d'assister le Directeur Général dans ses tâches de gestion. Le comité de direction comprend : le PDG, le DGA, le Président de la commission médicale d'établissement, le Président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux et un représentant du comité technique d'établissement ;

- Les organes consultatifs :

- La commission médicale d'établissement dont l'organisation et la modalité de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret n°03-337 P-RM du 7 Août 2003 fixant l'organisation et la modalité de fonctionnement de l'Hôpital du Point G.

La commission des soins infirmiers et obstétricaux dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, 22 dudit décret

- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et le fonctionnement dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret ;
- Le comité technique d'hygiène et sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret.

Les services existant à l'hôpital sont :

- L'administration générale composée de :
 - La direction

- Le secrétariat
- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social ;
- o Le service de maintenance
- o Les services médicaux composés de :
 - Le service d'animation et de réanimation comprenant l'urgence, l'anesthésie, la réanimation, la banque du sang ;
 - Les services de chirurgies avec : la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco obstétrique et l'urologie, la coelio- chirurgie;
 - Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B ;
 - Les services d'hémato-oncologie ;
 - Le service de médecine interne ;
 - Le service de néphrologie hémodialyse ;
 - Le service de neurologie ;
 - Le service des maladies infectieuses ;
 - Le service de pneumo-phtisiologie ;
 - Le service de psychiatrie ;
 - Le service d'imagerie médicale avec radiologie / scanner, échographie, médecine nucléaire ;
 - Le laboratoire ;
 - La pharmacie hospitalière ;
 - La buanderie ;
 - La cuisine ;

- Une cafétérie ;
- Le campus (restauration pour le personnel) ;
- La morgue.

3.1.2 Le service de soin psychiatrique du Point G :

C'est le premier service de psychiatrie et c'est le 3^{ème} niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au sud – est dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

➤ Les bâtiments :

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

- Un bloc pour les consultations, l'administration interne du service.
- Un bloc composé de case pour les malades nouvellement hospitalisés.
- Un bloc pour les malades chroniques.

➤ Structure de fonctionnement :

Les consultations ont lieu tous les Lundi, mardi et mercredi de 7H30 à 16H00 par des médecins qui se relaient entre l'Hôpital du Point G et le centre de santé mentale (CE.SA.ME).

Après 16H00, un médecin, un interne, un infirmier assure la permanence du service.

Dans son fonctionnement, c'est un service ouvert, communautaire, associant une famille.

C'est un service hospitalo – universitaire ayant des activités :

- De consultation et d'hospitalisation ;
- D'enseignement, formation théorique et pratique des étudiants ;
- De recherche en matière de santé mentale.

* concernant l'hospitalisation, elle est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et après le malade est confié au chef d'unité.

* Trois une supervision quotidienne par les internes et les médecins généralistes pour dépister d'éventuelles maladies et suivent l'évolution quotidienne de la maladie spécialisée.

* une supervision hebdomadaire est effectuée par l'ensemble de personnel médical.

* un groupe hebdomadaire est organisé sous l'égide du psychologue en présence des médecins, des malades et de leurs parents.

* le kotéba est une mise en scène théâtrale bambara adaptant le psychodrame Morenien et il est organisé toutes les semaines le vendredi.

➤ Personnel médical :

Il est composé de :

- ✚ Trois professeurs en psychiatrie ;
- ✚ Un médecin assistant ;
- ✚ P.H (Praticien Hospitalier) ;
- ✚ Un médecin généraliste ;
- ✚ Un psychologue ;
- ✚ Dix assistants médicaux ;
- ✚ Un infirmier d'état ;
- ✚ Un infirmier du premier cycle ;
- ✚ Deux infirmiers auxiliaires ;
- ✚ Un technicien de développement communautaire (assistance sociale) ;
- ✚ Des étudiants en médecine pour des stages ;

- ✚ Une secrétaire ;
- ✚ Trois techniciens de surface ;
- ✚ Des étudiants en médecine dont certains faisant fonction interne associée aux étudiants des différentes écoles en santé (CSTS, ESS et EIP).

3.2 Période d'étude :

Cette étude a été réalisée sur une période d'une année allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006.

