

# Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2008-2009



N°...

## THESE

### *Prescription des antidépresseurs dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.*

*Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2009 devant la Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

*Par Monsieur : Mathieu Zantigui SAMAKE*

*Pour obtenir le grade de DOCTEUR en PHARMACIE (Diplôme d'Etat)*

#### JURY :

<b>Président</b>	<b>:</b>	<b>Professeur</b>	<b>Tiéman</b>	<b>COULIBALY</b>
<b>Membres</b>	<b>:</b>	<b>Docteur</b>	<b>Modibo</b>	<b>SISSOKO</b>
<b>Co-directeur</b>	<b>:</b>	<b>Docteur</b>	<b>Sékou</b>	<b>BAH</b>
<b>Directeur</b>	<b>:</b>	<b>Professeur</b>	<b>Elimane</b>	<b>MARIKO</b>

# SOMMAIRE

# SOMMAIRE

DEDICACES & HOMMAGES .....	III
REMERCIEMENTS .....	V
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	XVII
1. INTRODUCTION .....	1
2. OBJECTIFS .....	4
3. GENERALITES .....	6
3.1. Historique : .....	6
3.2. Classification [19].....	7
3.3. Typologies des pathologies dépressives .....	12
3.4. Propriétés thérapeutiques des antidépresseurs : .....	14
4. METHODOLOGIE .....	22
4.1. Cadre de l'étude : .....	22
4.2. Type d'étude et collecte des données : .....	23
4.3. Echantillonnage : .....	24
5. RESULTATS.....	26
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	32
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	34
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
9. FICHE SIGNALÉTIQUE.....	39
10. ANNEXES .....	41
10.1. Annexe 1 : Fiche d'Enquête.....	41
10.2. Annexe 2 : Quelques Structures des Antidépresseurs.....	42

# DEDICACES & HOMMAGES

# JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL A LA MEMOIRE DE MON REGRETTE PERE.

*La mort t'a cruellement arraché à l'affection des tiens.*

*Tu nous as entourés de tes qualités exceptionnelles.*

*Ton absence est amère. Mais tu nous as laissé un père : le  
courage, l'honneur et la dignité.*

*Que la terre te soit légère.*

# REMERCIEMENTS

➤ **A ALLAH:**

CREATEUR DES CIEUX ET DE LA TERRE. TOI QUI AS GUIDE  
MES PAS DE CHAQUE JOUR, MERCI POUR CETTE VOLONTE  
QUE TU M'AS DONNE ET CE COURAGE. AIDES MOI PAR CETTE  
FORMATION A SAUVER DES VIES AFIN D'APAISER DES  
COEURS BLESSES.

➤ **A MES TONTONS: LUC SAMAKE ET DR SEYDOU  
SAMAKE.**

POUR TOUS LES SACRIFICES QUE VOUS AVEZ CONSENTIS  
POUR NOTRE EDUCATION, L'AMOUR APPORTE ; LE SOUCI  
DE NOUS VOIR REUSSIR ET VOS CONSEILS ONT ETE DES  
SUPPORTS POUR MOI.

RECEVEZ ICI, TONTONS, L'EXPRESSION DE MON AMOUR  
ET DE MA GRANDE ADMIRATION. PERE PUISSE CE TRAVAIL  
ETRE POUR VOUS UN DEBUT DE CONSOLATION CAR IL EST  
LE VOTRE.

➤ **A MES MAMANS : MINATA COULIBALY, AWA  
DIAKITE, MAIMOUNA BERTHE.**

LES MOTS ME MANQUENT POUR DECRIRE TOUT CE QUE  
VOUS AVEZ FAIT POUR MOI. MERCI BEAUCOUP POUR  
LA COHESION ET LE CALME QUE VOUS M'AVEZ  
ENSEIGNES.

➤ **A MES AUTRES TONTONS :**

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN MORAL ET MATERIEL.  
TONTON, CE TRAVAIL EST VOTRE.

➤ **A MES FRERES ET SŒURS: ADOLPH, AUGUSTIN,  
LOUIS, ROMAINE ET ODETTE.**

➤ AUCUN LIEN NE PEUT ETRE PLUS FORT QUE CELUI QUI  
NOUS LIE, RESTONS FIDELES A L'EDUCATION QUE NOS  
PARENTS NOUS ONT INCULQUEE, RESTONS UNIS. J E  
VOUS AIME.

➤ **A MES GRANDS-PARENTS :**

TROUVEZ ICI LE TEMOIGNAGE DE TOUTE MA GRATITUDE.  
MERCI POUR LES BENEDICTIONS.



➤ **A MES TANTES: F.KABADJE, SIRADJE,...**

CHERES TANTES, LES SACRIFICES CONSACRES A NOTRE EDUCATION, LES CONSEILS NE NOUS ONT JAMAIS MANQUES.

ACCEPTEZ L'EXPRESSION DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE.

MERCI BEAUCOUP POUR VOS SOUTIENS.

➤ **A TOUS MES COUSINS ET COUSINES:... ;**

VOUS ETES SI NOMBREUX (ALHAMDOULILAYE) QUE JE NE POURRAIS VOUS CITER TOUS. JE PENSE A VOUS.

➤ **A MES COMPAGNONS DE LUTTE : DR YOUSOUF  
D.DIARRA ET DR MORY ELIMANE MARIKO...**

EN PLUS DES AMIS, VOUS AVEZ ETE POUR MOI DES FRERES. QUE CE TRAVAIL SOIT POUR VOUS UNE SOURCE DE STIMULATION.

PUISSSE DIEU NOUS DONNER LA SERENITE ET LE COURAGE DE RENFORCER NOS LIENS.

➤ **A MA CHERE FATOUMATA KONE DITE BEBE ;**

TA COMPAGNIE, TON DEVOUEMENT ET TA GRANDE  
COMPREHENSION ONT ETE POUR MOI UN GAGE DE  
REUSSITE DANS MA VIE. SOIS ASSUREE DE MON  
IMMENSE AMOUR ET DE MON PROFOND ATTACHEMENT.  
MERCİ POUR TOUTE CETTE COMPLICITE ET LE TEMPS  
PASSE ENSEMBLE. QUE CE TRAVAIL SOIT LE TIEN.

➤ **A MES COMPAGNONS ET FRERES DU POINT G ... ;**

MERCİ POUR VOTRE AFFECTION, J'OSE ESPERER QUE NOUS  
RESTERONS UNIS.

➤ **A MES CAMARADES DE BOULKASSOUMBOUGOU**

**PRECISEMENT LE «GRIN DE BATHY » ; TIDIO,  
RENE, MAMADOU TAMBADOU, SEKOU KABA DIT  
DOLAR, LASS, FOUSS, THURAN,**

MERCİ POUR VOTRE SOUTIEN MORAL.

➤ **A ABDOULAYE DIAKITE, BASSADY, AMADOU**

**KOUYATE, TIDIANI (TIDIO), AMADOU KOUYATE  
ET FOUSSENI KOUREICHY.**

POUR VOTRE SOUTIEN FINANCIER ET MORAL, MA SINCERE  
RECONNAISSANCE.

