

## OBSERVANCE DES TRAITEMENTS ANXIOLYTIQUES EN CÔTE D'IVOIRE

DIÉ-KACOU H<sup>1</sup>., YÉO-TENENA Y. JM<sup>2</sup>., KAMAGATÉ M<sup>1</sup>., KAKOU A<sup>1</sup>.,  
BALAYSSAC E<sup>1</sup>., YAO Y. P<sup>2</sup>., DELAFOSSE R. C. J<sup>2</sup>.

### RESUME

**Introduction :** Cette étude a été initiée pour identifier les facteurs de mauvaise observance dans la prise en charge thérapeutique des patients anxieux.

**Matériel et méthodes :** nous avons sélectionné 225 patients ayant consulté pour la première fois dans ledit service, reçu un anxiolytique en première intention, et été suivis au moins sur trois mois.

**Résultats :** Nous avons noté une prédominance féminine (sex ratio 0,6). Les indications étaient dominées par les troubles de l'humeur (80,4%) et anxieux (13,3%). La quasi totalité des patients (99,1%) avait reçu un traitement associé. Les consultations de 20 patients étaient irrégulières pour des raisons de

déplacement ou voyage, d'activités professionnelles ou d'indiscipline. Cependant, les prises médicamenteuses étaient irrégulières chez 44 patients. Les causes de l'interruption thérapeutique ont été principalement financière, refus, amélioration de l'état clinique, voyage, para-physiologique.

**Conclusion :** Une meilleure sensibilisation des patients par l'amélioration de la relation médecin-malade devrait être envisagée.

**MOTS-CLÉS :** PRESCRIPTION, ANXIOLYTIQUES, OBSERVANCE, AFRIQUE

### SUMMARY

**Introduction :** The objective was to identify the factors of non compliance to treatment of anxious patient.

**Methods:** we selected 225 patients who consulted for the first time in this service and received for first intention an anxiolytics, then followed up more than three months.

**Results :** We noted a female predominance with sex ratio of 0.6. The indications were dominated by humor (80.4%) and anxiety (13.3%) disorders. 99.1% of patients received an associated medication. The consulting of 20 patients were irregular for reasons of travel, professional activities, or lack of discipline. However, drug consump-

tion was irregular for 44 patients whom 50% for lack of discipline and 27% for financial difficulties. 52% (117) patients were withdrawn their anxiolytic drugs without medical agreement. The causes of this withdrawal were principally financial, refusal, clinical state improvement, travel, mystic aetiologies.

**Conclusion :** A best sensibilization of patient by ameliorating the physician and patient relation must be considered.

**KEY WORDS :** PRESCRIPTION, ANXIOLYTIC DRUGS, COMPLIANCE, AFRICA

---

1- Département de Pharmacologie Clinique, Université Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

2- Service d'Hygiène Mentale de l'Institut National de Santé Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Correspondance :** Mamadou KAMAGATÉ

Département de pharmacologie UFR SMA

04 BP 51 Abidjan 04 (République de Côte d'Ivoire)

Email : kamadg@yahoo.fr Tél (225) 22 44 57 95

## INTRODUCTION

L'observance est définie comme le respect par le patient de l'ensemble des recommandations prescrites par le médecin. Le respect des prescriptions devient un problème de santé publique qui rencontre d'énormes difficultés au cours des troubles anxieux dans le monde en particulier en Afrique.[1,2] Cette situation influence négativement l'évolution de la maladie.

Aussi, nous notons l'existence de peu de données nationales exploitables sur la prescription des anxiolytiques en Côte d'Ivoire.

C'est pourquoi, une étude a été initiée pour identifier les facteurs influençant l'observance dans la prise en charge thérapeutique des patients anxieux en collaboration avec le Service d'Hygiène Mentale.

## MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une surveillance exhaustive de tous les patients venant consulter pour la première fois dans ledit service pendant l'année 2002 (1er janvier au 31 décembre) et ayant reçu la prescription d'un anxiolytique (benzodiazépine) en première intention. Les informations (sociodémographique, clinique thérapeutique et l'observance) ont été recueillies sur au moins trois mois de suivi médicopsychologique. 225 patients ont été inclus dans l'étude.