3.3 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant tous les malades vus en consultation externe, dont les ordonnances comportaient au moins un benzodiazépine.

3.4 Population d'étude :

Patients et patientes admis au service de psychiatrie de l'Hôpital du Point G.

3.5 Echantillonnage :

3.5.1 Critères d'inclusions

- Patients âgés de 10 ans ou plus quel qu'en soit le sexe.
- Patients présentant un trouble mental.
- Patients ayant été suivis dans le service.
- Patients avec dossiers complets.

3.5.2 Critères de non inclusion

- Patients avec dossiers incomplets.
- Patients non suivis dans le service.
- Patients ayant reçu un traitement d'induction avec une benzodiazépine.

Au total.

3.6 Saisie et analyse des données :

Elles ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft Word 2003 et SPSS 11.0

IV / Résultats

4.1 Données socio-démographiques

TABLEAU V : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	95	51,1
Féminin	91	48,9
Total	186	100

Dans notre étude 51,1 % représentaient le sexe masculin contre 48,9 % de femmes

TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE

Age	Fréquence	Pourcentage
10-30 ans	86	46,2
31-50 ans	74	39,8
51-70 ans	23	12,4
71-90 ans	3	1,6
Total	186	100

La tranche d'âge 10-30 ans était la plus représentée.

TABLEAU VII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROFESSION

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	36	19,4
Cultivateur	13	7,0
Ménagère	50	26,8
Etudiant/élève	39	21,0
Commerçant	18	9,7
Profession libérale	21	11,3
Manœuvre	1	0,5
Autres	8	4,3
Total	186	100

La profession ménagère avec 26,8 % était la plus représentée

TABLEAU VIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NIVEAU SOCIO-EDUCATIF

Niveau socio-éducatif	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	67	36,0
Primaire	41	22,0
Secondaire	47	25,3
Universitaire	31	16,7
Total	186	100

Les analphabètes étaient plus fréquents avec 36 % des patients

TABLEAU IX: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ETHNIE

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	57	30,6
Peulh	40	21,5
Bozo	7	3,8
Bobo	1	0,5
Senoufo	8	4,3
Soninké	10	5,4
Malinké	29	15,6
Sonrhaï	16	8,6
Minianka	5	2,7
Dogon	6	3,2
Autres	7	3,8
Total	186	100

La majorité des patients était les bambaras

TABLEAU X : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	67	36,0
Marié	102	54,8
Divorcé	5	2,7
Veuf	12	6,5
Total	186	100

Les mariés étaient les plus représentés avec 54,8 % suivi des célibataires avec 36 % des patients

4.2 Données cliniques

TABLEAU XI : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'HABITUDE EXOTOXIQUE

Attitude	Fréquence	Pourcentage
Tabagisme	51	27,4
Alcoolisme	3	1,6
Toxicomanie	9	4,8
Néant	123	66,2
Total	186	100

66,2 % de nos patients n'avaient d'attitude exotoxique particulière mais 27,4 % fumaient le tabac

TABLEAU XII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

Motif	Fréquence	Pourcentage
Insomnie	34	18,3
Agitation	11	5,9
Instabilité	6	3,2
Hétéro agressivité	6	3,2
Trouble du caractère	83	44,6
Soliloquie	2	1,2
Fugue	3	1,6
Autres	41	22,0
Total	186	100

Le motif de consultation le plus représenté était le trouble du caractère.

TABLEAU XIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE DIAGNOSTIC RETENU

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Psychoses	26	14,0
Troubles névrotiques	51	27,4
Pathologies de la personnalité	13	7,0
troubles réactionnels	9	4,8
Pharmacopsychose	4	2,2
Troubles à l'expression somatique	11	5,9
Syndromes dépressifs	55	29,6
Etat confusionnel et/ou démence	3	1,6
Autres	14	7,5
Total	186	100

Le diagnostic le plus représenté fut le syndrome dépressif avec 29,6 %

4.3 Données pharmacologiques

TABLEAU XIV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT AVEC LES BENZODIAZEPINES A DEMI-VIE D'ELIMINATION LONGUE