➤ **A DR IBREHIMA DIARRA**

RETROUVES ICI LE TEMOIGNAGE D'UN FRERE, TU AS ETE  
POUR MOI UN FRERE, UNCONSILLE, MERCI.

➤ **A ADAMA YORO DIARRA;**

TU M'AS TOUJOURS SEDUIT PAR TON COURAGE ET TA  
FRANCHISSE.

➤ **A MON AMI, FEU BOURAMA KONE ;**

MERCI POUR TES CONSEILS, QUE LA TERRE TE SOIT  
LEGERE, DORS EN PAIX

➤ **A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE  
PSYCHIATRIE ;**

MERCI POUR LE RESPECT, LA CONSIDERATION ET LE  
SOUTIEN QUE J'AI REÇUS DE VOUS.

➤ **AU PERSONNEL DE LA PHARMACIE LAFIA : DR  
SEYDOU SOW, ABDOULAYE COULIBALY, ELHADJ  
T.KONE, MANIFA THERA, EPIPHANIE ;**

MERCI POUR TOUT CE QUE J'AI APPRIS A COTE DE VOUS,  
RETROUVEZ ICI TOUTE MA RECONNAISSANCE.

➤ **A ASSAN KEITA (MA PRINCESSE):**

EN PLUS UNE AMIE, TU AS ETE UNE VERITABLE  
SŒUR. RETROUVER ICI LE TEMOIGNAGE DE MA  
RECONNAISSANCE ET FRATERNITE.

➤ **A MES ENSEIGNANTS DE L'ECOLE FONDAMENTALE :**

VOUS M'AVEZ ENSEIGNE LES REGLES SOCIALES DE  
CONDUITE. MERCI POUR TOUT CE QUE VOUS AVEZ FAIT  
POUR MOI.

PUISSE DIEU VOUS DONNER LONGEVITE ET VOUS BENIR.

➤ **A MES ENSEIGNANTS DU SECONDAIRE :**

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION A MA FORMATION.

➤ **A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FMPOS :**

MERCI BEAUCOUP POUR LES CONNAISSANCES  
TRANSMISES.

➤ **A TOUS CEUX QUI M'ONT : AIDE, AIME, SUPPORTE,  
ENSEIGNE, SOUTENU, ENCADRE, PROTEGE ... ;**

TROUVEZ ICI, L'EXPRESSION DE TOUTE MA  
RECONNAISSANCE.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY,**

**Professeur *Tiéman COULIBALY***

- Professeur de traumatologie à la FMPOS

Honorable maître, vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury. Votre compétence, vos qualités pédagogiques et humaines, votre disponibilité, nous ont marquées dans cette faculté. Vous étiez là pour nous prodiguer des conseils à chaque fois que le besoin s'est senti.

Cher maître, c'est un réel plaisir pour nous, de vous retrouver au moment où nous terminons cette formation de pharmacie.

Trouvez ici, le témoignage de notre profond respect et de toute notre gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur *Modibo SISSOKO***

- Spécialiste en psychiatrie
- En service à l'hôpital du point G

Cher maître, vous nous avez impressionné par votre abord facile et votre souci du travail bien fait.

Malgré vos multiples et importantes occupations, vous avez accepté, de venir juger ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

***Docteur Sékou BAH***

- Maître assistant en pharmacologie à la FMPOS
- Pharmacien à la Pharmacie Hospitalier du Point G.

Cher Maître, en acceptant de nous encadrer, vous avez une fois de plus démontré tout l'intérêt que vous portez à la formation scientifique.

Acceptez, cher maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués et soyez assuré de notre profonde reconnaissance.



**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur** *Elimane MARIKO*

- Professeur en Pharmacologie à la FMPOS; Colonel de l'armée Malienne ;
- Officier de Cabinet au Ministère de la Défense et des Anciens Combattants ;
- Coordinateur de la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/SIDA au Ministère de la Défense et des Anciens Combattants.

Cher maître, nous vous remercions, pour notre acceptation et la confiance que vous nous avez portée, en nous confiant ce travail et accepter de le diriger.

Votre esprit didactique à l'école et votre générosité tout au long de ce travail, nous ont comblé.

Tout cela révèle les éminentes qualités humaines que nous avons découvertes en vous.

Nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Soyez rassuré de notre sincère admiration et de notre profonde gratitude.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

AD: Antidépresseur

ADTC : Antidépresseur tricyclique

AMM: Autorisation de mise sur le marché

CE.SA.ME: Centre de Santé Mentale.

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNTS: Centre national de transfusion sanguine

DCI: Dénomination commune internationale

EIPC : Ecole des infirmiers du premier cycle

ESS: Ecole secondaire de santé

Fr: Fréquence

HTA : Hypertension artérielle

IMAO: Inhibiteur de ma monoamine oxydase

IRS : Inhibiteur de la récaptage de la sérotonine

ISRS: Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine

ISRSN: Inhibiteur non spécifique de la recapture

MAO: Monoamine oxydase

NA: Noradrenaline

P.H : Praticien Hospitalier

# INTRODUCTION

## 1. INTRODUCTION

Depuis bientôt quelques décennies, la place accordée au phénomène dépressif par l'information médicale et non médicale, gagne de plus en plus d'ampleur. Il fut l'objet de multiples polémiques, engendrant une confusion hétérogène de discours et d'écrits divers [1].

Ainsi la dépression peut être définie comme un trouble mental caractérisé par des sentiments de découragement, de culpabilité, de tristesse, d'impuissance et de désespoir. Contrairement à la tristesse morale ou au chagrin causé par la perte d'un être cher, la dépression clinique est une tristesse persistante et profonde.

Le syndrome dépressif est caractérisé par une triade symptomatique : l'humeur dépressive, le ralentissement psychomoteur, le cortège somatique (anxiété et le désintérêt). Trois types de traitements ont été utilisés pour la prise en charge de la dépression : électrochoc, la pharmacothérapie et la psychothérapie. Les principaux médicaments utilisés en pharmacothérapie sont les antidépresseurs. Les antidépresseurs ou thymoanaleptiques sont des médicaments du système nerveux central susceptibles de diminuer ou d'améliorer les symptomatiques dépressives ou traiter les dépressions. Les antidépresseurs se différencient par leur efficacité, leurs mécanismes d'action et les effets secondaires qu'ils entraînent [2].

Aujourd'hui, la prescription non contrôlée des antidépresseurs constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique dans le monde [3]. En effet, les progrès scientifiques réalisés dans le domaine de la santé et en particulier dans celui de la santé mentale ont permis d'améliorer l'efficacité des antidépresseurs. La législation sanitaire sur ces médicaments exige le respect de certaines conditions et règles pour leur prescription, leur dispensation et leur consommation [4].

Bon nombre de patients, après exeat de l'hôpital voient malheureusement leurs possibilités de socialisation remises de nouveau en cause par l'explosion des symptômes psychiatriques mettant ainsi à défaut les rendez-vous programmés avec le médecin traitant.

Accompagnés de leurs proches, voire de la police ou des voisins, ces sujets malades, dans bien de cas, retrouvent pour la plupart leur milieu de soins dont ils sont si familiers.