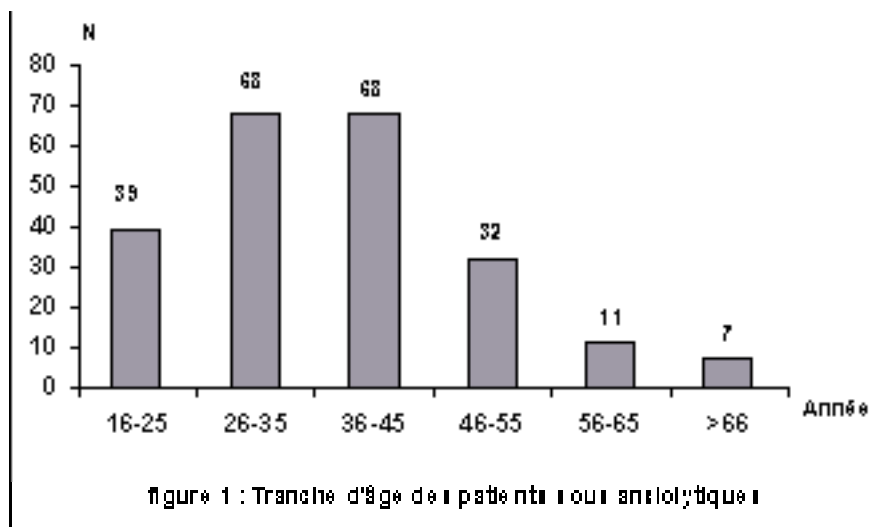
Etait considéré comme mauvais observant au niveau des consultations, celui qui ratait une consultation et au niveau des prises médicamenteuses, plus d'une prise. Concernant l'arrêt du traitement, c'était lorsque le patient ne prenait plus d'anxiolytique et la modification du traitement lorsque le patient prenait un anxiolytique autre que celui prescrit par le médecin.

L'évolution a été appréciée sur la disparition ou la régression des symptômes du patient.

## RESULTATS

### Données socio-démographiques

Nos résultats ont montré une prédominance féminine (61%) avec une sex ratio de 0,6. La population était jeune avec un âge moyen de 37 ans (extrêmes : 16-70 ans) (figure1).



Plus de la moitié des patients (52,4%) était en activité avec une prédominance du secteur informel (28%) (tableau I).

**Tableau I :** Activité et profession des patients sous anxiolytiques

Activité			Profession		
	Effectifs	%		Effectifs	%
Actif	118	52,4	Secteur informel	63	28
Retraite	11	4,9	Fonctionnaire	49	21,8
Chômage	6	2,7	Sans profession	48	21,3
Autres	87	38,9	Elèves et étudiants	39	17,3
Non précisées	3	1,3	Secteur privé	24	10,7
			Non précisé	2	0,8
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Les indications étaient dominées par les troubles de l'humeur (80,4%) et les troubles anxieux (13,3%). Les autres indications étaient représentées par les troubles psychotiques brefs (2,2%), les pathologies organiques (1,4%), les troubles liés à une substance (1,4%), les délires chroniques (0,9%) et les schizophrénies (0,4%). 99,1% des patients ont reçu un traitement associé aux benzodiazépines. Il s'agissait essentiellement des Antidépresseurs (41,1%) et des Neuroleptiques (25,9%).

#### **Observance**

Les consultations de 20 patients ont été irrégulières pour des raisons de déplacement ou de voyage, d'activités professionnelles ou d'indiscipline. Cependant, les prises

médicamenteuses ont été irrégulières chez 44 patients dont 50% pour indiscipline et 27% pour des difficultés financières. Plus de 50% (117) des patients ont interrompu leur traitement anxiolytique sans avis médical. Les causes de cette interruption ont été principalement financière, refus, amélioration de l'état clinique, voyage, para-physiologique. Les modifications du traitement anxiolytique sans avis médical ont été notées chez 45 patients (20%). Les raisons étaient liées à la persistance des symptômes (40% des anxiolytiques), besoin de réduction posologique (17,8%) et effets secondaires (11,1%) (Tableau II).

L'évolution a été meilleure chez les patients ayant respecté les recommandations sur la prescription des anxiolytiques.

**Tableau II** : Causes d'interruption ou de modification du traitement anxiolytique

	<b>Causes</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Interruption du traitement</b>	Difficultés financières	6	5,1
	Refus	4	3,4
	Amélioration de l'état clinique	3	2,6
	para physiologique	3	2,6
	Déplacement ou voyage	3	2,6
	Déplacement ou voyage	2	1,7
	Rupture de médicaments	1	0,85
	Effets indésirables	1	0,85
	Non précisées	94	80,3
	<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>
<b>Modification du traitement</b>	Persistance des symptômes	18	40
	Réduction de la posologie	8	17,8
	Effets indésirables	5	11,1
	Rechute	5	11,1
	Rupture de médicaments	4	8,9
	Gestation	2	4,5
	Difficulté financière	1	2,2
	Apparition d'une dépression associée	1	2,2
	Non précisées	1	2,2
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>Irrégularité des prises médicamenteuses</b>	Indiscipline	22	50
	Difficultés financières	12	27,2
	Effets indésirables	1	2,3
	Refus	1	2,3
	Mystico-religieuse	1	2,3
	découragement	1	2,3
	Déplacement ou voyage	1	2,3
	Non précisées	5	11,3
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

## DISCUSSION

Nos résultats confirment bien que les traitements chroniques seraient une source de facteurs de changement de comportement des malades et donc une source de mauvaise observance.[3] Cette attitude ne conduirait-elle pas vers un échec thérapeutique ou une dépendance?

La plus part des associations thérapeutiques réalisées serait liée à la co-morbidité

(Anxiété-dépression) ; ce qui justifierait l'association de neuroleptiques et des antidépresseurs.

La modification de comportement tant au niveau des consultations qu'au niveau de la prescription induirait cette mauvaise observance. Deux types de facteurs ont été identifiés :

- le facteur classique serait le profil psychologique. En effet, Affaibli par la pathologie psychiatrique, la longue période de prise en charge et les effets indésirables, le patient a du mal à avoir une activité normale. Cependant, ces patients bénéficient rarement d'arrêt de travail.[1] Cela est un tort à corriger. Le nombre important de médicaments à prendre est un facteur de mauvaise observance.[3] Plus le nombre de médicaments à prendre est élevé, moins le patient est observant. L'association la plus fréquente est anxiolytique- antidépresseur du fait de la co-morbidité.[1,4,5] L'autonomie apparaît selon Baumann et collaborateurs, comme un facteur majeur de non observance vis à vis des psychotropes en particulier des anxiolytiques. Le non-observant souhaite être plus impliqué dans l'organisation de leur soin. Il se considère comme l'acteur principal capable d'action. C'est pourquoi il utiliserait « Je » renforcé souvent par « moi même » devant des verbes d'action : arrêter, diminuer, augmenter ou changer. L'absence de confiance ou d'assurance amène le non-observant à rechercher d'autres informations (média, entourage, notice).[5] Cette attitude constitue souvent, la première étape de l'adhésion du patient à son traitement lorsqu'il se

reconnaît dans l'indication et la posologie du médicament prescrit. L'observance ne serait elle pas également un facteur de pharmacodépendance si le médecin ne prévoit pas l'arrêt de traitement ? Cette même étude montre que les observants déclarent prendre leurs médicaments systématiquement, en routine et facilement et se refusent à désobéir au médecin.[5]

- les facteurs particuliers identifiés ont été le profil financier et l'automédication. Il existe un contraste évident entre le faible pouvoir d'achat et le coût élevé des médicaments et des consultations ; cela expliquerait le fort taux de l'automédication (40%) et le non respect des rendez-vous. Une étude a montré que les patients atteints de troubles psychiatriques étaient d'une part du secteur informel, ou des fonctionnaires avec un revenu mensuel faible, un pouvoir d'achat en baisse face à l'inflation et à la non revalorisation des salaires et d'autre part, les étudiants et les sans emploi, sans revenu, qui sont à la charge des premiers cités.[1] A la différence des pays développés où une couverture sanitaire de base est assurée à l'individu sans moyen par les caisses d'assurance.

## CONCLUSION

La forte proportion de mauvaise observance pourrait être un facteur favorisant les phénomènes de dépendance. Une meilleure sensibilisation des patients par l'amélioration

de la relation médecin-malade devrait être envisagée pour améliorer cette observance par une réduction de la durée du traitement.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- SANGARÉ WLC. A propos de la prescription des anxiolytiques au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'INSP de 2000 à 2002. *Thèse Med. Abidjan* 2004 : 90 p.
- 2- KARILA L. Prescription et surveillance des psychotropes. In *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. Paris : Masson 2003 : 181-204.
- 3- Club des Médecins Export (CME). *Observance en Afrique*. Paris : CME 1987 : 66 p.
- 4- MENZIN J, BOULANGER L, FRIEDMAN M, MACKELL J, LLOYD JR. Treatment adherence associated with conventional and atypical antipsychotics in a large state Medicaid program. *Psychiatr Serv*. 2003 ; 54 (5) : 719-23.
- 5- BAUMANN M, TRINCARD M. Autonomy attitudes in the treatment compliance of a cohort of subjects with continuous psychotropic drug administration. *Encephale* 2002 ; 28 (5 Pt 1) : 389-96.