Benzodiazépine	Fréquence	Pourcentage
Chlordiazépine(Librium®)	2	1,4
Diazepam(Valium®)	7	5,4
Chlorazébate(Tranxène®)	21	16,2
Prazépam(Lysanxia®)	34	26,2
Chlobazam(Urbanyl®)	27	20,8
Bromazépam(Lexomil®)	39	30,0
Total	130	100

Dans notre étude 30 % de nos patients ont été traités avec du bromazépam (Lexomil®)

TABLEAU XV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT AVEC LES BENZODIAZEPINES A DEMIE D'ELIMINATION INTERMEDIAIRE OU COURTE

Benzodiazépine	Fréquence	Pourcentage
Oxazépam(Seresta®)	6	10,7
Lorazépam(Temesta®)	2	3,6
Alprazolam(Xanax®)	48	85,7
Total	56	100

85,7 % de nos malades ont été traités avec de l'alprazolam (Xanax®)

TABLEAU XVI : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ASSOCIATION BENZODIAZEPINE /NEUROLEPTIQUES

Association	Fréquence	Pourcentage
Oui	48	25,8
Non	138	74,2
Total	186	100

Seulement 25,8 % étaient sous cette association

TABLEAU XVII: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ASSOCIATION BENZODIAZEPINE/ANTIDEPRESSEUR

Association	Fréquence	Pourcentage
Oui	117	62,9
Non	69	37,1
Total	186	100

37,1 % des malades n'étaient pas sous cette association

V / Commentaires et discussion

Cette étude hospitalière rétrospective dans le service de psychiatrie du Centre hospitalier Universitaire du Point G de Janvier à décembre 2006 dont l'objectif principal était d'évaluer l'utilisation des benzodiazépines a concerné tous les malades vus en consultation externe. Au total nous avons recensé 1600 cas. L'échantillon traité était sélectionné sur la base de la présence des benzodiazépines dans la prescription ; chez les malades âgés au moins de 10 ans.

En fonction des critères d'inclusion nous avons pu avoir 186 cas.

5.1 Caractéristique épidémiologique :

5.1.1 Le sexe :

Dans notre échantillon le sexe masculin était le plus représenté avec 51,1 % soit un sexe ratio de 1,04 en faveur des hommes. Cette différence de sexe est difficile à interpréter. Alors nous pouvons nous demander si les obstacles socioculturels ne sont pas plus importants pour la femme que pour l'homme en milieu traditionnel, où de nombreux « interdits » retiennent la femme et la limitent dans ses actes et ses relations avec les structures externes.

A titre comparatif Y. D. Diarra a eu 93 % en faveur des hommes par rapport aux patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du Centre Universitaire du Point G [17]

5.1.2 L'âge :

La tranche d'âge la plus représentée était les jeunes dont l'âge était compris entre 10-30ans, soit 46,2 % des cas, avec une moyenne de 20ans. Par contre les vieux étaient moins représentés avec un faible taux de 1,6 %.

Cette fréquence peut s'expliquer par:

- Du fait de l'envie énorme de cette tranche d'âge à une meilleure santé ;
- A l'âge jeune on est très ambitieux, et l'échec de ces projets peut entraîner des troubles mentaux,
- Et les jeunes sont confrontés à des changements sociaux (mariage, les responsabilités etc....)
- La facilité d'accès aux soins parce que responsable et ayant assez de moyens.

Ce résultat est comparable à celui de Picart, PDG [18] qui a trouvé au Sénégal en consultation une prédominance de la tranche d'âge 15-34 ans avec un taux de 73 %.

Ce résultat est comparable à celui de Haïdara M [19] qui a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 25-34ans avec un taux de 33,54 % des consultations.

5.1.3 Ethnie :

Malgré que cette distribution puisse être influencée par la composition de la population générale dans ses différentes couches ethniques, et il ne nous est pas possible de faire une comparaison entre ces données dans la mesure où le gouvernement du Mali avait évité la classification par ethnie dans le recensement général de la population préférant plutôt une répartition par langue parlée [20].