De ce fait, l'enthousiasme et la sérénité affichés jusqu'alors font place à un sentiment de crainte, de désespoir renforçant d'avantage la conviction d'incurabilité qui entoure ces états psychomorbides. Ces situations pénibles tant pour la famille que pour le médecin, renvoient une rechute de la maladie [5]. La prescription des antidépresseurs doit être contrôlée. Une prescription adéquate de cette classe thérapeutique exige une formation à la fois spécifique et continue prenant en compte les réalités de l'exercice médical quotidien.

La prescription croissante des antidépresseurs, la fréquence élevée de la rechute de la maladie nous conduisent à nous intéresser à la prescription de cette classe de médicaments.

C'est ainsi nous avons décidé d'étudier la prescription des antidépresseurs au niveau du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

# OBJECTIFS

## **2. OBJECTIFS**

### **➤ Objectif Général**

- Etudier la prescription des antidépresseurs dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.

### **➤ Objectifs Spécifiques :**

1. Identifier les molécules antidépresseurs prescrites.
2. Déterminer d'autres molécules prescrites avec les antidépresseurs.
3. Déterminer les pathologies pour lesquelles les antidépresseurs sont prescrits.

# GENERALITES



### 3. GENERALITES

#### 3.1. Historique :

L'histoire des antidépresseurs est relativement récente. Débutée en 1957, elle a vu naître bon nombre de molécules avec des profils pharmacologiques différents mais d'efficacité quasi similaire pour ce qui est des dépressions sévères.

Les antidépresseurs tricycliques (ADTC) avec l'amitriptyline (LAROXYL<sup>®</sup>) et l'imipramine (TOFRANIL<sup>®</sup>) ont été les premiers découverts, suivis par les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), irréversibles et non sélectifs comme la phénelzine (NARDIL<sup>®</sup>) et la pargyline. Les effets indésirables, en particulier la cardiotoxicité des TCA (surtout en cas de surdosage) et les crises hypertensives des IMAO ont poussé la recherche vers de nouvelles molécules d'efficacité thérapeutique identique mais de meilleure acceptabilité. La notion de sélectivité est alors apparue avec les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la noradrénaline (NA) ou de la sérotonine (5-hydroxytryptamine ou 5HT). Les essais cliniques de phase III ont démontré pour ces nouvelles molécules une efficacité équivalente aux antidépresseurs de première génération et une meilleure sécurité, notamment en cas de surdosage [6].

La découverte des 2 formes A et B de la monoamine oxydase, différenciant l'une de l'autre par l'affinité de la forme A pour la NA et la 5HT et de la forme B pour la dopamine (DA) respectivement, a conduit aux inhibiteurs sélectifs et réversibles de la monoamine oxydase A ou B. On distingue ainsi, le moclobémide (MOCLAMINE<sup>®</sup>), la befloxtone et la toloxatone (HUMORYL<sup>®</sup>) (inhibiteur sélectif et réversible de la MOA-A), la sélégiline (DEPRENYL<sup>®</sup>) (inhibiteur sélectif et réversible MAO-B) [6], indiquée dans la maladie de Parkinson.

Pour ce qui est des derniers antidépresseurs connus, il est clair que leur effet thérapeutique résulte d'une action simultanée sur plusieurs grands systèmes de neurotransmission. Ainsi la mirtazapine (NORSET<sup>®</sup>), le milnacipran (Ixel<sup>®</sup>) et la venlafaxine (Effexor<sup>®</sup>) agissent à la fois sur les voies noradrénergiques et sur les voies sérotoninergiques.

Actuellement les molécules en développement innovent par leur mécanisme d'action : les sous-types de récepteurs sérotoninergiques, comme l'ipsapirone et le gépirone

(tous deux sont des agonistes partiels 5HT<sub>1a</sub>), la neurotransmission dopaminergique (bupropion), les autorécepteurs adrénergiques etc. [6]

### 3.2. Classification [7]

Deux types de classification

#### 3.2.1. Première classification dite classique (voir Tableau I) :

Elle se fait selon le mécanisme d'action

##### 3.2.1.1. Les antidépresseurs imipraminiques :

L'imipramine est chef de file des thymoanaleptiques, dérivé de l'iminodibenzyl, l'imipramine avait été d'abord considérée comme un neurosédatif. La clinique, a montré qu'il s'agissait d'un stimulant plutôt que d'un dépresseur.

##### 3.2.1.2. IMAO (inhibiteur des monoamines-oxydases) : on distingue deux groupes :

- IMAO non sélectifs inhibant les monoamines oxydases A et B,
- IMAO sélectifs qui inhibent sélectivement la A

Les "anciens" IMAO (ou IMAO non sélectifs) ont tous (sauf un) été retirés du marché. La Toloxatone (HUMORYL®) n'étant plus commercialisée, les « nouveaux » IMAO (ou IMAO sélectifs) eux aussi, représentés par une seule molécule.

##### Exemples d'IMAO non sélectifs

Iproniazide (MARSILID®),

##### Exemples IMAO A, sélectif et réversible,

Moclobémide (MOCLAMINE®)

### 3.2.1.3. Les antidépresseurs non imipraminiques non IMAO

Ils sont représentés par :

- Les inhibiteurs sélectifs ou spécifiques de la capture de la sérotonine,
- L'inhibiteur sélectif ou spécifique de la sérotonine et de la noradrénaline,

**Tableau I :** La première classification des antidépresseurs.

LES CLASSES	NOMS DES DCI	NOMS DE SPECIALITES
<b>antidépresseurs imipraminiques</b>	Clomipramine	<b>ANAFRANYL<sup>®</sup></b>
	Amoxapine	<b>DEFANYL<sup>®</sup></b>
	Amitriptyline	<b>EVAVIL<sup>®</sup>, LAROXYL<sup>®</sup></b>
	Maprotiline	<b>LUDIOMIL<sup>®</sup></b>
	Désipramine	<b>PERTOFRAN<sup>®</sup></b>
	Doxépine	<b>QUITAXON<sup>®</sup>, SINEQUAN<sup>®</sup></b>
	Doxulépine	<b>PROTHIADEN<sup>®</sup></b>
	Trimipramine	<b>SURMONTIL<sup>®</sup></b>
Imipramine	<b>TOFRANIL<sup>®</sup></b>	
<b>antidépresseurs non imipraminiques non IMAO</b>	• <b>ISRS*</b>	
	Citalopram	<b>SEROPRAM<sup>®</sup></b>
	Fluoxétine	<b>PROZAC<sup>®</sup></b>
	Fluvoxamine	<b>FLOXYFRAL<sup>®</sup></b>
	Paroxétine	<b>DEROXAT<sup>®</sup></b>
	Sertraline	<b>ZOLOFT<sup>®</sup></b>
	• <b>ISRSN**</b>	
	Minalcipran	<b>IXEL<sup>®</sup></b>
	Venlafaxine	<b>EFFEXOR<sup>®</sup></b>

<b>IMAO (inhibiteur des monoamines-oxydases)</b>	• <b>IMAO A et B non sélectifs</b>	
	Iproniazide	<b>MARSILID®</b>
	Nialamide	<b>NIAMIDE®</b>
	• <b>IMAO A sélectifs</b>	
	Moclobémide	<b>MOCLAMINE®</b>
	Toloxatone	<b>HUMORYL®</b>