Ceci ne répond pas à nos objectifs d'étude pour la raison toute simple que les ethnies chevauchent dans le parlé d'une langue. De notre répartition très disparité où aucune ethnie n'était épargnée ; il est tout à fait possible de conclure à une éventuelle

vulnérabilité d'un groupe ethnique par rapport à un autre.

Dans cette étude, les bambaras dominaient avec un taux de 30,6 % suivi des peulhs, des malinkés avec respectivement 21,5 % et 15,6 %. Les bobos étaient les moins représentés avec un taux de 0,5 %. Entre autres facteurs pouvant influencer cette distribution ; nous trouvons la situation du service de psychiatrie dans l'aire naturelle d'évolution de ses ethnies dominantes contrairement aux sonrhaï, bozo, etc... .

5.1.4 Situation matrimoniale :

Dans notre étude les mariés étaient les plus représentés avec plus de la moitié des cas, 102 mariés sur un total de 186 soit 54,8 % des cas. Beaucoup de sujets, principalement les femmes se trouvent déjà mariées avant même l'apparition des troubles psychiques. Les benzodiazépines étant concernées par l'étude, c'est dans le foyer que les événements stressants sont nombreux (accouchement, la recherche de pain quotidien, les conflits interfamiliaux et ou interne). Tous ceux-ci peuvent être source de consultation à la psychiatrie nécessitant l'apport de benzodiazépines d'où le nombre dominant chez les mariés.

5.1.5 Niveau scolaire :

Cette répartition rend compte du faible niveau d'inscription de nos malades comme d'ailleurs celui de la population malienne en général [20].

Selon l'EDSMII [20], globalement tout âge confondu à partir de 6ans, moins d'un homme sur 3 (29 %) et moins d'une femme sur 5 (19 %) avaient fréquenté l'école et au niveau secondaire, le taux

était de 14 % pour ensuite diminuer de moitié (7 %) dans le supérieur.

Dans notre étude les non scolarisés étaient les plus représentés avec 67 cas soit 36,0 % suivis du secondaire et le primaire avec respectivement 25,3 % et 22,0 %.

On a l'impression que la gravité de l'état psychiatrique est mal appréhendée par les sujets non scolarisés et à faible niveau d'étude, contrairement à ceux du niveau supérieur.

5.1.6 Usage de drogues (stupéfiants) :

Cette étude a des imperfections. Au moment de la consultation, les patients ne disent pas l'information réelle et en plus avec 91 cas des femmes dans cette étude ; or dans notre coutume les femmes ne prennent ni de cigarettes, ni d'alcool, à plus forte raison le cannabis et les autres drogues ; c'est la raison pour laquelle plus de la moitié n'avait pas d'attitude exo toxique.

Pourquoi certains s'adonnaient-ils à la consommation des stupéfiants ?

Cette situation pouvait être tout simplement la conséquence du dysfonctionnement mental ou être l'expression d'une difficulté d'adaptation de certaines personnes car dans une société où de moins en moins de gens trouvent leur place, la toxicomanie apparaît de plus comme le moyen le plus radical d'assouvir une recherche de plaisir et de repli sur soi pour échapper au monde [21].

Des constats similaires sont aussi repris par Sissoko. M [22].

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un problème très sensible et qui entame dans bien des cas la coopération de la famille en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique.

En effet, beaucoup de parents ont tendance à culpabiliser le patient sous prétexte qu'il aurait « acheté », ses maux.

L'étude souligne la jeunesse des patients, la majorité des hommes sur les femmes avec un sexe ratio de 1,04 en faveur des hommes ; leur faible niveau d'étude ainsi que des cas de prise de drogues.

5.2 Données cliniques et pharmacologiques :

5.2.1 Pour les motifs de consultations :

Les motifs de consultations les plus courants étaient les troubles du caractère avec 44,66 %, suivis de l'insomnie avec 18,3 %.

Les troubles du comportement sont très mal tolérés par les parents et dérangent l'entourage du patient. Cet état de fait motive une recherche de solutions rapides non seulement pour la stabilité du sujet mais de son entourage.

L'hétéro agressivité ainsi que l'agitation et l'instabilité sont moins représentées car ces attitudes suscitent une hospitalisation et non une consultation externe.

Par conséquent le motif d'hospitalisation la plus fréquent fut l'hétéro agressivité selon Y D Diarra (46,8 %) [17]

5.2.2 Diagnostic retenu :

Les diagnostics les plus représentés étaient le synchronone dépressif et des troubles névrotiques avec respectivement 29,6 % ; 27,4 %.

Ces résultats sont faciles à comprendre du fait que la sélection des données a été réalisée suite à la prescription des benzodiazépines, or les benzodiazépines sont beaucoup prescrits dans les anxiétés quelle que soit la forme, ainsi que les angoisses et syndromes anxieux dépressifs.

5.2.3 La prise de médicament (ordonnances) :

Par rapport aux différentes classes des benzodiazépines utilisées ; celles à demi-vie d'élimination longue étaient les plus représentées avec 130 cas contre 56 des benzodiazépines à demi-vie d'élimination intermédiaire ou courte.

Il n'y a eu aucun cas de prescription des benzodiazépines à demi-vie d'élimination très courte ou ultracourte. Parmi les benzodiazépines à demie d'élimination longue bromazépam (Lexomil®) était le plus prescrit avec 30,0 % suivi de prazépam (Lysanxia®) avec 26,2 %.

Par ailleurs, alprazolam (xanax®) était le plus prescrit avec 85,7 %) des benzodiazépines à demi-vie d'élimination intermédiaire ou courte.

Cette étude nous montre que :

- ❖ la prescription unique des benzodiazépines (monothérapie) est limitée ;
- ❖ l'association soit avec les neuroleptiques ou soit avec les antidépresseurs (en bithérapie) est fréquente avec 88,5 %.

VI / Conclusion et Recommandations

6.1 Conclusion :

Au terme de notre étude rétrospective nous sommes parvenus aux résultats suivants :

- Il apparaît clairement que les pathologies psychiatriques ne sont ni l'apanage d'un sexe, ni d'une ethnie encore moins d'une aire géographique précise.
- Cependant cette étude nous montre que la prévalence des troubles psychiatriques est nettement fréquente chez les analphabètes, et les jeunes.

Sur l'ensemble des consultations externes dans le service de psychiatrie au CHU du point G (1600 consultations externes durant l'année 2006) on n'a eu que 186 prescriptions des benzodiazépines ; cela nous montre la faible prescription des benzodiazépines dans le service.

En outre la classe des benzodiazépines la plus prescrite était les benzodiazépines à demi-vie d'élimination longue avec bromazépam en tête ; la deuxième classe était les benzodiazépines à demi-vie d'élimination intermédiaire ou courte avec alprazolam en tête ; mais il n'y a pas eu de prescription des benzodiazépines à demi-vie d'élimination très courte ou ultra courte. Dans les psychoses et les troubles anxieux dépressifs on a eu des cas d'association des benzodiazépines aux neuroleptiques et aux antidépresseurs avec 166 cas soit 88,71 % des ordonnances. Cela nous montre l'élargissement de la gamme de prescription des benzodiazépines

Au delà de toutes ces considérations, il est à noter qu'un suivi thérapeutique régulier n'est nullement synonyme d'exemption

aux rechutes, de chimiorésistances étant aussi documentés. Dans tous les cas, il apparaît clairement que malgré tous les efforts déployés jusqu'alors, beaucoup reste encore à faire par rapport aux dépendances liées aux benzodiazépines. Le phénomène de rebond lié à l'arrêt brusque du traitement aux benzodiazépines et en plus la non observance correcte du traitement qui peut être un facteur d'augmentation des consultations dans le service de psychiatrie.

6.2 Recommandations :

A l'issue de ce travail nous recommandons ;

6.2.1 Au ministère de la santé :

- Privilégier la notion de continuité des soins par la formation et ou la mission à la disposition de tous les centres socio-sanitaires du pays des personnes qualifiés ainsi qu'un approvisionnement en produits pharmaceutiques.

A titre comparatif il existait encore en France en 1989 un nombre de psychiatre égal à 9245 [23].