\**ISRS: Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la sérotonine*

\*\**ISRSN: Inhibiteur Non sélectif de la Recapture de la sérotonine*

### 3.2.2. Deuxième classification des antidépresseurs

Cette classification se fait selon la structure chimique (*voir tableau II*)

Sur le plan chimique on distingue les classes suivantes :

1. Tricycliques
2. Dibenzocyclohéptadiènes
3. Dibenzodiazépines
4. Dibenzocyclohéptatriènes
5. Dibenzozépines
6. Tricycliques fondamentalement différent des militracènes
7. Tétracycliques et divers
8. Dérivés hydrazines (IMAO = INHIBITEURS MONOANINE OXYDASE)

**Tableau II** : la deuxième classification des antidépresseurs.

LES CLASSES	NOMS DES D C I	NOMS DES SPECIALITES
<b>Tricycliques</b>	Imipramine	<b>TOFRANIL<sup>®</sup></b>
	Désipramine	<b>PERTOFRAN<sup>®</sup></b>
	Clomipramine	<b>ANAFRANIL<sup>®</sup></b>
	Trimipramine	<b>SURMONTIL<sup>®</sup></b>
	Lofépramine	<b>TYMELYT<sup>®</sup>, GAMONIL<sup>®</sup></b>
	Quinupramine	<b>KINUPRIL<sup>®</sup>, KEVOPRIL<sup>®</sup></b>
	Opipramol	<b>INSIDON<sup>®</sup></b>
<b>Dibenzocyclohéptadiènes</b>	Amineptine	<b>SURVECTOR<sup>®</sup></b>
	Amitriptyline	<b>LAROXYL<sup>®</sup>, TYPTIZOL<sup>®</sup></b>
	Butriptyline	<b>EVADYNE<sup>®</sup></b>
	Nortriptyline	<b>NORTRILEN<sup>®</sup>, ALLEGRON<sup>®</sup></b>
<b>Dibenzodiazépines</b>	Dibenzépine	<b>NOVERIL<sup>®</sup>, ECATRIL<sup>®</sup></b>
	Amoxapine	<b>DEFANYL<sup>®</sup></b>
<b>Dibenzocyclohéptatriènes</b>	Protriptyline	<b>CONCORDIN<sup>®</sup></b>
	Déméxiptiline	<b>DEPARON<sup>®</sup></b>
<b>Dibenzozépines</b>	Doxépine	<b>SINQUANE<sup>®</sup></b>
	Dosulepine	<b>PROTHIADEN<sup>®</sup></b>
<b>Tricycliques fondamentalement différent des militracènes</b>	Dimétacrine	<b>DIXERAN<sup>®</sup></b>

<b>Tetracycliques et divers</b>	Citalopram	<b>SEROPRAM<sup>®</sup></b>	
	Fluoxétine (bicycliques)	<b>PROZAC<sup>®</sup></b>	
	Fluvoxamine (cyclique modifié)	<b>FLOXYFRAL<sup>®</sup></b>	
	Maprotiline (tétra cyclique)		
	Miansérine (tétracyclique)	<b>LUDIOMIL<sup>®</sup></b>	
		<b>ATHYMIL</b>	
	Trazodone (cyclique modifié)	<b>(TAZOLAN<sup>®</sup>, PRAGMAREL<sup>®</sup>)</b>	
	Viloxazine (bicycliques)	<b>VIVALAN<sup>®</sup></b>	
<b>Dérivés hydrazines (IMAO = INHIBITEURS MONOANINE OXYDASE)</b>	Iproclozide	<b>IPROCLOZIDE<sup>®</sup></b>	
	Iproniazide	<b>MARSILIDE<sup>®</sup></b>	
	Isocarboxazide	<b>MARPLAN<sup>®</sup></b>	
	Moclobémide	<b>(AURORIX<sup>®</sup>, MOCLAMINE<sup>®</sup>)</b>	
	Nialamide	<b>NIAMID<sup>®</sup></b>	
	Phénelgine	<b>NARDELZINE<sup>®</sup></b>	
	Sélégine	<b>(JUMEXAL<sup>®</sup>, DEPRENYL<sup>®</sup>)</b>	<b>ELDEPRYL<sup>®</sup></b>
	Toloxatone	<b>HUMORYL<sup>®</sup></b>	

### 3.3. Typologies des pathologies dépressives

Les syndromes les plus caractéristiques peuvent être divisés en deux groupes [8], [20]

- Episode dépressif : il est caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt et de motivation, le ralentissement psychique ou psychomoteur ce dernier qui se manifeste par la difficulté de concentration, l'agitation, lenteur du raisonnement, l'anorexie, l'anxiété, la perte de plaisir, le sentiment de culpabilité, le trouble de sommeil.
- Manie : caractérisée par une humeur exaltée : la gaieté, (souvent expansive), la surestimation de soi (avec des idées de grandeur), l'activité démesurée (sociale, professionnelle, sexuelle), le désir de parler et de communiquer, la fuite des idées et la diminution du besoin de sommeil.

Les associations médicamenteuses doivent se faire avec prudence notamment avec les autres antidépresseurs, les anticonvulsivants, le lithium, les neuroleptiques et les antihypertenseurs (sympathomimétiques).

#### 3.3.1. Episode dépressif majeur simple [7]:

Tableau clinique :

- fatigues inexplicables ;
- anxiétés inhabituelles ;
- incapacités à prendre du plaisir ;
- anxiétés sociales avec évitement

La chimiothérapie d'antidépresseur majeure est nécessaire

Premier choix ISRS (inhibiteurs spécifiques du récepteur de la sérotonine) : Prozac<sup>®</sup> (ou Zoloft<sup>®</sup>) pour une durée de 4 mois à compter de l'amélioration des désordres et on peut associer à l'antidépresseur un anxiolytique pour quelques semaines.

### **3.3.2. Etat dépressif réactionnel :**

- Les dépressions limitées : elles sont marquées par le comportement de menace suicidaire qui se manifestent par la tentative suicidaire et risque de récurrence précoce chez le sujet jeune en réaction à une frustration associée à des conduites de dépendances, agressivités, attitudes histrioniques, insomnies, malaises dans le contexte d'un échec relationnel, séparations familiales, déceptions sentimentales.
- Les risques évolutifs : les suicides, les alcoolismes, les errances diagnostiques de consultations multiples, les dépressions.
- La chimiothérapie combine un antidépresseur de fond en premier choix un ISRS.
- Si la réponse est insuffisante : un dérivé tricyclique ou équivalent plus un anxiolytique ou mieux un sédatif.

Le traitement consiste à :

Elaborer une alliance thérapeutique, suivre la psychothérapie et l'entretien avec l'entourage comportent une prévention du risque suicidaire de la dépression.

### **3.3.3. Dépression majeure bipolaire :**

L'ISRS en premier choix : Prozac<sup>®</sup> (ZOLOFT<sup>®</sup>) + anxiolytique ou sédatif.

Neuroleptique en cas de risque de suicide important : Nozinan<sup>®</sup>, d'autres psychotropes peuvent être ajoutés.

Les supports psychologiques puis psychothérapeutiques sont proposés selon la personnalité.

### **3.3.4. Trouble obsessionnel compulsif**

ANAFRANIL<sup>®</sup> (clomipramine) ou PROZAC<sup>®</sup> (fluoxétine) sont bien indiqués.

Anxiolytique transitoire.



L'application des thérapies comportementales et cognitives à type de conditionnement par désensibilisation et une psychothérapie de soutien en suivi ambulatoire de long cours sont nécessaires.

### **3.4. Propriétés thérapeutiques des antidépresseurs :**

#### **3.4.1. Mécanisme d'action :**

Les mécanismes d'action de l'action de l'imipramine porte sur les systèmes adrénergique, cholinergique, sérotoninergique et sur l'activité des hydroxylases hépatiques.

L'imipramine s'oppose au récapage de la noradrénaline par les transporteurs glycoprotéiques transmembranaires, au niveau de la membrane axonale.

#### **3.4.2. Amélioration de l'humeur :**

Tous les imipraminiques rehaussent l'humeur dépressive et peuvent même parfois provoquer une inversion de l'humeur avec euphorie maniaque et excitation motrice.

#### **3.4.3. Action psychotonique : action sédatrice :**

Les activités désinhibitrices se manifestent pour certains antidépresseurs par une stimulation psychomotrice rapide.

Sur le plan psychique : reprise de l'activité intellectuelle et de la communication.

Sur le plan moteur : il permet l'amélioration de l'activité générale, levée la prostration et risque suicidaire.

On distingue les antidépresseurs psychotoniques, tels que la désipramine (PERTOFRAN<sup>®</sup>), utilisée préférentiellement chez les sujets inhibés, et les molécules sédatives, type amitriptyline (LAROXYL<sup>®</sup>) et trimipramine (SURMONTIL<sup>®</sup>), utilisées chez les déprimés.

#### **Indication :**

#### **3.4.4. Episodes dépressifs majeurs :**

Comme tous les antidépresseurs, les imipraminiques ont pour indication le traitement des épisodes dépressifs majeurs caractérisés par l'intensité, la multiplicité, la durée des symptômes et leur caractère invalidant.

#### **3.4.5. Attaques de panique avec ou sans agoraphobie :**

Parmi les antidépresseurs tricycliques, la clomipramine est préférentiellement utilisée. Parallèlement deux ISRS ont l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans cette indication : la paroxétine et la citalopram [8].

#### **3.4.6. Troubles obsessionnels compulsifs :**

La clomipramine, conjointement associée à la fluoxétine, à la paroxétine et à la sertraline, possède cette indication.

#### **3.4.7. Prévention des récurrences des dépressions récurrentes :**

Cette propriété a été démontrée pour l'imipramine, ainsi que pour la fluoxétine et d'autres IRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine).

#### **3.4.8. Indications thérapeutiques des IMAO [9] :**

Actuellement, les IMAO non sélectifs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, y compris les épisodes sévères chez les patients hospitalisés.

En raison de leurs managements délicats, ils sont généralement prescrits en deuxième intention (dans les dépressions résistantes aux autres AD ou lorsque ces derniers sont contre-indiqués). Ils sont particulièrement efficaces quand la symptomatologie est dominée par l'inhibition et l'asthénie.

Parmi les IMAO sélectifs, le moclobémide (MOCLAMINE®) présente les caractéristiques suivantes : efficacité majeure même dans les dépressions endogènes,

amélioration du ralentissement psychomoteur, effets bénéfiques sur les fonctions cognitives et sur la qualité du sommeil.

- **Effets indésirables liés à la maladie :**

- Troubles tensionnels
- Hypotension fréquente : il faut diminuer les posologies
- Crises hypertensives (plus rares) pouvant se manifester par des céphalées sévères
- Effets centraux : insomnie, euphorie, agitation psychomotrice, délire, virage maniaque de l'humeur, risque suicidaire
- Hépatotoxicité rare : hépatites toxiques dues à des métabolites des IMAO
- Troubles neurologiques : polynévrites (sensibles à la pyridoxine), risque d'épilepsie.

#### **3.4.9. Indications non psychiatriques :**

- Algies rebelles (amputations, algies post-zostériennes) ;
- Enurésie ;
- Narcolepsie.

- **Conduite du traitement des antidépresseurs:**

IMAO non sélectifs :

- Tous les IMAO sont inscrits à la liste I (ex tableau A).
- Seule la voie orale est utilisée pour leur administration.
- Un traitement par des IMAO non sélectifs doit répondre à des règles de prescription précises :
  - Bonne information du malade sur les risques d'interactions médicamenteuses,
  - Danger d'une intervention chirurgicale (même dentaire quand une amine vasoconstrictrice est mélangée à l'anesthésique local),

- Mise en garde des risques de l'automédication.
- Un traitement par les IMAO non sélectifs doit répondre à Règles diététiques :

Eviter les aliments riches en tyramine (fromage fermenté, chocolat, bananes) du fait des risques d'hypertension.

- Un bilan hépatique sera généralement réalisé avant la prescription.
- Le traitement doit être commencé par des faibles doses, permettant de tester la susceptibilité du malade, puis la posologie sera progressivement augmentée.

Les IMAO non sélectifs agissent après un temps de latence de 15 jours à 3 semaines et leurs effets se poursuivent après l'arrêt du traitement. Le moclobémide aurait un délai d'action plus court.

La voie orale est la plus fréquemment utilisée, mais certains antidépresseurs tricycliques sont commercialisés sous forme injectable telles que ANAFRANIL<sup>®</sup> : clomipramine, LUDIOMIL<sup>®</sup> : maprotiline, SURMONTIL<sup>®</sup> : trimipramine.

Les antidépresseurs tricycliques ne sont plus prescrits généralement en première intention, ils ont été supplantés par les ISRS (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine). Classiquement la prise des dérivées psychotoniques est déconseillée le soir, du fait d'un risque accru d'insomnie. Il faut compter 3 semaines pour obtenir un début d'amélioration clinique.

Le taux d'efficacité d'un traitement avec un antidépresseur est de 60 à 80%. Le changement pour un autre antidépresseur ne doit s'envisager qu'après 6 à 8 semaines de traitement bien conduit en l'absence de toute amélioration clinique.

- Lors du traitement avec un antidépresseur, on a fréquemment recours à d'autres psychotropes : (benzodiazépines) surtout, mais également à des correcteurs des effets indésirables périphériques des antidépresseurs, comme le SULFARLEM<sup>®</sup> et l'heptaminol (HEPT-A-MYL<sup>®</sup>).

- L'arrêt du traitement ne doit être envisagé qu'après plusieurs mois, voire même un ou deux ans, de "Guérison totale" du syndrome dépressif et doit se réaliser de façon progressive (syndrome de sevrage si arrêt brutal du traitement) [2].