- Prendre des mesures convenables contre l'automédication et les mécanismes de vente des produits en général et en particulier les psychotropes surtout les benzodiazépines.
- Améliorer l'image du service psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire du Point G, les malades chroniques errant par ci par là sont le reflet extérieur de notre impuissance vis-à-vis de la pathologie mentale.

- Faire un choix par rapport aux commandes extérieures des benzodiazépines.
- Créer des organismes de santé mentale.

6.2.2 Aux personnels de santé :

- Aux médecins : Lors des consultations expliquer très bien la pathologie mentale aux patients.
Respecter le délai de prescription des benzodiazépines en clarifiant sur les ordonnances.
- Aux pharmaciens : Veiller au respect des règles de la livraison des psychotropes.

S'organiser pour signaler à l'autorité en place les points de vente frauduleuse des produits pharmaceutiques surtout les psychotropes.

6.2.3 Aux patients :

- Respecter les rendez-vous du médecin.
- Eviter l'arrêt brusque des traitements sans avis du médecin.
- Eviter l'automédication et se faire consulter en cas de problèmes de santé.

VII / REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] MORSETTI PL, ZARIFIAN E

**Pharmacocinétique des médicaments psychotropes-
Encycl Med Chir, Psychiatrie, 1992.**

**[2] Organisation Mondiale de la Santé. Appréciation des
problèmes de santé publique et des problèmes sociaux liés à
l'usage des substances psychotropes compte rendu du comité
OMS d'expliquer pour l'application de la convention de 1971
sur les substances psychotropes série de rapports techniques
656 Genève :OMS.**

**[3] GINESTET D, PERON M. Chimiothérapie psychiatrique, 2°
édition, Paris : Masson, 1984 ; 339p.**

[4] GHODSE. H, KHAN. I.

**Les médicaments psycho actifs : Organisation mondiale de la
santé 1990.**

[5] DELAY P, DENIKER P.

**Classification générale des médicaments psychotropes;
entretien de Bichat. Paris : Expansion scientifique française ;
1957 ; 159 p.**

[6] QUEVAUVILLIERS J, SOMOGYI A et FINGERHUT A.

**Dictionnaire médical, 4° édition. Paris : Masson, 2004 ;
1494p.**

[7] COTTEREAU M-J, MANUS A, MARTIN A.

Manuel de thérapeutique psychiatrique. Paris : Masson, 1990 ; 444p.

[8] GUELFY J D, BOYER P, CONSOLI S, MARTIN R O.

Psychiatrie Paris : Presses Universitaires de France, 1987 ; 932p.

[9] GRIVOIS H.

Urgences psychiatriques.

Paris : Masson, 1986 ; 203p.

[10] CAROLI F, MASSE G.

Les situations d'urgence en psychiatrie.

Paris : Douin, 1985 ; 459P

[11] HOAREAU J, PEIGNET F.

Les urgences-psychiatriques

Encycl Med Chir, Psychiatrie, 1987.

[12] ASNIS GM, FRIEDMANT A

Suicidal behaviors in adult psychiatric out patient.

Description and prevalence.

Am J Psychiatry 1993; 339.

[13] HENRI EY, BERNARD P et BRISSET CH.

**Urgences psychiatriques en pratique extra-hospitalière
manuel de psychiatrie, 6^{ème} édition. Paris : Masson, 1983 ;
985p.**

[14] ORSOT-DESSI M.

Les états aigus : réponses ambulatoires et hospitalières à l'hôpital de Bengerville.

Rev Med Côte d'Ivoire 1983 ; (63) : 29- 44.

[15] COTTEREAU M J.

Les névroses approches descriptives et traitement. Cahiers d'information du praticien. Paris : Roche, 1991 ; 228p.

[16] COTTEREAU M J, MANUS A, MARTIN A.

Les urgences en psychiatrie : manuels de thérapeutique psychiatrique. Paris : Masson, 1990 ; 247p.

[17] DIARRA Y D. Recherche sur l'utilisation pharmacologique des neuroleptiques au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G. Thèse Pharm, Bamako, 2007.

[18] PICARD P. Evaluation des activités de consultation au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire De Dakar. Thèse Med, Dakar, 1984.