- **Effets indésirables :**

- ***Liés à la nature de la maladie dépressive :***

- Risque de suicide par lever l'inhibition psychomotrice : en début de traitement il peut arriver que le ralentissement psychomoteur soit amélioré alors que l'humeur dépressive et l'angoisse persistent, facilitant ainsi le passage à l'acte suicidaire.
- L'inversion de l'humeur survenue d'un épisode maniaque à la suite de l'amélioration du syndrome dépressif (chez les maniaco-dépressifs).
- Réactivation d'un délire (en cas de dépression psychotique).

- ***Liés aux effets centraux des ADTC (antidépresseurs tricycliques)***

- Le risque de décompensation d'une épilepsie.
- Les troubles de la libido.
- La prise de poids.
- L'insomnie et anxiété avec les dérivés psychotoniques, somnolence avec les dérivés sédatifs
- le risque confusionnel préférentiel chez les personnes âgées (dû aux effets anticholinergiques centraux des imipraminiques et apparentés).
- Les tremblements
- La dysarthrie pouvant entraîner un bégaiement.

- ***Liés aux effets périphériques des ADTC :***

- Effets anticholinergiques :

Sécheresse de la bouche, tachycardie, rétention urinaire, troubles de l'accommodation.

Élévation de la pression intraoculaire, constipation. Ces effets doivent entraîner une diminution des posologies.

- Action adrénolytique alpha :

Hypotension et hypotension orthostatique.

- Manifestations allergiques rares :

Rash cutané, urticaire, agranulocytoses (exceptionnelles).

- Sueurs avec bouffées de chaleur.

- **Précautions d'emploi et contre- indications**

- **Contre-indications :**

- Glaucome à angle irido-cornéen fermé (glaucome aigu).
  - Adénome prostatique.
  - Troubles cardiaques graves : insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde récent, troubles du rythme, trouble de la conduction auriculaire.

- **Contre-indication, précaution d'emploi des antidépresseurs :**

Contre-indications

- L'insuffisance cardiaque ;
- L'insuffisance hépatique -grossesse : poursuite du traitement contre-indiqué.

Précautions d'emploi

- L'HTA, terrain athéromateux : possibilité de crises hypertensives (souvent avec céphalées sévères).
- L'épilepsie
- La schizophrénie
- La maladie maniaco-dépressive.

- **Définition du syndrome sérotoninergique:**

Certains surdosages ou certains médicaments (lithium) peuvent donner lieu à un syndrome sérotoninergique justifiant l'arrêt immédiat du traitement. Le syndrome sérotoninergique se manifeste par l'apparition (éventuellement brutale) simultanée ou séquentielle d'un ensemble de symptômes pouvant nécessiter l'hospitalisation, voire entraîner le décès.

Ces symptômes peuvent être d'ordre :

- psychique (agitation, confusion, hypomanie),
- Végétatif (hypotension ou hypertension, tachycardie, frissons, hyperthermie, sueurs, éventuellement le coma),
- Moteurs (tremblements, hyperréflexie, rigidité, hyperactivité),
- Digestifs (trouble digestif, diarrhée).

Le strict respect des doses préconisées constitue un facteur essentiel dans la prévention de l'apparition de ce syndrome [10].

# METHODOLOGIE



## 4. METHODOLOGIE

### 4.1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au CHU du Point G

#### **Le service de soins psychiatriques du point G [11]**

C'est le 1<sup>er</sup> service de psychiatrie et c'est le 3<sup>e</sup> niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au sud-Est dans la cour du C.H.U du Point G 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 lundis, mardi et mercredi de 7H 30 à 16H00 par des médecins qui se relaient entre le C.H.U du point G et le Centre de Santé Mentale (CE.SA.ME).

Après 16H00, un médecin, un interne, un assistant médical, un technicien de surface assurent la permanence du service.

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

1 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.

2 Une supervision quotidienne par les internes et les médecins généralistes pour dépister d'éventuelles maladies. Ils suivent également l'évolution quotidienne de la maladie spécialisée.

3 Une supervision hebdomadaire est effectuée par l'ensemble du personnel médical.

4 Un groupe hebdomadaire est organisé en présence du psychologue, des médecins, des malades et de leurs parents.

5 Le Kotèba est mis en scène théâtrale Bambara adaptant le psychodrame MORENIEN et il est organisé toutes les semaines le vendredi.

Personnel médical:

Il est composé :

- 1 Professeur en psychiatrie ;
- 2 maîtres de conférences ;
- 2 maîtres assistants ;
- Un médecin généraliste ;
- Un psychologue clinicien ;
- Un interne en psychiatrie ;
- Des étudiants en médecine dont quatre faisant fonction d'internes associés aux étudiants des différentes écoles en santé (CSTS, ESS et EIPC).
- 10 assistants médicaux ;
- Un infirmier du 1<sup>er</sup> cycle ;
- Deux infirmiers auxiliaires ;
- Un technicien de développement communautaire (assistance sociale) ;
- Un groupe d'animateurs en art dramatique ;
- Des étudiants en médecine pour des stages ;
- Une secrétaire ;
- Trois techniciens de surface ;

#### **4.2. Type d'étude et collecte des données :**

**4.2.1. Type d'étude et période d'étude:** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la prescription des antidépresseurs du 1<sup>er</sup> Janvier 2008 au 31 Décembre 2008.

#### **4.2.2. Collecte des données**

Nous avons consulté les dossiers médicaux des patients ayant reçu un antidépresseur au service de psychiatrie du CHU. Les informations ont été recueillies sur une fiche d'enquête (annexe 1). Les informations sociodémographiques des patients, les molécules prescrites, le diagnostic posé par le médecin de même que les posologies ont été portées sur les fiches.

#### **4.3. Echantillonnage :**

L'étude a concerné tous les patients à qui un antidépresseur a été prescrit au service de psychiatrie pendant la période d'étude (1<sup>er</sup> janvier 2008 – 31 décembre 2008).

Aucour de notre étude, nous avons reçu 604 ordonnances dont 70 contenaient des antidépresseurs.

##### **4.3.1. Critères d'inclusion :**

- Toutes les prescriptions comprenant les antidépresseurs

##### **4.3.2. Critères de non inclusion :**

- Les prescriptions ne contenant pas d'antidépresseur

##### **4.3.3. Analyse des données :**

Nous avons saisi les données sur Word 2003 et analysé sur Excel pour Windows.

# RESULTATS

## 5. RESULTATS

**Tableau 1 : Répartition des patients selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Fr	%
Marie	46	65,7
Célibataire	19	27,1
Veuf	3	4,3
Divorce	2	2,9
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

La majorité 65,7% des patients traités par les antidépresseurs étaient des mariés.

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

SEXE	Fr	%
Masculin	38	54,3
Féminin	32	45,7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Une nette prédominance masculine était observée avec un sexe ratio 1,18

**Tableau 3: Répartition des patients en fonction de la profession**

<b>PROFESSION</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Sans professions	23	32,8
Etudiant/élève	10	14,3
Commerçant	8	11,4
Eleveur/cultivateur	7	10,0
Ouvrier	6	8,6
Militaire	4	5,7
Autres	12	17,2
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Les sans professions sont les plus représentées avec un taux de 32,8%.

**Tableau 4: Répartition des patients en fonction du niveau scolaire**

<b>NIVEAU SCOLAIRE</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Non scolarisés	25	35,7
Primaire	15	21,4
Secondaire	15	21,4
Supérieur	11	15,7
Non précisé	4	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Les patients non scolarisés représentaient 35,7%.

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

<b>RELIGION</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Musulmane	59	84,3
Chrétienne	4	5,7
Non précisé	7	10,0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

La très majorité de nos patients était musulmane (84,3%).

**Tableau 6: Répartition des patients en fonction des pathologies dépressives**

<b>TYPE</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Etat dépressif	40	57,2
Anxio-dépressif	28	40,0
Dépression secondaire	1	1,4
Dépression atypique	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

L'état dépressif était le diagnostic le plus représenté avec 57,2%.

**Tableau 7: Répartition des patients selon l'âge moyen**

<b>AGE</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
< 38ans	41	58,6
= 38ans	3	4,3
> 38ans	26	37,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée était inférieure de 38ans soit 62,9%.

**Tableau 8: molécules antidépresseurs prescrites**

Spécialité	DCI	Dosage	Forme	Fr	%
Laroxyl <sup>®</sup>	Amitriptyline	25mg	Cp	25	35,7
Anafranil <sup>®</sup>	Clomipramine	25mg	Cp	12	17,1
Laroxyl <sup>®</sup>	Amitriptyline	0,04%	Goutte	8	11,4
Laroxyl <sup>®</sup>	Amitriptyline	50mg	Inj	7	10,0
Deroxat <sup>®</sup>	Paroxétine	20mg	Cp	6	8,6
Prozac <sup>®</sup>	Fluoxétine	20mg	Cp	5	7,2
Athymil <sup>®</sup>	Miansérine	10mg	Cp	4	5,7
Surmontil <sup>®</sup>	Trimipramine	25mg	Cp	2	2,9
Anafranil <sup>®</sup>	Clomipramine	10mg	Cp	1	1,4
<b>total</b>				<b>70</b>	<b>100,0</b>

LAROXYL a été la molécule la plus prescrite soit 57,1%.



**Tableau 9: les molécules utilisées en association avec les antidépresseurs**

DCI	SPECIALITES
Bromozépam	LEXOMIL <sup>®</sup>
Levomepromazine	NOZINAN <sup>®</sup>
Prazépam	LYSANXIA <sup>®</sup>
Diazépam	VALIUM <sup>®</sup>
Zolpidem	STILNOX <sup>®</sup>
Tri-hexyphénidyle	ARTANE <sup>®</sup>
Piracétam	NOOTROPYL <sup>®</sup>
Halopéridol	HALDOL <sup>®</sup>
Hydroxyzine dichlorhydrate	ATARAX <sup>®</sup>
Prométhazine	PHENERGAN <sup>®</sup>
Heptaminol	HEPTAMYL <sup>®</sup>
Alprazolam	ALPRAZ <sup>®</sup>
Artesunate + Sulfaméthoxypyrazine Pyriméthamine	CO-ARINATE <sup>®</sup>
Paracétamol	PARACETAMOL <sup>®</sup>
Clorazépate dipotassique	NOCTRAN <sup>®</sup>
Zopiclone	IMOVANE <sup>®</sup>
Méprobamate	EQUANIL <sup>®</sup>
Acétyl-leucine	TANAKAN <sup>®</sup>
Chlorpromazine	LARGACTIL <sup>®</sup>
Risperidone	RISPERIDAL <sup>®</sup>

# COMMENTAIRES & DISCUSSION

## 6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif d'étudier la prescription des antidépresseurs dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de l'hôpital du Point G.

Nous avons fait une étude rétrospective d'où un petit nombre d'échantillon.

### 1. Données sociodémographiques :

**1.1. Au niveau des consommations :** sur un effectif total de 70 cas de patients concernés par cette étude, les résultats suivants ont été trouvés :

Les hommes dominaient avec 54,3% contre 45,7% des femmes. Ces résultats concordent avec ceux déjà rapportés ailleurs [13] [14] [21].

Au niveau du service de psychiatrie du CHU du Point G on a remarqué une prédominance d'hospitalisation des hommes par rapport aux femmes soit un phénomène sociologique dont il convient d'élucider certaines raisons:

- Une hypothèse peut être avancée, les femmes se marient beaucoup plus jeunes et pourraient être de ce fait protégées par leur statut familial.
- Par ailleurs les femmes peuvent continuer à remplir les tâches ménagères tant que les troubles sont modérés.
- Cette différence entre homme et femme est difficile à interpréter et nous pouvons nous demander si les obstacles socioculturels ne sont pas plus importants pour la femme que pour l'homme en milieu traditionnel ou de nombreux " interdits" retiennent la femme et la limitent dans ses actes et ses relations avec les structures extérieures.
- Lorsque les troubles chez la femme sont modérés, peut-être que certains médecins éviteraient tant que possible leur hospitalisation pour ne pas déséquilibrer la famille, vu le rôle de pilier central qu'occupe la femme dans le foyer africain.

Les non scolarisés étaient plus représentés avec 35,7%, respectivement contre 21,4% des niveaux primaires, 21,4% des niveaux secondaires et 15,7% des niveaux

supérieurs. Ce résultat concorde avec celui de (TANGARA. 2009) [19] qui avait trouvé les mêmes proportions.

Cette répartition rend compte du faible niveau d'instruction de nos malades, comme d'ailleurs celui de la population malienne en général [16]

Les mariés étaient majoritairement représentés avec 65,7% contre 27,1% des célibataires ; 2,9% des divorcés ; 4,3% des veufs. Ce résultat est contraire à celui de (TANGARA. 2009) [19].

La tranche d'âge 21-31ans était plus représentée avec 42,1%. Ce résultat est comparable à celui de HAIDARA .M [12] qui a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 19 -29 ans avec un taux de 33,54% des consultations.

Il est aussi comparable à celui de COULIBALY. B [14] qui a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 25 - 29 ans avec un taux de 37,7% de patients hospitalisés.

Pour ce qui concerne les types de dépression rencontrées au cours de cette étude, nous avons remarqué que l'état-dépressif était le diagnostic le plus représenté avec 57,2% suivi de l'anxio-dépressif avec 40,0% et de la dépression secondaire avec 1,4%. Ce qui montre un taux élevé de patients souffrant de l'état-dépressif, toutefois nous ne pouvons pas comparer ces résultats car nous n'avons pas de données de la littérature qui rapportent ces résultats au Mali.

Les Benzodiazépines étaient les molécules les plus utilisées en association avec les antidépresseurs. On utilisait aussi les correcteurs des effets indésirables périphériques tel que : Heptamyl®.

Les neuroleptiques étaient utilisés aussi avec les antidépresseurs.

Au cours de notre étude nous avons vu que six (06) molécules des antidépresseurs sont fréquemment prescrites dans le service de psychiatrie du CHU du Point G. Ces molécules sont toutes en spécialité. Cela pourrait s'expliquer par la non disponibilité des formes DCI de ces médicaments sur notre marché.

# CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

## □ CONCLUSION

**1. Conclusion :** notre étude était basée sur la prescription des antidépresseurs au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Le respect des règles de prescription pourrait beaucoup améliorer l'utilisation des antidépresseurs ce qui va contribuer à la réduction des dépressions chroniques.

Au-delà de toutes ces considérations, il est à noter qu'un suivi thérapeutique régulier avec les antidépresseurs permet d'avoir des bons résultats dans le traitement des états dépressifs.

Au cour de notre étude nous avons vu que LAROXYL® était la molécule la plus prescrite suivi de l'ANAFRANIL®.

Le sexe masculin prédominait avec 54,3%. La religion musulmane était la plus représentée avec 84,3%. Les sans professions avaient un pourcentage élevé avec 32,8%. L'état dépressif était le diagnostic le plus représenté suivi de l'anxio-dépressif.

Les benzodiazépines (LEXOMIL®) étaient les molécules les plus associées aux antidépresseurs suivi des neuroleptiques (LARGATIL®).

### **2. Recommandations :**

#### **2.1 Au ministère de la santé :**

➤ Pharmacie Hospitalier du Point G: de s'approvisionner en médicaments antidépresseurs, ainsi que les psychotropes.

#### **2.2 A la population :**

- Respecter les doses des médicaments sur les ordonnances pour éviter le surdosage et l'intoxication médicamenteuses,
- Eviter l'automédication,
- Eviter l'utilisation des anciennes ordonnances pour avoir des médicaments.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## 8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ben Baba Arwata «Contribution à l'étude des états dépressifs au Mali» Thèse de médecine (1983) Bamako, 83-M-12.

[2] SANGARA Cheick Kader «Problématique de la prescription et de délivrance des psychotropes dans le district de Bamako» 02-P-03 Thèse de pharmacie (2002).

[3] Science humaine, magazine de référence pour comprendre l'homme et la société antidépresseurs un choix collectif (France 2005),

[4] Référence médicale opposable, démarche diagnostique et thérapeutique, règles de prescription et délivrance des antidépresseurs 2006, p45.

[5] 00-M-20 COULIBALY Abdoulaye «Etude des rechutes dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National du Point G» thèse médecine : Bko-2000 74p N20

[6] [www.classif](http://www.classif.de) de hamilton

[7] Andre C. La phobie. Edition Flammarion Do. Paris 1999, et la peur des autres éditions Odile Jacob, paris 2002.

[8] Guide pratique thérapeutique (Broussais), p101

[9] EMC- psychiatrie 2(2005) 282-299 ;

[10] Cours de pharmacologie sous la direction de Michel Bourou, Michel Lièvre, et Herve Alain, p784

[11] BABY. M. Les urgences psychiatriques au Mali ; étude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine 2005.

[12] HAÏDARA M. Evaluation des activités de consultations au service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thèse de médecine 2002, (02-M-18).

[13] AWANDE S. Les statistiques relatives aux consultations dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G sur une période de 12 mois. Thèse de Médecine 1988.



- [14] COULIBALY B. Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatrique au Mali, thèse Méd 1983 N° 83M10
- [15] Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Enquête démographique et de santé. Bamako ; 1996. 375p.
- [16] Journal L'Élixir « chronique toxique » La prise d'un antidépresseur : un choix, une obligation ou une réponse systématique à tous les malaises causés par les problèmes de la vie? Sylvie Norbert.
- [17] Larousse médical édition 2006 dossiers santé p284
- [18] Sissoko M : quelques aspect médico-légaux de la pratique psychiatrique au Mali 1983. Thèse Med n°11 P105 M10.
- [19] TANGARA Job: Etude de la délivrance et la prescription des antidépresseur dans la commune III de Bamako. Thèse pharmacie 2008. P 69
- [20] Chorruble E .chaudot c Hardy P dépression et trouble de la personnalité, les maladies dépressives édition Flammarion, Paris 2003. P 219-26,
- [21] SANOGO Djénèba SINGARE «Dispensation des psychotropes en milieu urbain cas de Bamako». Bamako 2002. 02-P-43 Thèse de Pharmacie.

## 9. FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM : SAMAKE**

**PRENOM :** Mathieu Zantigui

**TITRE DE LA THESE :**

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2008 – 2009

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako (Mali)

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

**SECTEUR D'INTERET :** Santé publique, Psychiatrie

### **Résumé :**

Cette étude rétrospective ayant été conduite sur 12 mois, allant du 01 /01/08 au 31/12/08 dans le service de psychiatrie du CHU du point G.

L'objectif général était la prescription des antidépresseurs au service de psychiatrie du Point G.

Le sexe masculin était 54,3% contre 45,7% de femmes.

58,6% des patients se situaient entre 0-38 ans.

LAROXYL® était la molécule la plus prescrite. Les benzodiazépines étaient les plus associées suivies des neuroleptiques aux antidépresseurs. L'état dépressif était le diagnostic le plus représenté.

**Mots clés :** prescription, antidépresseurs, service de psychiatrie, CHU du point G.

# ANNEXES

## 10. ANNEXES

### 10.1. Annexe 1 : Fiche d'Enquête

#### FICHE D'ENQUETE :

NOM : ..... PRENOM : .....

AGE : ..... SEXE : ..... FRATRIE : .....

PROFESSION : ..... SITUATION

MATRIMONIALE : .....

NIVEAU SCOLAIRE : .....

RELIGION : .....

#### PATHOLOGIE

#### DIAGNOSTIC POSE PAR LE MEDECIN :

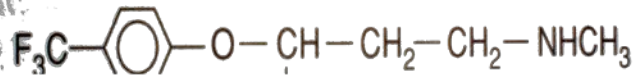
.....

#### MOLECULES PRESCRIPTES

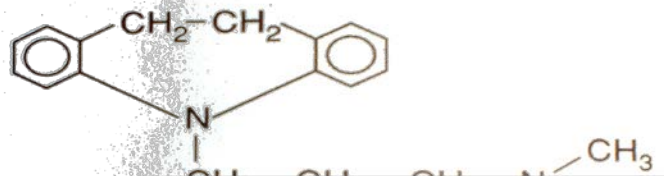
Molécules	Dosage	Forme	Posologie	Cout

## 10.2. Annexe 2 : Quelques Structures des Antidépresseurs

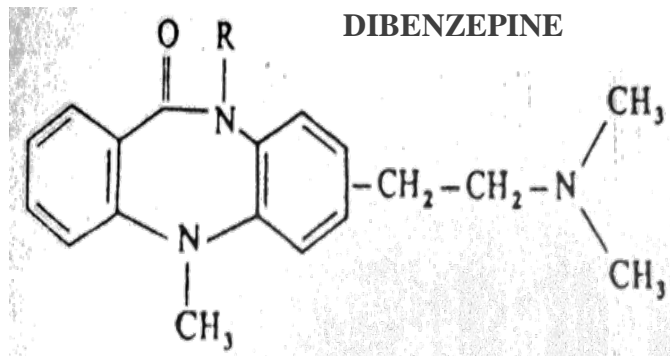
*Fluoxétine.* — PROZAC



*Imipramine.* — TOFRANIL



**DIBENZEPINE**



*Amitriptyline* – LAROXYL



## SERMENT DE GALIEN

*Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement;*

*D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession, avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*

*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 !*