[19] HAIDARA M. Evaluation des activités de consultation au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako. Thèse Med, Bamako, 1995

[20] Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Enquête démographique et de la santé Bamako, 1996 ; 375p.

[21] DE CLERSQ M, FERRAND I et ANDRE OLI A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. Encycl Med Chir , Psychiatrie 1996.

[22] SISSOKO M. Quelques aspects médico-légaux de la pratique psychiatrique au Mali. Thèse Med, Bamako ; 1984.

[23] MASSE G et MIEJ CI. Evolution et devenir des institutions psychiatriques, Encycl Med Chir, Psychiatrie, 1995.

VIII/ ANNEXES

8.1 / Fiche d'enquête

I- Identification :

Date...../...../.....

Nom..... Sexe.....

Profession.....

Prénom..... Age.....ans

Ethnie.....

Statut matrimonial..... Niveau socio-
éducatif.....

II- Attitude du malade: /_____/

1- Tabagisme

2- Alcoolisme

3- Toxicomanie

4- Néant

III- Histoire de la maladie

1- Motif de la demande de soins : /_____/

1- Insomnie 2- Agitation 3- Instabilité

4- Hétéro agressivité

5- Troubles du caractère 6- Soliloquie 7-

Fugue 8- Autre

2- **Diagnostic psychiatrique retenu** : /_____/

1- Psychoses

2- Troubles névrotiques

3- Pathologies de la personnalité

4- Troubles réactionnels

5- Troubles liés à l'usage de l'alcool et/ou de la drogue
(pharmacopsychose)

6- Troubles à l'expression somatique et/ou comportementaux

7- Syndromes dépressifs

8- Etats confusionnels et/ou démence

9- Sans diagnostic

10- Autres

a. Prise de médicament :

1- Traitement avec les benzodiazépines

A- Les produits a demi-vie d'élimination longue :

/_____/

1- Le chlordiazépine (Librium)

2- Le diazépam (Valium)

3- Le chlorazépate (Tranxène)

4- Le prazépam (Lysanxia)

5- Le chlobazam (Urbanyl)

6- Le bromazépam (Lexomil)

7- Le loflazépate d'éthyle ou victan

B- Les produits à demi-vie d'élimination intermédiaire ou courte : / ____/

1- L'oxazépam (Seresta)

2- Le lorazépam (Temesta)

3- Le tofisopam (Seriell)

4- L'alprozolam (Xanasi)

C- Les produits à demi-vie très courte et ultra courte : / ____/

1- L'estazolam

2- Le triazolam

3- Autres

2- Les benzodiazépines associées à un neuroleptique : /____/

1- Oui 2- Non

3- Les benzodiazépines associées à un antidépresseur : /____/

1- Oui 2- Non

4- Les benzodiazépines associées à un normothymique : /____/

1- Oui 1- Non

8.2 / Fiche signalétique :

Titre : Utilisation des psychotropes : Place des benzodiazépines dans le traitement des troubles psychiques dans le service de psychiatrie au C.H.U du Point G de Bamako.

Auteur : Gaoussou BERTE

Année Universitaire : 2007 – 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Psychiatrie

Résumé : Cette étude hospitalière rétrospective dans le service de psychiatrie du C.H.U du Point G de Janvier à décembre 2006 dont l'objectif principal était d'évaluer l'utilisation des benzodiazépines a concerné tous les malades vus en consultation externe. L'échantillon traité était sélectionné sur la base de la présence des benzodiazépines dans la prescription ; chez les malades âgés au moins de 10 ans.

En fonction des critères d'inclusion nous avons pu avoir 186 cas.

Le résultat a permis de savoir que :

- la prescription des benzodiazépines est faible dans le service de psychiatrie au C.H.U du Point G.

Sur 1600 ordonnances on a eu que 186 cas.

- La classe de benzodiazépine la plus utilisée était les benzodiazépines à demi vie d'élimination longue.
- Il n'y a pas eu de prescription de benzodiazépines à demi d'élimination très courte ou ultra courte.
- Il y a eu des cas d'association des benzodiazépines aux neuroleptiques ou aux antidépresseurs.

Mot clé : Utilisation des psychotropes: benzodiazépines, psychiatrie du Point G

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE