



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 235

# La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

**THESE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/06/2023

PAR

Mlle. **Salma AOUAQ**

Née le 27/11/1996 à Inezgane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

**MOTS-CLÉS :**

Psychotropes – Médecins généralistes – La prescription

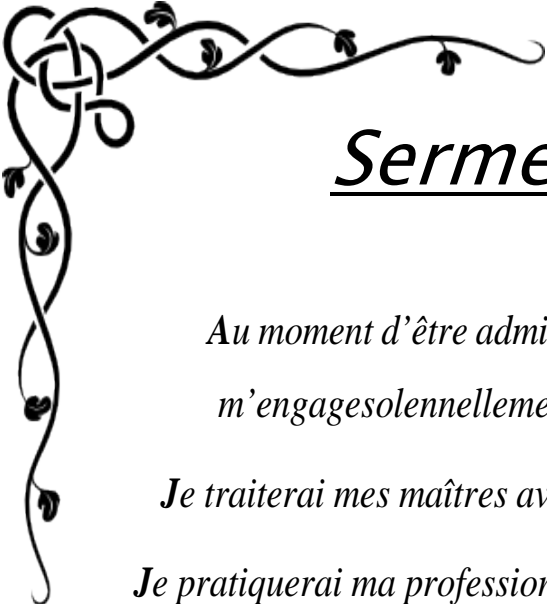
**JURY**

M <sup>me</sup> .	<b>I. ADALI</b>	PRESIDENT
	Professeur de Psychiatrie	
M <sup>me</sup> .	<b>F. MANOUDI</b>	RAPPORTEUR
	Professeur de Psychiatrie	
M <sup>me</sup> .	<b>S. ZAOUI</b>	JUGE
	Professeur de Pharmacologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا بِمَا  
عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَتَى الْعَالَمِينَ الْحَكِيمُ (32)

سورة البقرة - الآية 32



## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





*LISTE DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET  
DE PHARMACIE  
MARRAKECH**

Doyens honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice doyen chargé de la pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS  
PERMANANT**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie

10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
27	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
28	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
29	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
30	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
31	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
32	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
33	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique

38	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
39	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
40	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
41	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
42	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
43	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
44	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
45	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
46	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
47	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
48	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
49	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
51	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
52	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
53	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
54	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
55	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
56	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
57	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
58	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
59	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
60	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
61	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
62	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
63	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
64	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
65	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
66	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie

67	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
68	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
69	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
73	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
74	LAKMICHY Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
75	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
76	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
77	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
78	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
79	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
80	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
81	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
82	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
83	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
84	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
85	QAMOOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
86	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
87	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
88	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
89	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
90	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
91	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
92	BELKHOUB Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
93	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
94	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique



95	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
96	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
97	EL IDRISSI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
98	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
99	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
100	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
102	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
103	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
104	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
105	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
106	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
107	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
108	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
109	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
112	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
113	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
114	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
115	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
116	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
117	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
118	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
119	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
120	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
121	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
122	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
123	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire

124	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
125	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
126	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
127	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
128	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
129	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
130	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
131	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
132	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
133	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
134	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
135	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
136	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
137	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
138	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
139	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
140	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
141	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
142	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
144	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
145	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
146	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
147	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
148	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
149	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
150	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie

151	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
152	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
153	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
154	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
155	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
156	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
157	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
158	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
159	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
160	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
161	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
162	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
163	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
164	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
165	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
166	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
167	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
168	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
169	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
170	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
171	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
172	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
173	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
174	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
175	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
176	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
177	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie

178	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
179	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
180	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
181	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
182	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
183	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
184	BAKZAZA Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
185	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
186	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
187	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
188	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
189	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
190	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
191	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
192	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
193	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
194	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
195	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
196	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
197	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
198	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
199	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
200	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
201	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
202	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
203	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
204	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
205	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

206	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
207	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
208	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
209	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
210	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
211	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
212	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
213	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
215	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
216	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
217	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
218	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
219	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
220	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
221	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
222	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
223	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
224	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
225	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
226	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
227	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
228	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
229	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
230	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
231	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

234	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
235	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
236	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
237	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
238	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
239	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
240	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
241	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
242	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
243	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
244	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
245	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
246	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
247	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
248	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
249	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
250	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
251	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
252	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
253	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
254	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
255	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
256	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
257	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
258	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
259	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
260	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
261	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
262	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie

263	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
264	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
265	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
266	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
267	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
268	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
269	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
270	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
271	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

**LISTE ARRETEE LE 12/05/2023**



*DEDICACES*





*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...*

*Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,  
mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...*

*Aussi, c'est tout simplement que...*



*Je dédie cette thèse à...*

الله

*A mon Dieu,*

*Le tout-puissant, le très miséricordieux*

*Qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail*

*Qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin*

*Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais*

*Inchaallah*

*Soumission, louanges et remerciements,*

*Pour votre clémence et miséricorde*

الحمد لله دائماً وأبداً

محمد

*Au Prophète Mohamed (P.S.L.)*

*Notre guide et notre exemple bien-aimé.*

*Qu'il nous oriente dans le droit chemin*

*A la mémoire de mon père Mohammed AOULAO*

*J'aurais tant aimé que tu sois présent aujourd'hui. Aucun mot ne saurait exprimer mon profond amour. Tu étais toujours été le meilleur papa, toujours à l'écoute, encourageant et me dirigeant sur le bon chemin. Certes, tu m'as quitté, mais tu es toujours dans mon cœur. En mémoire de tous les moments et souvenirs que nous avons partagés, je te dédie ce travail. Que Dieu ait ton âme dans sa sainte miséricorde.*

*Tu rêvais toujours que ta petite fille soit médecin et là c'est fait, mais malheureusement tu n'es plus là.*

*Je t'aimais et je t'aimerai pour toujours.*

*A ma très chère mère Milouda MOUNDARE*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. A la personne qui m'a tout donné sans compter. Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.*

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Puisse Dieu tout-puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

*Je t'aime maman*

*A mon cher frère Abdelfattah AOULAO*

*Le meilleur frère qu'on puisse avoir, le seul que j'ai envie d'avoir. Je te dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.*

*Puisse Dieu, te préserver de tout mal et t'accorde longue vie. Puissent la fraternité et la solidarité nous lie à jamais.*

*A mon cher oncle Mohamed MOUNDARE*

*Mon estime pour ta personne est sans limite, tu es l'exemple de l'oncle parfait. Merci pour ton grand soutien, ton aide et ta générosité extrême, ils ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.*

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.*

*J'implore DIEU qu'il t'apporte bonheur, santé, amour et que tous tes rêves se réalisent.*

*À ma chère grande mère maternelle*

*Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et de la gratitude que j'ai pour toi. Qu'Allah te procure bonne santé et longue vie.*

*A la mémoire de mes grands-pères et ma grande mère*

*Le destin ne m'a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur avec vous et pour cueillir vos bénédictions. Puisse Allah, assurer le repos de votre âme par sa sainte miséricorde.*

*A mes chers tantes et oncles et leurs conjoints, cousines et cousins,*

*A toute la famille AOUAQ et MOUNDARE*

*Avec toute mon estime et mon affection. Puisse ce travail conforter la confiance que vous me portez et être le fruit de vos prières.*

*Que Dieu vous accorde santé et longue vie. Avec toute mon affection et mon respect.*

*A mes meilleures amies : le plus beau cadeau que la médecine m'a offert :*

*Dr. Manal HACIB*

*La vie nous a réunis dans une même maison. Et depuis lors, tu as été là dans tous les hauts et les bas, tu m'as accueillie à bras ouverts, tu m'as constamment encouragée par des actions qui m'ont laissée sans voix. Ta compagnie a fait de moi une meilleure personne. Tu es une amie sur laquelle je sais que je peux toujours compter, et une personne qui a tant à offrir à ce monde, qu'il soit intellectuel ou humain.*

*Je te dédie ce travail en espérant que tu y trouveras l'expression de mes sentiments les plus sincères. Puisses-tu toujours rester aussi concentré et doux que tu l'es, et puisses-tu atteindre tout ce dont tu as rêvé et pour lequel tu as travaillé si dur.*

*Je t'aime, mon amie.*

**Dr. Latifa AZAROU**

*Nous avons commencé ensemble, et nous voilà en train de tracer nos chemins ensemble. Et tout au long de ce parcours, tu as été et tu es toujours la meilleure amie que j'aurais pu demander, toujours à l'écoute, me conseillant et me soutenant.*

*Pour nos années d'études, pour nos premiers pas à l'hôpital, nos premières gardes, nos fous rires, nos taquineries et tout un tas de souvenirs, pour tout cela et pour tout le reste, je te remercie. Je te dédie ce travail, en témoignage de tout mon amour et de toute ma gratitude. Je te souhaite une longue vie pleine de joie, de prospérité et de succès.*

*Je t'aime Titifa.*

**Dr. Sanae RHALI**

*Ma sœur d'armes, nous nous sommes battus ensemble pendant toutes nos années de médecine, tant de périodes de préparation et d'examens, beaucoup de nuits blanches, pourtant tu as toujours été là pour moi, tu as cru en moi bien avant que je commence à croire en moi.*

*Cela peut marquer la fin d'un chapitre de nos vies, mais l'amitié entre nous doit continuer. Voici un pas de plus vers la ligne d'arrivée, voici tous les rires, les larmes et les souvenirs inestimables que nous avons créés au cours des dernières années. Je te dédie ce travail sachant que les mots ne peuvent exprimer l'étendue de ma gratitude envers toi.*

*Je t'aime chère amie.*

**Dr. Nouhaïla BELLAJ**

*Ta forte personnalité, ta gentillesse font de toi une personne pour qui je garderai beaucoup d'estime. Et je suis très reconnaissante que nos chemins se soient croisés.*

*Bien que notre rencontre ne remonte qu'à quelques années, tu as toujours été une amie sincère et solidaire, et je sais que je peux toujours compter sur toi. Je te dédie ce travail en témoignage de notre amitié que j'espère durera toute la vie.*

**A mon très cher ami Dr. Mohamed Amine AOUZAL**

*Mon ami d'or, nous avons partagé tant de moments, d'aventures et de souvenirs à l'hôpital et ailleurs.*

*Durant toute notre amitié, tu as toujours été là, tu n'as jamais cessé de me soutenir et de m'encourager. Merci de me comprendre autant et de partager mes soucis, mes peurs et mes ambitions.*

*En témoignage de l'amitié, je te dédie ce travail. Puisse Dieu te préserver, te procurer le bonheur et la réussite. Que notre amitié reste éternelle.*

**A ma très chère amie d'enfance Latifa GOULAHEN**

*Notre amitié date de longtemps et ce n'est pas pour rien. Un bel acte du destin qui m'a permis de te connaître, et bientôt de t'adorer. Nos rencontres sont certes rares, mais les retrouvailles ont toujours été chaleureuses et ne font que témoigner du charme de cette noble amitié. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance ainsi que ton soutien, et vivement nos prochaines retrouvailles !*

*A mes amies Dr. Loubna AGJIT et Dr. Oussama ALOUAN*

*Merci pour le soutien que vous m'avez toujours offert, merci pour nos aventures et mésaventures, merci pour tous les moments de folie et de joie et les souvenirs créés ensemble. Vous avez toujours su voir en moi mes qualités et ignorer mes défauts.*

*J'espère que notre amitié grandisse et perdure.*

*A tous mes amis avec qui j'ai partagé de merveilleux souvenirs et moments : Oumaima HAFS, Sara LHNIDA, Fatima AZAROU, Naïma AZAROU ...*

*Merci d'avoir toujours été là pour moi, merci d'avoir toujours cru en moi, merci d'être dans ma vie et merci pour tous ces petits moments qui, grâce à vous, sont devenus inoubliables.*

*En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.*

*À tous mes enseignants du primaire, collège lycée, et de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer le respect que je vous apporte de même que ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis pour ma formation, mon instruction et mon bien-être. Puisse Dieu tout-puissant vous procurer santé, bonheur et longue vie.*



*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon affection, mon respect et ma reconnaissance. Que Dieu vous donne santé et longue vie.*



*REMERCIEMENTS*



*Mes sincères remerciements*

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT E DE THESE,**

**MADAME LE PROFESSEUR ADALI IMANE**

*Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Vos qualités professionnelles et votre rigueur sont pour moi des exemples à suivre.*

*Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.*

**A MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE,**

**MADAME LE PROFESSEUR MANOUDI FATIHA**

*C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement envers votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.*

*A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE,*

*MADAME LE PROFESSEUR ZAOUI SANAA*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre dévouement professionnel qui font de vous un praticien émérite. Nous sommes très reconnaissants envers vous pour la courtoisie dont vous avez fait preuve en recevant cette thèse, et pour l'honneur que vous nous avez fait à faire partie de ce jury.*

*Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de notre grand respect et de notre plus haute considération.*



---

*ABBREVIATIONS*



# Liste des abréviations

MG	: médecins généralistes
n	: nombre
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
FMPC	: Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
FMPF	: Faculté de médecine et de pharmacie de Fès
FMPM	: Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
FMPO	: Faculté de médecine et de pharmacie de Oujda
FMPR	: Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
TP	: Troubles de panique
TOC	: Trouble obsessionnel compulsif
TAG	: Trouble d'anxiété généralisé
ESPT	: Etat de stress post traumatique
NL	: neuroleptiques
DM	: délégués médicaux
CI	: Contre-indications
ECG	: Electrocardiogramme
EEG	: Electroencéphalogramme
ATD	: Antidépresseurs
IRSNa	: Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IMAO	: Inhibiteurs de la monoamine oxydase
FDA	: Food and Drug Administration
TDAH	: Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité
BZD	: Benzodiazépines
GABA	: Acide Gamma Amino Butyrique

PPSI : Potentiel Post-Synaptique Inhibiteur  
SNC : Système Nerveux Central  
ICSD : International Classification of Sleep Disorders  
AMM : Autorisation de la Mise sur le Marché  
AC : Anticonvulsivants  
CBZ : Carbamazépine  
CSLT : Consultations  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie



*TABLEAUX ET FIGURES*





## Liste des tableaux

- Tableau I** : Répartition des types de formation post doctorale
- Tableau II** : Répartition selon la prescription lors des troubles organiques
- Tableau III** : Répartition des raisons de non prescription
- Tableau IV** : Les sources de l'information sur les psychotropes
- Tableau V** : Les classes prescrites lors de l'insomnie
- Tableau VI** : Les classes prescrites lors de l'anxiété
- Tableau VII** : Les classes prescrites lors de la dépression
- Tableau VIII** : Les classes prescrites lors d'un trouble anxieux caractérisé
- Tableau IX** : Les classes prescrites lors d'une addiction aux substances psychotropes
- Tableau X** : Les classes prescrites lors d'une schizophrénie
- Tableau XI** : Les classes prescrites lors d'un trouble bipolaire
- Tableau XII** : Prescription et le degré de connaissance des classes des psychotropes
- Tableau XIII** : Prescription et le degré de connaissance des indications des psychotropes
- Tableau XIV** : Prescription et le degré de connaissance des modalités de prescription
- Tableau XV** : Prescription et le degré de connaissance des modalités d'arrêt des psychotropes
- Tableau XVI** : Prescription des psychotropes et les difficultés de la prescription
- Tableau XVII** : Prescription des psychotropes et les obstacles de la prescription
- Tableau XVIII** : Prescription des psychotropes et la conduite à tenir devant les troubles mentaux
- Tableau XIX** : La prescription des psychotropes et l'attitude des médecins face à la pression des patients
- Tableau XX** : les principaux effets indésirables des neuroleptiques
- Tableau XXI** : Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- Tableau XXII** : Le mécanisme d'action des principaux autres antidépresseurs
- Tableau XXIII** : La classification des hypnotiques

**Tableau XXIV** : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie

**Tableau XXV** : Apparentés aux benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie

**Tableau XXVI** : Comparaison des tranches d'âges les plus représentatives dans les différentes séries

**Tableau XXVII** : Comparaison du pourcentage du sexe des médecins

**Tableau XXVIII** : Comparaison de l'ancienneté professionnelle

**Tableau XXIX** : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu un stage en psychiatrie

**Tableau XXX** : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu une formation post doctorale en psychiatrie

**Tableau XXXI** : Comparaison de la fréquence des consultations pour trouble mental

**Tableau XXXII** : Comparaison de la confiance des médecins en leur capacité de prise en charge des troubles mentaux

**Tableau XXXIII** : Comparaison du degré des connaissances des médecins sur les psychotropes

**Tableau XXXIV**: Comparaison de la fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes

**Tableau XXXV** : Comparaison des formations en besoin par les médecins

**Tableau XXXVI** : Comparaison du pourcentage du sexe féminin des patients

# Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des médecins participants
- Figure 2** : Répartition selon l'âge
- Figure 3** : répartition selon le sexe des médecins
- Figure 4** : Répartition des médecins selon le secteur d'activité.
- Figure 5** : Répartition des médecins selon la durée d'exercice
- Figure 6** : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice
- Figure 7** : Répartition des médecins selon la faculté de formation
- Figure 8** : Répartition selon le passage par un stage au service de psychiatrie
- Figure 9** : Pourcentage de satisfaction des médecins relative à la formation de base
- Figure 10** : Pourcentage des médecins ayant bénéficié de formations post doctorale
- Figure 11** : Répartition selon l'amélioration des connaissances
- Figure 12** : Fréquence des consultations pour trouble mental
- Figure 13** : Classement des motifs de consultations pour trouble mental
- Figure 14** : Répartition selon la confiance en leur capacité de prise en charge
- Figure 15** : Réponse des médecins sur l'implication des MG dans la santé mentale
- Figure 16** : Répartition selon la fréquence de prescription des psychotropes
- Figure 17** : La fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes
- Figure 18** : Répartition selon le suivi des patients
- Figure 19** : Répartition selon le sexe des patients
- Figure 20** : Répartition selon l'âge des patients
- Figure 21** : Classement des indications de prescription
- Figure 22** : Répartition selon le degré de connaissance des psychotropes
- Figure 23** : Répartition des difficultés rencontrées lors de prescription
- Figure 24** : Répartition selon le besoin en formation aux psychotropes
- Figure 25** : Répartition selon le type de formation aux psychotropes
- Figure 26** : Répartition selon la fréquence des visites des délégués médicaux
- Figure 27** : Répartition selon l'information apporté par les délégués médicaux

- Figure 28** : l'formation des DM est intéressante ou non ?
- Figure 29** : Répartition selon la conduite à tenir devant une insomnie
- Figure 30** : Répartition selon la conduite à tenir devant une anxiété
- Figure 31** : Répartition selon la conduite à tenir devant une dépression
- Figure 32** : Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble anxieux caractérisé
- Figure 33** : Répartition selon la conduite à tenir devant une addiction aux substances psychotropes
- Figure 34** : Répartition selon la conduite à tenir devant une schizophrénie
- Figure 35** : Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble bipolaire
- Figure 36** : Répartition selon la pression des patients
- Figure 37** : Répartition des classes de psychotropes les plus demandés par les patients
- Figure 38** : Répartition selon les pathologies pour lesquelles les patient exigent la prescription
- Figure 39** : Répartition selon l'attitude des médecins face à la pression des patients
- Figure 40** : Prescription des psychotropes selon l'âge
- Figure 41** : Prescription des psychotropes selon le sexe
- Figure 42** : Prescription des psychotropes selon le secteur
- Figure 43** : Prescription des psychotropes selon la durée d'exercice
- Figure 44** : Prescription des psychotropes et le stage en psychiatrie
- Figure 45** : Prescription des psychotropes et la formation post doctorale
- Figure 46** : Prescription des psychotropes et la confiance à prendre en charge les troubles mentaux
- Figure 47** : Prescription des psychotropes et le suivi des patients
- Figure 48** : Prescription des psychotropes et les pathologies organiques
- Figure 49** : Prescription des psychotropes et le besoin de formation sur les psychotropes
- Figure 50** : Prescription des psychotropes et l'influence des délégués médicaux
- Figure 51** : Prescription des psychotropes et la pression des patients



*PLAN*



INTRODUCTION .....	- 1 -
MATEREILS ET METHODES .....	- 4 -
I. Type de l'étude : .....	- 5 -
II. Population cible : .....	- 5 -
III. Echantillonnage : .....	- 6 -
IV. Questionnaire : .....	- 7 -
V. Saisie et analyse des données : .....	- 8 -
VI. Considérations éthiques : .....	- 8 -
RESULTATS.....	- 9 -
I. Etude descriptive : .....	- 10 -
1. Description socioprofessionnelle des médecins participants : .....	- 10 -
2. L'expérience et la formation des médecins en psychiatrie : .....	- 12 -
3. Les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des psychotropes : .....	- 17 -
4. Les connaissances des médecins généralistes sur les psychotropes : .....	- 21 -
5. Les conduites à tenir des médecins devant les troubles mentaux : .....	- 25 -
6. La pression des patients : .....	- 32 -
II. Etude bi varié : .....	- 35 -
1. Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins participants : .....	- 35 -
2. L'expérience et la formation des médecins en psychiatrie : .....	- 37 -
3. Pratique et connaissances des médecins généralistes sur les psychotropes : .....	- 39 -
4. La prescription et le prise en charge des troubles mentaux : .....	- 43 -
5. La prescription et les délégués médicaux : .....	- 44 -
6. L'influence des patients : .....	- 44 -

DISCUSSION .....	- 46 -
I. Les médicaments psychotropes :.....	- 47 -
1. Les antipsychotiques : .....	- 47 -
2. Les antidépresseurs :.....	- 54 -
3. Les anxiolytiques :.....	- 63 -
4. Les hypnotiques : .....	- 68 -
5. Les thymorégulateurs : .....	- 72 -
II. Discussion des résultats :.....	- 77 -
1. Caractéristiques des médecins interrogés : .....	- 77 -
2. La place du médecin généraliste dans la santé mentale :.....	- 81 -
3. Les connaissances des médecins sur les psychotropes :.....	- 83 -
4. Les attitudes des médecins face aux prescriptions des psychotropes :.....	- 86 -
5. Les conduites à tenir des médecins devant les troubles mentaux :.....	- 90 -
6. L'influence des patients :.....	- 94 -
III. Limites de l'étude :.....	- 97 -
IV. Recommandations :.....	- 97 -
CONCLUSION.....	- 98 -
ANNEXES.....	- 98 -
RÉSUMÉS.....	- 98 -
BIBLIOGRAPHIE .....	- 98 -



---

*INTRODUCTION*



---



Les médicaments psychotropes sont des médicaments qui agissent sur le psychisme, modifiant les fonctions psychologiques et comportementales de la personne. En 1957, Jean Delay a défini les psychotropes comme, « 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 du type de cette modification » [1].

Le premier médicament psychotrope a été découvert fortuitement dans les années 1950, la chlorpromazine, médicament avec des propriétés antipsychotiques nommé neuroleptique [2]. Ainsi l'apparition très rapide d'autres molécules et d'autres grandes classes des médicaments psychotropes tels que les hypnotiques, les antidépresseurs et les anxiolytiques dans les années suivantes. D'où la naissance de la psychopharmacologie moderne [3].

Sans doute, la psychiatrie a été bouleversée suite à cette découverte, les différentes classes thérapeutiques n'ont pas amélioré seulement la prise en charge des troubles psychiatriques et réduits leurs conséquences psychosociales, mais aussi ont élargi leurs indications de traitement hospitalier des manifestations les plus sévères aux troubles moins graves. Par conséquent, la maladie psychique devient plus acceptable, donc augmentation des consultations et une demande plus importante sur les psychotropes [4].

D'année en année, la prescription des médicaments psychotropes est devenue le pilier d'une bonne prise en charge de la maladie mentale, elle n'est plus réservée aux psychiatres, mais elle s'étend aux autres professionnels non spécialisés, parmi eux le médecin généraliste [5,6].

Ce développement est accompagné par l'augmentation de consommation de ces médicaments ce qui a engendré leur banalisation. En France, des études estiment que 16 millions de personnes âgées entre 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes [7]. Cette banalisation peut donner lieu à une mauvaise utilisation et engendrer une dépendance.

Les médecins prescripteurs sont les principaux responsables de cette consommation, notamment les généralistes en étant en première ligne de l'offre de soin. Un rapport scientifique d'une étude française réalisée en 2005 indique que plus 80 % des prescriptions des médicaments psychotropes sont le fait de médecins généralistes [8]. Au Maroc, la prescription des psychotropes demeure, à ce jour, insuffisamment évaluée, ainsi plusieurs questions restent posées concernant ce domaine. Une étude réalisée dans un organisme de sécurité sociale marocain (CNOPS), sur le profil de la prescription des psychotropes en 1997, montre que les médecins généralistes sont au premier rang des prescripteurs avec 27,2 % des prescriptions [9].

En raison de la large prescription des psychotropes au sein de la population par les généralistes et de la nécessité d'un suivi et d'une surveillance régulière, la place des médecins généralistes dans la gestion de ce traitement demeure la base d'une bonne et saine prescription du médicament. Il est donc impératif d'étudier le profil de la prescription de ces médicaments par ces médecins.

C'est dans ce cadre que nous envisageons une enquête, auprès des médecins généralistes, qui vise l'identification des déterminants de leur prescription des psychotropes, à savoir leurs compétences et leurs connaissances en matière de prise en charge des troubles mentaux par les psychotropes.



---

*MATÉRIELS  
ET  
MÉTODES*



---

## **I. Type de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique de type transversale étalée sur 6 mois (09/2022 au 02/2023), conduite auprès des médecins généralistes (MG) de la préfecture Inezgane–Ait melloul pour évaluer leurs pratiques quotidiennes en matière de prescription des médicaments psychotropes.

Cette étude a pour objectif d'évaluer les modalités de la prescription des médicaments psychotropes par les médecins généralistes afin d'être capable de :

- Identifier les obstacles et les difficultés éprouvées par les médecins lors de la prescription des psychotropes et recenser leurs remarques.
- Analyser les conditions de prescriptions.
- Analyser la cohérence de la prescription avec la symptomatologie et le respect des recommandations de bonne pratique de prescription des psychotropes.

## **II. Population cible :**

La population cible était composée de médecins généralistes du secteur public et privé, exerçant dans la préfecture Inezgane–Ait melloul.

### **1. Critères d'inclusion :**

Pour être inclus dans cette étude, il fallait :

- Etre médecin généraliste exerçant à Inezgane–Ait melloul.
- Exercer en privé ou en public.
- Etre présent pendant la durée de l'enquête.
- Toujours en activité professionnelle.

## 2. Critères d'exclusion :

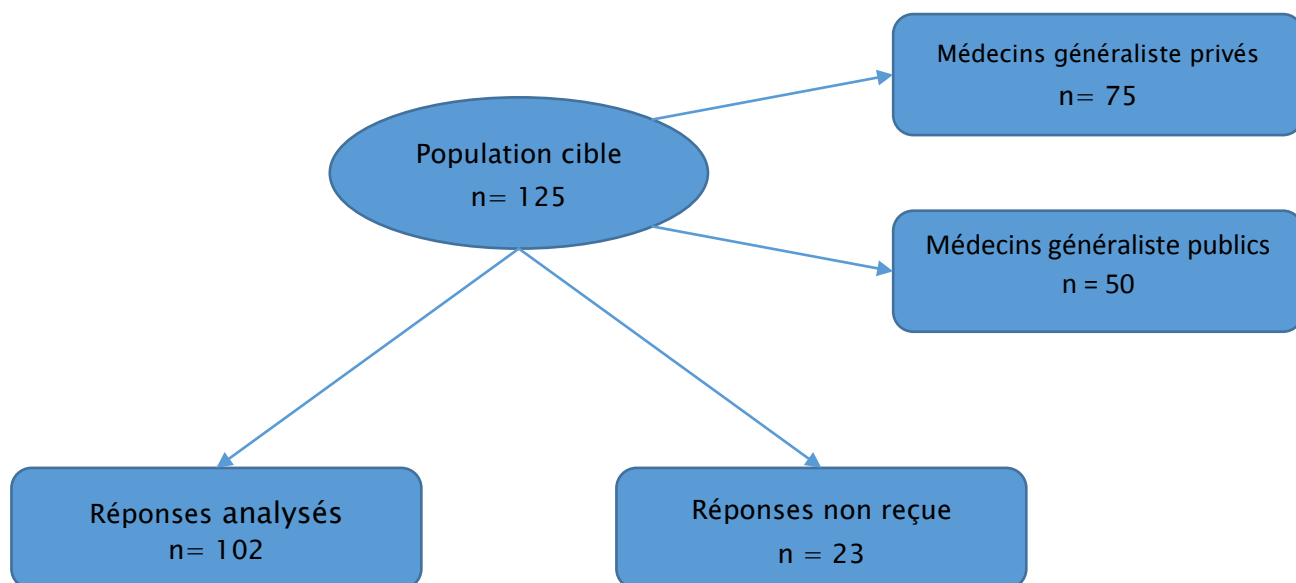
On a exclu de cette étude :

- Les médecins refusant de participer à l'étude.
- Les médecins généralistes affectés dans les postes de gestion et l'administration.

## III. Echantillonnage :

Accidentel, par visite des centres de santé, des cliniques et l'hôpital régional et la recherche des adresses des cabinets privés à l'aide des délégués médicaux de la préfecture Inezgane-Ait melloul.

Parmi les 125 médecins sollicités pour participer à l'enquête, 102 ont répondu à notre questionnaire : soit un taux de participation de 81,6 %.



**Figure 1 : Répartition des médecins participants**

## **IV. Questionnaire :**

### **1. Contenu du questionnaire :**

La collecte des données a été réalisée au moyen d'un questionnaire (annexe 1) élaboré suite à la revue de littérature, qui nous a renseignés sur les données suivantes :

- Les données socioprofessionnelles des médecins généralistes participants.
- L'expérience et la formation des médecins généralistes en psychiatrie et en troubles mentaux.
- Les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des psychotropes.
- Les connaissances des médecins généralistes sur les psychotropes.
- Les conduites à tenir des médecins devant les troubles mentaux.
- L'influence de la pression des patients sur la prescription des psychotropes par les médecins.

### **2. Distribution de questionnaire :**

#### **2.1. Distribution indirecte :**

Un formulaire a été créé en ligne via Google Forms et partagé avec les médecins généralistes d'Inezgane-Ait melloul sur l'application du réseau social : WhatsApp.

#### **2.2. Distribution directe :**

Un questionnaire imprimé a été distribué en main propre à chacun des médecins généralistes du secteur public et privé par une visite aux lieux de leur travail (cabinets privés, centres de santé, hôpitaux et cliniques), après avoir expliqué l'objectif de l'étude et sollicité leur consentement oral.

## **V. Saisie et analyse des données :**

L'élaboration du questionnaire a été réalisée avec l'application "Google Forms" et en format papier. Ensuite, les textes et les tableaux ont été saisis sur le logiciel Microsoft Word 2016 et les graphiques sur le logiciel Excel 2016. Enfin l'analyse statistique a été effectuée sur le logiciel SPSS Statistics 25.0.

## **VI. Considérations éthiques :**

Le respect de la confidentialité, l'anonymat et le consentement des médecins ont été pris en considération lors de la collecte de ces données, conformément aux règles de l'éthique médicale.



---

*RESULTATS*



---

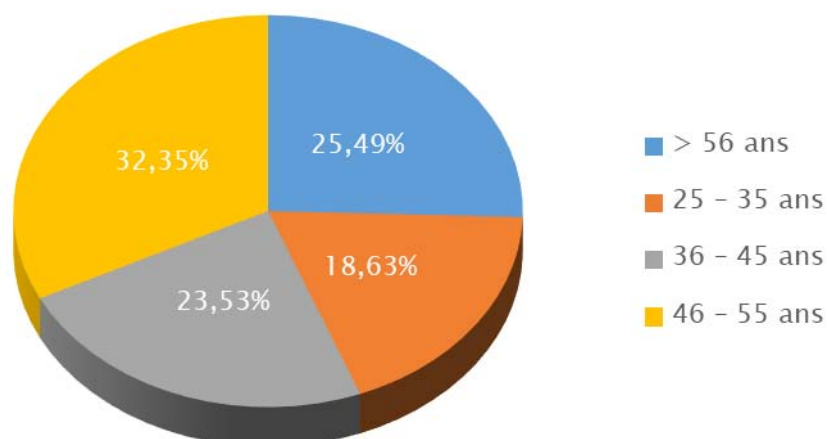


## I. Etude descriptive :

### 1. Description socioprofessionnelle des médecins participants :

#### 1.1. L'âge :

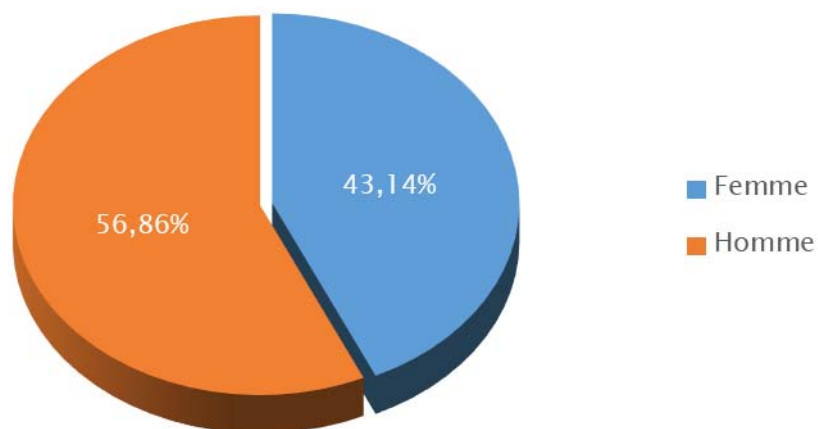
La tranche d'âge la plus présente dans notre étude est située entre 46 et 55 ans avec un taux de 32,35 % (n=33) (Figure 2).



**Figure 2 : Répartition selon l'âge**

#### 1.2. Le sexe :

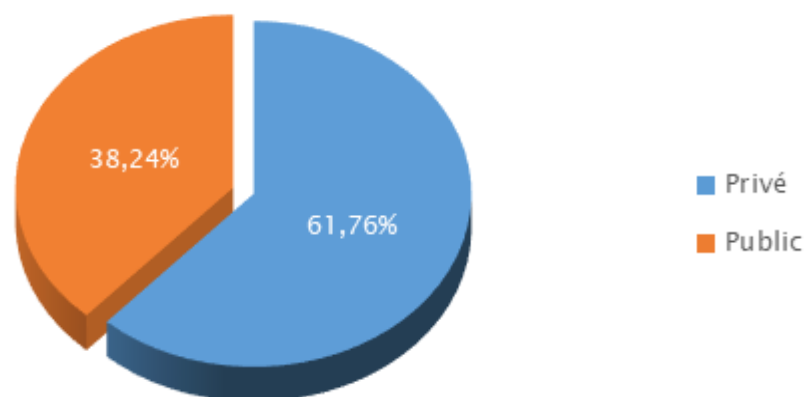
Dans notre étude, 44 médecins (43,14 %) sont de sexe féminin et 58 médecins (56,86 %) sont de sexe masculin. Le sexe ratio H/F était de 1,325 (Figure 3).



**Figure 3 : répartition selon le sexe des médecins**

**1.3. Le secteur d'exercice :**

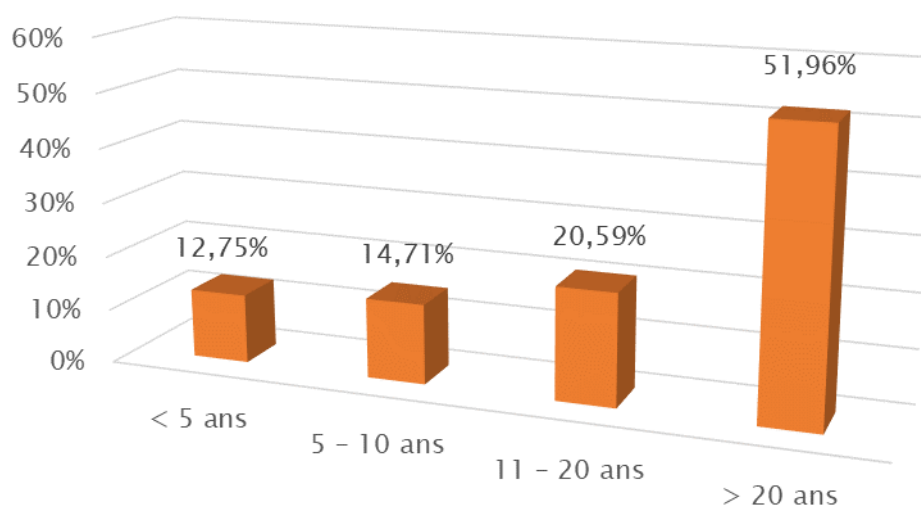
La majorité des médecins participants exerçaient dans le secteur privé n=63 (61,76 %), contre n=39 (38,24 %) médecins exerçant dans le secteur public (Figure 4).



**Figure 4 : Répartition des médecins selon le secteur d'activité.**

**1.4. La durée d'exercice :**

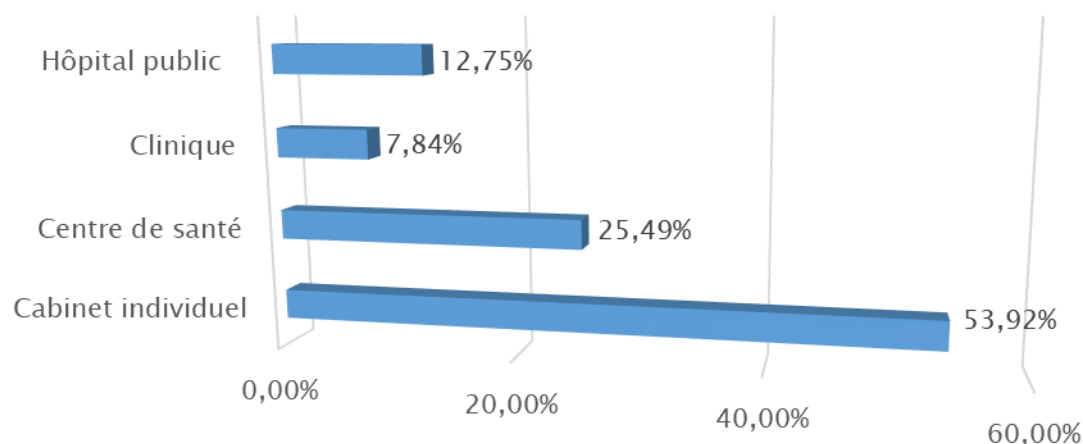
Plus de la moitié des participants 51,96 % (n=53) avaient une expérience de plus de 20 ans, et seulement 12,75 % (n=13) MG avaient moins de 5 ans d'expérience (Figure 5).



**Figure 5 : Répartition des médecins selon la durée d'exercice**

**1.5. Le lieu d'exercice :**

On constate sur ce graphique que les médecins exerçant au cabinet individuel représentent plus que la moitié des MG participants (n=55) 53,92 % (Figure 6).

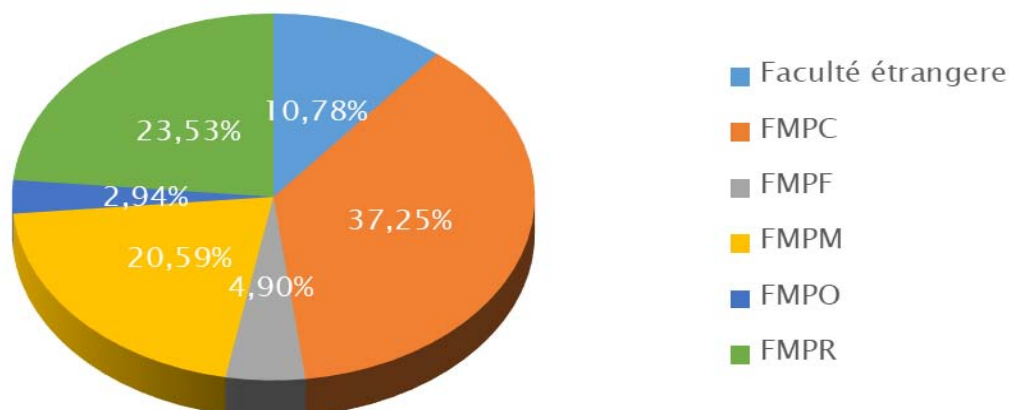


**Figure 6 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice**

**2. L'expérience et la formation des médecins en psychiatrie :**

**2.1. La faculté de formation :**

Notre étude avait montré que 37,25 % (n=38) des médecins ont été formés à la faculté de Casablanca, 23,53 % (n=24) à la faculté de Rabat, 20,59 % (n=21) à la faculté de Marrakech, 10,78% (n=11) à une faculté étrangère, 4,90 % (n=5) à la faculté de Fès, 2,94 % (n=3) à la faculté d'Oujda (Figure 7).

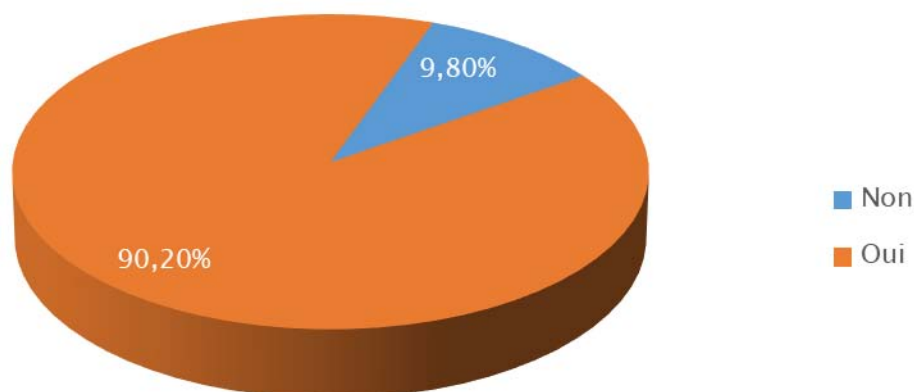


**Figure 7 : Répartition des médecins selon la faculté de formation**

**2.2. La formation de base en psychiatrie :**

**2.2.1. Répartition selon le passage par un stage au service de psychiatrie :**

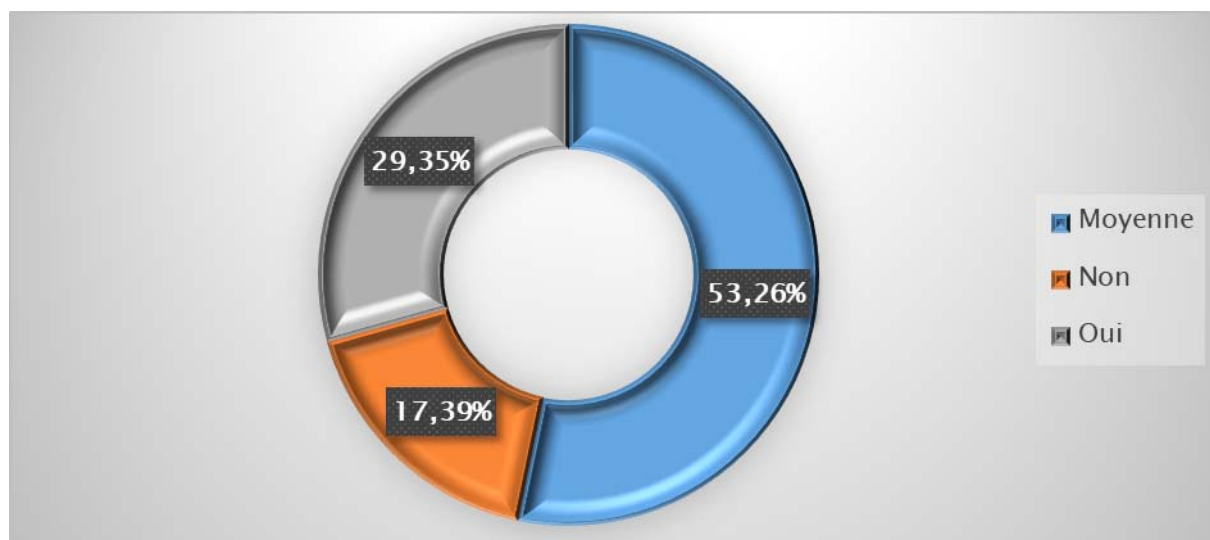
La grande majorité des médecins 90,20 % (n=92) ont bénéficié d'un stage en service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire (Figure 8).



**Figure 8 : Répartition selon le passage par un stage au service de psychiatrie**

**2.2.2. Répartition selon la satisfaction des médecins relative à la formation de base :**

Sur les 92 médecins, 53,26 % sont moyennement satisfait de ce stage, 29,35 % sont complètement satisfait et seulement 17,39 % qui ne sont pas du tout satisfait (Figure 9).

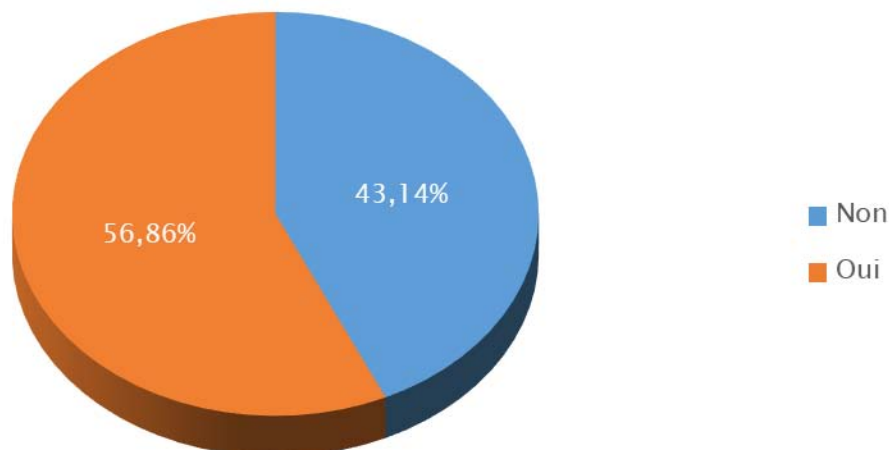


**Figure 9 : Pourcentage de satisfaction des médecins relative à la formation de base**

**2.3. La formation post doctorale :**

**2.3.1. Répartition selon le bénéfice d'une formation post doctorale :**

Sur les 102 médecins participants, 58 (56,86 %) ont affirmé avoir reçu des formations post doctorale en psychiatrie (Figure 10).



**Figure 10 : Pourcentage des médecins ayant bénéficié de formations post doctorale**

**2.3.2. Répartition des types de formation post doctorale :**

La majorité des MG avaient bénéficié d'une formation post doctorale sous forme de séminaire, atelier (Tableau I).

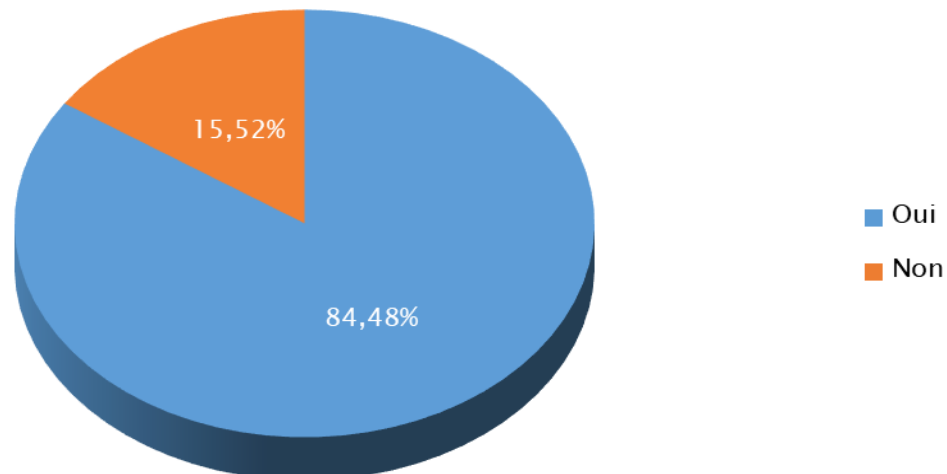
A noter qu'un médecin peut choisir un ou plusieurs de ces types.

**Tableau I : Répartition des types de formation post doctorale**

Type de formation	Nombre	Pourcentage
Séminaire, atelier	46	66,67 %
Formation continue	22	31,88 %
Stage en psychiatrie	1	1,45 %

**2.3.3. Répartition selon l'amélioration des connaissances :**

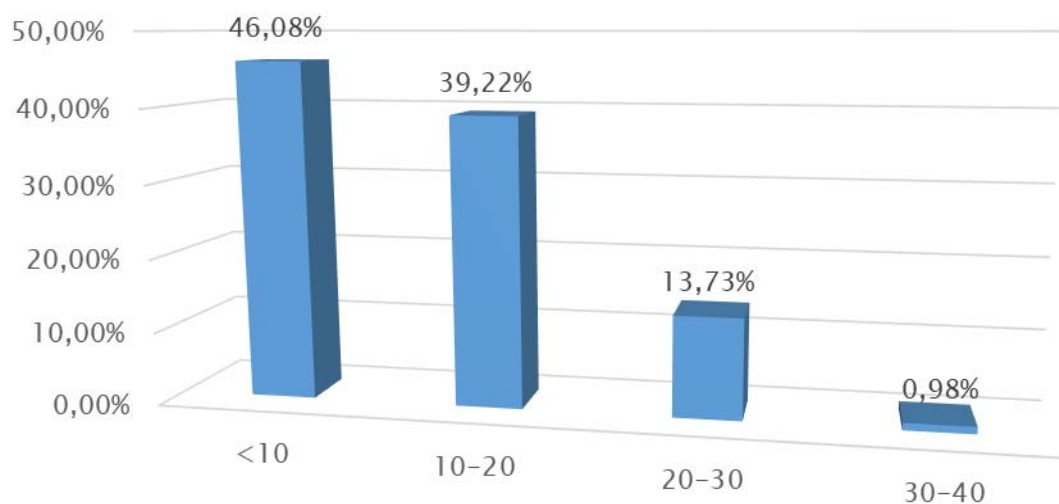
Ces formations ont amélioré les connaissances de 84,48 % des MG (Figure 11).



**Figure 11 : Répartition selon l'amélioration des connaissances**

**2.4. La fréquence des consultations pour trouble mental :**

Presque la moitié des MG 47 (46,08 %) affirment qu'ils font moins de 10 consultations pour trouble mental par semaine. 40 (39,22 %) font entre 10 et 20 par semaine. 14 (13,73 %) font entre 20 et 30 par semaine. Un seul médecin fait entre 30 et 40 consultations pour trouble mental par semaine (Figure 12).



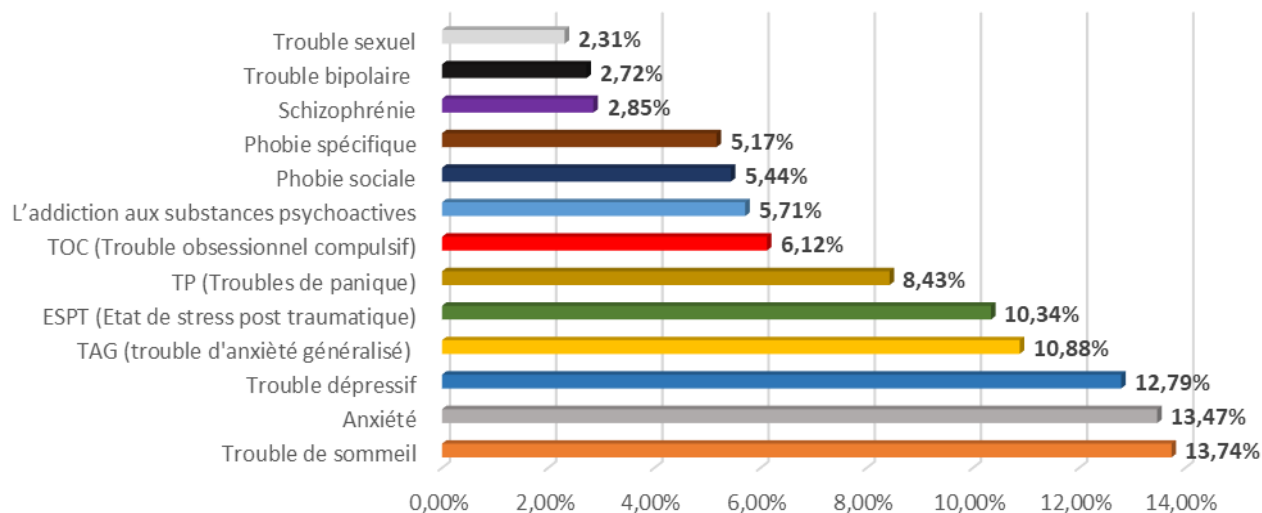
**Figure 12 : Fréquence des consultations pour trouble mental**

**2.5. Le classement des motifs de consultations pour trouble mental :**

Selon nos médecins le trouble de sommeil représente le motif le plus fréquent, suivi de

l'anxiété et les troubles dépressifs à la troisième place.

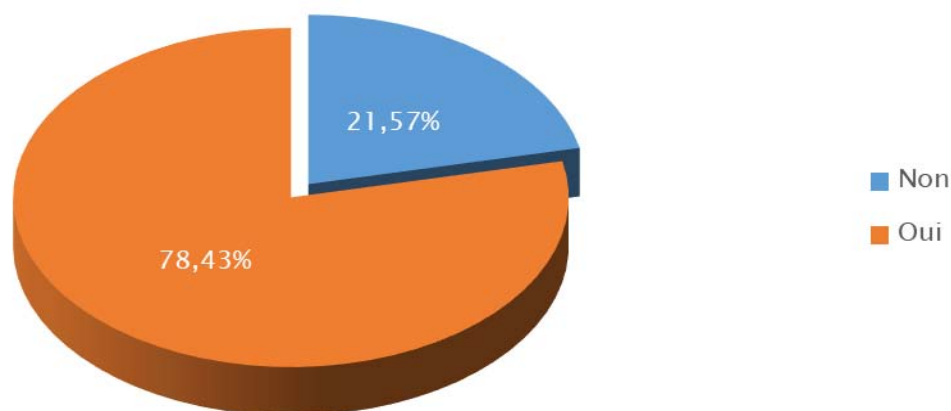
Les troubles psychotiques (schizophrénie, trouble bipolaire) et les troubles sexuels représentent les motifs de consultation les moins fréquents (Figure 13).



**Figure 13 : Classement des motifs de consultations pour trouble mental**

### 2.6. La confiance des médecins en leur capacité de prise en charge :

La majorité des médecins (n=80) soit 78,43 % affirment qu'ils ont confiance en leur capacité de prendre en charge un patient souffrant de trouble mental (Figure 14).

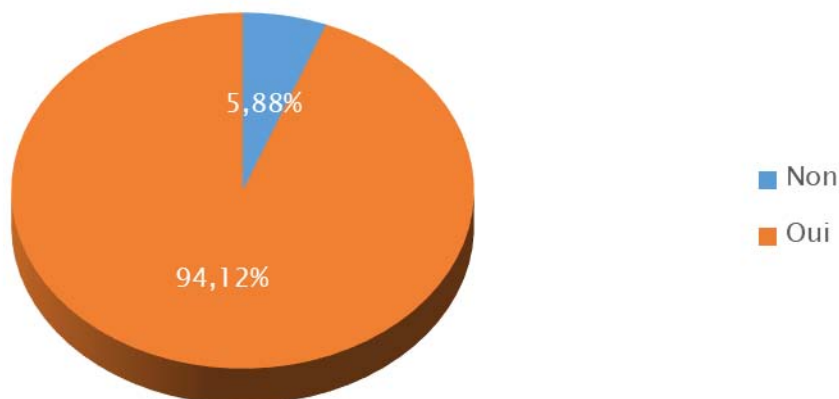


**Figure 14 : Répartition selon la confiance en leur capacité de prise en charge**

### 2.7. L'implication des MG dans la santé mentale :

La grande majorité des médecins participants 94,12 % (n=96) jugent que l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant des troubles mentaux

permettra une amélioration de la qualité de prise en charge de la maladie mentale (Figure 15).



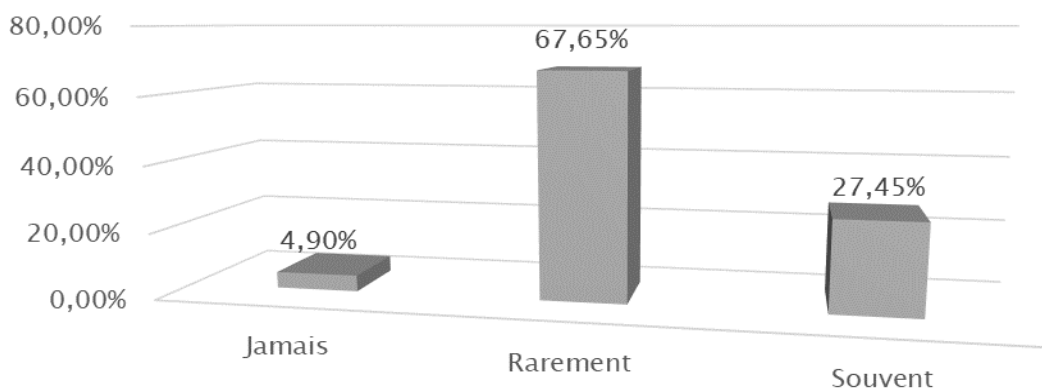
**Figure 15 : Réponse des médecins sur l'implication des MG dans la santé mentale**

### **3. Les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des psychotropes :**

#### **3.1. Répartition selon la prescription des psychotropes :**

##### **3.1.1. Répartition selon la fréquence de prescription des psychotropes :**

Dans notre étude, 27,45 % (n=28) des médecins participants déclarent avoir souvent recours à la prescription des psychotropes, alors que 67,65 % (n=69) des praticiens prescrivent rarement les psychotropes et seulement 4,90 % (n=5) affirment qu'ils ne l'ont jamais prescrit (Figure 16).

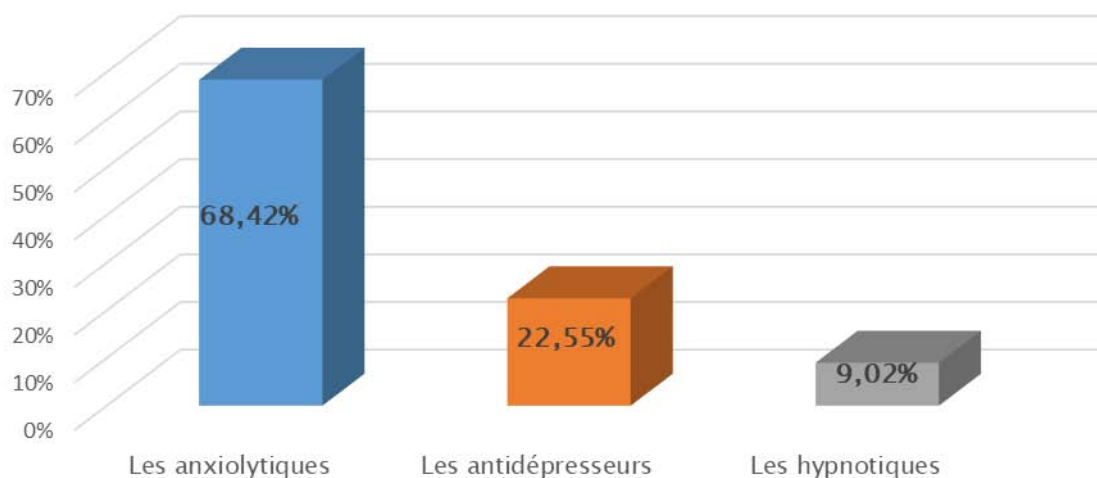


**Figure16 : Répartition selon la fréquence de prescription des psychotropes**

##### **3.1.2. La fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes :**

Selon les médecins prescripteurs, les anxiolytiques représentent la classe des médicaments la plus prescrite (Figure 17).

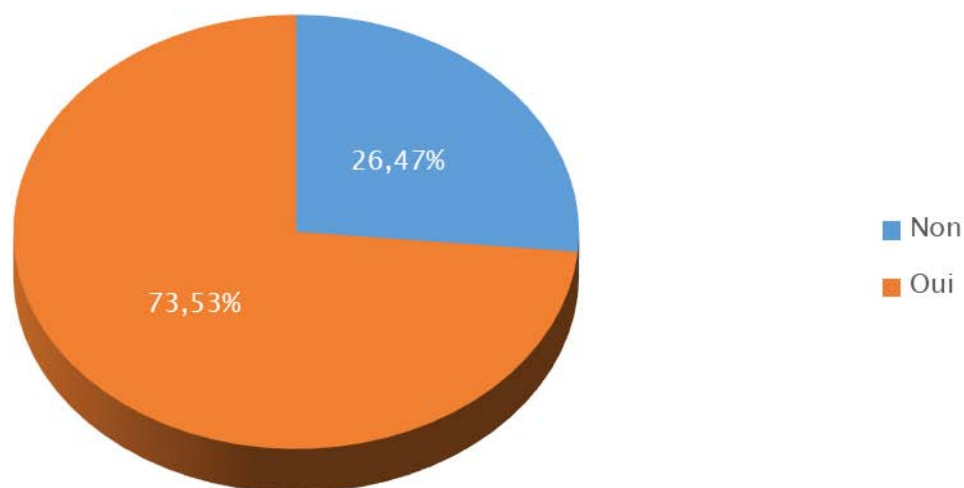




**Figure 17 : La fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes**

**3.1.3. Le suivi des patients :**

La majorité de nos médecins (73,53 %) assurent le suivi des patients qui sont traités avec les psychotropes, c'est-à-dire qu'ils voient ces patients régulièrement pour surveiller et ajuster leur traitement (Figure 18).



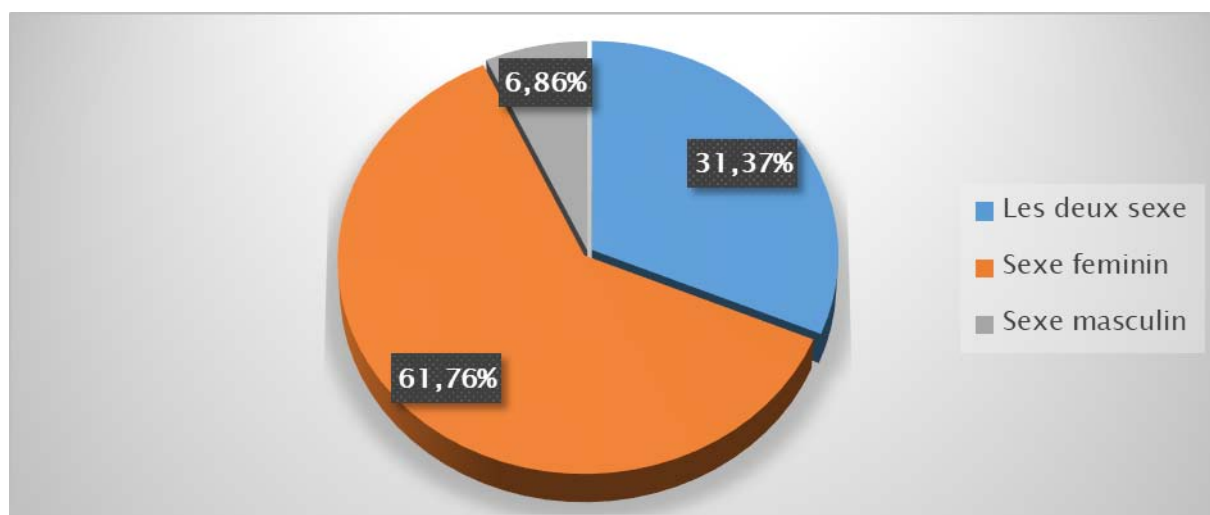
**Figure 18 : Répartition selon le suivi des patients**

**3.2. Répartition selon l'âge et sexe des patients :**

**3.2.1. Le sexe :**

Les deux tiers des médecins participants (61,76 %), ont tendance à prescrire ces

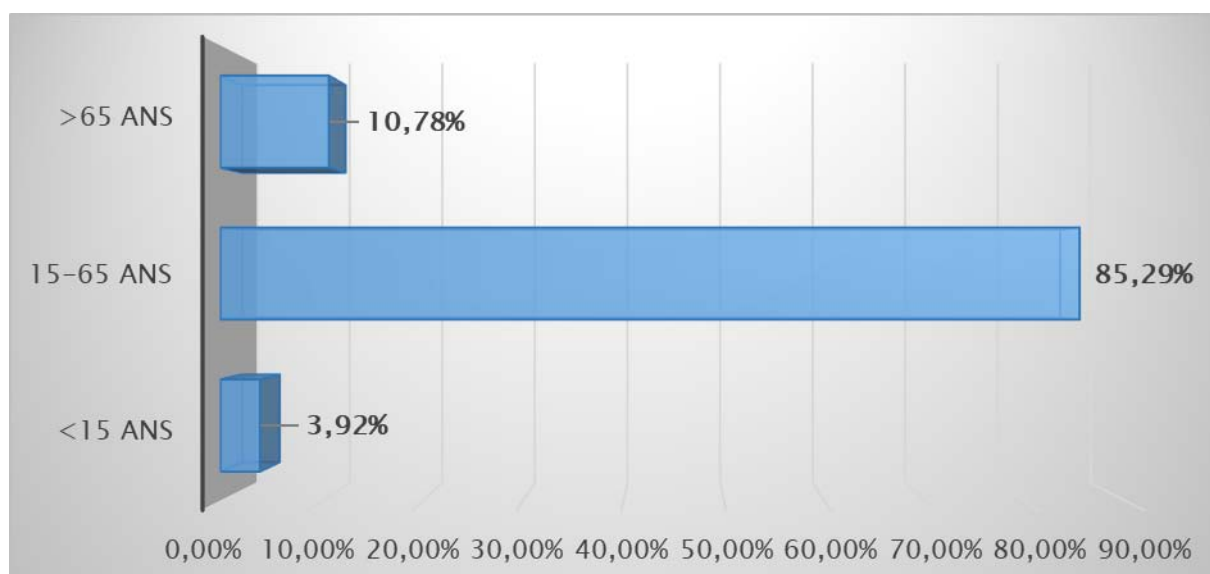
médicaments plus fréquemment chez les femmes (Figure 19).



**Figure 19 : Répartition selon le sexe des patients**

**3.2.2. L'âge :**

Les adultes sont les plus concernés par cette prescription chez 85,29 % des médecins (Figure 20).



**Figure 20 : Répartition selon l'âge des patients**

**3.3. Le classement des indications de prescription :**

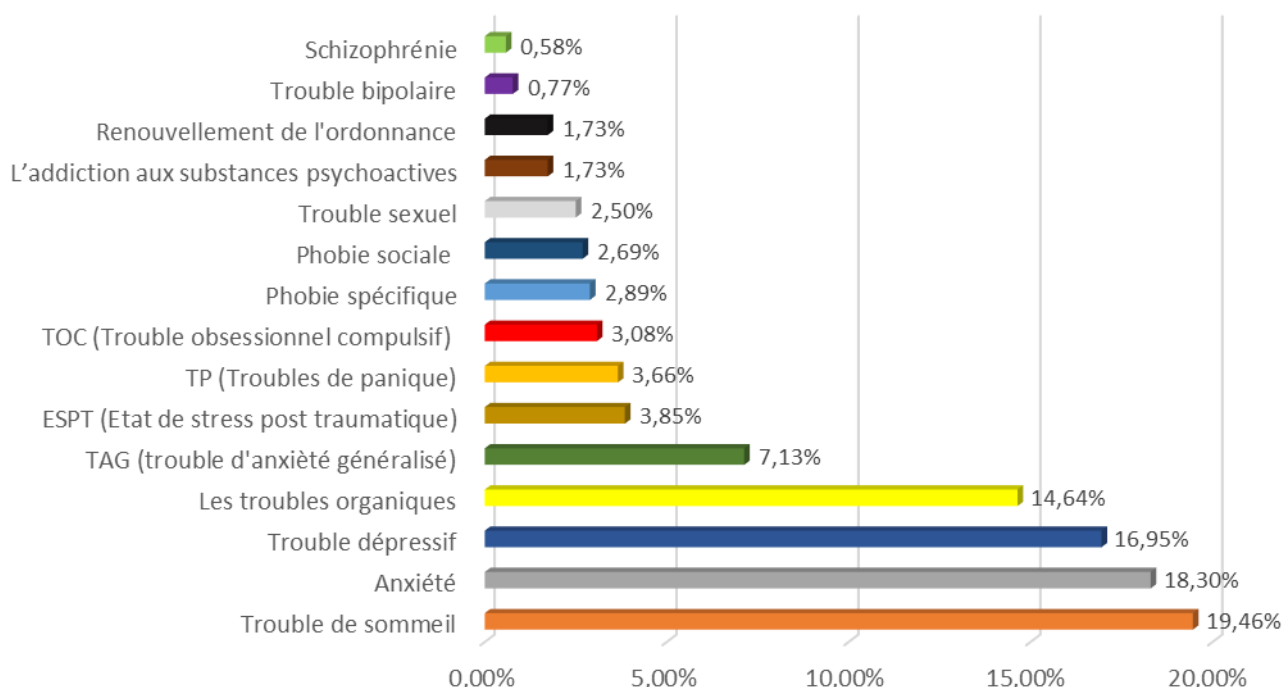
Selon les réponses des médecins prescripteurs des psychotropes concernant les indications de prescription, on trouve que les troubles de sommeil représentent la première indication de prescription, suivis de l'anxiété et des troubles dépressifs qui représentent respectivement la

---

## La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

deuxième et la troisième indication, les troubles organiques en quatrième position. Tandis que les troubles anxieux caractérisés (TAG, ESPT, TP, TOC, Phobie spécifique, Phobie sociale) sont classés respectivement cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième.

La prescription pour les troubles sexuels, l'addiction aux substances psychoactives, le renouvellement de l'ordonnance et pour les troubles psychotiques reste exceptionnelle pour la majorité des médecins (Figure 21).



**Figure 21 : Classement des indications de prescription**

### 3.4. Répartition selon la prescription lors des troubles organiques :

En analysant les réponses des médecins qui prescrivent les psychotropes pour les troubles organiques (n=91), concernant les pathologies pour lesquelles ils prescrivent, on constate que les troubles fonctionnels et les neuropathies sont l'origine de plus de la moitié des prescriptions non

psychiatriques (Tableau II).

A noter qu'un médecin peut déclarer une ou plusieurs de ces pathologies.

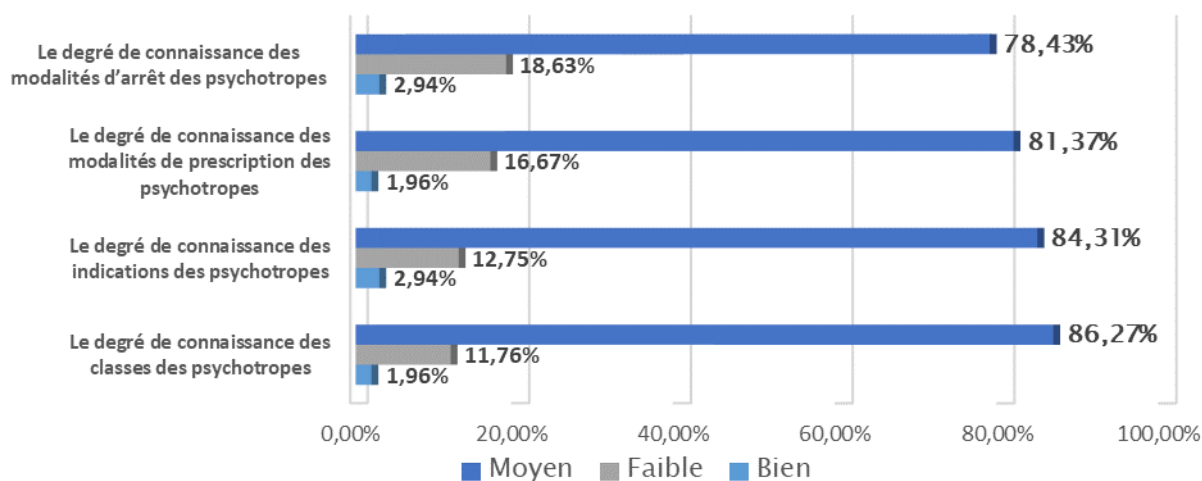
**Tableau II : Répartition selon la prescription lors des troubles organiques**

Les troubles organiques	Nombre	Pourcentage
Pathologie fonctionnelle	82	32,4 %
Neuropathie	63	24,9 %
Pathologie osto-articulaire	41	16,2 %
Douleur (migraine)	30	11,85 %
Maladie cardio-vasculaire	20	7,9 %
Maladie cancéreuse	17	6,71 %

#### **4. Les connaissances des médecins généralistes sur les psychotropes :**

##### **4.1. L'état des connaissances des médecins sur les psychotropes :**

L'état de connaissance des majorités des médecins participants dans notre étude sur les médicaments psychotropes est moyen (Figure 22).



**Figure 22 : Répartition selon le degré de connaissance des psychotropes**

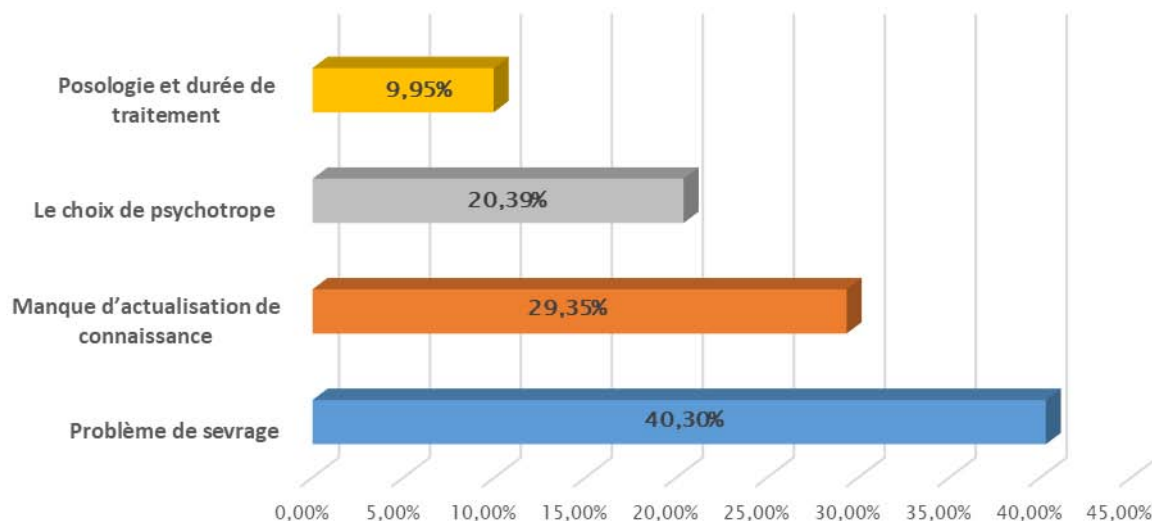
##### **4.2. Les difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription :**

Selon les réponses des MG à propos des difficultés rencontrés lors de la prescription, le problème de sevrage (Les patients ne respectent pas la prescription, donc ils arrêtent le traitement soudainement ou ne l'arrêtent pas.) est classé le premier (40,30 %), suivi par le manque

## La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

d'actualisation de connaissance (29,35 %), puis le problème du choix de psychotrope (20,39 %) et les difficultés liées à la posologie et durée de traitement sont les derniers (9,95 %) (Figure 23).

A noter qu'un médecin peut évoquer une ou plusieurs difficultés.



**Figure 23 : Répartition des difficultés rencontrées lors de prescription**

### 4.3. Les raisons de non prescription :

Seulement 26 médecins (25,49 %) ont déclaré les raisons qui les empêchent à prescrire les psychotropes. Elles sont représentées dans le tableau III.

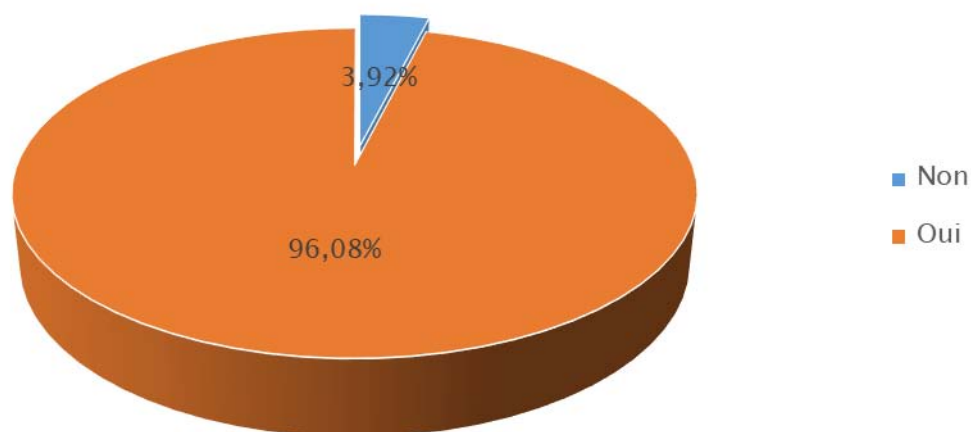
A noter qu'un médecin peut déclarer une ou plusieurs de ces raisons.

**Tableau III : Répartition des raisons de non prescription**

Les raisons	Nombre	Pourcentage
Le problème de diagnostic	20	39,21 %
Sensation d'insécurité	12	23,53 %
Méconnaissance des médicaments	11	21,57 %
Manque d'expérience	8	15,69 %

### 4.4. Le besoin en formation sur les psychotropes :

La grande majorité des médecins de notre étude (96,08 %) expriment leur besoin de formation sur les psychotropes (Figure 24).

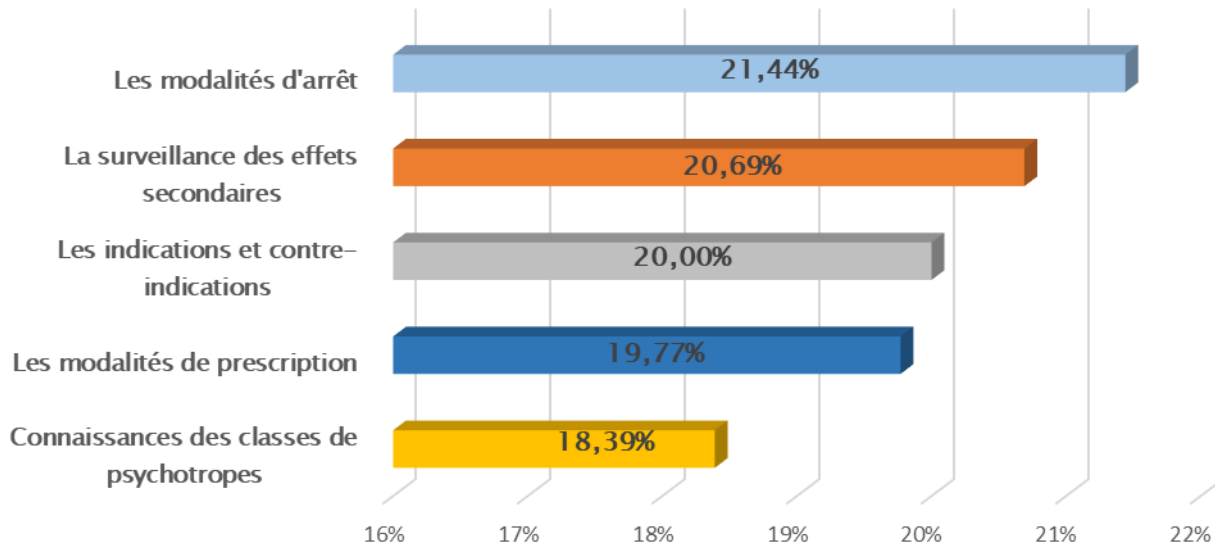


**Figure 24 : Répartition selon le besoin en formation aux psychotropes**

**4.5. Le type de formation aux psychotropes :**

Selon nos médecins, les types de formation qu'ils ont besoin sont multiples. Les modalités d'arrêt sont en premier (21,44 %), mais tous les types sont considérés comme besoin de formation, d'une façon quasiment égale (Figure 25).

A noter qu'un médecin peut déclarer une ou plusieurs de ces besoins.



**Figure 25 : Répartition selon le type de formation aux psychotropes**

**4.6. La source de l'information sur les psychotropes :**

Les médecins de notre étude sont cités plusieurs sources de l'information sur la prescription des psychotropes. Elles sont représentées dans le tableau (Tableau IV).

A noter qu'un médecin peut déclarer une ou plusieurs de ces sources.

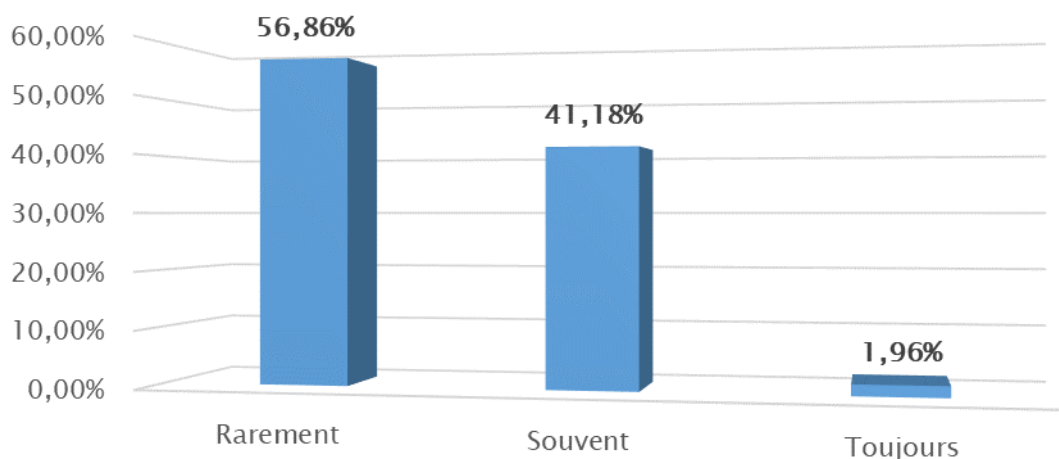
**Tableau IV : Les sources de l'information sur les psychotropes**

Les sources de l'information	Nombre	Pourcentage
Revue	74	25,69 %
Délégué	73	25,35 %
Les tables rondes/conférences	72	25 %
Congrès/Séminaires/Ateliers	41	14,24 %
Confrères	15	5,20 %
Internet	10	3,47 %
Ministère	3	1,04 %

**4.7. Rôle des délégués médicaux dans la diffusion de l'information :**

**4.7.1. Répartition selon la fréquence des visites des délégués médicaux :**

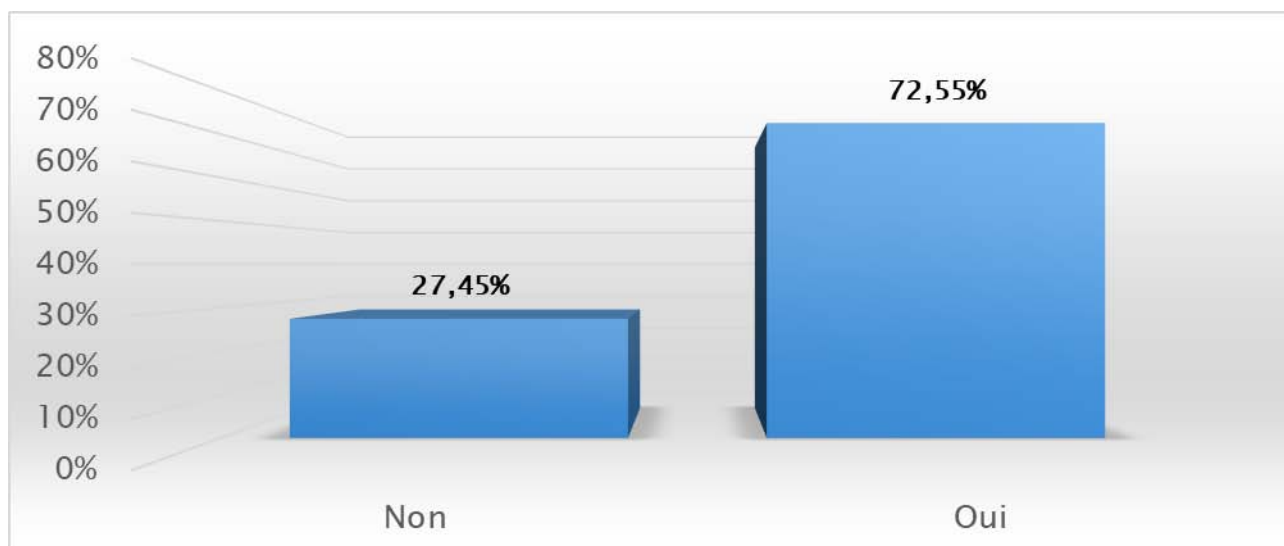
Plus de la moitié des médecins 56,86 % (n=58) affirment qu'ils reçoivent rarement les délégués médicaux (DM) promotionnant les psychotropes, 41,18 % (n=42) les reçoivent souvent. Tandis que seulement 1,96 % (n=2) les reçoivent presque toujours (Figure 26).



**Figure 26 : Répartition selon la fréquence des visites des délégués médicaux**

**4.7.2. Répartition selon l'information apporté par les délégués médicaux :**

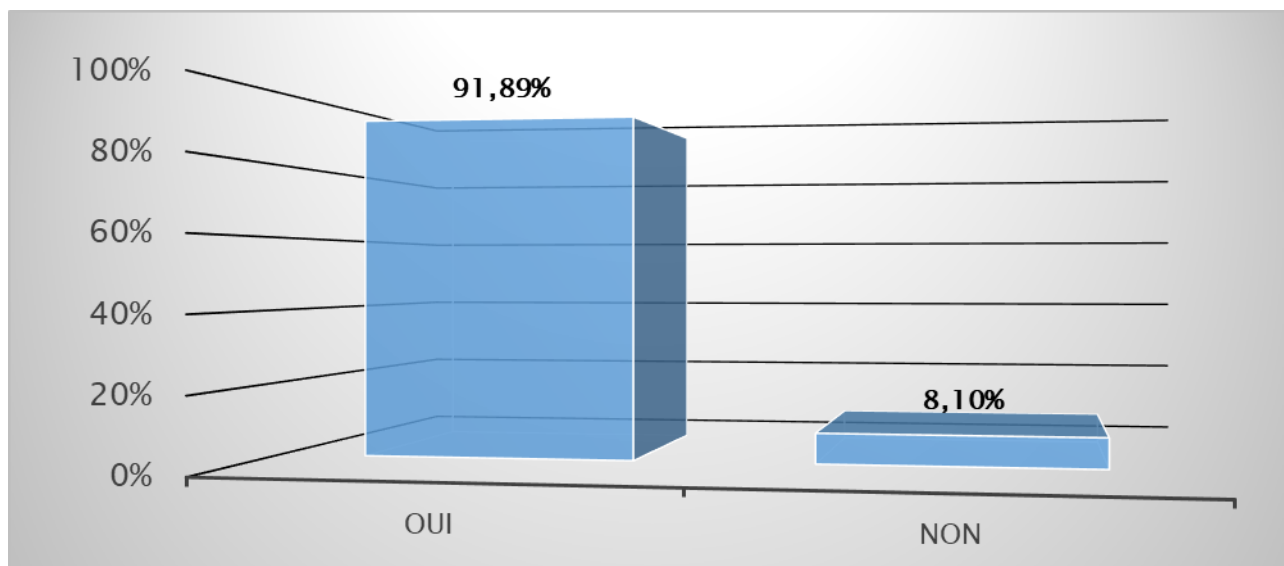
La majorité des médecins qui reçoivent les DM (72,55 %) jugent qu'ils apportent l'information médicale (Figure 27).



**Figure 27 : Répartition selon l'information apporté par les délégués médicaux**

**4.7.3. L'formation des DM est intéressante ou non :**

Selon 91,89 % (n=68) de ces médecins, cette information apportée par les DM est intéressante (Figure 28).



**Figure 28 : l'formation des DM est intéressante ou non ?**

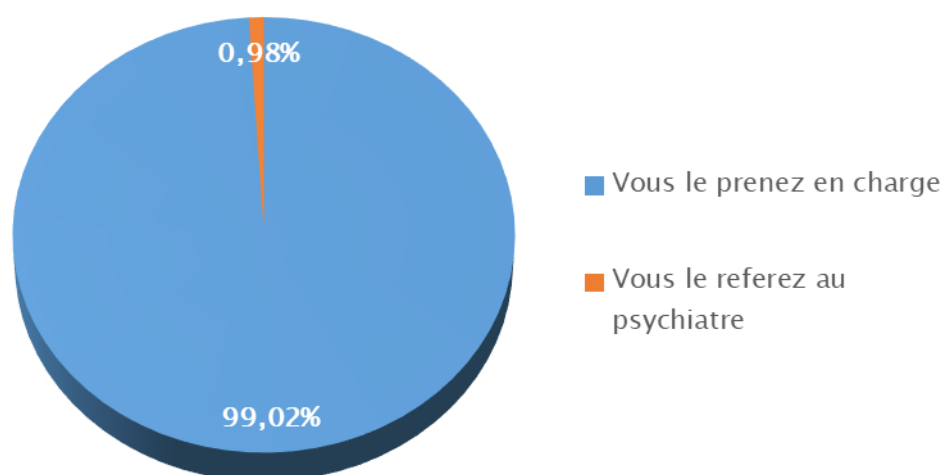
**5. Les conduites à tenir des médecins devant les troubles mentaux :**

**5.1. L'insomnie :**

**5.1.1. Répartition selon la conduite à tenir devant une insomnie :**



Presque tous les médecins dans notre étude n=101 déclarent qu'ils prennent en charge l'insomnie (Figure 29).



**Figure 29 : Répartition selon la conduite à tenir devant une insomnie**

### 5.1.2. Les classes prescrites lors de l'insomnie

Les psychotropes les plus prescrits pour l'insomnie sont les anxiolytiques (50,30 %) et les hypnotiques (41,21 %). Tandis qu'il y a d'autres médicaments prescrits tel que les antihistaminiques sédatifs et le Magnésium (Tableau V).

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

**Tableau V : Les classes prescrites lors de l'insomnie**

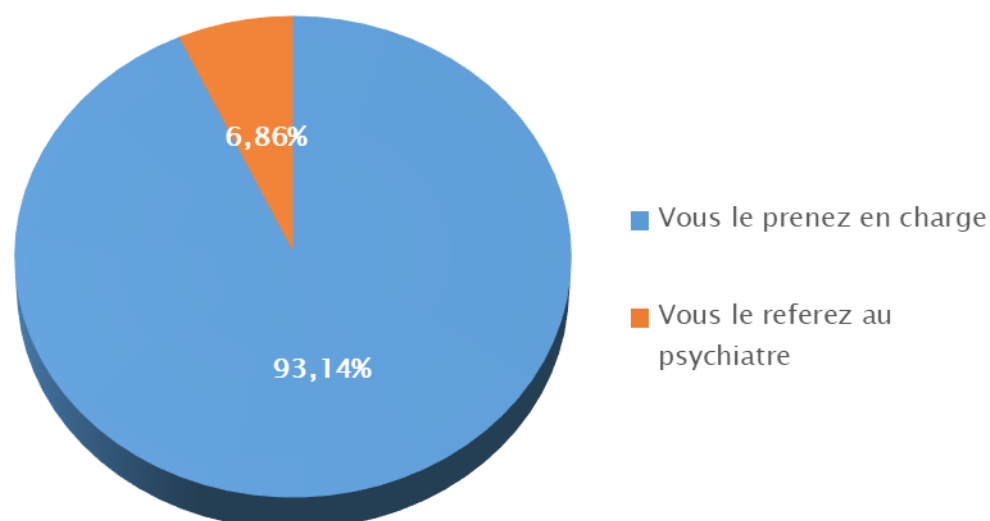
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	83	50,30 %
Les hypnotiques	68	41,21 %
Les antidépresseurs	9	5,45 %
Autres	5	3,03 %

## 5.2. L'anxiété :

### 5.2.1. Répartition selon la conduite à tenir devant une anxiété :

La grande majorité des médecins enquêtés 93,14 % (n=95) prennent en charge les patients

diagnostiqués avec une anxiété, et seulement 6,86 % (n=7) les réfèrent au psychiatre (Figure 30).



**Figure 30 : Répartition selon la conduite à tenir devant une anxiété**

**5.2.2. Les classes prescrites lors de l'anxiété :**

Les anxiolytiques sont les médicaments les plus prescrits pour l'anxiété (86,92 %). A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes (Tableau VI).

**Tableau VI : Les classes prescrites lors de l'anxiété**

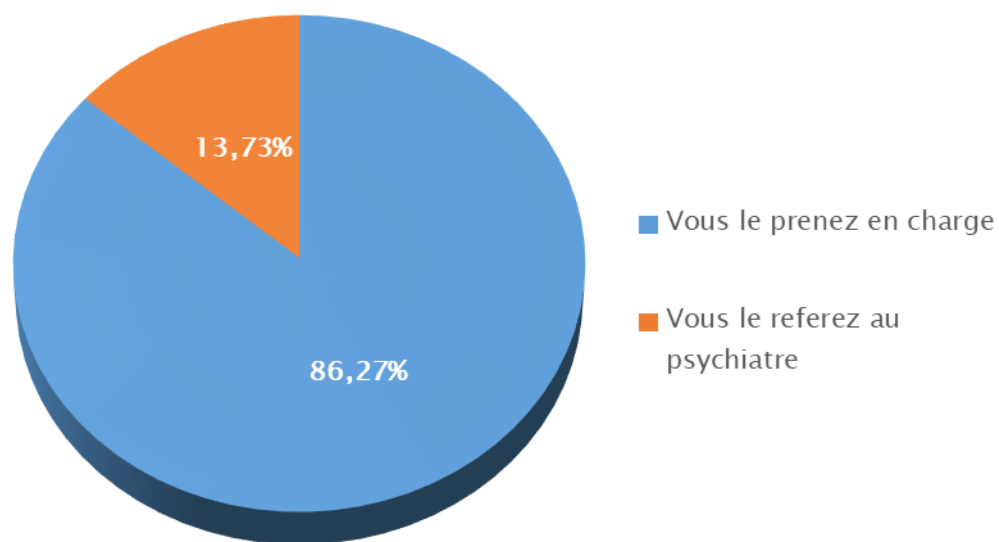
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	93	86,92 %
Les hypnotiques	1	0,93 %
Les antidépresseurs	13	12,15 %

**5.3. La dépression :**

**5.3.1. Répartition selon la conduite à tenir devant une dépression :**

Parmi nos médecins, 86,27 % (n=88) déclarent qu'ils prennent en charge la dépression, et

13,73 % (n=14) la réfèrent au psychiatre (Figure 31).



**Figure 31 : Répartition selon la conduite à tenir devant une dépression**

**5.3.2. Les classes prescrites lors de la dépression :**

Dans la prescription de la dépression, les antidépresseurs (52,66 %) et les anxiolytiques (45,56 %) sont les plus trouvés (Tableau VII).

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

**Tableau VII : Les classes prescrites lors de la dépression**

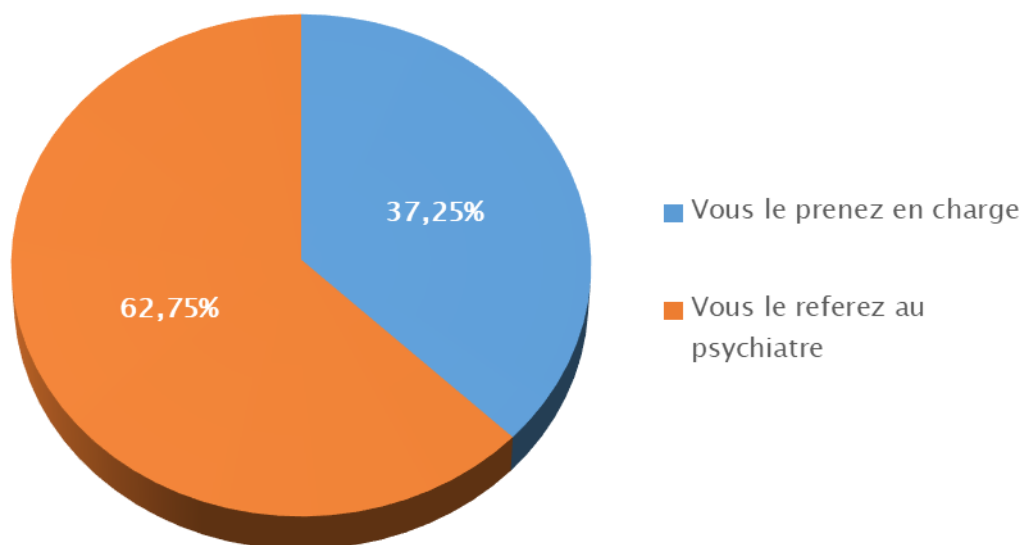
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	77	45,56 %
Les antidépresseurs	89	52,66 %
Les neuroleptiques	1	0,59 %
Les thymorégulateurs	2	1,18 %

**5.4. Le trouble anxieux caractérisé (TOC, TP, TAG, ESPT, Phobie ...) :**

**5.4.1. Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble anxieux caractérisé :**

Dans notre étude, seulement 37,25 % (n=37) des MG prennent en charge les patients diagnostiqués avec trouble anxieux caractérisé, par contre 62,75 % (n=64) des MG les réfèrent au

psychiatre (Figure 32).



**Figure 32 : Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble anxieux caractérisé**

**5.4.2. Les classes prescrites lors d'un trouble anxieux caractérisé :**

Les médicaments prescrits lors d'un trouble anxieux caractérisé sont représentés dans le tableau VIII.

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

**Tableau VIII : Les classes prescrites lors d'un trouble anxieux caractérisé**

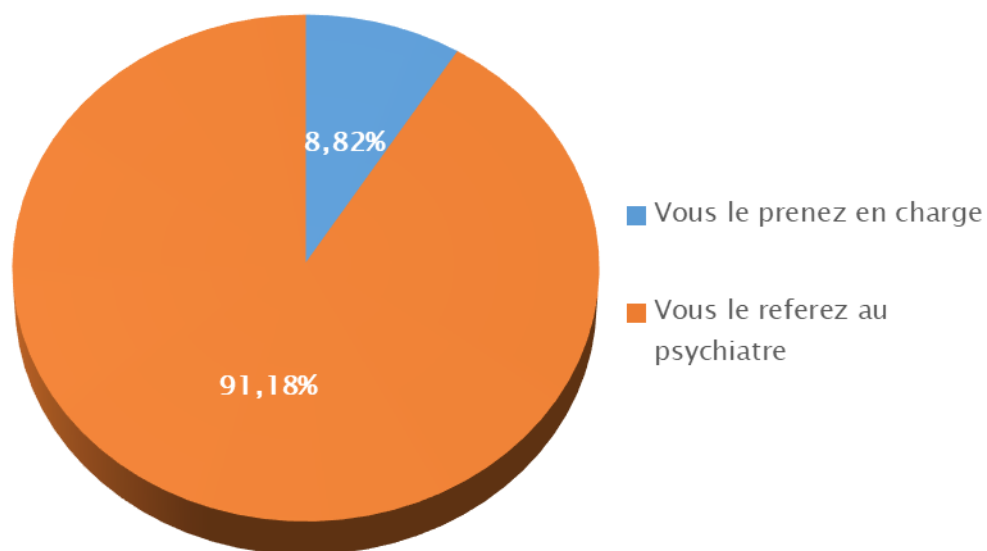
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	34	41,46 %
Les antidépresseurs	36	43,90 %
Les neuroleptiques	12	14,63 %

**5.5. L'addiction aux substances psychotropes :**

**5.5.1. Répartition selon la conduite à tenir devant une addiction aux substances psychotropes :**

Dans notre enquête, 91,18 % (n=93) des médecins réfèrent les patients souffrant d'une addiction aux substances psychotropes au psychiatre, alors que 8,82 % (n=9) les prennent en

charge (Figure 33).



**Figure 33 : Répartition selon la conduite à tenir devant une addiction aux substances psychotropes**

**5.5.2. Les classes prescrites lors d'une addiction aux substances psychotropes :**

Les médicaments prescrits par les médecins n=9 pour l'addiction aux substances psychotropes sont représentés dans le tableau IX.

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

**Tableau IX : Les classes prescrites lors d'une addiction aux substances psychotropes**

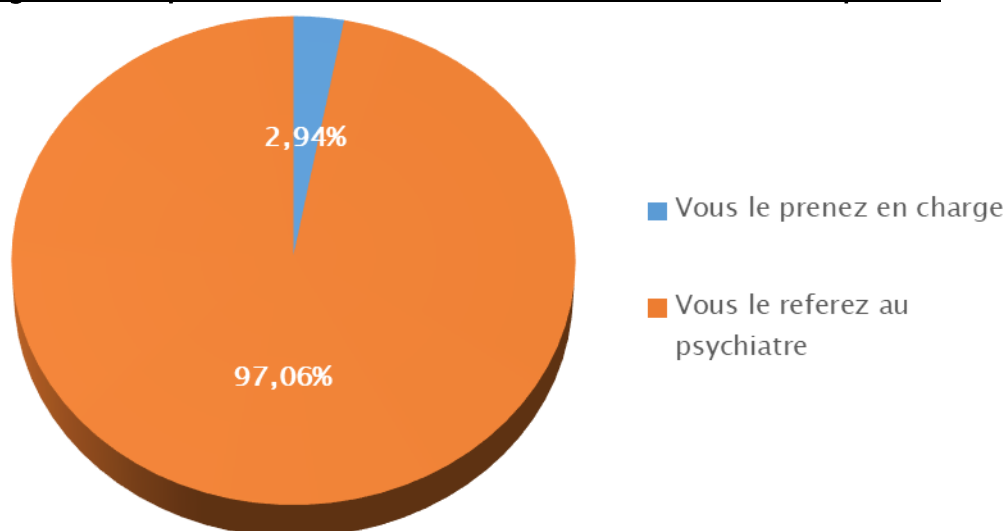
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	9	39,13 %
Les antidépresseurs	9	39,13 %
Les neuroleptiques	4	17,39 %
Les thymorégulateurs	1	4,34 %

**5.6. La schizophrénie :**

**5.6.1. Répartition selon la conduite à tenir devant une schizophrénie :**

La majorité des médecins (97,06 %) préfèrent référer les patients souffrant d'une schizophrénie au psychiatre, et seulement 2,94 % (n=3) les prennent en charge (Figure 34).

**Figure 34 : Répartition selon la conduite à tenir devant une schizophrénie**



**5.6.2. Les classes prescrites lors d'une schizophrénie**

Les neuroleptiques sont considérés l'éléments de base dans la prescription de nos médecins n=3 pour la schizophrénie (Tableau X).

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

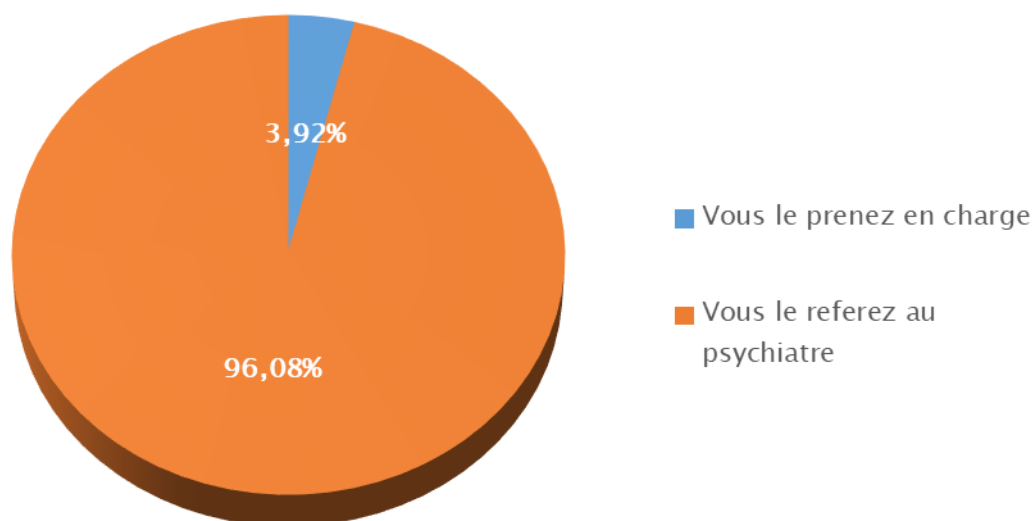
**Tableau X : Les classes prescrites lors d'une schizophrénie**

Les classes	Nombre	Pourcentage
Les anxiolytiques	2	28,57 %
Les hypnotiques	1	14,28 %
Les antidépresseurs	1	14,28 %
Les neuroleptiques	3	42,86 %

**5.7. Le trouble bipolaire :**

**5.7.1. Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble bipolaire :**

Pour le trouble bipolaire seulement 3,92% (n=4) des MG déclarent qu'ils prennent en charge ces patients, alors que 96,08% les réfèrent au psychiatre (Figure 35).



**Figure 35 : Répartition selon la conduite à tenir devant un trouble bipolaire**

**5.7.2. Les classes prescrites lors d'un trouble bipolaire :**

Du même, la classe des thymorégulateurs sont considérés l'élément de base dans la prescription de nos médecins n=4 pour les troubles bipolaires (Tableau XI).

A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces classes.

**Tableau XI : Les classes prescrites lors d'un trouble bipolaire**

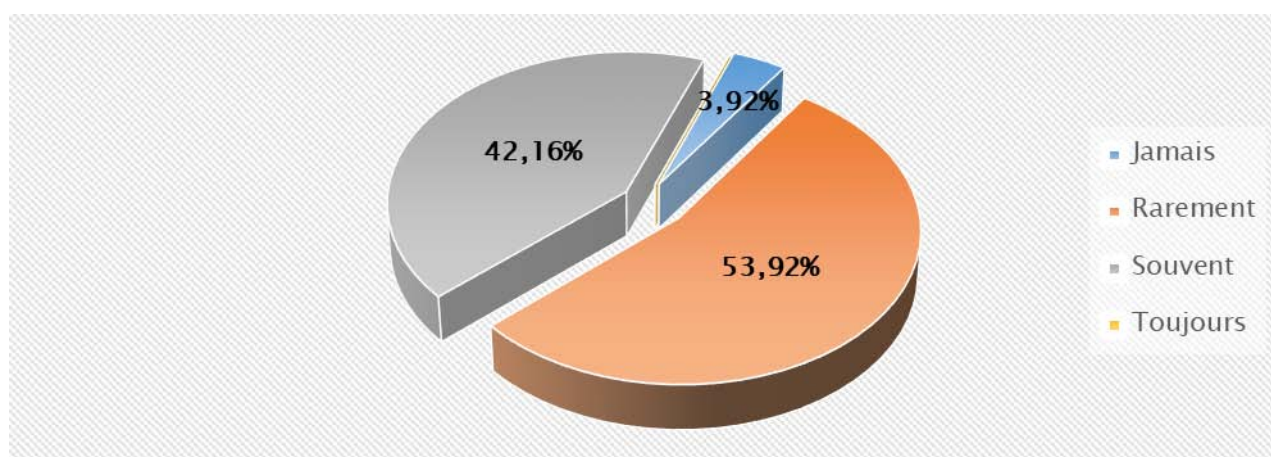
Les classes	Nombre	Pourcentage
Les neuroleptiques	2	33,33 %
Les thymorégulateurs	4	66,66 %

**6. La pression des patients :**

**6.1. La fréquence de pression des patients :**

Plus de la moitié des médecins répondants 53,92 % (n=55) déclarent qu'ils subissent rarement la pression des patients à leurs prescrire des psychotropes, 42,16 % (n=43) subissent

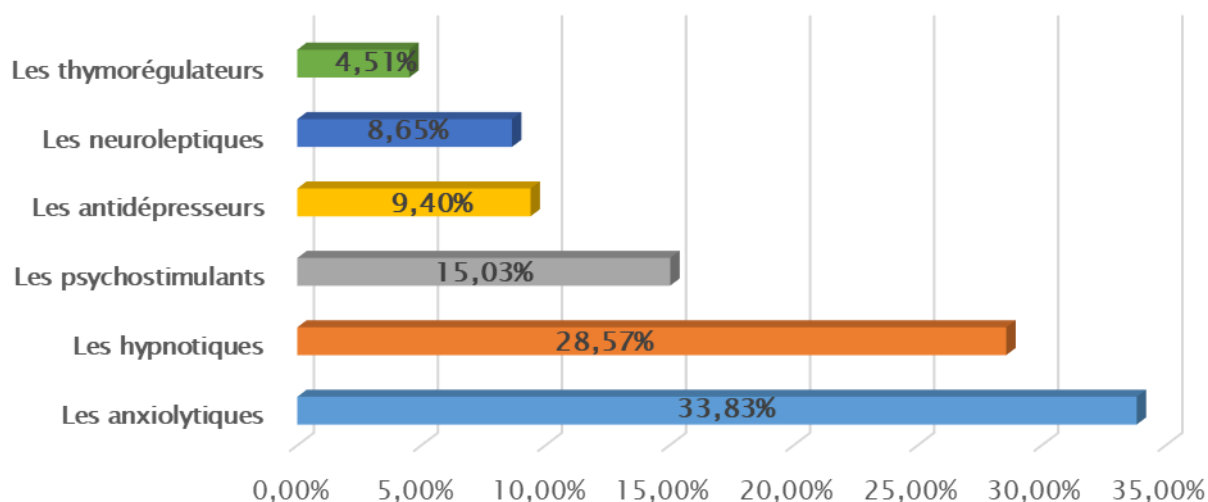
souvent cette pression et 3,92 % (n=4) déclarent ne l'avoir jamais subi (Figure 36).



**Figure 36 : Répartition selon la pression des patients**

**6.2. Les classes de psychotropes les plus demandés par les patients :**

Selon les réponses des médecins, les médicaments les plus demandés par les patients sont les anxiolytiques 33,83 % et les hypnotiques 28,57 % (Figure 37).



**Figure 37 : Répartition des classes de psychotropes les plus demandés par les patients**

**6.3. Les pathologies pour lesquelles les patient exigent la prescription :**

En analysant les réponses des médecins concernant les pathologies pour lesquelles les patients exigent la prescription, on constate que le renouvellement de l'ordonnance (40,28 %), suivi par les états de stress (30,56 %) sont les causes les plus fréquentes (Figure 38).

A noter qu'un médecin peut citer une ou plusieurs de ces pathologies.



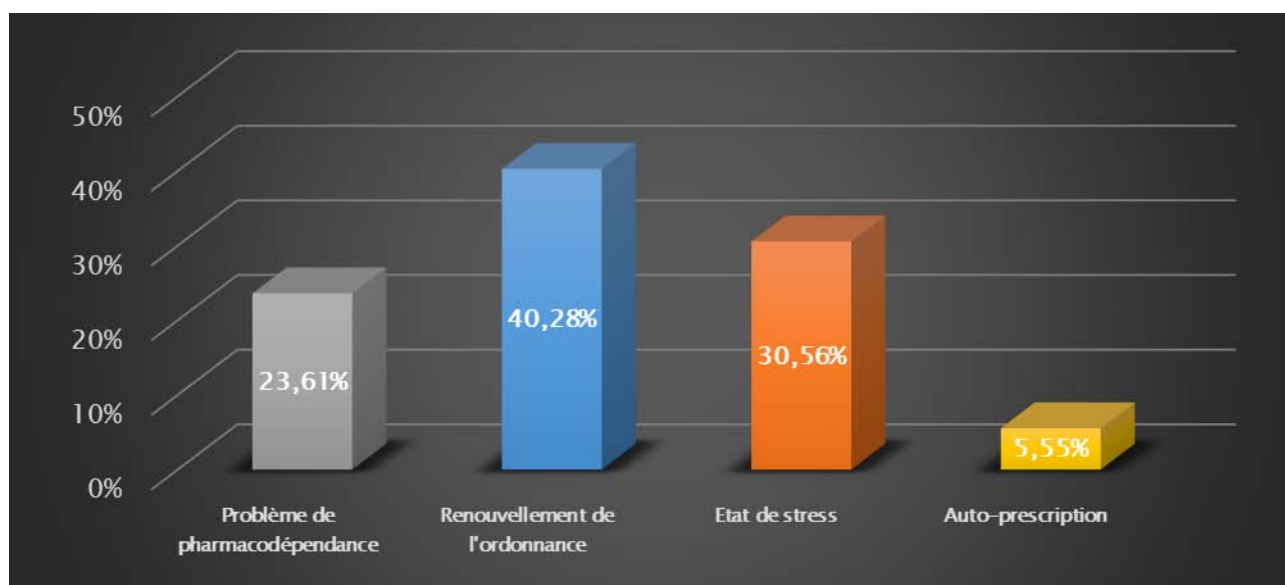
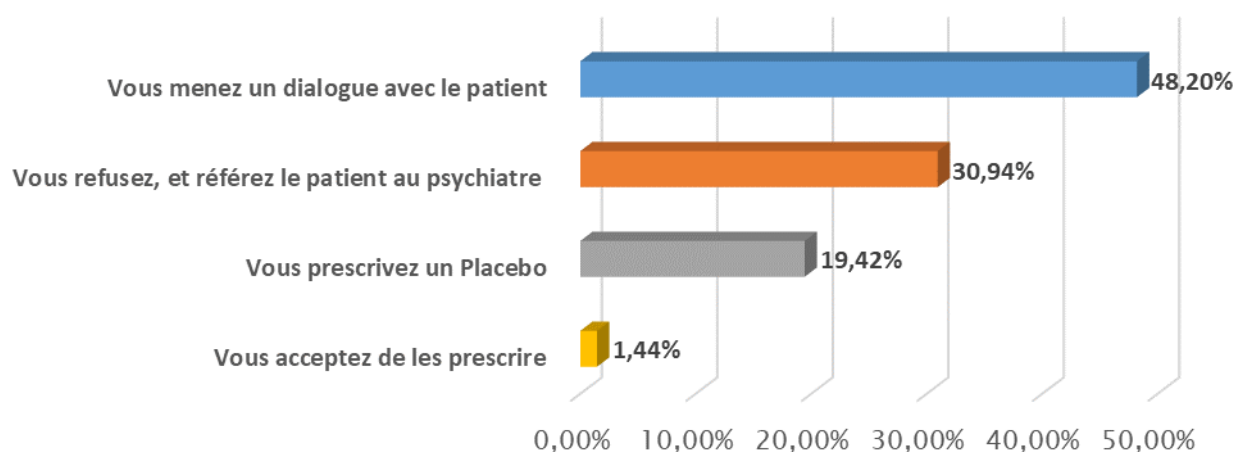


Figure 38 : Répartition selon les pathologies pour lesquelles les patient exigent la prescription

6.4. L'attitude des médecins face à la pression des patients :

Devant les exigences des patients à leur prescrire les psychotropes ; dans 1,44 % des cas les médecins acceptent cette demande. Alors que dans la plupart des cas (48,20 %) les médecins ne cèdent pas à leurs demandes et préfèrent mener un dialogue avec le patient, dans 30,94 % des cas les médecins refusent et réfèrent le patient au psychiatre, prescrire un placebo reste un choix cité par les médecins dans 19,42 % des cas. A noter qu'un médecin peut choisir une ou plusieurs de ces attitudes (Figure 39).



**Figure 39 : Répartition selon l'attitude des médecins face à la pression des patients**

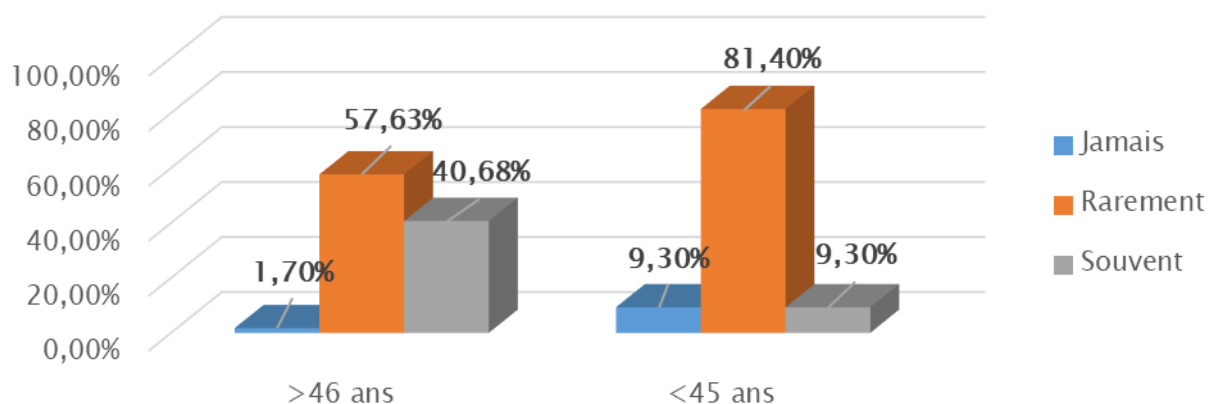
## II. Etude bi varié :

Cette étude bi varié a pour but d'étudier le degré d'association entre la variable prescription des psychotropes et les variables pouvant l'influencer.

### 1. Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins participants :

#### 1.1. La prescription et l'âge :

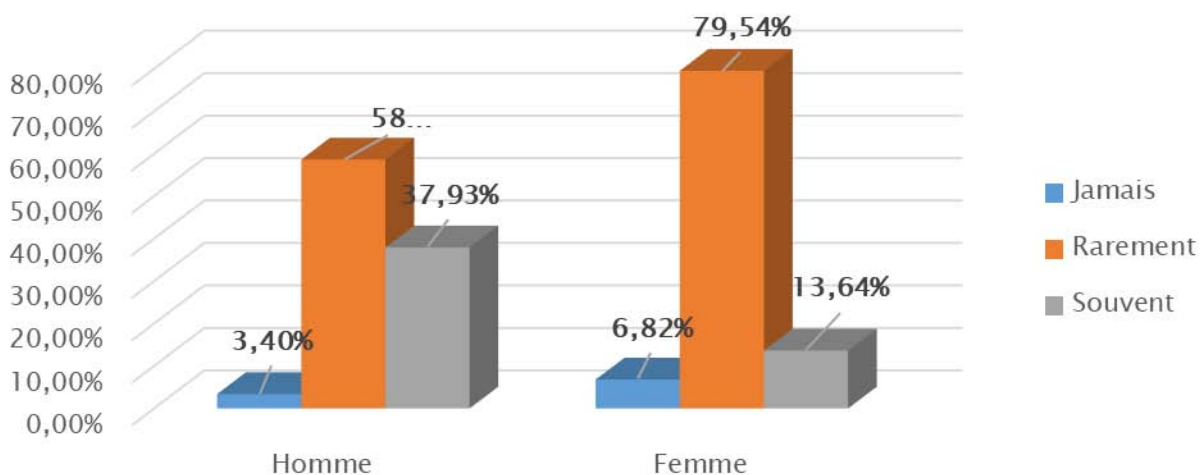
Les médecins âgés de plus de 46 ans ont l'habitude de prescrire les psychotropes plus souvent que les jeunes médecins. On constate qu'il y a une association significative entre l'âge des médecins et la prescription des médicaments psychotropes ( $p < 0,001$ ) (Figure 40).



**Figure 40 : Prescription des psychotropes selon l'âge**

#### 1.2. La prescription et le sexe :

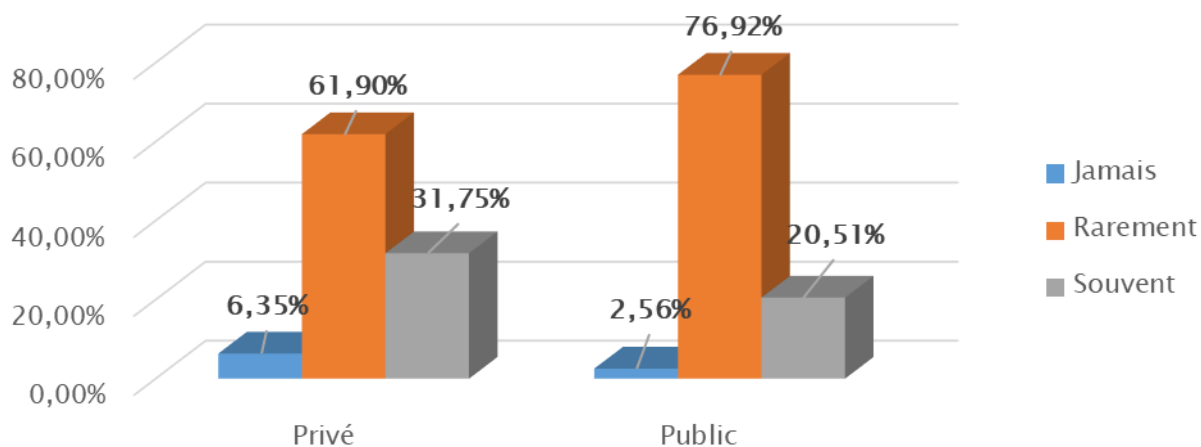
Parmi nos médecins, les hommes prescrivent les psychotropes plus souvent que les femmes. On remarque qu'il y a une association significative entre le sexe des médecins et la prescription des psychotropes ( $p = 0,015$ ) (Figure 41).



**Figure 41 : Prescription des psychotropes selon le sexe**

### 1.3. La prescription et le secteur d'exercice :

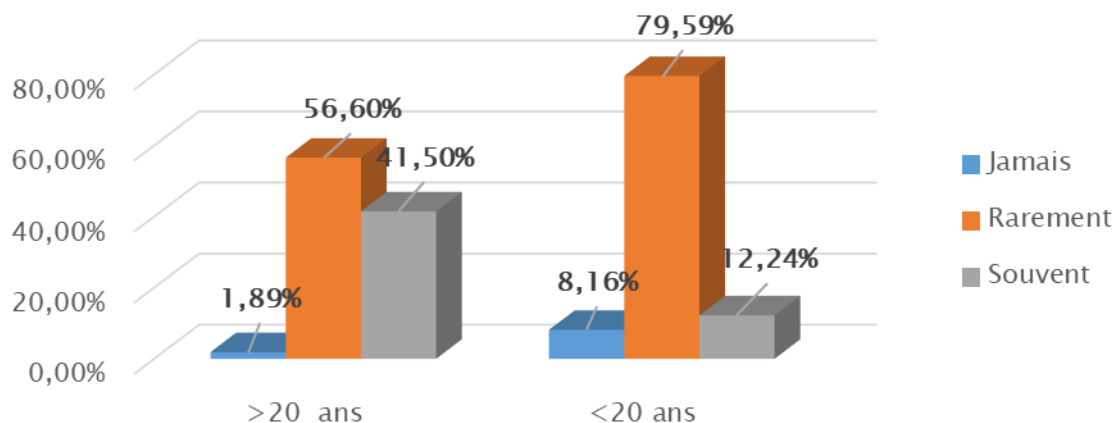
On remarque que les médecins de secteur privé prescrivent les psychotropes plus souvent que ceux de secteur public. Cette différence est statistiquement non significative ( $p= 0,34$ ) (Figure 42).



**Figure 42 : Prescription des psychotropes selon le secteur**

### 1.4. La prescription et la durée d'exercice :

Les médecins les plus expérimentés (> 20 ans) ont une tendance à prescrire les psychotropes plus souvent que ceux qui ont moins d'expérience. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p= 0,001$ ) (Figure 43).

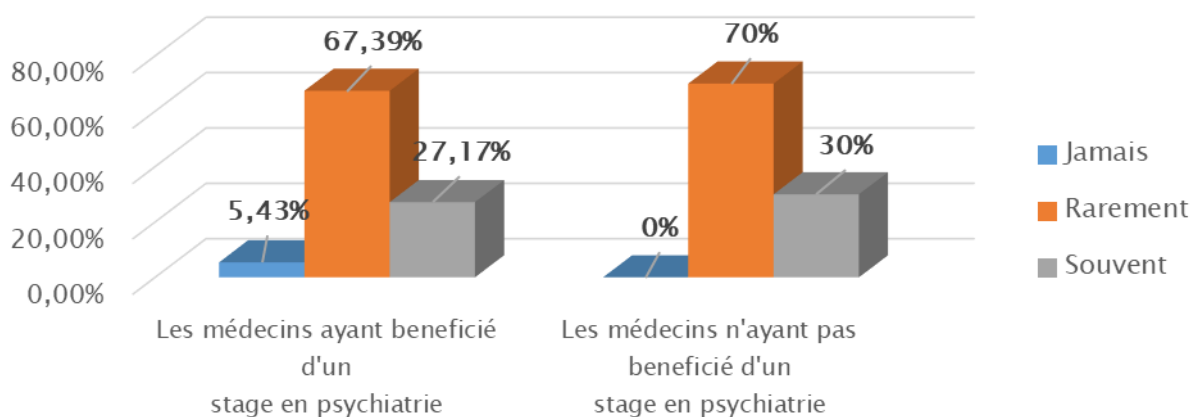


**Figure 43 : Prescription des psychotropes selon la durée d'exercice**

## 2. L'expérience et la formation des médecins en psychiatrie :

### 2.1. La prescription et le stage en psychiatrie :

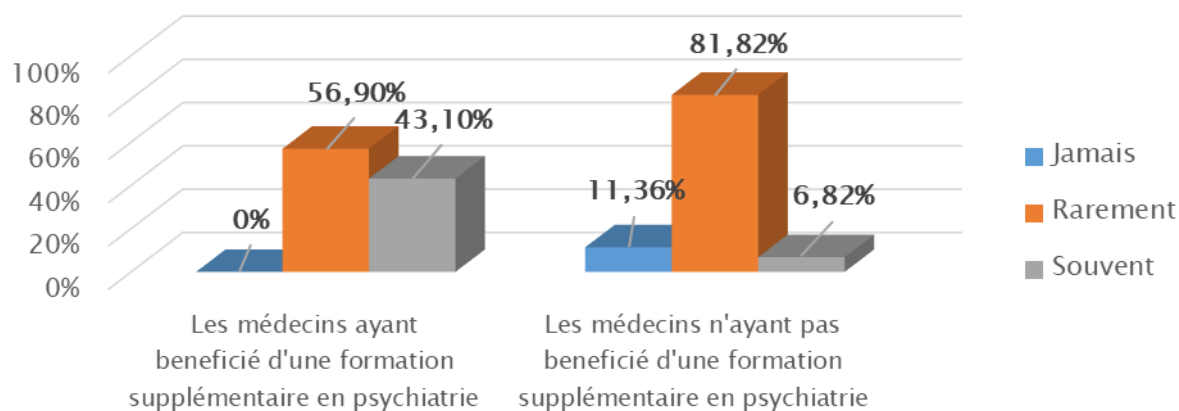
On note que les médecins ayant bénéficié ou non d'un stage en psychiatrie lors du cursus prescrivent presque avec le même pourcentage les psychotropes. Ce résultat est statistiquement non significatif ( $p=1$ ) (Figure 44).



**Figure 44 : Prescription des psychotropes et le stage en psychiatrie**

### 2.2. La prescription et la formation post doctorale :

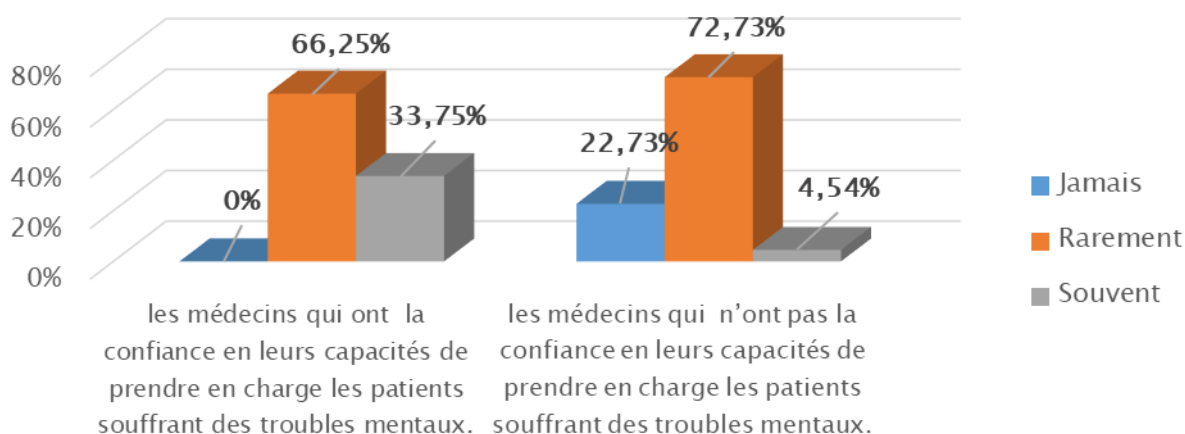
Dans notre étude, la prescription des psychotropes est plus élevée chez les médecins ayant bénéficié d'une formation post doctorale en psychiatrie que chez les médecins qui n'en ont pas bénéficié. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,001$ ) (Figure 45).



**Figure 45 : Prescription des psychotropes et la formation post doctorale**

### 2.3. La prescription et la confiance à prendre en charge les troubles mentaux :

On remarque que les médecins qui n'ont jamais prescrit les psychotropes, n'ont pas la confiance en leurs capacités de prendre en charge les patients souffrant des troubles mentaux. Ce résultat est statistiquement très significatif ( $p < 0,001$ ) (Figure 46).

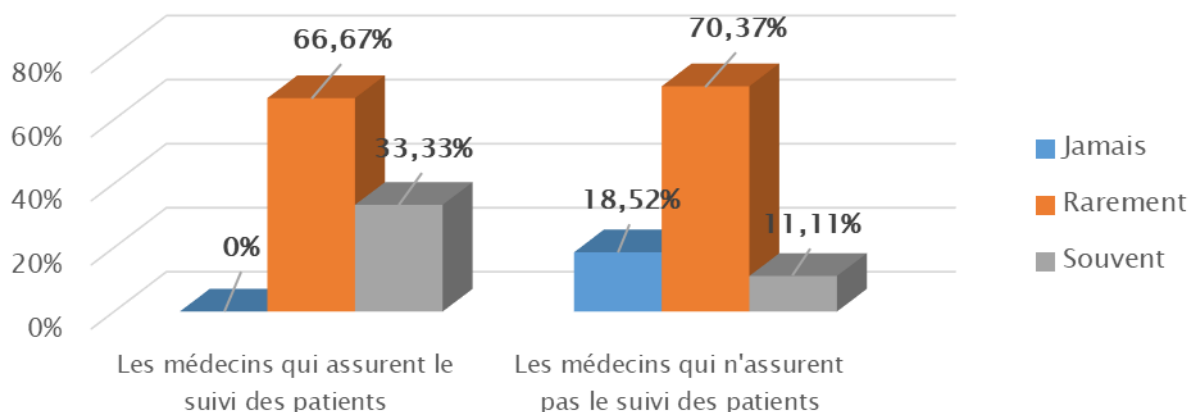


**Figure 46 : Prescription des psychotropes et la confiance à prendre en charge les troubles mentaux**

### 3. Pratique et connaissances des médecins généralistes sur les psychotropes :

#### 3.1. La prescription et le suivi des patients :

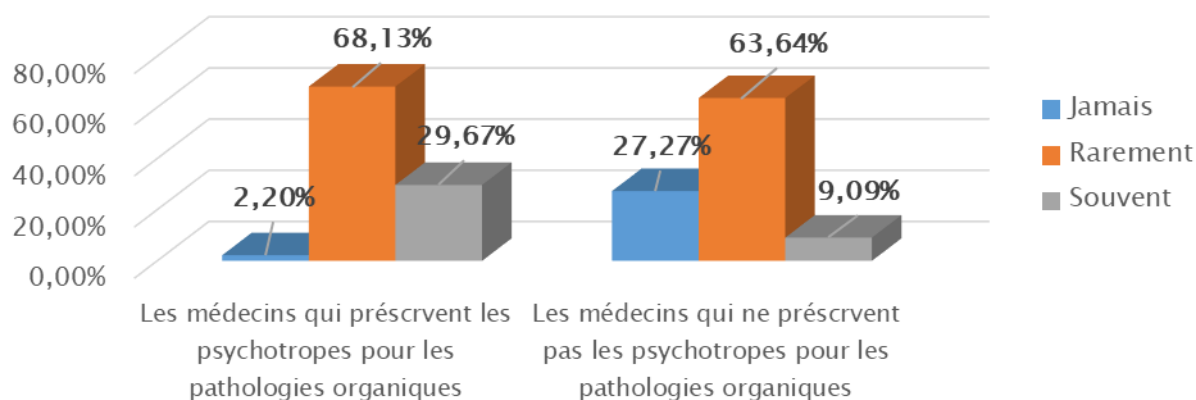
Les médecins qui assurent le suivi des patients qui sont traités avec les psychotropes, c'est-à-dire qu'ils voient ces patients régulièrement, ils les prescrivent plus souvent que ceux qui ne l'assurent pas. Cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0,001$ ) (Figure 47).



**Figure 47 : Prescription des psychotropes et le suivi des patients**

#### 3.2. La prescription et les pathologies organiques :

Les médecins qui considèrent la pathologie organique une indication des psychotropes, les prescrivent plus souvent que ceux qui ne la considèrent pas. Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,006$ ) (Figure 48).



**Figure 48 : Prescription des psychotropes et les pathologies organiques**

**3.3. La prescription et l'état des connaissances des médecins sur les psychotropes :**

Dans notre série, la prescription des psychotropes est plus élevée chez les médecins qui les connaissent mieux. On a une influence statistiquement très significative ( $p < 0,001$ ) de l'état de connaissance des MG à propos les psychotropes sur leur prescription (Tableau XII, XIII, XIV, XV).

**Tableau XII : Prescription et le degré de connaissance des classes des psychotropes**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Bien/ Moyen	0 (0%)	63 (70%)	27 (30%)	90	<0,001
Faible	5 (41,67%)	6 (50%)	1 (8,33%)	12	

**Tableau XIII : Prescription et le degré de connaissance des indications des psychotropes**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Bien/ Moyen	0 (0%)	62 (69,66%)	27 (30,34%)	89	<0,001
Faible	5 (38,46%)	7 (53,85%)	1 (8,7%)	13	

**Tableau XIV : Prescription et le degré de connaissance des modalités de prescription**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Bien/ Moyen	0 (0%)	59 (69,41%)	26 (30,59%)	85	<0,001
Faible	5 (29,41%)	10 (58,82%)	2 (11,76%)	17	

**Tableau XV : Prescription et le degré de connaissance des modalités d'arrêt des psychotropes**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Bien/ Moyen	0 (0%)	57 (68,67%)	26 (31,33%)	83	<0,001
Faible	5 (26,32%)	12 (63,15%)	2 (10,53%)	19	

**3.4. La prescription et ses difficultés :**

Selon nos médecins, les difficultés liées au problème de choix de psychotrope, au problème de posologie et la durée de traitement ont une influence sur la prescription des psychotropes. En effet, les psychotropes sont prescrits de plus par les médecins qui ne rencontrent pas ces difficultés. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p < 0,05$ ) (Tableau XVI).

**Tableau XVI : Prescription des psychotropes et les difficultés de la prescription**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Problème de choix de psychotrope :					
Oui	5 (11,90%)	29 (69,04%)	8 (19,05%)	42	<b>0,008</b>
Non	0 (0%)	40 (66,67%)	20 (33,33%)	60	
Manque d'actualisation de connaissance pharmacologique :					
Oui	3 (5%)	41 (68,33%)	16 (26,67%)	60	<b>1</b>
Non	2 (4,76%)	28 (66,67%)	12 (28,57%)	42	
Problème de posologie et la durée de traitement :					
Oui	5 (23,81%)	14 (66,67%)	2 (9,52%)	21	<b>&lt;0,001</b>
Non	0 (0%)	55 (67,90%)	26 (32,10%)	81	
Problème de sevrage :					
Oui	2 (2,47%)	57 (70,37%)	22 (27,16%)	81	<b>0,103</b>
Non	3 (14,29%)	12 (57,14%)	6 (28,57%)	21	

**3.5. La prescription et ces obstacles :**

On remarque que la prescription des psychotropes est affectée par les obstacles qui l'empêchent cités par les médecins participants dans notre étude. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p < 0,05$ ) (Tableau XVII).

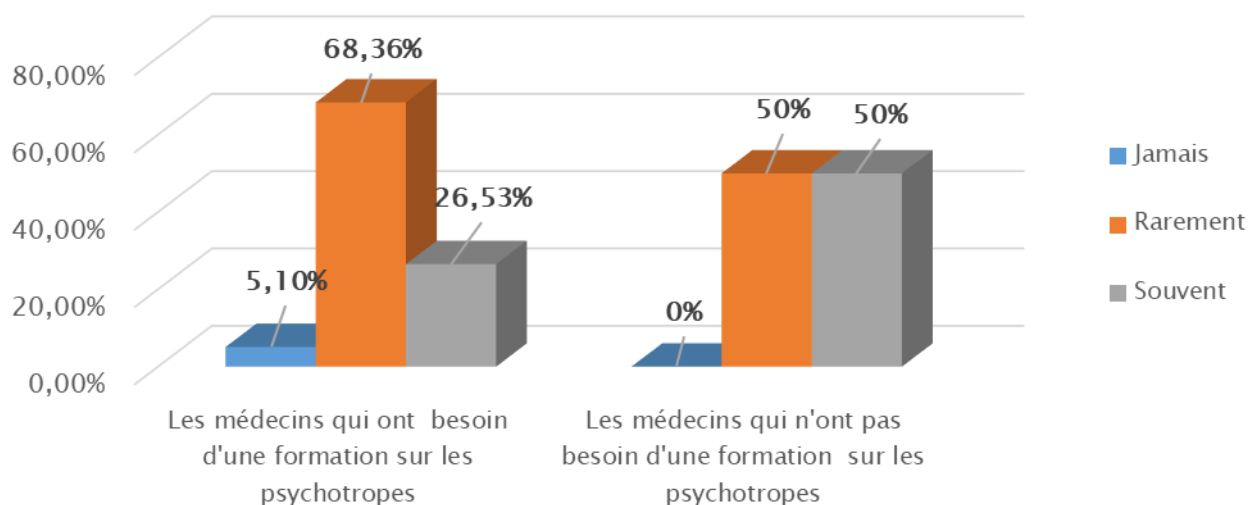


**Tableau XVII : Prescription des psychotropes et les obstacles de la prescription**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Problème de diagnostic :					
Oui	4(21,05%)	11(57,89%)	4(21,05%)	19	<b>0,009</b>
Non	1(1,20%)	58(69,88%)	24(28,92%)	83	
Méconnaissance des médicaments :					
Oui	5(45,45%)	5(45,45%)	1(9,09%)	11	<b>&lt;0,001</b>
Non	0(0%)	64(70,33%)	27(29,67%)	91	
Manque d'expérience :					
Oui	4(50%)	3(37,5%)	1(12,5%)	8	<b>&lt;0,001</b>
Non	1(1,06%)	66(70,21%)	27(28,72%)	94	
Sensation d'insécurité :					
Oui	5(41,67%)	6(50%)	1(8,33%)	12	<b>&lt;0,001</b>
Non	0%	63(70%)	27(30%)	90	

**3.6. La prescription et le besoin de formation sur les psychotropes :**

Les médecins qui n'ont pas besoin d'une formation supplémentaire sur les psychotropes, les prescrivent plus souvent que ceux qui ont exprimé leur besoin de cette formation. Sans que cette différence soit significative ( $p= 0,65$ ) (Figure 49).



**Figure 49 : Prescription des psychotropes et le besoin de formation sur les psychotropes**

#### 4. La prescription et le prise en charge des troubles mentaux :

On note qu'il y a une chance très élevée de prescrire les psychotropes en cas de prendre en charge les troubles mentaux tels que l'insomnie, l'anxiété, la dépression, le trouble anxieux caractérisé et la schizophrénie. Ce résultat est statistiquement significatif ( $< 0,05$ ) (Tableau XVIII).

**Tableau XVIII : Prescription des psychotropes et la conduite à tenir devant les troubles mentaux**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Insomnie :					
Oui	4 (3,96%)	69 (68,32%)	28 (27,72%)	101	<b>0,048</b>
Non	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1	
Anxiété :					
Oui	1 (1,05%)	66 (69,47%)	28 (29,47%)	95	<b>&lt;0,001</b>
Non	4 (57,14%)	3 (42,86%)	0 (0%)	7	
Dépression :					
Oui	1 (1,14%)	59 (67,04%)	28 (31,82%)	88	<b>&lt;0,001</b>
Non	4 (28,57%)	10 (71,43%)	0 (0%)	14	
Trouble anxieux caractérisé :					
Oui	0 (0%)	18 (48,65%)	19 (51,35%)	37	<b>&lt;0,001</b>
Non	5 (7,69%)	51 (78,46%)	9 (13,85%)	65	
Addiction aux substances psychotropes :					
Oui	0 (0%)	5 (55,56%)	4 (44,44%)	9	<b>0,55</b>
Non	5 (5,38%)	64 (68,82%)	24 (25,80%)	93	
Schizophrénie :					
Oui	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3	<b>0,036</b>
Non	5 (5,05%)	69 (69,70%)	25 (25,25%)	99	
Trouble bipolaire :					
Oui	0 (0%)	1 (25%)	3 (75%)	4	<b>0,105</b>
Non	5 (5,10%)	68 (69,39%)	25 (25,51%)	98	

## 5. La prescription et les délégués médicaux :

On constate que les médecins qui reçoivent plus de visite des délégués médicaux qui font la promotion des psychotropes, les prescrivent davantage.

Donc il y a une association significative entre la prescription et les visites des délégués médicaux promotionnant les psychotropes ( $p < 0,001$ ) (Figure 50).

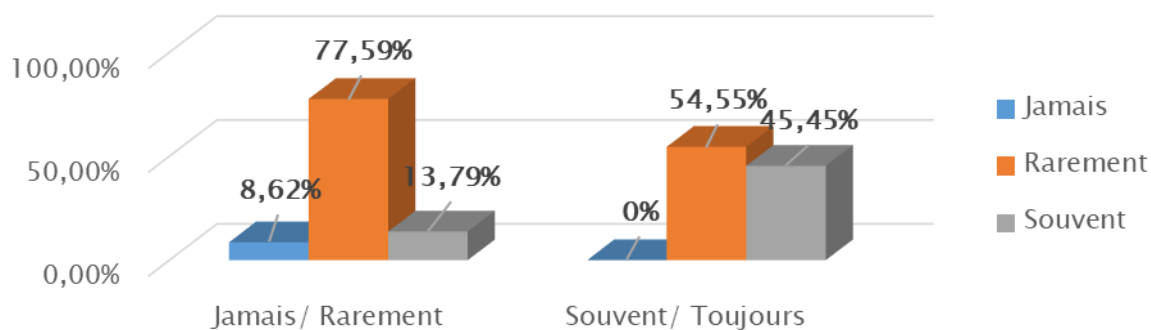


Figure 50 : Prescription des psychotropes et l'influence des délégués médicaux

## 6. L'influence des patients :

### 6.1. La prescription et la pression des patients :

La prescription est élevée chez les médecins qui subissent plus de pression des patients à leur prescrire les psychotropes. Donc la pression exercée par les patients aux médecins semble avoir également une influence sur leur prescription de ces médicaments. Ce résultat est statistiquement très significatif ( $p = < 0,001$ ) (Figure 51).

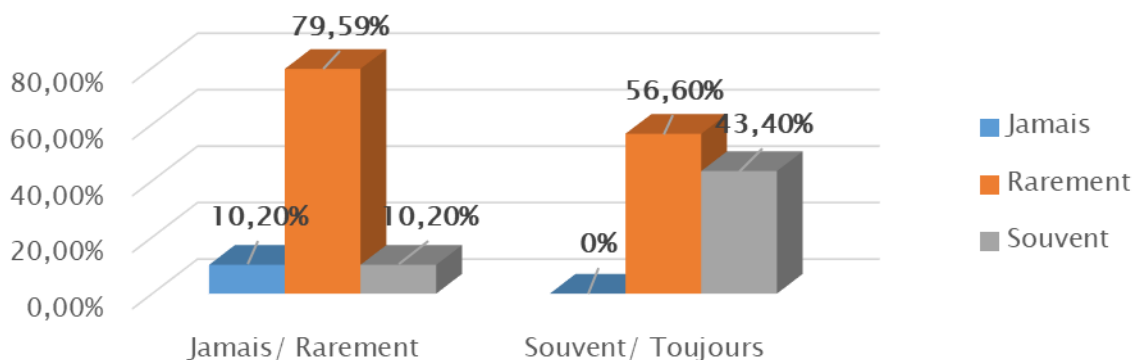


Figure 51 : Prescription des psychotropes et la pression des patients

**6.2. La prescription et l'attitude des médecins face à la pression des patients :**

Les médecins qui prescrivent plus souvent les psychotropes sont ceux qui mènent un dialogue avec les patients qui les exigent de prescrire ces médicaments. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p= 0,006$ ) (Tableau IXX).

**Tableau IXX : La prescription des psychotropes et l'attitude des médecins face à la pression des patients**

Variable	Prescription (Jamais) N(%)	Prescription (Rarement) N(%)	Prescription (Souvent) N(%)	n	p
Vous acceptez de les prescrire :					
Oui	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2	<b>0,54</b>
Non	5 (5%)	68 (68%)	27 (27%)	100	
Vous refusez, et référez le patient au psychiatre :					
Oui	4 (9,30%)	28 (65,11%)	11 (25,58%)	43	<b>0,27</b>
Non	1 (1,69%)	41 (69,49%)	17 (28,81%)	59	
Vous prescrivez un Placebo :					
Oui	0 (0%)	17 (62,96%)	10 (37,04%)	27	<b>0,29</b>
Non	5 (6,67%)	52 (69,33%)	18 (24%)	75	
Vous menez un dialogue avec le patient :					
Oui	0 (0%)	46 (68,66%)	21 (31,34%)	67	<b>0,006</b>
Non	5 (14,29%)	23 (65,71%)	7 (20%)	35	



---

*DISCUSSION*



---

## **I. Les médicaments psychotropes :**

L'histoire de la psychopharmacologie moderne est brève. Elle a commencé dans les années cinquante après la mise en évidence des propriétés antipsychotiques de la chlorpromazine, ouvrant la voie au développement d'une nouvelle classe de psychotropes, initialement dénommés « neuroleptiques », puis la démonstration des effets : des benzodiazépines sur l'anxiété, des barbituriques sur le sommeil, des neuroleptiques sur les symptômes psychotiques, des antidépresseurs sur les troubles dépressifs. Le terme psychotrope désigne les substances qui exercent leur action principale sur le psychisme et les comportements. En 1957, J. Delay et P. Deniker ont proposé une définition et une classification des psychotropes toujours en vigueur. Ils ont distingué trois types de psychotropes [3,10] :

- Psychosédatifs ou psycholeptiques qui freinent l'activité normale ou pathologique parmi eux se rangent les hypnotiques, les anxiolytiques et les neuroleptiques.
- Psychostimulants ou psychoanaleptiques qui stimulent l'activité : les stimulants de l'humeur (thymoanaleptiques ou antidépresseurs) et les stimulants de la vigilance (nooanaleptiques).
- Des perturbateurs de l'activité mentale ou « psychodysleptiques » entraînant une distorsion du tonus mental.

A partir des années 70s, cette classification comprenait une quatrième classe : les thymorégulateurs ou les psycho-isoletiques qui préviennent les récurrences dysthymiques [3].

### **1. Les antipsychotiques :**

#### **1.1. Définition :**

Les antipsychotiques encore appelés neuroleptiques, sont des médicaments impliqués dans le traitement des maladies psychiatriques nommées psychoses. Après la découverte des premiers antipsychotiques dans les années 50, Delay et Deniker les ont définis selon ces cinq critères :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice.
- Efficacité vis-à-vis de l'excitation et de l'agitation.
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques.

- Effets secondaires extrapyramidaux/neurovégétatifs.
- Action sous corticale dominante.

Ces médicaments ont la capacité de produire des effets neurologiques extrapyramidaux et neuroendocriniens, en association avec leur forte propriété antipsychotique [4]. Néanmoins, ces cinq critères ne s'appliquent que partiellement à certaines molécules, dont les plus récemment découvertes, elles caractérisent par leur bonne tolérance (peu de retentissement extrapyramidaux) et une efficacité supérieure. Ces molécules appartiennent à une deuxième génération qu'on l'appelle les antipsychotiques atypiques.

### **1.2. Classification :**

#### **1.2.1. Classification chimique :**

La structure chimique des molécules antipsychotiques est assez complexe, associant plusieurs cycles à des chaînes de différentes natures. Cependant, elle permet de distinguer deux catégories principales de neuroleptiques, les antipsychotiques classiques (les phénothiazines, les butyrophénones, composés tricycliques comme les thioxanthènes, et les benzamides) et les antipsychotiques atypiques (les dibenzodiazépines et dérivés, les benzisoxazoles, et les imidazolidinones) [11].

En pratique, cette classification est négligée, due à l'absence de la liaison entre la classe chimique et le type d'effet clinique de la molécule [3].

#### **1.2.2. Classification thérapeutique :**

Il n'existe pas de classification thérapeutique unique des antipsychotiques. Les multiples classifications proposées se basent sur l'évaluation des différents effets thérapeutiques de chaque molécule, pour faire correspondre les effets thérapeutiques de telle ou telle molécule avec les différentes formes de psychoses. Ces classifications permettent de connaître les actions spécifiques des molécules : le spectre thérapeutique [12].

### a. La classification de Lambert et Revol :

Lambert et Revol ont réparti les antipsychotiques sur un axe allant de la gauche à la droite, d'un pôle sédatif groupant ceux ayant une action sédatrice et moins des troubles extrapyramidaux, au pôle incisif groupant les antipsychotiques ayant une action incisive et causant un effet secondaire neurologique fréquent et souvent sévère [12].

La levomepromazine se situe à l'extrême gauche et l'haloperidol à l'extrême droite, la réserpine occupant une médiane. Les indications cliniques diffèrent entre les neuroleptiques de la gauche et ceux de la droite [13].

### b. Classification de Delay et Deniker :

Delay et Deniker ont opposé la notion de classification bipolaire, ils ont regroupé les antipsychotiques selon trois types d'action :

- Une action sédatrice antagoniste de l'excitation psychotique.
- Une action antipsychotique sur les hallucinations et sur les délires.
- Une action désinhibitrice sur l'anergie.

D'après eux, la classification thérapeutique des antipsychotiques doit être basée sur ces trois critères. Par conséquent, et d'un point de vue clinique, les neuroleptiques peuvent être divisés en neuroleptiques sédatifs, neuroleptiques à un effet sédatif et un effet antipsychotique léger, neuroleptiques polyvalents et neuroleptiques désinhibiteurs [12].

### c. Classification de Bobon :

Bobon a représenté les actions des antipsychotiques et leurs effets indésirables sous forme d'une étoile à 6 branches (l'étoile de Liège). Cette classification contient quatre paramètres thérapeutiques : le paramètre ataraxique (AT), le paramètre anti maniaque (AM), le paramètre anti autistique (AA) et le paramètre anti délusioennel (AD) ; et deux effets indésirables : les effets secondaires extrapyramidaux (EP) caractérisent principalement les neuroleptiques antimaniaques, anti autistiques et anti délusioennels, plus les effets secondaires adrénolytiques (AL) caractérisent principalement les neuroleptiques ataraxiques [14].

L'étoile forme un diagramme, les longueurs de ses branches correspondant à l'intensité de chaque paramètre.



### 1.3. Mécanisme d'action :

Les antipsychotiques sont des médicaments ayant principalement des actions sur le système dopaminergique, ils ont tous un point commun, d'être des antagonistes des récepteurs dopaminergiques D2.

Ainsi, leur action repose sur leur effet bloqueur au niveau des voies :

- Nigrostriée (l'origine des effets extrapyramidaux).
- Méso-limbique et corticale (l'origine des effets neuropsychologiques).
- Hypothalamique (l'origine des effets endocriniens et végétatifs).

La majorité des antipsychotiques bloquent aussi d'autres récepteurs : sérotoninergiques 5HT2, adrénergiques  $\alpha 1$ , cholinergiques M1 et histaminergiques H [15].

### 1.4. Les indications des antipsychotiques [4,16,17,18,19] :

- **La schizophrénie** est l'indication principale des antipsychotiques quel que soit le syndrome prédominant de la maladie, premier épisode psychotique aigu (débuter par de faibles posologies), Schizophrénie chronique.

- **Les troubles bipolaires** : en association à un thymorégulateur, les antipsychotiques atypiques, préférablement, sont principalement utilisés dans le traitement aigu de la manie, dans les épisodes thymiques avec caractéristiques psychotiques et chez les bipolaires résistants aux thymorégulateurs.

- **Les délires chroniques non schizophréniques** : la psychose hallucinatoire chronique et le trouble délirant (ou paranoïa délirante) sont des indications de monothérapie par les NL.

- **Mélancolie délirante** : une forme sévère de dépression nécessite une association entre les neuroleptiques et les antidépresseurs.

- **Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sévères et le syndrome de Gilles de la Tourette (les tics)** : les antipsychotiques en faible dose sont utilisés en première intention dans les tics, et en association aux antidépresseurs sérotoninergiques dans les TOC sévères.

- **Les troubles de la personnalité avec agressivité et impulsivité** : les antipsychotiques sédatifs, type cyamémazine sont privilégiés.

- **Anxiété** : si échec de traitement habituel, certains NL sont indiqués dans les états anxieux.

- **Autres** : l'insomnie rebelle, le vertige, nausées, vomissements, le hoquet réfractaire, les algies intenses et rebelles (les algies cancéreuse chroniques) et la sédation avant une chirurgie.

### 1.5. Les contre-indications :

#### 1.5.1. Absolue :

Les contre-indications (CI) absolues des neuroleptiques sont exceptionnelles [20] :

- **Antécédents d'hypersensibilité** : CI de prescription les produits de la même classe.
- **Antécédent de syndrome malin des neuroleptiques** : CI de prescrire le neuroleptique causal.

#### 1.5.2. Relatives :

Ce sont les cas dans lesquels la prescription doit être évitée au maximum, sinon s'accompagner d'une extrême prudence dans la posologie et d'une surveillance particulière :

- **Pathologies oculaires** : glaucome à angle iridocornéen fermé, prédisposition au glaucome aigu (hypermétropes, sujets à chambre antérieure étroite) [20].

- **Troubles métaboliques** : coma hypoglycémique, porphyrie, insuffisance hépatique ou rénale (contre-indication à la chlorpromazine si insuffisance hépatique), éthylisme chronique [20].

- **Pathologies neurologiques** : sclérose en plaques lors d'une poussée évolutive, épilepsie, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et sujet âgé en général : pour les produits anticholinergiques (aggravation ou induction d'un syndrome confusionnel) [20].

- **Grossesse** : Si la prise en charge médicamenteuse s'avère nécessaire pour maintenir l'équilibre psychique maternel, elle doit être poursuivie à dose minimale efficace tout au long de la grossesse [21].

- **Allaitement** : à déconseiller [21].

- **Pathologies cardiovasculaires** : antécédents d'hypotension orthostatique, insuffisance cardiaque [20].

### 1.6. Les effets indésirables :

Les principaux effets indésirables des neuroleptiques sont résumés au tableau XX suivant :

**Tableau XX : les principaux effets indésirables des neuroleptiques [18]**

Les effets secondaires		Molécules souvent impliquées
Psychiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indifférence psychomotrice</li> <li>-Dépression</li> <li>-Somnolence</li> <li>-Réactivation anxieuse</li> <li>-Effets psychodysléptiques</li> </ul>	Phénothiazines aliphatiques et pipérazines, Butyrophénones
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Effets extrapyramidaux précoces : Dystonies (dyskinésies) aiguës Syndrome parkinsonien Akathisie...</li> <li>-Effets extrapyramidaux tardifs : Dyskinésies tardives Dystonie, akathisie tardive -Épilepsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Phénothiazines et butyrophénones</li> <li>-Tous</li> <li>- Clozapine à fortes doses</li> </ul>
Neurovégétatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hypotension</li> <li>-Effets atropiniques : (Hyposialie, constipation, troubles urinaires et de l'accommodation) Endocriniens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Phénothiazines aliphatiques, certaines butyrophénones</li> <li>-Phénothiazines aliphatiques</li> </ul>
Cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arythmies cardiaques</li> <li>-Anomalies à l'électrocardiogramme</li> <li>-Hypotension orthostatique</li> </ul>	Phénothiazines Clozapine
Endocriniens	Hyperprolactinémie, dysménorrhée, syndrome aménorrhée- galactorrhée	-Phénothiazines Pipéridines, Ethylbenzamides
Hématologiques	Agranulocytose	Clozapine
Mixtes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gain de poids</li> <li>-Diminution de libido</li> </ul>	Phénothiazines, Clozapine, Olanzapine

**1.7. Accidents liés aux antipsychotiques :**

- **Syndrome malin des antipsychotiques** : accident rare avec incidence de < 0,5, mais il est potentiellement létal (mortalité de 20 % dans les cas sans traitement, et de 10 % dans les cas traités). Il se voit surtout chez le jeune masculin, lors d'utilisation répétée des molécules incisives par voie parentérale ou lors d'administration en première intention d'une forme à libération prolongée, et chez un sujet fragile a des troubles organiques associés. Mais ce syndrome a été observé avec tous les neuroleptiques, à tout âge et à tout moment de traitement [18,22].

Il doit être suspecté et recherché devant tout patient sous antipsychotiques qui présente une fièvre inexpliquée, en association avec des sueurs profuses, pâleur, rigidité extrapyramidale, déshydratation massive, tachycardie et d'hypotension. Toute suspicion de syndrome malin nécessite un arrêt immédiat des neuroleptiques, avec mise en place d'une surveillance médicale. Dans les formes graves, le patient doit être transféré en réanimation où il sera traité symptomatiquement (réhydratation, correction des troubles hydro électrolytiques, lutte contre l'hyperthermie). Les traitements spécifiques sont à base de dantrolène et de bromocriptine [23].

- **Accidents digestifs** : nausée, vomissements, occlusion intestinale, hépatite cholestatique.

- **Accidents cardio-vasculaires** : cas exceptionnels de mort subite (allongement de QT, troubles du rythme).

- **Accidents hématologiques** : des agranulocytoses rares mais mortelles, plus remarquable avec la clozapine [18].

### 1.8. Principales règles de prescription [24] :

- Recherche des facteurs de risque cardiovasculaires et élimination des contre-indications avant d'instauration du traitement.

- L'examen clinique complet doit inclure des mesures de l'IMC, du périmètre abdominal, de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Il faut rechercher aussi les signes extrapyramidaux et les symptômes d'une hyperprolactinémie.

- Bilan pré-thérapeutique : un électrocardiogramme ECG, une numération sanguine, un bilan rénal (ionogramme, urémie et créatinine), glycémie à jeun, un bilan lipidique (cholestérol total, LDL, HDL et triglycérides), un bilan hépatique complet et  $\beta$ -HCG. S'il y a des antécédents d'épilepsie, un électroencéphalogramme (EEG) doit être fait en premier avant le traitement.

- L'arrêt progressif des antipsychotiques permet d'éviter une rechute brutale de la maladie et des effets de sevrage.

## **2. Les antidépresseurs :**

### **2.1. Définition :**

Les antidépresseurs (ATD) représentent une classe des médicaments psychotropes utilisés pour le traitement de la dépression, cette dernière se définit comme une pathologie psychiatrique caractérisée par une baisse de l'humeur, c'est-à-dire une sensation de tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir auparavant enrichissantes ou agréables durant plus de deux semaines [25]. Ce sont des médicaments qui ont la propriété d'améliorer l'humeur déprimée. Et en addition de leur effet antidépresseur propre, ces molécules peuvent avoir d'autres effets (un effet anxiolytique, sédatif ou effet stimulant psychomoteur). Ceci les permet d'agir sur l'ensemble du syndrome dépressif, et aussi a élargi leurs indications à la prise en charge d'autres troubles, comme les troubles anxieux caractérisés, les troubles comportements ou les douleurs chroniques. Ils ont pu aussi être reconnus comme des médicaments utiles dans certains cas de troubles de la personnalité [4].

### **2.2. Classification :**

Les ATD peuvent être classés selon soit leur structure chimique soit leur mécanisme d'action, néanmoins il n'y a pas actuellement une classification uniforme globalement reconnue.

En se basant sur le mécanisme d'action, on classe les antidépresseurs en cinq grandes catégories [26] :

- Les antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques.
- Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNa).
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).
- Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).
- Les antidépresseurs atypiques, groupe hétérogène.

### **2.2.1. Les antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques :**

Représentée initialement par l'imipramine, cette catégorie d'antidépresseurs comprend actuellement une dizaine de substances, que plusieurs études ont montré leur efficacité dans les épisodes dépressifs majeurs, dans la dépression aiguë et l'épisode dépressif caractérisé. Avec un taux de réponse autour de 66 %, les tricycliques peuvent être considérés traitements antidépresseurs les plus efficaces. Une durée d'au moins trois à quatre semaines de traitement est nécessaire pour avoir une efficacité optimale [4].

#### **a. Le mécanisme d'action :**

Les ATD tricycliques sont des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ces actions sont l'origine de leur effet antidépresseur. Toutefois, d'autres actions ont été observées (antiadrénergiques, anticholinergiques, antihistaminergiques, anti-sérotoninergiques). L'association avec un traitement sédatif est conditionnée par le degré de l'effet sédatif de molécule antidépresseur utilisé (forte : Amitriptyline ; faible : nortriptyline).

Sur le plan de l'efficacité du traitement, selon les études cliniques, aucun antidépresseur tricyclique n'apparaît supérieur à un autre [27].

#### **b. Les indications :**

Les indications principales des antidépresseurs tricycliques sont les états dépressifs de toute nature, mélancoliques ou névrotiques. En raison de leur grande affinité pour la sérotonine, certains imipraminiques sont indiqués dans : l'anxiété généralisée, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques, les troubles phobiques (phobie sociale), les troubles des conduites alimentaires (boulimie) et l'état de stress post traumatique [4].

#### **c. Les contre-indications :**

Les antidépresseurs tricycliques sont contre-indiqués en cas de : troubles sévères de la conduction cardiaque, infarctus du myocarde récent ; glaucome par fermeture de l'angle ; hypertrophies et adénomes prostatiques, troubles urétrorostatiques, en raison du risque de rétention urinaire [28].

### d. Les effets indésirables :

Les imipraminiques ont des effets indésirables fréquents, souvent gênants, se voient surtout en début de traitement, ils sont en relation pour la plupart avec leurs propriétés anticholinergiques et adrénolytiques. Ces effets indésirables constituent une cause importante de l'arrêt du traitement, donc une information des patients en avance sur ces effets est essentielle :

- **Système nerveux central [27]** : trouble de sommeil, somnolence, tremblements, convulsions, confusion, abaissement de seuil épileptiques.

- **Système digestif [27]** : sécheresse buccale, constipation.

- **Système cardio-vasculaire [27]** : hypotension orthostatique, tachycardie, troubles de rythme et de conduction cardiaques.

- **Autres [27]** : sudations, troubles de l'accommodation visuelle, bouffée de chaleur, rétention urinaire, troubles de l'érection et de l'éjaculation, prise de poids, syndrome sérotoninergique, et syndrome de sevrage (arrêt brutal de traitement prolongé).

- **Intoxication [3]** : un surdosage accidentel ou intentionnel par des antidépresseurs tricycliques peut causer des problèmes graves potentiellement mortels : convulsions, coma, hypotension sévère et troubles du rythme cardiaque. C'est une intoxication grave et relativement fréquente (suicide), les patients doivent être transférés dans une unité de soins intensifs en urgence [29].

- **Le syndrome sérotoninergique [4]** : survient lors de l'accumulation de sérotonine dans le cerveau, ces manifestations sont : confusion, hypomanie avec agitation, myoclonie, tremblements, frissons, hypersudation, hypo-ou hypertension artérielle, tachycardie, fièvre, diarrhée.

### e. Règles de prescriptions particulières [4] :

- Chez l'enfant et adolescent [30] : à éviter à cause d'accentuations des effets secondaires des tricycliques : la toxicité cardiaque, la rétention urinaire, les troubles respiratoires, l'hypertonie.

- Grossesse : les antidépresseurs de choix (aucun cas de tératogénicité n'a été observé.) [4].

- Chez le sujet âgé : utilisation avec prudence [4].

- Il faut un arrêt progressif des antidépresseurs tricycliques pour ne pas entraîner le phénomène de sevrage, fréquemment rapporté [4].

### 2.2.2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Cette classe des antidépresseurs comprend six molécules : la fluoxétine, la paroxétine, le citalopram, la fluvoxamine, la sertraline, et l'escitalopram. Ces molécules possèdent des structures chimiques diverses, mais un mécanisme d'action commun : l'inhibition sélective de la recapture présynaptique de la sérotonine. La différence de la structure chimique d'un ISRS à un autre a causé partiellement une variation de la réponse clinique, cette dernière peut également s'expliquer par la variabilité génétique du transporteur de la sérotonine [4].

#### a. Le mécanisme d'action :

La fonction principale des ISRS, c'est l'inhibition de façon sélective et puissante la recapture présynaptique de la sérotonine [31]. La puissance de l'inhibition varie entre ces molécules (la fluoxétine est le moins puissant). La sélectivité de la recapture de la sérotonine signifie que le taux nécessaire pour produire un effet sur la sérotonine est faible, par rapport aux autres neurotransmetteurs. D'ailleurs, ces antidépresseurs ont également des effets sur les récepteurs monoaminergiques, 5HT1A, 2A, 2C, alpha, D1. Les ISRS sont caractérisés par [32] :

- Profil clinique intermédiaire entre effet sédatif et psychotonique.
- Peu d'effet immédiat.
- Délai d'action plus court.
- Efficace chez patients non répondeurs aux IMAO et imipramique.
- Moindre toxicité en cas de surdosage.

#### b. Les indications :

Les indications principales des ISRS sont les états dépressifs de toute nature. Il est préféré de les prescrire en première intention chez les sujets âgés, polymédicamentés, souffrant de pathologies cardiovasculaires et chez les sujets présentant des idées suicidaires (moins toxique en cas de surdosage) [32].

#### c. Les contre-indications :

Cette classe n'a pas de CI médicale stricte, mais plutôt quelques précautions d'emploi [27].



### d. Les effets indésirables :

Dans l'ensemble, les ISRS ont un profil de tolérance nettement meilleur que celle des antidépresseurs tricycliques et des IMAO. En effet, c'est l'objectif souhaité lors de leur développement en première place. Les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés sont [27]:

- **Système digestif** : nausée, vomissement, anorexie, dyspepsie, diarrhée.
- **Système nerveux central** : insomnie, somnolence, vertige, céphalée, agitation, anxiété.
- **Autres** : troubles sexuels, syndrome de sevrage (arrêt brutal de traitement prolongé), le syndrome sérotoninergique.

### e. Règles de prescriptions particulières :

- Chez les enfants et les adolescents : à l'exception de la fluoxétine, les ISRS sont déconseillés dans le traitement des états dépressifs de l'enfant et de l'adolescent, étant donné une possible résurgence de l'idéation suicidaire [4].

- Grossesse : à éviter car leur innocuité non établie. En revanche, l'exposition aux ISRS in utero peut avoir des conséquences telles que des malformations et d'autres problèmes selon certaines études [33].

- Chez le sujet âgé : utilisation avec prudence [4].

- Il faut un arrêt progressif des ISRS pour éviter le survenu d'un phénomène de sevrage [4].

### 2.2.3. Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNa) :

Cette classe d'antidépresseurs comporte trois produits, la venlafaxine, le milnacipran et la duloxétine, ce sont des molécules qui exercent une action d'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Ces molécules ont une efficacité semblable à celle des TCA, mais avec un bien meilleur profil de tolérance : effets anticholinergiques faibles, voire nuls, et absence de toxicité cardiaque. Ces médicaments sont prescrits lorsque l'utilisation des antidépresseurs tricycliques n'est pas convenable [3].

### a. Les contre-indications :

Les antidépresseurs IRSNa sont contre-indiqués dans certaines situations : hypertrophies et adénomes prostatiques, troubles urétrorostatiques ; insuffisance hépatique ou rénale sévère ; hypertension artérielle (HTA) non contrôlée, maladie coronarienne sévère ou instable ; grossesse et allaitement ; les enfants (< 15 ans : milnacipran, duloxétine / < 18 ans : venlafaxine) [28].

### b. Les effets indésirables :

Les effets indésirables de cette classe sont globalement très semblables à ceux des ISRS [27]:

- **Système digestif** : sécheresse buccale, nausée, anorexie, constipation, diarrhée.
- **Système nerveux central** : insomnie, somnolence, vertige, nervosité.
- **Autres** : sudations, asthénie, troubles sexuels et une élévation de la pression artérielle (la venlafaxine dose-dépendante).

### 2.2.4. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

La monoamine oxydase est une oxydoréductase intervenant dans le catabolisme des monoamines, fixé sur la membrane externe des mitochondries, dans le système nerveux, mais aussi dans le foie, l'épithélium intestinal et la plus parts des cellules du corps. On distingue deux formes de MAO : la MAO-A (responsable sur la dégradation de la noradrénaline et de la sérotonine) et la MAO-B (responsable sur la dégradation de la phényléthylamine) qui sont les principaux isoenzymes de dégradation dans le système nerveux centrale et dans les tissus périphériques [34].

L'action des antidépresseurs IMAO se base sur l'inhibition de ces oxydoréductases. Ils peuvent cibler les MAO-A, B ou les deux, mais l'effet antidépresseur est lié surtout à l'inhibition de la MAO-A. Ainsi, on distingue 2 types d'IMAO utilisés comme antidépresseurs : les IMAO non sélectifs et les IMAO-A [35].

• **Les IMAO non sélectifs** : les plus anciens, ils sont des inhibiteurs non sélectifs (ciblent les deux types A et B des MAO), non compétitifs et irréversibles représentés par la nialamide et l'iproniazide. Ces médicaments forment une liaison covalente solide sur l'enzyme membranaire MAO, causant une inhibition irréversible et de longues durées (plusieurs semaines). Ainsi, les IMAO produisent une augmentation rapide et prolongée de la sérotonine (+++), de la noradrénaline (++) et de la dopamine (+) dans le cerveau et autre tissus comme le cœur, le foie, l'intestin et le plasma [32].

• **Les IMAO-A** : Les nouveaux IMAO, ils sont des inhibiteurs réversibles spécifiques de la monoamine-oxydase de type A, dont les principaux représentants sont le moclobémide et la brofaromine. Ces médicaments sont mieux tolérés que les anciens, en raison de leur moindre risque d'interaction alimentaire et médicamenteuse. Ils inhibent de façon réversible et sélective le type A de l'enzyme, ce qui entraîne une augmentation de la noradrénaline et la sérotonine sans risque d'effet d'accumulation de la tyramine, cette dernière peut être métabolisée par le type B de l'enzyme. Par ailleurs, le caractère réversible de l'inhibition permet une récupération rapide de l'activité MAO (24 heures de délai à respecter) [36]. Ces molécules n'ont pas d'effet sédatif, ni d'anxiolytique [4].

**Tableau XXI : Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) [4,27,32]**

	Les IMAO non sélectifs	Les IMAO-A
<b>Les indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les états dépressifs majeurs résistant aux autres antidépresseurs (les imipraminiques).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les épisodes dépressifs caractérisés</li> <li>- Les épisodes dépressifs majeurs</li> </ul>
<b>Les contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hypotension, l'insuffisance hépatique, phéochromocytome, l'allaitement, l'insuffisance cardiaque décompensée.</li> <li>- Association aux aliments riches en tyramine et tryptophanes (fromage, chocolat, levures, bière...) et caféine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce type d'IMAO n'a pas de contre-indication médicale stricte.</li> <li>- L'insuffisance hépatique sévère nécessite une réduction de la posologie du moclobémide de 30 à 50 %.</li> </ul>
<b>Les effets indésirables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cheese effect: crise hypertensive grave (céphalées, raideur méningée, nausées, vomissements, photophobie, mydriase, sueurs, palpitations) suite aux interactions avec les aliments comme les fromages fermentés contenant de la tyramine.</li> <li>- L'hépatotoxicité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- céphalées, vertiges, nausées et insomnie, nervosité.</li> </ul>
<b>Règles de prescriptions particulières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un régime alimentaire strict est nécessaire : sans boissons alcoolisées, sans aliments renfermant des amines biogènes : fromages fermentés (tyramine), bananes (sérotonine).</li> <li>- L'arrêt est également progressif pour ces antidépresseurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients hypertendus doivent éviter de consommer de grandes quantités (plus de 100 g) de fromages vieux ou fermentés.</li> <li>- Grossesse : à éviter car leur innocuité non établie</li> </ul>

**2.2.5. Les autres antidépresseurs :**

Ce groupe des antidépresseurs est d'apparition récente contient des molécules dont la structure chimique et les mécanismes d'action sont variées. On distingue ainsi la miansérine, la mirtazapine, la viloxazine et la tianeptine [4].

**a. Le mécanisme d'action :**

**Tableau XXII : Le mécanisme d'action des principaux autres antidépresseurs [32]**

<b>Antidépresseurs</b>	<b>Mécanisme d'action</b>
<b>Mianserine</b>	Antagonistes des récepteurs $\alpha 1$ adrénergiques.
<b>Mirtazapine</b>	Antagoniste des récepteurs alpha 2 adrénergiques présynaptique. Antagoniste des récepteurs 5HT2 et 5HT3.
<b>Agomélatine</b>	Agoniste des récepteurs de la mélatonine de types MT1 et MT2. Antagoniste des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT2C.
<b>Viloxazine</b>	Voie noradrénergique.
<b>Tianeptine</b>	Voie sérotoninergique.

**b. Les indications :**

- La Mianserine et la Mirtazapine sont indiquées dans les épisodes dépressifs caractérisés [4].
- L'agomélatine son efficacité a été démontrée dans la dépression sévère et dans le traitement des symptômes anxieux associée à une dépression majeure chez l'adulte [37].
- La viloxazine est indiquée dans le traitement de tous les types de dépression. Plus récemment, le médicament a reçu l'approbation de la FDA (Food and Drug Administration) pour son utilisation dans la population pédiatrique âgée de 6 à 17 ans pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) [38].
- Tianeptine est indiquée dans la dépression caractérisée modérée à sévère [4].

**c. Les contres indications :**

- Mianserine : porphyrie/maladie cœliaque/antécédents d'agranulocytose liées au produit/réduction de la posologie chez le sujet âgé [4].
- Mirtazapine : association avec les IMAO/hypersensibilité à la mirtazapine [39,4].
- Agomélatine : insuffisance hépatique (cirrhose ou maladie hépatique évolutive) /association aux inhibiteurs puissants du CYP1A2 (fluvoxamine et ciprofloxacine) [4, 37].
- Viloxazine : grossesse/association avec les IMAO [38].
- Tianeptine : association avec IMAO non sélectifs/antécédents d'hépatotoxicité liés au produit/réduction de la posologie chez le sujet atteint d'insuffisance hépatique [4,32].

### d. Les effets indésirables :

- Miansérine : anomalies biologiques hépatiques, exceptionnelle agranulocytose (sujet âgé lors du premier mois de traitement) [4, 40].
- Mirtazapine : rétention d'urine, sécheresse buccale, sédation et augmentation de l'appétit et du poids [4, 41].
- Agomélatine : nausées, sensations vertigineuses, élévation des transaminases [4].
- Viloxazine : nausées, perte d'appétit, insomnie, céphalées, vertiges et réactions anxieuses [38].
- Tianeptine : rares, peu spécifiques, usage toxicomaniaque (1 cas/1 000), hépatotoxicité [4].

### e. Règles de prescriptions particulières :

- Miansérine : surveillance du poids, une numération formule sanguine à quatre semaines chez les sujets âgés [4, 40].
- Mirtazapine : prudence de principe sur terrain fragilisé : sujet âgé, insuffisant rénal et hépatique (clairance diminuée) [4].
- Agomélatine : dosage des transaminases sériques à l'instauration du traitement, puis périodiquement après environ 6 semaines, après environ 12 et 24 semaines et par la suite lorsque cliniquement indiqué [37].
- Viloxazine : surveillance étroite chez la population pédiatrique [38].
- Tianeptine : bonne tolérance en cas de comorbidité somatique [4].

## **3. Les anxiolytiques :**

### **3.1. Définition :**

Les anxiolytiques sont une classe des médicaments psychotropes distingués dans le traitement de l'anxiété. L'anxiété est une sensation de tension intérieure, de danger imminent ou indéterminé. Il s'agit souvent d'une maladie chronique. Cependant, chez certains patients, la maladie est caractérisée par des rémissions et des exacerbations, et la réapparition des symptômes peut être déclenchée par un stress circonstanciel [42]. Il faut distinguer entre les troubles anxieux qui correspondent plus à des troubles chroniques et l'anxiété aiguë, changement brusque de la fonction psychique intégrant des modifications physiologiques de l'organisme [4].

La classe des anxiolytiques constitue une famille thérapeutique hétérogène, mais les molécules peuvent avoir des actions cliniques communes : sédatrice, anxiolytique, anticonvulsivant et myorelaxante. Cependant, les effets apparaissent à des doses différentes et peuvent évoluer dans le temps de façon non simultanée, par exemple, la sédation, souvent associée aux effets précoces du traitement sur l'anxiété, disparaît rapidement alors que l'effet anxiolytique se maintient [43].

### **3.2. Classification :**

Selon la structure chimique des molécules, on peut classer les anxiolytiques en deux majeures classes : les benzodiazépines (BZD) et les anxiolytiques non benzodiazépiniques (buspirone, hydroxyzine, etifoxine, carbamate). On peut aussi classer les médicaments anxiolytiques selon leurs effets fondamentaux, distinguant les molécules agissant au niveau des récepteurs GABA (benzodiazépines, etifoxine), au niveau de la sérotonine (buspirone, IRS), au niveau de l'histamine (hydroxyzine) [44].

#### **3.2.1. Les benzodiazépines :**

La principale classe des anxiolytiques, elle agit de façon remarquable sur l'anxiété aiguë, mais dont les effets s'estompent lors d'un traitement au long cours [4]. En principe, Les BZD ont cinq propriétés fondamentales : anxiolytiques ( $t_{1/2}$  Long), hypnotiques ( $t_{1/2}$  Court), amnésiantes, myorelaxantes, anticonvulsivants [45].

##### **a. Le mécanisme d'action :**

Les BZD se lient uniquement au récepteur l'acide gamma amino butyrique (GABA) du type A, et augmentent la fréquence d'ouverture des canaux chlorés. L'entrée du  $Cl^-$  cause une hyperpolarisation cellulaire qui conduit à un potentiel post-synaptique inhibiteur (PPSI). Entraîne une baisse de l'excitation neuronale. En effet, l'action des benzodiazépines est indirecte, elles augmentent l'affinité du GABA pour son site de liaison, ce qui explique l'absence d'effet GABAergique en cas d'absence de GABA [46].

### **b. Les indications [47] :**

• **En psychiatrie :** pour traiter les manifestations psychologiques et somatiques de l'anxiété mineure à sévère et/ou invalidante, pour soulager les insomnies occasionnelles ou transitoires, traiter et prévenir le délire du sevrage alcoolique ou comme complément des antidépresseurs. Ils peuvent être aussi prescrites en cas de psychose aiguë avec agressivité, ou en cas de désintoxication à l'alcool.

- **En neurologie :** certains cas d'épilepsie (Diazépam, Clobazam et clonazépam).
- **En Anesthésiologie :** par VO ou IV.

### **c. Les contre-indications :**

Les principales CI des BZD sont [4] : insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité aux BZD, myasthénie et toxicomanie (sauf sevrage).

### **d. Les effets indésirables :**

Les BZD provoquent certains effets indésirables, ces derniers dépendent de la molécule utilisée, de la posologie et de la sensibilité individuelle. On trouve principalement [48] :

- Une sédation excessive et des troubles de la vigilance.
- Une altération des fonctions cognitives (déficit de l'attention et trouble de mémoire).
- Des réactions paradoxales (anxiété accrue, agitation, insomnie, cauchemars, idées délirantes, hallucinations).
- Un phénomène de tolérance en cas d'utilisation prolongée, ainsi qu'une dépendance physique et psychique, avec syndrome de sevrage ou phénomène rebond à l'arrêt du traitement.

### **e. Règles de prescriptions particulières [48] :**

- Une utilisation avec prudence chez : les personnes âgées, les insuffisants rénaux ou hépatiques (adaptation posologique), les enfants (durée courte), les conducteurs ou utilisateurs de machines (risque de somnolence et d'accidents), les personnes alcooliques, toxicomanes ou ayant des antécédents de pharmacodépendance (risque d'interactions et de dépendance).
- À éviter lors du premier trimestre, et lors de l'allaitement.
- Prescrire la dose minimale efficace pour la durée la plus courte possible.
- Arrêt progressif du traitement sur au moins deux semaines.



### 3.2.2. Les anxiolytiques non-benzodiazépines :

#### a. Azapirones (Buspirone) :

La buspirone soulage l'anxiété sans provoquer d'effets sédatifs, hypnotiques ou euphoriques marqués [49]. Contrairement aux benzodiazépines, ce médicament n'a pas de propriétés anticonvulsivants ou myorelaxants. Elle peut exercer ses effets anxiolytiques en agissant comme un agoniste partiel des récepteurs cérébraux 5-HT<sub>1A</sub>, sans interaction directement avec les systèmes GABAergiques. Contrairement aux benzodiazépines, les effets anxiolytiques de la buspirone peuvent mettre plus d'une semaine à s'établir, ce qui rend le médicament inadéquat pour le traitement des états anxieux aigus. Le médicament est utilisé dans les états d'anxiété généralisée, mais il est moins efficace dans les troubles paniques.

La buspirone n'entraîne pas le rebond d'anxiété ou les signes de sevrage à l'arrêt brutal du traitement [49], mais elle n'est pas efficace pour bloquer le syndrome de sevrage aigu résultant de l'arrêt brutal de l'utilisation de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques. Des douleurs thoraciques non spécifiques, de la tachycardie, des palpitations, des étourdissements, de la nervosité, des acouphènes, des troubles gastro-intestinaux, des paresthésies et une constriction pupillaire dépendante de la dose peuvent se produire. L'innocuité de ce médicament pendant la grossesse n'a pas été établie [50].

#### b. Hydroxyzine :

Ce médicament appartient à la classe des antihistaminiques, qui a montré son efficacité dans le traitement de certains symptômes anxieux [51]. Actuellement, Il est considéré comme un médicament anxiolytique et utilisé fréquemment en pratique clinique, en remplacement des BZD.

C'est une molécule dont les effets semblent être dus à ses effets antihistaminiques. L'hydroxyzine est utilisée pour traiter les symptômes légers d'anxiété, mais également utilisé dans le traitement symptomatique de diverses manifestations allergiques (rhinites allergiques, saisonnières-annuelles, conjonctivite, urticaire). Ses contre-indications sont liées à l'effet anticholinergique, avec un risque de glaucome à angle fermé et de rétention urinaire liée à des troubles urétroprostatiques. L'alcool doit être évité. L'altération de la vigilance peut rendre la conduite d'un véhicule dangereuse. Aussi les autres déprimeurs du système nerveux central (SNC), atropine et autres substances atropiniques sont à déconseiller. Les effets indésirables principaux sont la sédation, l'excitation anormale et la constipation [4].

### c. Etifoxine :

Un médicament anxiolytique, recommandé dans les manifestations psychosomatiques de l'anxiété, notamment à expression cardiovasculaire (tachycardie, etc.). L'etifoxine possède une action conjointe sur le système gaba et les récepteurs sérotoninergiques de type 5-HT<sub>2a</sub>. Des interactions médicamenteuses sont signalées avec les autres médicaments et les dépresseurs du système nerveux central. Ses effets indésirables concernent la somnolence en début de traitement et les éruptions cutanées à type d'urticaire et d'œdème de Quincke rapportées de façon très rare. En effet, il n'entraîne pas d'effet rebond ni de potentiel de pharmacodépendance ainsi que de troubles mnésiques [3,4, 52].

### d. Le méprobamate :

Le méprobamate appartient à la classe chimique du carbamate. Il est indiqué dans l'anxiété (en particulier en prémédication) et dans les contractures douloureuses réflexes. Mais il est aussi couramment utilisé comme sédatif-hypnotique et est préféré aux benzodiazépines par les patients présentant un historique d'abus médicamenteux [53]. Son action s'effectue par une inhibition au niveau sous-cortical (formation réticulée et thalamus). Anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique (centre émotionnel) et myorelaxant, il antagonise les réflexes polysynaptiques et diminue l'influence de la formation réticulée sur le tonus musculaire. Les effets indésirables sont liés à une somnolence diurne. En cas de surdosage, notamment volontaire, on peut observer une défaillance respiratoire, mais surtout un choc cardiogénique [3].

### e. Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs ont montré leur efficacité dans le traitement des symptômes psychiques de la majorité des troubles anxieux. Cependant, il y a une différence clinique importante entre ces médicaments et les BZD, c'est que les effets anxiolytiques de ces derniers se produisent presque immédiatement, alors que les effets des antidépresseurs se produisent progressivement sur plusieurs semaines. Pour cette raison, il est courant qu'un traitement de courte durée par benzodiazépines soit prescrit en association avec un antidépresseur lors du traitement initial de nombreux troubles anxieux [54].

#### **4. Les hypnotiques :**

##### **4.1. Définitions :**

Les hypnotiques sont des médicaments sédatifs indiqués pour soulager l'insomnie. Cette dernière est définie par la classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) comme étant au moins un trouble du sommeil : difficultés d'endormissement et/ou difficultés de maintien du sommeil et/ou réveil trop précoce et/ou temps de sommeil court (< 6 heures), survenant au moins 3 fois par semaine depuis au moins 3 mois, dans un contexte adéquat de sommeil de nuit, avec des conséquences sur le fonctionnement diurne de type : fatigue, troubles de l'attention, concentration, mémoire, irritabilité, somnolence diurne... [55,56].

Le but des hypnotiques est d'induire ou de maintenir un sommeil le plus proche possible du sommeil physiologique. On peut définir l'hypnotique idéal ce qui peut provoquer rapidement un sommeil architecturé (il ne doit pas supprimer le sommeil paradoxal ni le sommeil lent profond) sans interruption, qui n'engendre pas de dépendance ni des autres symptômes ou des comportements à risque, son index thérapeutique élevé et le risque de son interaction avec d'autres médicaments est minime (notamment psychotropes, ou avec l'alcool) [4].

##### **4.2. Classification :**

Les hypnotiques appartiennent à des familles chimiques et pharmacologiques très variées. Cependant, leur classification est basée sur les propriétés pharmacologiques de chaque molécule, apparentées aux BZD ou non [4].

**Tableau XXIII : La classification des hypnotiques**

<b>Les hypnotiques benzodiazépines</b>	<b>Les hypnotiques non-benzodiazépines</b>
Benzodiazépines	Les antihistaminiques H1 classiques
	Neuroleptiques
Cyclopyrrolones et imidazopyridines	Antidépresseurs
	Mélatonine

### 4.2.1. Les hypnotiques benzodiazépines :

#### a. Les benzodiazépines (BZD) :

Les BZD sont des agonistes de l'acide gamma amino butyrique (GABA), elles se fixent au niveau des récepteurs GABA-A, ces récepteurs contiennent 2 sous-unités  $\alpha$ , 2 sous-unités  $\beta$  et 1 sous-unité  $\gamma$ , chaque sous-unité est responsable sur des effets cliniques. La fixation des BZD sur ces sous-unités les permet d'avoir plusieurs propriétés cliniques [57].

La sédation est le résultat de la liaison des BZD et  $\alpha 1$ , cependant il y a des molécules ont une grande affinité a ce sous unité que les autres [58].

**Tableau XXIV : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie [4]**

DCI	Posologie usuelle	Demi-vie	Conditions prescription	Modalité d'arrêt
Estazolam	2 mg au coucher	17 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif
Loprazolam	1 mg au coucher	8 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif
Lormétazépam	1 à 2 mg au coucher	10 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif
Nitrazépam	5 mg au coucher	16 à 48 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif
Témazépam	10 à 20 mg au coucher	5 à 8 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif

Les benzodiazépines peuvent provoqués des effets indésirables tels que : la somnolence, la difficulté de concentration, l'amnésie antérograde, l'hypotonie ou encore une tolérance voire dépendance lors d'utilisation prolongée. En effet, le traitement doit être le plus bref possible en fonction du type d'insomnie rencontrée : insomnie occasionnelle (2 à 5 jours), insomnie transitoire (2 à 3 semaines). Le but est de diminuer le risque de tolérance ainsi que de dépendance physique et psychique. Il permet aussi d'éviter un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement [59].

### b. Cyclopyrrolones et imidazopyridines :

Cyclopyrrolones (Zopiclone) et imidazopyridines (zolpidem), les apparentés aux benzodiazépines sont aussi des agonistes de GABA. A la différence des benzodiazépines, ils n'agissent préférentiellement que sur une seule sous-unité : la  $\alpha 1$  pour le zolpidem par exemple. Ils sont seulement utilisés comme hypnotiques. Ceci entraîne que les effets amnésiants, myorelaxants et antiépileptiques seraient moindres qu'avec les benzodiazépines. Mais il faut noter que les effets indésirables restent les mêmes : baisse de la vigilance, somnolence, céphalées, amnésie antérograde etc. [60].

**Tableau XXV : Apparentés aux benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie [4]**

DCI	Posologie usuelle	Demi-vie	Conditions prescription	Modalités d'arrêt
Zolpidem	10 mg au coucher	2,4 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines. Assimilé aux stupéfiants à partir du 10 avril 2017	Arrêt progressif
Zopiclone	3,75 à 7,5 mg au coucher	5 heures	Pas de prescription supérieure à 4 semaines	Arrêt progressif

### 4.2.2. Les hypnotiques non-benzodiazépines :

#### a. Les antihistaminiques H1 classiques :

Les antihistaminiques H1 de la première génération, ils sont des antagonistes compétitifs et très sélectifs des récepteurs H1 à l'histamine. Ces molécules présentent aussi des effets sédatifs et anticholinergiques. Parmi les principaux hypnotiques antihistaminiques, on trouve l'hydroxyzine, l'alimémazine, la prométhazine, et la doxylamine. Ils sont indiqués pour les insomnies transitoires. Ainsi, les effets indésirables de ces médicaments sont le plus souvent dus à l'action anticholinergique de la molécule : sécheresse des muqueuses, constipation, rétention urinaire, tachycardie. Ces principes actifs sont donc contre-indiqués chez la personne souffrant de rétention urinaire ainsi que de glaucome par fermeture de l'angle. Le risque de sédation étant très important [61,4].

### **b. Neuroleptiques :**

Quelques neuroleptiques peuvent être indiqués, dans le cadre d'insomnies résistantes, à des doses moindres à celles prescrites dans le traitement des psychoses (cyamémazine 10 à 50 mg ; chlorpromazine 10 à 50 mg ; pipampérone 20 à 40 mg). Ces produits peuvent induire à long terme des effets extrapyramidaux avec notamment le risque iatrogène de dyskinésies tardives [4].

### **c. Antidépresseurs :**

Les antidépresseurs sédatifs sont privilégiés chez les patients dont l'insomnie est révélatrice d'un syndrome dépressif sous-jacent. Car même si le traitement du syndrome dépressif doit en soi résoudre l'insomnie, les effets stimulants de certains antidépresseurs entretiennent l'insomnie chez 30 à 40 % des patients [62].

Les antidépresseurs ne possèdent pas l'AMM dans le traitement de l'insomnie, malgré leur intérêt réel chez des patients ne présentant pas de diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de trouble anxieux [4].

### **d. Mélatonine :**

La mélatonine est une hormone sécrétée par la glande pinéale la nuit, sa fonction principale est de synchroniser les rythmes biologiques d'un individu. Certaines études ont montré que la mélatonine exogène exerce cette même action (chrono biotique) dès l'administration de faibles doses (0,125 mg). De plus, une action promotrice du sommeil (soporifique) apparaît en relation dose-effet, c'est-à-dire avec l'augmentation de dose [63].

C'est pour cela que la mélatonine peut être administrée en cas de trouble du sommeil tel que l'insomnie. Elle raccourcirait le temps de latence d'endormissement et améliorerait la qualité du sommeil [4].

## **5. Les thymorégulateurs :**

### **5.1. Définition :**

Les thymorégulateurs ou les régulateurs de l'humeur sont des médicaments psychotropes possédant la capacité de réduire la fréquence, l'intensité, et la durée des épisodes d'excitation maniaque et/ou de dépression, observée chez les sujets bipolaires, et d'améliorer la qualité des intervalles libres [64]. Selon les définitions proposées dans les classifications des psychotropes, un thymorégulateur doit avoir également des vertus thérapeutiques sur l'épisode maniaque en lui-même, ainsi que sur l'épisode dépressif. Ces médicaments doivent ainsi agir non seulement sur les deux polarités de l'humeur, mais aussi sur deux aspects très différents du cycle de la maladie : l'aspect aigu et la prévention de sa récurrence [4].

Une définition opérationnelle des critères d'efficacité globale des thymorégulateurs a été proposée [3] :

- Efficacité dans le traitement des épisodes thymiques aigus.
- Efficacité sur les symptômes psychotiques associés.
- Efficacité sur les symptômes psycho-comportementaux.
- Efficacité sur les symptômes cognitifs inter-critiques.
- Efficacité sur la prévention de l'épisode maniaque, mixte ou dépressif.

### **5.2. Classification :**

En 1963 M. Schou a proposé le terme « normalisateur thymique » pour la première fois, en référence aux propriétés préventives du lithium sur les récurrences maniaques et dépressives. Ainsi, le terme thymorégulateur a été limité, pendant longtemps, au lithium seul, jusqu'à l'élargissement de cette classe thérapeutique aux agents anticonvulsivants (AC) : carbamazépine (CBZ), acide valproïque, lamotrigine [65].

**5.2.1. Lithium :**

John Cade, un médecin australien, a démontré les propriétés antimaniaques des sels de lithium en 1949. Cependant, leur utilisation est momentanément abandonnée du fait de la découverte des premiers neuroleptiques et surtout de la létalité des doses utilisées à l'époque sans surveillance plasmatique. Cette thérapie a été relancée entre 1960 et 1970, notamment grâce aux travaux de Morgens Schou et à sa découverte ultérieure de ses propriétés préventives des récurrences thymiques [44].

La généralisation de l'utilisation du lithium dans les années 1970 et 1980 a révolutionné la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire. Cette thérapie reste à ce jour le traitement de référence des épisodes maniaques et de la prévention des rechutes dans le trouble bipolaire. Le lithium est utilisé comme comparateur de référence dans les études d'enregistrement des nouvelles thérapeutiques thymorégulatrices [3].

**a. Le mécanisme d'action :**

Le lithium possède des mécanismes d'action cellulaire multiples, complexes, immédiats et différés [67] :

- Modification de l'équilibre hydro électrolytique et membranaire avec effet stabilisateur de membrane.

- Inhibition du système de l'AMPC et de l'inositol, l'ion monovalent bloquant les phosphatases dans les neurones, d'où une moindre réponse cellulaire aux neurotransmetteurs couplés au système du second messenger.

- Augmentation du catabolisme de la sérotonine avec élévation des taux d'acide 5-hydroxyacétique (5-HIAA, un métabolite de la sérotonine) par activation des réactions enzymatiques de désamination. Par ailleurs, le turn-over de la noradrénaline diminue. Le lithium facilite l'activité GABAergique.

**b. Les indications :**

Les sels de lithium ont prouvé leur efficacité dans les cas suivants [68] : le traitement de la manie aiguë, de la dépression bipolaire et la prévention des récurrences bipolaires.



**c. Les contre-indications :**

Les contre-indications des sels de lithium sont rares [4] :

- Absolues : le régime sans sel, une insuffisance rénale grave, une insuffisance cardiaque, un état de déshydratation, traitement salidiurétique, allaitement [69].
- Relatives : grossesse [69], hypothyroïdie, insuffisance rénale modérée.

**d. Les effets indésirables :**

Les effets indésirables du lithium peuvent être provoqués au niveau de la fonction rénale, au niveau du système nerveux, au niveau métabolique, au niveau gastro-intestinal et au niveau du système thyroïdien avec une fréquence qui varie entre 20 à 40 %. Ces effets sont le plus souvent bénins, parfois transitoires et, dans la majorité des cas, dose-dépendants. Ils concernent plus fréquemment la prise de poids, les troubles digestifs (les nausées, les vomissements et la diarrhée), la sédation, l'hypotonie musculaire, les tremblements, le goitre thyroïdien souvent associé à une hypothyroïdie (environ 15 % des patients traités) et le syndrome polyuro-polydipsique. Les troubles de la conduction cardiaque et les troubles dermatologiques sont plus rares et le surdosage peut entraîner des complications sévères pouvant conduire à la mort. En effet, cette mauvaise tolérance est la raison d'arrêt de traitement par près de 50 % des patients, il est alors nécessaire d'ajuster la posologie pour en réduire son incidence [4].

Les symptômes de surdosage en lithium sont : les nausées, les tremblements, la polydipsie et les troubles du rythme, les signes neurologiques comprenant un syndrome cérébelleux, des troubles de la vigilance, une hyperréflexie suivie d'un coma vigile. L'arrêt immédiat du traitement est nécessaire dès l'apparition de ces signes, suivi par le contrôle en urgence de la lithiémie, l'augmentation de l'excrétion du lithium par alcalinisation des urines, une diurèse osmotique (mannitol) et l'adjonction de chlorure de sodium [66].

### e. Règles de prescriptions particulières [4] :

- Chez l'enfant : contre-indiqué car il peut altérer la croissance.
- Chez la femme en âge de procréer : à éviter, risque de malformation cardiaque et des gros vaisseaux (maladie d'Ebstein) ou d'anomalie de développement dans les trois premiers mois de la grossesse. Il faut instaurer une contraception efficace avant la mise sous traitement.
- Chez le sujet âgé : utilisation avec prudence, le risque de syndrome confusionnel et d'insuffisance rénale est particulièrement accentué.
- Lors de l'initiation du traitement, l'ajustement de la posologie en fonction de la lithiémie et l'augmentation de la posologie est progressif.
- Bilan avant le traitement : la fonction rénale (urée/créatinine), ECG, la fonction thyroïdienne et parathyroïdienne (TSH, T4 libre et la calcémie), la glycémie à jeun, l'ionogramme sanguin, la numération sanguine et la  $\beta$ -HCG.
- Il faut un arrêt progressif de lithium sur une période d'un à trois mois.

### 5.2.2. Anticonvulsivants :

Les anticonvulsivants normothymiques (thymorégulateurs) font l'objet de multiples études. Certaines molécules ont prouvé une particulière efficacité dans le traitement des troubles bipolaires (carbamazépine, acide valproïque, lamotrigine), sont indiqués préférentiellement en cas de contre-indication ou de résistance au lithium [70].

#### a. Acide valproïque et ses dérivés :

L'acide valproïque et ses dérivés : valproate, divalproïque et valpromide (ils vont se retrouver dans l'organisme sous la même forme d'acide valproïque). Ils sont indiqués en cas de contre-indication au lithium dans le traitement des maladies maniaco-dépressives. De même, l'acide valproïque et ses dérivés ont montré leur intérêt dans le traitement prophylactique des troubles bipolaires [4].

Avant d'introduire le traitement, il faut éliminer les contre-indications (atteinte hépatique, grossesse, alcool) et faire un bilan pré-thérapeutique (un bilan des fonctions hépatiques ainsi qu'un examen hématologique comprenant une numération formule sanguine avec plaquettes, un temps de saignement et un bilan de coagulation) [4].

### **b. La carbamazépine :**

La carbamazépine est un médicament anticonvulsivant, utilisé initialement pour traiter le grand mal et l'épilepsie partielle. Son action curative et prophylactique dans le spectre bipolaire a été décrite par la suite. Elle a été utilisée pour la première fois dans le traitement des accès maniaques dans les années quatre-vingt. De multiples études ont démontré l'efficacité de CBZ dans le traitement curatif de l'état maniaque, et aussi son efficacité sur le plan prophylactique même si elle est inférieure à celle du lithium [54]. Cependant, elle est indiquée en deuxième intention dans le traitement de la manie aiguë et dans l'approche prophylactique des épisodes maniaques et dépressifs [4].

Après avoir éliminé les contre-indications (troubles du rythme cardiaque, glaucome par fermeture de l'angle, adénome prostatique, grossesse) et fait un bilan pré-thérapeutique constitué d'une numération-formule sanguine, d'un  $\beta$ -HCG chez les femmes en âge de procréer, d'un bilan hépatique, d'un ionogramme, d'une créatininémie et d'un électrocardiogramme. L'administration de la CBZ doit être à des doses progressives pour évaluer la tolérance [4].

### **c. La lamotrigine :**

L'action principale de la lamotrigine est la prévention de la récurrence dépressive chez le patient bipolaire. Depuis 2009, elle est indiquée dans la prévention des dépressions bipolaires, et pas dans le traitement aigu des épisodes maniaques ou dépressifs [67, 71].

Le traitement est instauré après élimination des contre-indications (les antécédents d'intolérance à cette molécule, l'allaitement et l'insuffisance rénale) un examen clinique complet ainsi qu'un contrôle du bilan hépatique, de la numération formule sanguine et des  $\beta$ -HCG chez les femmes en âge de procréer [3].

L'administration de lamotrigine expose à des effets indésirables essentiellement cutanés de mécanismes immunoallergiques à type de rashes cutanés, le plus souvent modérés (hypersensibilité de type 4), mais il y a la possibilité de survenue d'un syndrome de Stevens-Johnson ou de Lyell, ce qui impose que l'instauration du traitement doive être très progressive et prudente [3].

## II. Discussion des résultats :

### 1. Caractéristiques des médecins interrogés :

#### 1.1. L'âge :

Nous avons trouvé dans notre étude, que la tranche d'âge la plus représentative était celle comprise entre 46 et 55 ans (32,35 %), et que les médecins âgés de plus de 46 ans prescrivent les psychotropes plus souvent que les jeunes médecins. Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

Dans une enquête réalisée par Tabril et al [72] à l'échelle nationale (11 régions marocaines) en 2017 auprès de 402 médecins généralistes pour évaluer les attitudes des médecins vis-à-vis de la prescription des psychotropes, 77,3 % des MG âgés de plus de 35 ans, et les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux âgés de plus de 51 ans, ceci de manière significative.

Dans une autre étude réalisée par Airod [73] en 2017 auprès de 60 médecins généralistes exerçant au niveau des établissements de soins de santé de base à Casablanca, portant sur les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes, la tranche d'âge la plus représentée était entre 40-49 ans (61,7 %), mais l'âge ne s'est pas révélé déterminant dans cette étude.

**Tableau XXVI : Comparaison des tranches d'âges les plus représentatives dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	Tranche d'âge la plus représentative	Pourcentage
Tabril et al [72]	Maroc/2017	> 35 ans	77,3 %
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	40-49 ans	61,7 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	46-55 ans	32,35 %

### 1.2. Le sexe :

La population des médecins de notre étude est caractérisée par une prédominance masculine (56,86 %). Ainsi, les hommes prescrivent les psychotropes plus souvent que les femmes et ceci de manière significative ( $p= 0.015$ ).

Tabril et al [72] ont trouvé une prédominance du sexe masculin (58 %), en plus les médecins de sexe masculin prescrivent plus fréquemment les psychotropes, et ceci de manière significative.

Contrairement, Airod [73] a trouvé une prédominance féminine, sans que le sexe ne soit déterminant de la prescription dans cette étude.

Dans une autre étude internationale (14 pays) réalisée par Kisely et al [74] en 2000 pour déterminer les facteurs susceptibles d'influencer la prescription de psychotropes en médecine générale, les médecins du sexe féminin sont plus enclins à prescrire les psychotropes, et ceci de manière significative.

**Tableau XXVII : Comparaison du pourcentage du sexe des médecins**

Auteur	Pays/Année	Sexe	
		Masculin	Féminin
Tabril et al [72]	Maroc/2017	58 %	42 %
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	13,3 %	86,7 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	56,86 %	43,14 %

### 1.3. Le secteur d'exercice :

La majorité des médecins participants dans notre étude (soit 61,76 %) exerçaient dans le secteur privé, et ils prescrivent les psychotropes plus souvent que les médecins du secteur public. Cette différence est statistiquement non significative ( $p= 0,34$ ).

Par contre dans l'étude de Tabril et al [72] les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux qui exercent dans le secteur libéral, et ceci de manière significative ( $p < 0,002$ ).

**1.4. La durée d'exercice :**

Dans notre étude, plus de la moitié des participants (51,96%) ont plus de vingt ans d'expérience, ces médecins prescrivent les psychotropes plus souvent que ceux qui ont moins d'expérience. Ceci est statistiquement significatif ( $p=0,001$ ).

Tabril et al [72] ont trouvé que la durée moyenne d'ancienneté des MG est  $19,5 \pm 11$  ans, et que les médecins ayant plus de dix ans d'expérience sont ceux qui prennent en charge le plus les cas de dépression, ceci de manière significative ( $p < 0,001$ ).

L'étude de Airod [73] a objectivé que la majorité des médecins (86,7%) avait une expérience supérieure à 10 ans, mais il n'y avait pas de différence significative entre les anciens et les nouveaux médecins en matière de prescription.

**Tableau XXVIII : Comparaison de l'ancienneté professionnelle**

Auteur	Pays/Année	Ancienneté professionnelle
Tabril et al [72]	Maroc/2017	$19,5 \pm 11$ ans
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	> 10 ans : 86,7%
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	> 20 ans : 51,96%

**1.5. La formation de base :**

Notre étude n'a pas montré qu'il y a une différence significative entre la prescription des médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie lors de leur cursus universitaire (90,20%) et ceux qui ne l'ont pas eu (9,80 %).

Dans l'étude de Airod [73], 69 % des MG ont bénéficié d'un stage en service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire et 31 % des MG ne l'ont pas eu, sans différence significative dans la prescription des deux parties.

L'étude de Tabril et al [72] a objectivé que les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux qui ont déjà bénéficié d'un passage par un stage de psychiatrie, ceci de manière significative ( $p < 0,021$ ).

**Tableau XXIX : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu un stage en psychiatrie**

Auteur	Pays/Année	Stage en psychiatrie
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	69 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	90,20 %

**1.6. La formation post doctorale :**

Dans notre étude, 56,86 % des médecins avaient bénéficié d'une formation post doctorale en psychiatrie, surtout sous forme de séminaire et d'atelier, et ce sont ces médecins qui prescrivent le plus souvent les psychotropes, ceci de manière significative.

Notre résultat est similaire à celui de l'étude de Tabril et al [72] où les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux qui ont déjà bénéficié d'une formation continue ou d'une formation postuniversitaire, ceci est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).

Par contre l'étude de Kisely et al [74] a trouvé que les médecins ayant bénéficié une formation postuniversitaire en psychiatrie sont moins susceptibles de prescrire les psychotropes.

Dans l'étude de Airod [73], 72 % des médecins n'ont jamais bénéficié de formation continue en pathologie psychiatrique. En plus cette étude n'a pas objectivé une association significative entre la formation continue et la prescription.

**Tableau XXX : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu une formation post doctorale en psychiatrie**

Auteur	Pays/Année	Formation post doctorale	
		Oui	Non
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	28 %	72 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	56,86 %	43,14 %

## 2. La place du médecin généraliste dans la santé mentale :

### 2.1. L'implication des médecins généralistes dans la santé mentale :

Le médecin généraliste joue un rôle clé en santé mentale, être à la pointe de l'offre de soins en fait le premier recours du patient ce qui le permet de détecter et de traiter les troubles psychiques.

Dans notre étude, la majorité des médecins (94,12 %) jugent que l'implication des MG dans la prise en charge des patients souffrant des troubles mentaux permettrait une amélioration de la qualité de prise en charge de la maladie mentale.

Ceci rejoint l'étude de Airod [73] où tous les médecins sont conscients de l'ampleur du problème de la santé mentale à l'échelle nationale. 82 % de ces médecins affirment que l'implication des médecins exerçant au niveau des établissements de soin de santé de base (ESSB), dans la prise en charge des troubles mentaux améliorerait la qualité de prise en charge de la maladie mentale.

L'étude de Tabril et al [72] a trouvé que la perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques est un facteur influençant la prescription des psychotropes, c'est-à-dire que les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux qui voient leur rôle comme étant de traiter et de suivre les pathologies psychiatriques ( $p < 0,001$ ).

L'étude de Raphenon [75] réalisé en 2017 auprès de 389 MG pour objectiver la perception que les médecins généralistes ont de leur prise en charge des troubles mentaux, a constaté que la grande majorité d'entre eux considéraient le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux comme très important (38,6 %), voire primordial (25,7 %).

Contrairement à l'étude de Amara et al [76] réalisée en 2008 auprès de 200 médecins (100 médecins généralistes et 100 psychiatres) pour objectiver le rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux, a trouvé que la plupart des médecins, aussi bien généralistes que psychiatres, se sont accordés sur le fait que le rôle joué par le généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques n'était que secondaire.



**2.2. La fréquence des consultations pour trouble mental :**

Presque la moitié de nos médecins (46.08 %) affirment qu'ils font moins de 10 consultations (CSLT) pour trouble mental par semaine, dont l'anxiété, les troubles de sommeil et les troubles dépressifs sont les plus fréquents.

Ce résultat est similaire à celui de Airod [73] qui indique que les consultations pour problèmes de santé mentale en médecine générale varient entre 10 et 20 % des consultations médicales, dont les troubles de sommeil, les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les plus fréquents.

L'étude de Raphenon [75] a trouvé que la majorité des médecins (64,7 %) voyait entre 1 et 10 patients atteints de troubles de la santé mentale par semaine.

**Tableau XXXI : Comparaison de la fréquence des consultations pour trouble mental :**

Auteur	Pays/Année	Fréquence des consultations
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	10–20% des cslt totales : 60 %
Raphenon [75]	France /2017	1–10 CSLT/ S : 64,7 %
Notre étude	Maroc : Inezgane– Ait Melloul/2023	< 10 CSLT/ S : 46.08 %

**2.3. La confiance des médecins en leur capacité de prise en charge des troubles mentaux :**

Dans notre étude, la majorité des médecins (78.43 %) affirment qu'ils ont confiance en leur capacité de prendre en charge un patient souffrant de trouble mental, et ce sont ces médecins qui prescrivent les psychotropes plus souvent, ceci de manière très significative ( $p < 0,001$ ).

Ceci rejoint l'étude de Tabril et al [72] où les médecins qui prescrivent plus fréquemment les psychotropes sont ceux qui sont confiants en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, sur le plan thérapeutique, et à suivre les pathologies psychiatriques, ceci aussi de manière très significative ( $p < 0,001$ ).

L'étude de Airod [73] a objectivé que 79 % des médecins participants déclarent ne pas avoir confiance en leur capacité de prendre en charge la maladie mentale, sans association significative entre la prescription et cette confiance.

**Tableau XXXII : Comparaison de la confiance des médecins en leur capacité de prise en charge des troubles mentaux**

Auteur	Pays/ Année	La confiance des médecins en leur capacité de prise en charge des troubles mentaux	
		Oui	Non
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	21 %	79 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	78.43 %	21,57 %

### **3. Les connaissances des médecins sur les psychotropes :**

#### **3.1. L'état des connaissances des médecins sur les psychotropes :**

La prescription implique de nombreuses décisions concernant la nature, les indications du médicament et les conditions de prescription, en plus dans le cas des médicaments psychotropes, il est important de savoir s'il faut les prescrire ou non et la façon de mettre fin à leur prescription [77].

Dans notre étude, la majorité des médecins participants ont des connaissances moyennes concernant les médicaments psychotropes. Et nous avons constaté qu'il y a une influence statistiquement très significative de l'état de connaissance des médecins sur la prescription :

- Le degré de connaissance des classes des psychotropes ( $p < 0,001$ ).
- Le degré de connaissance des indications des psychotropes ( $p < 0,001$ ).
- Le degré de connaissance des modalités de prescription des psychotropes ( $p < 0,001$ ).
- Le degré de connaissance des modalités d'arrêt des psychotropes ( $p < 0,001$ ).

Nos résultats rejoignent ceux de Airod [73] où la connaissance des classes des psychotropes n'est pas bien maîtrisée par la moitié des médecins. Et l'analyse des résultats permet d'établir une corrélation de la prescription avec l'état des connaissances des psychotropes :

- Le degré de connaissance des modalités de prescription ( $p = 0,0000014$ ).
- Le degré de connaissance des classes de psychotropes et leurs indications ( $p = 0,002$ ).
- Le degré de connaissance des effets secondaires ( $p = 0,004$ ).

**Tableau XXXIII : Comparaison du degré des connaissances des médecins sur les psychotropes**

Auteur	Le degré de connaissance des classes des psychotropes	Le degré de connaissance des indications des psychotropes	Le degré de connaissance des modalités de prescription des psychotropes	Le degré de connaissance des modalités d'arrêt des psychotropes
Airod [73]	Faible : 49,2 % Moyen : 35,6 % Bien : 15,3 %	Faible : 47,5 % Moyen : 42,4 % Bien : 10,2 %	Faible : 44,8 % Moyen : 46,7 % Bien : 8,5 %	Non : 62,1 % Oui : 37,9 %
Notre étude	Faible : 11,76 % Moyen : 86 % Bien : 1,96 %	Faible : 12,75 % Moyen : 84,31 % Bien : 2 ;94 %	Faible : 17 % Moyen : 81,37 % Bien : 2 %	Faible : 18,63 % Moyen : 78,43 % Bien : 2,94 %

**3.2. La source d'information sur les psychotropes :**

Dans notre étude, les principales sources d'information citées par nos médecins sont les revues scientifiques, les délégués médicaux, les tables rondes et les conférences.

L'étude de Airod [73] a trouvé que la majorité des médecins reçoivent l'information sur la prescription des psychotropes de la part des délégués médicaux promotionnant des psychotropes, et des revues médicales.

Selon Lafortune et al [78] il n'est pas facile d'identifier toutes les sources des connaissances des praticiens sur les psychotropes, cependant les revues scientifiques et les rapports de recherche produits par l'industrie pharmaceutique sont les principales sources.

Pichot [79] a déclaré que les informations du médecin praticien en psychopharmacologie de la psychologie du cerveau sont obtenues à partir de la lecture des publications scientifiques, les réunions scientifiques, l'information fournie par les firmes pharmaceutiques et l'expérience non systématique résultant de la pratique personnelle du médecin lui-même.

### 3.3. Rôle des délégués médicaux dans la diffusion de l'information :

Dans notre étude, tous les médecins reçoivent les délégués médicaux avec des fréquences différentes (56,86 % rarement, 41,18 % souvent et 1,96 % toujours), et la majorité de ces médecins jugent que les DM apportent des informations médicales souvent intéressantes. Ainsi, nous avons trouvé une association très significative entre la prescription et les visites des délégués médicaux promouvant les psychotropes. En plus, les DM constituent l'une des premières sources d'information selon nos médecins.

Dans l'étude d'Airod [73] les visiteurs médicaux constituent la première source d'information des médecins. Mais leur influence tend à diminuer concernant en particulier les Benzodiazépines et représente de moins en moins un facteur orientant la prescription.

Une étude réalisée par Darmon et al [80] en 2012 sur les acteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale en France a confirmé l'influence de l'utilisation de la visite des délégués de l'industrie pharmaceutique comme source d'information par les médecins généralistes français sur la fréquence de leurs prescriptions médicamenteuses, qui augmente avec la fréquence de la visite médicale. L'auteur a également indiqué que l'information délivrée par les visiteurs médicaux, bien qu'encadrée par une charte, est en effet partielle voire biaisée.

Dans l'étude de Lafortune et al [78] l'un des déterminants de la prescription des psychotropes est la connaissance des médecins obtenue à partir des documents émanant directement de l'industrie pharmaceutique, information dont l'objectivité est souvent contestée.

Lexchin [81] (Canada 1997) a remarqué que les médecins accordent énormément d'importance à la publicité qu'ils reçoivent, et c'est plutôt celle-ci qui détermine ce qu'ils prescrivent et à quelle fréquence, et que plus les médecins se basent sur la publicité des médicaments, moins leurs choix de prescription sont rationnels.

#### 4. Les attitudes des médecins face aux prescriptions des psychotropes :

##### 4.1. La fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes :

De nombreuses études sur le profil de prescription des psychotropes ont montré que ces médicaments sont largement prescrits par le médecin généraliste, en surpassant le psychiatre lui-même [8,9].

Notre étude a trouvé que nos médecins sont de petits prescripteurs : seulement 27,45 % des MG déclarent avoir souvent recours à la prescription des psychotropes, alors que 67,65 % les prescrivent rarement, dont les anxiolytiques sont la classe la plus prescrite suivis par les antidépresseurs et par les hypnotiques.

Notre résultat est proche de celui de Airod [73] où les médecins sont aussi de petits prescripteurs : 50 % des médecins prescrivent rarement les psychotropes dans leurs pratiques quotidiennes, 10,3 % ont souvent recours à ces médicaments et 39,7 % ne les prescrivent jamais, dont les anxiolytiques viennent en premier, suivis des antidépresseurs et des hypnotiques.

Dans une enquête menée dans un organisme de sécurité sociale marocain (CNOPS) par Belkacem et al [9], les anxiolytiques sont les psychotropes les plus prescrits. Tandis que l'étude de Tabril et al [72] a montré que la prescription des antidépresseurs est plus importante que celle des anxiolytiques.

**Tableau XXXIV : Comparaison de la fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes**

Auteur	Pays/Année	La fréquence de prescription	Les classe les plus prescrites
Tabril et al [72]	Maroc/2017	---	Les anxiolytiques : 54,9 % Les antidépresseurs : 67,3 %
Airod [73]	Maroc : Casablanca/ 2017	Jamais : 39,7 % Rarement : 50 % Souvent : 10,3 %	Les anxiolytiques : 51 % Les antidépresseurs : 39,6 %
Belkacem et al [9]	Maroc/1997	---	Les anxiolytiques : 44,9 % Les neuroleptiques : 25,2 % Les antidépresseurs : 18,7 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	Jamais : 4,9 % Rarement : 67,65 % Souvent : 27,45 %	Les anxiolytiques : 68,42 % Les antidépresseurs : 22,56 % Les hypnotiques : 9,02 %

### 4.2. Le suivi des patients :

La majorité de nos médecins (73,52 %) assurent le suivi des patients qui sont traités avec les psychotropes, et ce sont ces médecins qui prescrivent les psychotropes le plus souvent, ceci de manière significative ( $p < 0,001$ ).

L'étude de Airod [73] a trouvé que 71,7 % des prescripteurs assurent l'observance de traitement par les psychotropes contre 28,3 % qui ne la font pas.

L'étude de Fleury et al [82] réalisée en 2010, au Canada, auprès de 60 MG et portant sur les obstacles de la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale, a trouvé que les médecins généralistes suivaient de près leurs patients atteints de troubles mentaux. En plus l'utilisation des médicaments prescrits et leurs effets secondaires étaient étroitement surveillés.

### 4.3. La prescription lors des troubles organiques :

De nombreuses enquêtes liées à la pratique de la prescription des psychotropes ont montré que les médecins généralistes peuvent prescrire ces médicaments dans le cadre de la prise en charge de maladies organiques [9].

Dans notre étude, les médecins classent la prescription pour les maladies organiques en quatrième position après l'anxiété, les troubles de sommeil et les troubles dépressifs, et cette prescription vise principalement les troubles fonctionnels et les neuropathies. Cependant, nous avons trouvé que les médecins qui considèrent la pathologie organique comme une indication des psychotropes, les prescrivent plus souvent que ceux qui ne la considèrent comme telle. Ceci de manière significative ( $p=0,006$ ).

Dans une étude américaine de Mark [83] sur les diagnostics pour lesquels les psychotropes sont prescrits, environ 7,3 % des prescriptions d'antidépresseurs et près d'un tiers des prescriptions d'anxiolytiques ont été prescrites pour une variété de diagnostics non psychiatriques.

Dans l'étude de Airod [73] et contrairement à l'étude précitée et à la nôtre, les praticiens optent moins souvent pour les psychotropes comme base de traitement pour les maladies organiques.

### 4.4. Les difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription :

Dans notre étude, une minorité des médecins a révélé les principaux obstacles qui les empêchent carrément de prescrire les psychotropes : le problème de diagnostic, la sensation d'insécurité, la méconnaissance des médicaments et le manque d'expérience. D'autre part la majorité des médecins prescripteurs déclarent rencontrer des difficultés lors de la prescription qui sont surtout liées aux difficultés de sevrage, à la nécessité d'actualisation des connaissances pharmacologiques, aux difficultés de choix de psychotropes et aux modalités de prescription. Tous ces obstacles et difficultés à part le manque d'actualisation des connaissances pharmacologiques et le problème de sevrage, exercent une influence très significative sur la prescription.

Nos résultats sont similaires à ceux de Airod [73], avec les mêmes obstacles et difficultés. En plus, la méconnaissance des médicaments, les problèmes de diagnostic et le problème de sevrage se sont révélés comme étant des déterminants de la prescription dans cette étude.

Dans l'étude de Tabril et al [72], les principaux obstacles déclarés par les médecins sont la difficulté du suivi du traitement, la difficulté de manipuler la prescription des psychotropes et la crainte de survenue des effets secondaires.

L'étude de Amara et al [76] a trouvé que le manque de compétence des généralistes dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux a constitué à lui seul l'obstacle le plus communément rapporté par les médecins pour expliquer la faible implication des généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux.

### 4.5. Le besoin en formation sur les psychotropes :

Dans notre étude, la grande majorité des médecins (96,08 %) expriment leur besoin de formation sur les psychotropes, et plus particulièrement en ce qui concerne :

- Les modalités d'arrêts des psychotropes (21,44 %).
- La surveillance des effets secondaires des psychotropes (20,69 %).
- Les indications et les contre-indications des psychotropes (20 %).
- Les modalités de prescription des psychotropes (19,77 %).
- La formation sur les connaissances de toutes les classes de psychotropes (18,39 %).

## La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Airod [73] où les médecins déclarent avoir besoin d'une formation sur les connaissances de toutes les classes de psychotropes et surtout les neuroleptiques, ainsi que sur leurs indications et leurs contre-indications et sur les modalités de leurs prescriptions, afin de pouvoir les prescrire en toute sécurité en cas d'indication.

L'étude de Tabril et al [72] a trouvé qu'il y a un besoin de formation en matière de toutes les classes de psychotropes, et surtout les neuroleptiques.

Dans une étude réalisée par El Kirat et al [84] auprès de professionnels de santé à Rabat afin d'identifier leurs besoins en formation en santé mentale, les médecins généralistes ont souligné la nécessité de bénéficier de formation en pathologie psychiatrique, en pratiques cliniques, en manipulation des psychotropes et en utilisation de nouvelles techniques thérapeutiques.

**Tableau XXXV : Comparaison des formations en besoin par les médecins**

Auteur	Pays/Année	Les formation en besoin
Tabril et al [72]	Maroc/2017	Formation en matière de toutes les classes de psychotropes : Les neuroleptiques : 82 % Les thymorégulateurs : 77 % Les antidépresseurs : 53,4 % Les anxiolytiques : 46,3 %
Airod [73]	Maroc : Casablanca/ 2017	- 1 <sup>er</sup> besoin : Connaissances des classes de psychotropes - 2 <sup>nd</sup> besoin : Modalités de prescription - 3 <sup>ème</sup> besoin : Indications et contre-indications - 4 <sup>ème</sup> besoin : Modalités d'arrêt - 5 <sup>ème</sup> besoin : Surveillance des effets secondaires
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	- Les modalités d'arrêts des psychotropes : 21,44% - La surveillance des effets secondaires : 20,69 % - Les indications et les contre-indications : 20 % - Les modalités de prescription : 19,77 % - La formation sur les connaissances de toutes les classes de psychotropes : 18,39 %



## **5. Les conduites à tenir des médecins devant les troubles mentaux :**

Dans notre étude, la plupart des médecins traitent l'insomnie, l'anxiété et la dépression, mais la grande majorité réfère les troubles anxieux caractérisés, les addictions aux substances psychotropes et les troubles psychotiques à un spécialiste.

Ainsi, nous avons trouvé que les médecins qui prennent en charge l'insomnie, l'anxiété, la dépression, le trouble anxieux caractérisé et la schizophrénie, ont une tendance plus élevée à prescrire les psychotropes, ceci de manière significative.

Dans l'étude de Fleury [85] sur la prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec, presque tous les MG prennent en charge les troubles mentaux courants et se sentent compétents pour le faire. Par contre en situation de troubles mentaux graves, seulement une minorité (17 %) s'estime compétent à les traiter.

L'étude de Milleret [86] a révélé qu'une grande partie des troubles anxieux, dépressifs et les conduites éthyliques sont soignée par les médecins généralistes, et que les personnes souffrantes d'un trouble anxieux sont peu orientées par ces médecins vers une prise en charge spécialisée. En revanche, l'orientation vers les services de psychiatrie est plus importante pour les patients qui présentent un trouble psychotique.

Dans l'étude de Tabril et al [72] la majorité des médecins considèrent le trouble bipolaire et la schizophrénie comme pathologies difficiles à diagnostiquer et à traiter et que les conduites addictives sont les plus difficiles à traiter.

### **5.1. L'insomnie :**

Dans notre étude, presque tous les médecins prennent en charge l'insomnie. Et ils prescrivent principalement comme traitement les anxiolytiques (50,30 %) et les hypnotiques (41,21%).

L'étude de Springborg [87] sur les attitudes des médecins généralistes concernant l'insomnie des personnes de plus de 65 ans, a trouvé que lorsqu'un médicament était nécessaire, la majorité des participants privilégiaient les anxiolytiques à demi-vie courte ou les antidépresseurs.

L'étude épidémiologique de l'INSERM [88] sur les psychotropes a trouvé que la deuxième cause de prescription des tranquillisants et hypnotiques était l'insomnie chronique (60 %).

L'étude réalisée par Léger et al [89] pour décrire la perception des médecins généralistes français concernant l'insomnie a trouvé que près des deux tiers (60,2 %) des généralistes déclarent ne pas prescrire de médicament à leur patient dès la première plainte. Et qu'ils prescrivent le plus souvent des hypnotiques en association à des conseils hygiéno-diététiques.

Bourcier [90] a souligné que les principes actifs qui utilisés pour traiter l'insomnie appartiennent aux classes pharmacologiques suivantes : benzodiazépines à visée hypnotique, les apparentés aux benzodiazépines, les antihistaminiques H1 de 1re génération et les agonistes des récepteurs de la mélatonine. De plus, le choix de l'hypnotique est en partie guidé par les caractéristiques du patient, ainsi que par la forme clinique de l'insomnie.

### **5.2. L'anxiété :**

Dans notre étude, la grande majorité des médecins enquêtés (93,14 %) prennent en charge les patients diagnostiqués avec une anxiété. Les anxiolytiques sont les plus prescrits.

Dans l'étude de l'INSERM [88] la cause principale de prescription des tranquillisants et des hypnotiques était l'anxiété (72 %).

### **5.3. La dépression :**

Dans notre étude, nous avons trouvé que la majorité des médecins (86,27 %) prennent en charge la dépression. Et que les antidépresseurs (52,66 %) et les anxiolytiques (45,56 %) sont les plus prescrits pour la traitée.

Une étude a été réalisée par Dumesnil et al [91] en 2011 sur les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale a trouvé que Neuf MG sur dix s'estimaient efficaces dans la prise en charge de la dépression, et que 66 % des médecins choisissaient de prescrire des antidépresseurs seuls ou avec des anxiolytiques ou hypnotiques.

Lafont–Rapnouil [92] rappelle que la première ligne de traitement de la dépression est constituée par les antidépresseurs, mais qu'en raison de leurs effets retardés, il est conseillé de commencer par une combinaison d'anxiolytiques et d'hypnotiques, de préférence des benzodiazépines. Ce traitement ne doit pas être systématique et doit être de courte durée. La co-prescription d'antipsychotiques atypiques est justifiée, en particulier si les épisodes dépressifs majeurs s'accompagnent de caractéristiques psychotiques, et dans le cas de formes sévères.

### **5.4. Trouble anxieux caractérisé :**

Dans notre étude, 62,75 % des MG réfèrent au psychiatre les patients diagnostiqués avec un trouble anxieux caractérisé, et seulement 37,25 % les prennent en charge, en prescrivant principalement les antidépresseurs et les anxiolytiques.

Levy et al [93] ont indiqué que le traitement pharmacologique de fond des troubles anxieux caractérisé consiste en la prescription d'antidépresseur en première intention (exception faite de la phobie spécifique dans laquelle aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité). En plus, un traitement symptomatique peut être nécessaire ponctuellement. Les anxiolytiques (benzodiazépine) peuvent être indiqués lorsqu'un contrôle rapide est crucial.

### **5.5. L'addiction aux substances psychotropes :**

Dans notre enquête, 91,18 % des médecins réfèrent les patients souffrant d'une addiction aux substances psychotropes au psychiatre, alors que 8,82 % (n= 9) les prennent en charge, en prescrivant les antidépresseurs, les anxiolytiques et parfois les neuroleptiques.

L'étude de David [94] en 2020 sur les pratiques de prévention et de prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes libéraux a trouvé que 84 % des médecins généralistes déclarent avoir adressé, dans l'année écoulée, un ou plusieurs patients, à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à un service hospitalier spécialisé dans les conduites addictives.

L'étude de Ghazoui [95] en 2018, a trouvé que 65 % des médecins généralistes de l'étude affirment prendre en charge les addictions dans leur pratique.

L'étude de Laqueille [96] sur l'addiction aux substances et traitements pharmacologiques a montré que le principe de la stratégie de sevrage repose sur l'arrêt de toute consommation avec dans un second temps les mesures thérapeutiques du post-sevrage. Les traitements du sevrage restent essentiellement symptomatiques, en associant les anxiolytiques et les antalgiques.

### **5.6. La schizophrénie :**

Dans notre étude, seulement 3 médecins prennent en charge les patients souffrant d'une schizophrénie, en se basant sur la prescription des neuroleptiques. Tandis que le reste des médecins préfèrent référer ces patients au psychiatre.

King [97] a trouvé que presque tous les patients qui se présentent chez le médecin généraliste avec une psychose aiguë sont finalement orientés vers un spécialiste, et que le pourcentage de patients schizophrènes pris en charge par le médecin généraliste a diminué tout au long des années.

Par contre, l'étude de Carr et al [98] sur les attitudes et le rôle des médecins généralistes dans le traitement de la schizophrénie a signalé que 75 % des généralistes australiens traitent actuellement des patients atteints de schizophrénie, comprenant, en moyenne, deux patients traités conjointement avec des services spécialisés et un patient traité sans soutien spécialisé continu.

Dans l'étude de Baylé et al. [99], le traitement de la schizophrénie repose principalement sur les antipsychotiques. Cependant, en cas de présence de symptômes anxieux ou dépressifs, une co-prescription d'un anxiolytique, de préférence une benzodiazépine, ou d'un antidépresseur avec un antipsychotique peut être utilisée.

### **5.7. Le trouble bipolaire :**

Pour le trouble bipolaire seulement 4 MG dans notre étude, prennent en charge ces patients, en se basant sur la prescription des thymorégulateurs. Le reste des MG les réfèrent au psychiatre.

Nos résultats rejoignent ceux de l'étude exploratoire néerlandaise de Ter Meulen et al [100] pour objectiver combien de patients atteints de troubles bipolaires sont traités exclusivement en médecine générale, a révélé qu'il s'agit de très peu de patients, moins d'un (0,1 – 0,8) patient par cabinet normalisé.

Selon la Société suisse des troubles bipolaires [101], bien que les stabilisateurs de l'humeur puissent être utilisés en monothérapie dans le trouble bipolaire, il est également recommandé d'associer un stabilisateur de l'humeur (tel que le lithium ou le valproate) avec un antipsychotique atypique comme traitement de première intention pour les phases maniaques du trouble bipolaire.

### **6. L'influence des patients :**

#### **6.1. Le sexe des patients :**

L'influence du sexe des patients a fait l'objet de plusieurs études, aboutissant à des résultats similaires. Les données provenant d'études sur la consommation des psychotropes montrent systématiquement un taux de consommation plus élevé chez les femmes que chez les hommes [102,103].

Dans notre étude, presque les deux tiers des médecins participants (61,76 %), ont tendance à prescrire ces médicaments plus fréquemment pour les femmes.

Ces constatations coïncident avec les données de l'étude de Airod [73], où 52,2 % des médecins prescripteurs, ont tendance à prescrire ces médicaments plus fréquemment chez les femmes.

Dans l'étude de Belkacem et al [9] la prescription des psychotropes est légèrement élevée chez les femmes. Ainsi, l'étude de Kisely et al [74] a montré qu'il y a une association significative entre le sexe féminin des patientes et la prescription des psychotropes.

**Tableau XXXVI : Comparaison du pourcentage du sexe féminin des patients**

Auteur	Pays/Année	Sexe féminin
Belkacem et al [9]	Maroc/1997	54 %
Airod [73]	Maroc : Casablanca/2017	52,2 %
Kisely et al [74]	14 pays : 2000	54 %
Notre étude	Maroc : Inezgane- Ait Melloul/2023	61,76 %

### **6.2. L'âge des patients :**

L'âge est l'une des caractéristiques individuelles des patients qui peuvent influencer la prescription des psychotropes. Plusieurs études ont montré que la consommation des psychotropes augmente avec l'âge [103,104].

Dans notre étude, la majorité des médecins (85,29 %) déclarent que les adultes âgés de 15 à 65 ans sont les plus concernés par leur prescription des psychotropes.

Ceci rejoint l'étude de Belkacem et al [9] où les psychotropes ont été prescrits dans plus de la moitié des cas entre 40 et 60 ans. Et l'étude de Airod [73] où les adultes représentent la première indication de la prescription chez 80,9 % des prescripteurs.

L'étude de Kisely et al [74] a montré qu'il y a une association significative entre l'âge avancé des patients et la prescription des psychotropes.

### **6.3. La pression des patients :**

La majorité de nos médecins affirment être confrontés à des situations de pression pour prescription de la part des patients et à des taux différents, dont les anxiolytiques et les hypnotiques étant les classes les plus demandées. Notre étude a conclu que la pression exercée par les patients sur les médecins a une influence statistiquement significative sur leur prescription des psychotropes.

Le renouvellement de l'ordonnance est la première cause de cette demande par les patients, suivis par les états de stress, et le problème de pharmacodépendance.

Devant les exigences des patients à leur prescrire les psychotropes, la majorité des médecins enquêtés ne cèdent pas à leurs demandes : dans 48,20 % des cas ils préfèrent mener un dialogue avec le patient, dans 30,94 % des cas ils refusent carrément et réfèrent le patient au psychiatre et dans 19,42 % des cas ils prescrivent un placebo. Cependant, nous avons trouvé que les médecins qui prescrivent plus souvent les psychotropes sont ceux qui mènent un dialogue avec les patients qui les exigent de prescrire ces médicaments. Ceci de manière significative ( $p=0,006$ ).

## La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

Ces résultats s'accordent avec ceux de Airod [73], où presque 95 % des médecins enquêtés, subissent la pression des patients à leur prescrire les psychotropes, surtout les anxiolytiques et les hypnotiques, soit pour un problème de pharmacodépendance le plus souvent, ou pour un renouvellement de l'ordonnance. En plus, l'analyse statistique des données de cette enquête a révélé que la pression des patients est un déterminant de la prescription ( $p= 0,01$ ). La majorité des médecins de cette étude ne cèdent pas à cette demande, par crainte d'être la cible de ces patients qui font le tour des médecins et font pression sur chacun d'eux pour obtenir ces médicaments, et par crainte d'être manipulés par les faux malades.

Une étude réalisée par Hadsall et al [105] sur les facteurs liés à la prescription des psychotropes par les médecins de soins primaires a mentionné que les patients demandent la prescription des médicaments psychotropes, dont les barbituriques et les anxiolytiques sont les plus fréquents. Concernant la cause de cette demande l'auteur a suggéré que les patients sont devenus plus disposés de porter à l'attention de leur médecin leurs situations de vie stressantes. En combinaison avec la croyance qu'il existe une réponse chimique à ces problèmes, ce qui pousse le patient à exprimer son désir de traitement médicamenteux au médecin.

Une étude réalisée par Sleath et al [106] sur l'initiation de la prescription de psychotropes (par le médecin ou le patient) a trouvé que 42 % des prescriptions de psychotropes ont été à l'initiative des patients.

Une vaste enquête américaine réalisée par Schwartz et al [107] sur les motivations des médecins pour la prescription de médicaments a objectivé que la pression des demandes exprimées par les patients constitue le premier motif de la prescription pour 46 % des médecins interrogés dans cette enquête.

### **III. Limites de l'étude :**

Nous avons rencontré des difficultés et des limites dans la conduite pratique de notre enquête à savoir :

- Plusieurs cas de refus ont été observés lors de l'enquête.
- Le questionnaire d'analyse des pratiques auprès des praticiens en utilisant des QCM n'a pas reflété exactement les véritables pratiques. Les intentions affichées diffèrent en effet des prescriptions réelles.
- Le manque de statistiques dans notre pays sur ce sujet, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.

### **IV. Recommandations :**

Le médecin généraliste occupe une place importante dans le domaine de la santé mentale. Il participe au diagnostic et au traitement des troubles mentaux, cependant la bonne maîtrise des modalités de l'utilisation des médicaments est l'un des piliers nécessaires pour remplir ce rôle.

A partir des résultats de notre enquête, un certain nombre de recommandations paraissent nécessaires pour améliorer les attitudes et la perception des médecins vis-à-vis des psychotropes. Nous avons donc pris la liberté de formuler quelques suggestions :

- Amélioration de la formation initiale des médecins en insistant sur le volet thérapeutique (surtout sur les psychotropes et leurs modalités de prescription) des troubles de santé mentale lors de l'enseignement théorique, et lors de l'enseignement pratique dans les stages en psychiatrie.
- Organisation de séances de formation continue non pharmaceutiques pour les médecins généralistes sur les psychotropes.
- Amélioration de la diffusion et de l'accessibilité des recommandations de bonnes pratiques aux prescripteurs.
- Sensibilisation de la population générale sur les risques liés à l'usage inapproprié de médicaments psychotropes.
- Éducation des patients suivis pour troubles mentaux et traité par les psychotropes.
- Amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.





## *CONCLUSION*



Les psychotropes ont connu une grande évolution durant ces dernières années, ils sont prescrits actuellement et dans une très large mesure, par les médecins généralistes, ces derniers jouent un rôle clé en santé mentale, étant à la pointe de l'offre de soins.

Le but de notre recherche était d'évaluer, auprès des médecins généralistes de la préfecture Inezgane-Ait Melloul, les déterminants de la prescription des psychotropes et d'identifier les facteurs influant leur prescription.

Nos résultats montrent que bien que les médecins généralistes prescrivent les psychotropes et assurent la prise en charge des troubles mentaux relativement mineurs, ils nécessitent une formation complémentaire générale en santé mentale, en insistant surtout sur le volet psychopharmacologique.

Afin de surmonter les obstacles et les difficultés rencontrées lors de la prescription, il est nécessaire de développer la formation initiale, d'organiser des séances de formation continue au profit des médecins généralistes et de faciliter l'accès aux nouvelles informations et recommandations provenant de sources fiables loin des publicités de l'industrie pharmaceutique.

Dans notre étude, les demandes des patients se révèlent influentes sur le comportement prescriptif des médecins. Pour cela, les patients doivent être informés et éduqués sur les risques liés à la consommation irrationnelle des psychotropes.

Enfin, la prescription de psychotropes ne représente qu'un aspect d'un projet thérapeutique en matière de santé mentale. Ainsi, elle doit être pertinente avec le respect du diagnostic, des indications, des règles de prescription et il ne devrait pas y avoir de réticence à faire appel à l'avis du psychiatre.



## *ANNEXES*



**Annexe 1 : Instrument d'enquête – Questionnaire**

**La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins  
généralistes**

**Questionnaire destiné aux médecins généralistes de la préfecture Inezgane– Ait Melloul**

Chères confrères,

Dans le cadre d'un travail de thèse, vous êtes invités à participer à une enquête qui porte sur la prescription des médicaments psychotropes par les médecins généralistes dont l'objectif est d'étudier les modalités et les circonstances de cette prescription afin de déterminer le degré d'implication de médecin généraliste dans la santé mentale.

Votre participation est anonyme et vos données sont confidentielles, et vous prendront 10 minutes en moyenne.

\*Obligatoire

1. Je consens volontairement à participer à cette étude \*

- Oui
- Non

2. Quel est votre âge ? \*

- 25 – 35 ans
- 36 – 45 ans
- 46 – 55 ans
- > 56 ans

3. Quel est votre genre ? \*

- Femme
- Homme

4. Quel est votre secteur d'exercice ? \*

- Public
- Privé

5. Nombre des années des exercices :

- < 5 ans
- 5 - 10 ans
- 11 - 20 ans
- > 20 ans

6. Veuillez préciser votre lieu de travail (centre de santé, cabinet individuel, clinique ...) \*

- Centre de santé
- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Clinique
- Autre : .....

7. Dans quelle faculté de médecine avez-vous étudié ? \*

- FMPM
- FMPC
- FMPR
- FMPF
- FMPO
- Autre : .....

8. Avez - vous bénéficié au cours de votre cursus universitaire d'un stage en service de psychiatrie ? \*

- Oui
- Non

9. Etes-vous satisfait de ce stage ?

- Oui
- Moyennement
- Non

10. Avez-vous bénéficié d'une formation supplémentaire en psychiatrie en dehors de votre formation universitaire médicale ? \*

- Oui
- Non

11. Si oui, quel type de formation ?

- Stage en psychiatrie
- Formation continue
- Séminaires, ateliers
- Autres : .....

12. Vos connaissances au santé mentale étaient amélioré suite à cette formation ?

- Oui
- Non

13. Combien des consultations pour trouble mental vous faites par semaine ? \*

- <10
- 10-20
- 20-30
- 30-40
- >40

14. Quels sont les motifs de consultation les plus fréquents ? \*

- Trouble de sommeil
- Anxiété
- TP (Troubles de panique)
- TOC (Trouble obsessionnel compulsif)
- TAG (Trouble d'anxiété généralisé)
- Phobie sociale
- Phobie spécifique
- ESPT (Etat de stress post traumatique)
- Trouble dépressif
- Les troubles psychotiques
  - o Schizophrénie
  - o Trouble bipolaire
- L'addiction aux substances psychoactives
- Trouble sexuel
- Autre : .....

15. Avez-vous confiance en votre capacité de prendre en charge un patient souffrant de trouble mental ? \*

- Oui
- Non

16. Selon vous, l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux permettra une amélioration de la qualité de prise en charge de la maladie mentale ? \*

- Oui
- Non

17. Prescrivez-vous des médicaments psychotropes ? \*

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

18. Quelle est la ou les famille(s) des psychotrope(s) la ou les plus prescrite ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs

19. Assurez-vous le suivi des patients traités par les psychotropes ?

- Oui
- Non

20. Les patients les plus concernés

- Sexe masculin
- Sexe féminin
- Les deux sexes

21. L'âge des patients les plus concernés

- <15 ans
- 15ans–65 ans
- >65 ans

22. Quels sont les pathologies pour lesquelles vous prescrivez ?

- Trouble de sommeil
- Anxiété
- TP (Troubles de panique)
- TOC (Trouble obsessionnel compulsif)
- TAG (Trouble d'anxiété généralisé)
- Phobie sociale
- Phobie spécifique
- ESPT (Etat de stress post traumatique)
- Trouble dépressif
- Les troubles psychotiques
  - o Schizophrénie
  - o Trouble bipolaire
- L'addiction aux substances psychoactives
- Trouble sexuel
- Les troubles organiques
- Renouvellement de l'ordonnance
- Autre : .....

23. Si vous prescrivez pour des troubles organiques, dans quel cas vous prescrivez ?

- Maladies cardio-vasculaires
- Maladies cancéreuses
- Neuropathies
- Pathologies ostéo-articulaires
- Douleur (migraine)
- Pathologie fonctionnelle
- Autre : .....



24. Estimez le degré de votre connaissance des classes des psychotropes \*

- Bien
- Moyen
- Faible

25. Estimez le degré de votre connaissance des indications des psychotropes

- Bien
- Moyen
- Faible

26. Estimez le degré de votre connaissance des modalités de prescription des psychotropes \*

- Bien
- Moyen
- Faible

27. Estimez le degré de votre connaissance des modalités d'arrêt des psychotropes \*

- Bien
- Moyen
- Faible

28. Les difficultés que vous rencontrez lors de prescription des psychotropes

- Choix de psychotrope
- Manque d'actualisation de connaissance pharmacologique
- Posologie et la durée de traitement
- Problème de sevrage

29. Si vous ne prescrivez pas, quels sont les raisons qui vous empêchent de prescrire ?

- Problème de diagnostic
- Méconnaissance des médicaments
- Manque d'expérience
- Sensation d'insécurité
- Autre : .....

30. Etes-vous en besoin d'une formation aux psychotropes ? \*

- Oui
- Non

31. Si oui, quelle formation ?

- Connaissances des classes de psychotropes
- Les modalités de prescription
- Les indications et contre-indications
- Les modalités d'arrêt
- La surveillance des effets secondaires

32. Vos sources d'information sur les psychotropes sont : \*

- Ministère
- Délégué
- Revue
- Congrès/ séminaires / atelier
- Tables rondes/ conférence
- Confrères
- Autres : .....

33. Vous recevez les délégués médicaux promotionnant les psychotropes ? \*

- Rarement
- Souvent
- Toujours

34. Selon vous, les délégués médicaux apportent l'information médicale ?

- Oui
- Non

35. Si oui, cette information est intéressante ?

- Oui
- Non

36. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une insomnie ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

37. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

38. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une anxiété ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

39. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

40. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une dépression ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

41. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

42. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué un trouble anxieux caractérisé (TOC, TP, TAG, ESPT, Phobie ...) ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

43. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

44. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une addiction aux substances psychotropes

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

45. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

46. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une schizophrénie ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

47. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

48. Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué un trouble bipolaire ? \*

- Vous le prenez en charge
- Vous le referez au psychiatre

49. Si vous le prenez en charge, quels médicaments prescrivez-vous ?

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Autre : .....

50. Avez-vous reçu une demande de prescription des psychotropes par les patients ? \*

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

51. Les médicaments les plus demandé

- Les neuroleptiques
- Les anxiolytiques
- Les hypnotiques
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs
- Les psychostimulants
- Autre : .....

52. Les causes pour lesquelles les patients exigent la prescription

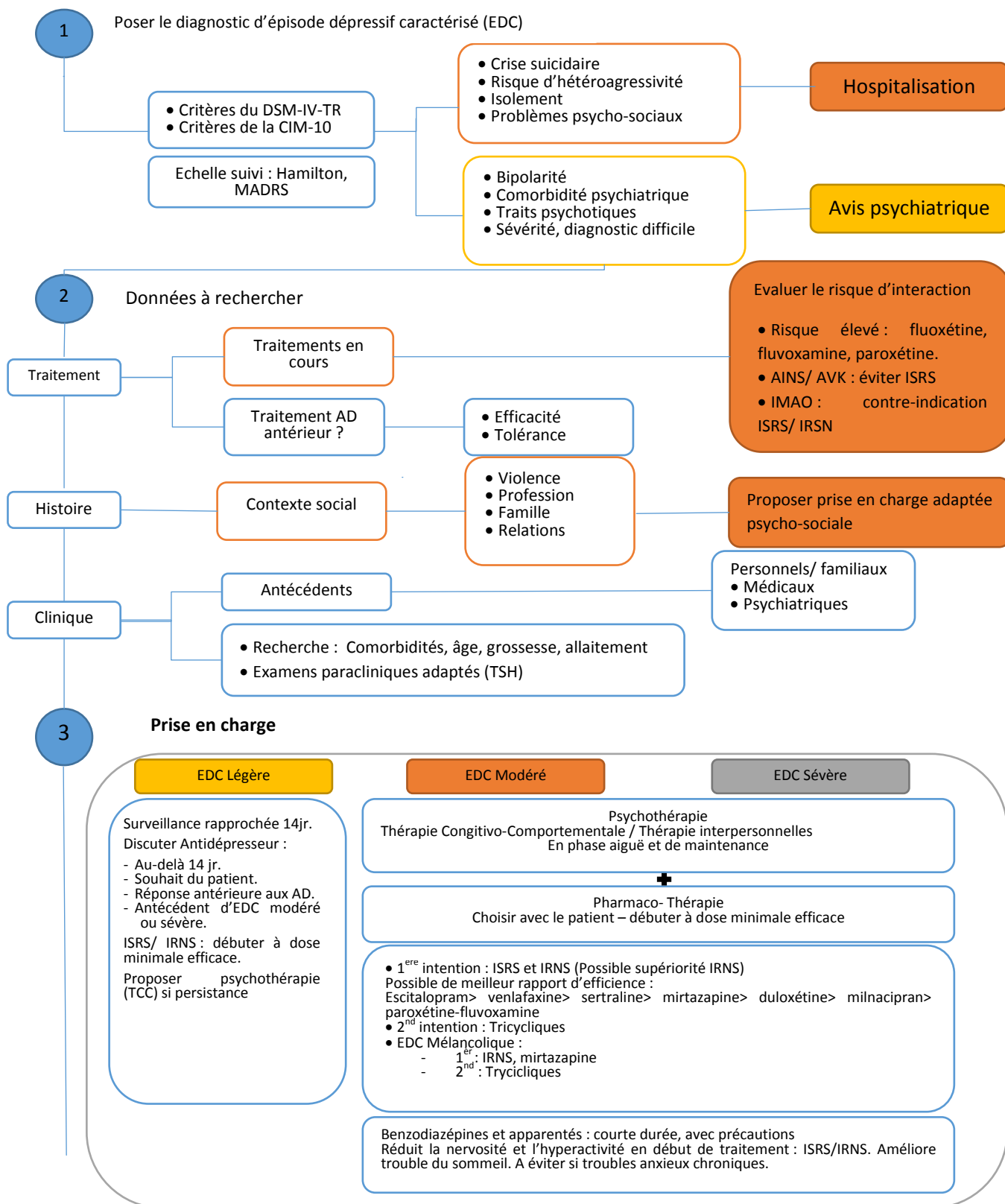
- Problème de pharmacodépendance
- Renouvellement de l'ordonnance
- Etat de stress
- Auto-prescription
- Autre : .....

53. Quel est votre attitude devant les exigences des patients à leurs prescrire les psychotropes

- Vous acceptez de les prescrire
- Vous refusez, et référez le patient au psychiatre
- Vous prescrivez un Placebo
- Vous menez un dialogue avec le patient
- Autres : .....

Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse de ce questionnaire.

## Annexe 2 : la prise en charge du trouble dépressif majeur en soins primaires



Population particulière : bien évaluer la balance bénéfique/ risque

Sujet âgé	- Tricycliques contre-indiqués. Surveillance hématologique avec miansérine. - Débuter à la moitié de la dose recommandée, augmenter graduellement. Toujours combiné à la psychothérapie.
Grossesse	Préférer fluoxétine et autre ISRS sauf paroxétine. - Fin de grossesse : possible syndrome sevrage et sérotoninergique/ effets neurocomportementaux à long terme possible. - 1 <sup>er</sup> trimestre : paroxétine et malformation cardiaque discuté.
Allaitement	Plutôt citalopram, nortriptyline, sertraline, paroxétine, passage important de la fluoxétine dans le lait.
Enfant/ adolescent	Eviter les AD - Risque suicidaire sous ISRS/ IRNS (venlafaxine le plus à risque) ou d'effets indésirables (surtout paroxétine à éviter). - Fluoxétine, citalopram : efficacité modeste chez enfant meilleure balance B/R (EDC M à S) - Toujours combiné à la psychothérapie.

Selon Comorbidités :

Epilepsie	Eviter clomipramine.
Démence	Contre-indication des tricycliques.
Trouble cérébraux organique, post AVC	Eviter substances à effets sédatifs et anticholinergique (tricycliques).
Insuffisance cardiaque	ISRS.
Coronaropathie	ISRS (sertraline ou citalopram) et miansérine.
Glaucome, hypertrophie prostate	Eviter IMAO et tricycliques.
Obésité	Eviter mirtazapine et paroxétine (prise de poids). Plutôt escitalopram.
Diabète	Réduire l'insuline avec ISRS, gain poids avec mirtazapine, tricycliques sédatifs.
Cancer	ISRS.

Selon le profil de tolérance :

Dysfonctions sexuelles	Surtout fluoxétine/ paroxétine – moindre citalopram/ escitalpram/IRNS – aucun agomélatine – mirtazapine.
Suicidaire	Eviter venlafaxine et tricycliques (risque d'overdose).
Problème d'observance	Plus de syndrome de sevrage avec paroxétine et venlafaxine.
Anxiété	Escitalpram, fluoxétine, paroxétine, sertraline, venlafaxine.
Trouble de sommeil	Mirtazapine, fluoxétine, paroxétine et sertraline



Annexe 3 : la prise en charge des troubles anxieux généralisés en soins primaires

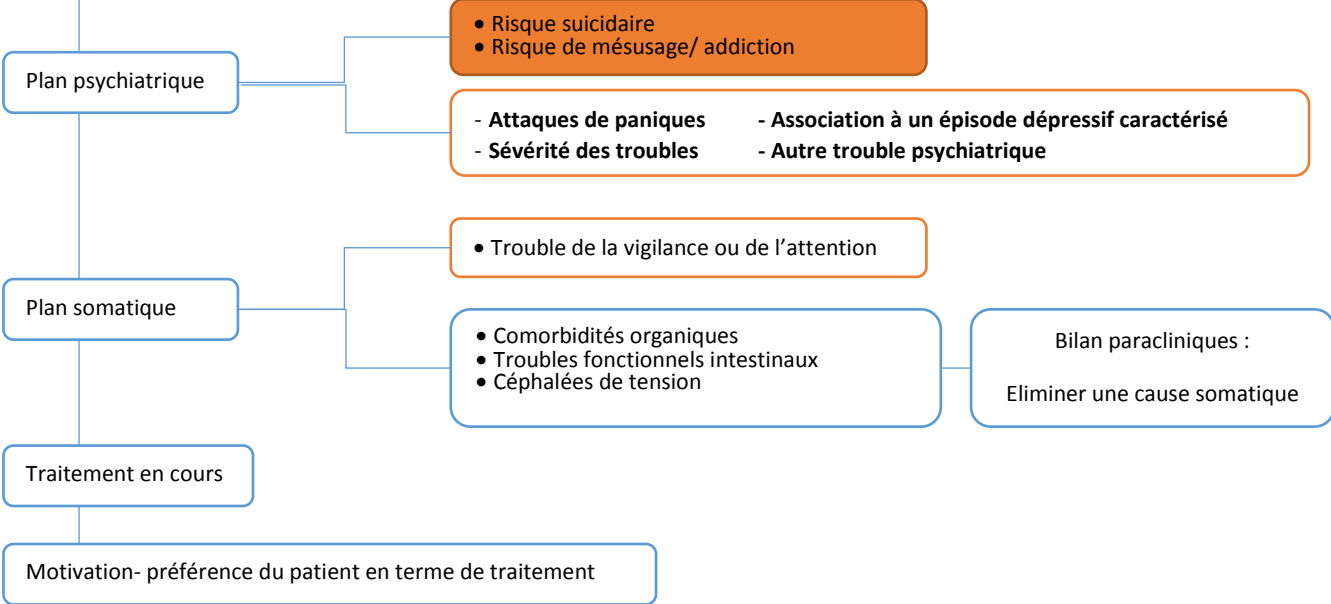
1 Poser le diagnostic e trouble anxieux généralisé (TAG)

Critères du DSM-IV-TR

- Anxiété permanente : type d'attente anxieuse avec appréhension, en général depuis 6 mois, inquiétude excessive.
- Incapacité à contrôler, signe physiques d'angoisse : agitation, fatigabilité, troubles concentration, irritabilité, tension musculaire, trouble de sommeil.
- Altération significative du fonctionnement socio-professionnel.

Echelle suivi :  
Hamilton Rating scale for anxiety

2 Données à rechercher



3 Conditions pratiques

ANTIDEPRESSEURS – durée moyenne : 24- 28 semaines.

1 <sup>ère</sup> intention	Escitalpram – Paroxétine – Sertraline - Venlafaxine.
2 <sup>ème</sup> intention	Imipramine, Duloxétine.
3 <sup>ème</sup> intention	Mirtazapine, Citalopram.

Meilleure profil de tolérance : Paroxétine – Venlafaxine.  
Enfant et Adolescent : préférer la Sertraline.

Benzodiazépines : association possible en début de traitement – plus courte durée possible

Psychothérapie : association possible à une thérapie cognitivo-comportementale.

4

### Information à donner

- Bonne relation médecin malade essentielle – Affection chronique.
- Thérapeutique : effet anxiolytique en 2 – 4 semaines (plus rapide qu'effet antidépresseurs). Pleine efficacité en 12 semaines. Effets indésirables. Absence de dépendance avec AD.
- Prévention du risque d'interactions : informer autres prescripteurs du traitement. Attention à l'automédication.
- Durée : traitement long en moyenne 24-28 semaines

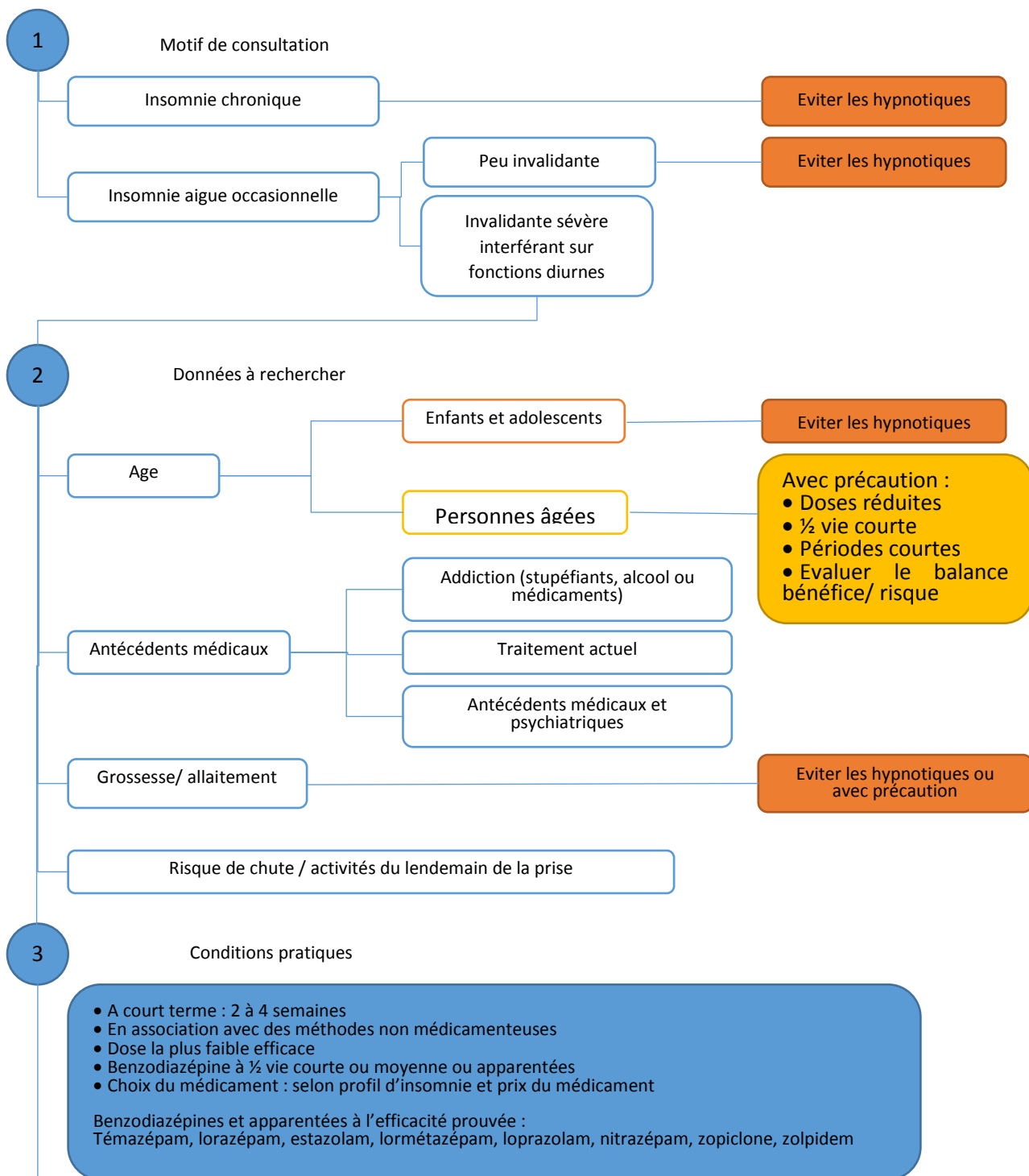
5

### Suivi

- Thérapeutique : efficacité (évaluer avec le même échelle– Hamilton Rating Scale for Anxiety), tolérance, observance.
- Consultation : toutes les 2 semaines pendant 6 semaines puis tous les mois.
- Fin du traitement, suivi post-traitement

## Annexe 4 : La primo prescription des benzodiazépines dans l'insomnie et les troubles anxieux

### Guide de la primo-prescription des benzodiazépines et apparentées dans l'insomnie



4

Informations à donner (écrites)

- Informations sur le traitement : objectifs thérapeutiques, durée de traitement, respect des doses, heures de prise
- Information sur l'arrêt du traitement : risque de dépendance ou de tolérance si traitement chronique, risque de sevrage et rebond d'insomnie à l'arrêt
- Information sur les risques et effets résiduels ou indésirables : sédation, chutes, troubles mnésiques. Eviter la conduite automobile, les travaux de précision ou les travaux dangereux, après la prise du médicament.

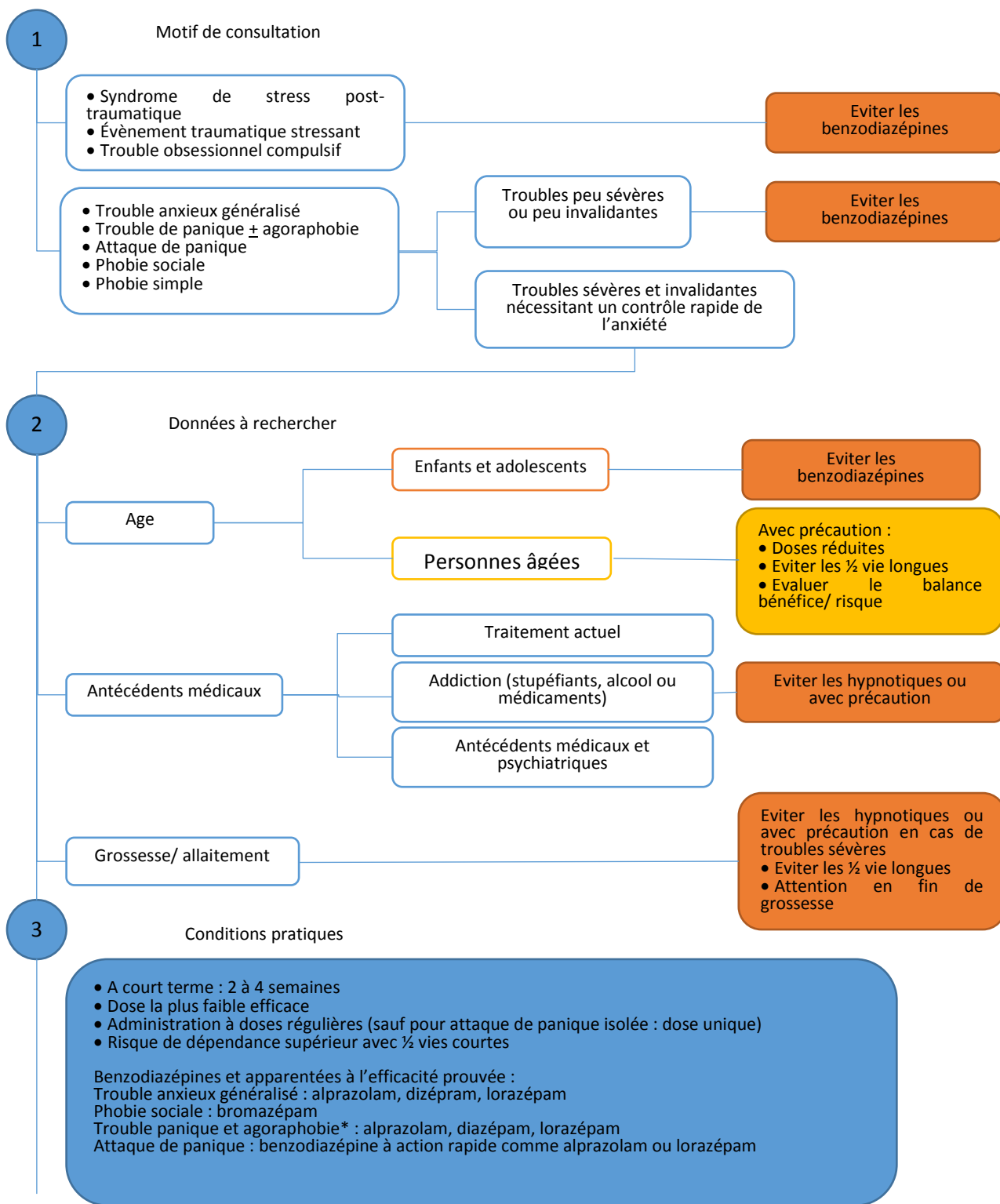
Etablir avec le patient l'arrêt du traitement, dès son initiation, et l'informer des modalités d'arrêt

5

Suivi

- A l'issue de la première prescription
- Par le même médecin
- Envisager arrêt progressif de l'hypnotique et poursuite des méthodes non médicamenteuse
- Ne pas prescrire un second hypnotique en cas de non réponse à un premier

Guide de la primo-prescription des benzodiazépines et apparentées dans les troubles anxieux



4

Informations à donner (écrites)

- Sur le traitement : objectifs thérapeutiques, respect des doses, durée prévue de traitement
- Risques et effets indésirables : sédation, chutes, troubles mnésiques.
- Sur le suivi et l'arrêt du traitement : risque de dépendance et de tolérance si traitement chronique, sevrage et rebond d'anxiété si arrêt brutal
- Précaution pour la conduite automobile et la consommation d'alcool.

5

Suivi

- A l'issue de la première prescription (2 à 4 semaines)
- Par le même médecin
- Envisager arrêt progressif
- Evaluer efficacité, effets indésirables, tolérance
- En cas de renouvellement, justifier la décision dans le dossier médical

\*possibilité d'association aux premières semaines d'un traitement antidépresseur

**Annexe 5 : Echelle d'anxiété d'Hamilton**

<b>Humeur anxieuse</b> : Inquiétude –Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité–Consommation de tranquillisants	0   1   2   3   4
<b>Tension</b> : Impossibilité de se détendre –Réaction de sursaut –Pleurs faciles –Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0   1   2   3   4
<b>Peurs</b> : De mourir brutalement –D'être abandonné – Du noir – Des gens – Des animaux – De la foule –Des grands espaces – Des ascenseurs –Des avions – Des transports ...	0   1   2   3   4
<b>Insomnie</b> : Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.	0   1   2   3   4
<b>Fonctions intellectuelles (cognitives)</b> : Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire – Cherche ses mots – Fait des erreurs.	0   1   2   3   4
<b>Humeur dépressive</b> : Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Tristesse –Insomnie du matin.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b> : Douleurs et courbatures –Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Grincements des dents – Contraction de la mâchoire – Voix mal assurée.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b> : Sifflements d'oreilles –Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid –Sensations de faiblesse – Sensations de fourmis, de picotements.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes cardiovasculaires</b> : Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battements des vaisseaux Sensations syncopales – Extrasystoles.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes respiratoires</b> : Oppression, douleur dans la poitrine – Sensations de blocage, d'étouffement – Soupirs – Respiration rapide au repos.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes gastro-intestinaux</b> : Difficultés pour avaler – Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes – Diarrhée – Constipation.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes génito-urinaires</b> : Règles douloureuses ou anormales – Troubles sexuels (impuissance, frigidité) – Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes du système nerveux autonome</b> : Bouche sèche – Accès de rougeur –Pâleur – Sueur – Vertiges –Maux de tête.	0   1   2   3   4
<b>Comportement lors de l'entretien</b> : Général : Mal à l'aise – Agitation nerveuse – Tremblement des mains –Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive – Eructations – Palpitations au repos – Accélération respiratoire – Réflexe tendineux vifs –Dilatation pupillaire – Battements des paupières.	0   1   2   3   4
<b>TOTAL</b> : (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

(Ref: Hamilton MC. (1959), «Hamilton Anxiety rating scale -HAM A-»).

**Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4 :**

**0 : Absent, 1 : Léger, 2 : Moyen, 3 : Fort, 4 : Maximal.**

## Annexe 6 : Echelle de dépression d'Hamilton

### **1 Humeur dépressive** (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation).

0. Absent.
1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
4. Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

### **2 Sentiments de culpabilité :**

0. Absent.
1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.
3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

### **3 Suicide :**

0. Absent.
1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
3. Idées ou geste de suicide.
4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

### **4 Insomnie du début de la nuit :**

0. Pas de difficulté à s'endormir.
1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.
2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

### **5 Insomnie du milieu de la nuit :**

0. Pas de difficulté.
1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.
2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).



**6 Insomnie du matin :**

- 0. Pas de difficulté.
- 1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

**7 Travail et activités :**

- 0. Pas de difficulté.
- 1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente – ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).
- 3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités – aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).
- 4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

**8 Ralentissement** (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

- 0. Langage et pensée normaux.
- 1. Léger ralentissement à l'entretien.
- 2. Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3. Entretien difficile.
- 4. Stupeur.

**9 Agitation :**

- 0. Aucune.
- 1. Crispations, secousses musculaires.
- 2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

**10 Anxiété psychique :**

- 0. Aucun trouble.
- 1. Tension subjective et irritabilité.
- 2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

**11 Anxiété somatique :**

Concomitants physiques de l'anxiété tels que : (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations, palpitations, céphalées, hyperventilation, soupirs, **pollakiurie, transpiration**)

0. Absente.
1. Discrète.
2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

**12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :**

0. Aucun.
1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

**13 Symptômes somatiques généraux :**

0. Aucun.
1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

**14 Symptômes génitaux :** symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.

0. Absents.
1. Légers.
2. Graves.

**15 Hypochondrie :**

0. Absente.
1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriaques.

**16 Perte de poids :** (coter soit A, soit B)

**A. (D'après les dires du malade).**

0. Pas de perte de poids.
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

**B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant).**

- 0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

**17 Prise de conscience :**

- 0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, ect.
- 2. Nie qu'il est malade.

**Résultat :**

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score  $> 15$  et permet le suivi de l'évolution.



## *RÉSUMÉS*



## **Résumé**

Après la découverte du premier médicament psychotrope, la psychopharmacologie n'a cessé de progresser. L'émergence de nouvelles classes thérapeutiques, de nouvelles molécules, de nouvelles recommandations a fait que la prescription des psychotropes n'est plus l'apanage des psychiatres. Actuellement, les médecins généralistes sont devenus l'un des principaux prescripteurs de ces médicaments.

L'objectif essentiel de notre travail est d'identifier des déterminants de prescription des psychotropes par les médecins généralistes (MG), et d'évaluer leurs compétences et leurs connaissances en matière de prise en charge des troubles mentaux par les psychotropes.

Pour cela, nous avons mené une étude descriptive et analytique de type transversale étalée sur 6 mois (09/2022 au 02/2023), au cours de laquelle 102 médecins généralistes exerçant dans la préfecture Inezgane–Ait Melloul ont répondu à un questionnaire anonyme préétabli. Le taux de participation était de 81,6 %.

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : la tranche d'âge la plus représentée était entre 46 – 55 ans, avec une prédominance masculine de 56,86 %, plus de la moitié (61,76 %) des médecins exerçaient dans le secteur privé, 51,96 % des médecins avaient une ancienneté supérieure à 20 ans.

En matière de formation, la quasi-totalité des médecins a déjà bénéficié d'un stage en psychiatrie, 56,86 % ont eu bénéficié d'une formation post universitaire.

La majorité de nos médecins ont confiance en leur capacité à gérer les troubles mentaux. Mais 67,65 % prescrivent rarement les psychotropes et seulement 27,45 % les prescrivent souvent dès que l'indication se présente.

Cette timide prescription est due à plusieurs obstacles et difficultés liées aux connaissances relativement moyennes de la majorité des médecins (plus de 75 %) sur les psychotropes (classes pharmacologiques, indications, modalités de prescription et arrêt). En plus, la grande majorité des médecins (96,08 %) expriment leur besoin en formation sur les psychotropes.

## La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes

La plupart de nos médecins prennent en charge l'insomnie, l'anxiété et la dépression, en revanche la majorité réfère les troubles anxieux caractérisés, les addictions aux substances psychotropes et les troubles psychotiques au spécialiste.

Au final, notre étude a révélé des influences significatives sur la prescription des psychotropes, telles que celle du sexe, de l'âge, de la durée d'exercice, de la formation post universitaire, de l'état des connaissances des médecins sur les psychotropes, de la capacité du médecin à prendre en charge les troubles mineurs, ainsi que la pression des patients.

Suite aux résultats de cette étude, nous recommandons de développer davantage la formation initiale et continue des médecins généralistes en matière de santé mentale en mettant l'accent sur le chapitre relatif à la prescription des psychotropes pour les rendre plus performants à aider les patients souffrants des troubles mentaux, d'améliorer la collaboration entre le généraliste et le psychiatre, d'assurer l'éducation sanitaire des patients et l'intégrée dans tout processus thérapeutique quotidien pour faire face surtout aux demandes injustifiées des médicaments.

## Abstract

After the discovery of the first psychotropic drug, psychopharmacology has continued to progress. The emergence of new therapeutic classes, new molecules, and new recommendations has led to the fact that the prescription of psychotropic drugs is no longer the exclusive domain of psychiatrists. Currently, general practitioners have become one of the main prescribers of these drugs.

The main objective of our work is to identify the determinants of psychotropic drug prescription by general practitioners (GPs), and to evaluate their skills and knowledge in the management of mental disorders by psychotropic drugs.

To this end, we conducted a descriptive and analytical cross-sectional study spread over 6 months (09/2022 to 02/2023), during which 102 general practitioners practicing in the Inezgane-Ait Melloul prefecture responded to a pre-established anonymous questionnaire. The participation rate was 81.6%.

The analysis of the results revealed the following: the most represented age group was between 46 and 55 years old, with a male predominance of 56.86%, more than half (61.76%) of the doctors worked in the private sector, 51.96% of the doctors had a seniority of more than 20 years.

In terms of training, almost all the doctors have already had an internship in psychiatry and 56.86% have had post-graduate training.

The majority of our physicians are confident in their ability to manage mental disorders. However, 67.65% rarely prescribe psychotropic drugs and only 27.45% often prescribe them when the indication arises.

This modest prescription rate is due to several obstacles and difficulties related to the relatively average knowledge of the majority of physicians (more than 75%) about psychotropic drugs (pharmacological classes, indications, prescription and discontinuation methods). In addition, the vast majority of physicians (96.08%) express a need for training on psychotropic drugs.

Most of our physicians manage insomnia, anxiety and depression, whereas the majority of them refer to the specialist for major anxiety disorders, substance abuse and psychotic disorders.

In the end, our study revealed significant influences on the prescription of psychotropic drugs, such as gender, age, length of practice, postgraduate training, physicians' knowledge of psychotropic drugs, physicians' ability to manage minor disorders, as well as patient pressure.

Following the results of this study, we recommend to further develop the initial and continuous training of general practitioners in the field of mental health by emphasizing the chapter related to the prescription of psychotropic drugs in order to make them more efficient in helping patients suffering from mental disorders, to improve the collaboration between the general practitioner and the psychiatrist, to ensure the health education of the patients and to integrate it in all the daily therapeutic process in order to face, above all, the unjustified requests for medication.



## ملخص

بعد اكتشاف أول دواء نفسي، لم يتوقف علم الأدوية النفسية عن التقدم. أدى ظهور فئات علاجية جديدة، جزيئات جديدة وتوصيات جديدة إلى أن وصف المؤثرات العقلية لم يعد حصرا على الأطباء النفسيين فقط. حاليا، أصبح الأطباء العامون أحد الواسفين الرئيسيين لهذه الأدوية.

الهدف الأساسي من عملنا هو تحديد محددات وصف الأدوية النفسية من قبل الأطباء العامين، وتقييم مهاراتهم ومعرفتهم في إدارة الاضطرابات النفسية بواسطة هذه الأدوية.

لهذا الغرض، أجرينا دراسة مقطعية وصفية وتحليلية ممتدة على 6 أشهر (2022/09 إلى 2023/02)، أجاب خلالها 102 طبيب عام ممارس في عمالة إنزكان آيت ملول على استبيان (بدون التعرف على هوية المستجوبين) تم إعداده مسبقا. بلغت نسبة المشاركة % 81.6.

وكشف تحليل النتائج عن التالي: الفئة العمرية الأكثر تمثيلا كانت بين 46 و 55 سنة، مع غلبة الذكور بنسبة 56.86%، وأكثر من نصف (% 61,76) الأطباء يمارسون في القطاع الخاص، % 51.96 من الأطباء لديهم أقدمية أكثر من 20 سنة.

فيما يتعلق بالتكوين، استفاد جميع الأطباء تقريبا بالفعل من التدريب في الطب النفسي، واستفاد % 56.86 من تدريب بعد التخرج.


غالبية أطبائنا واثقون من قدرتهم على إدارة الاضطرابات النفسية. لكن % 67.65 نادرا ما يصفون المؤثرات العقلية و% 27.45 فقط يصفون هذا الدواء غالبا.

يرجع معدل الوصفات المتواضع هذا إلى العديد من العقبات والصعوبات المتعلقة بالمعرفة المتوسطة نسبيا لغالبية الأطباء (أكثر من % 75) حول الأدوية النفسية (الاصناف الدوائية، ودواعي الاستعمال، وطرق الوصفات الطبية والتوقف). بالإضافة إلى ذلك، فإن الغالبية العظمى من الأطباء (% 96.08) يعبرون عن حاجتهم للتدريب على هذه الأدوية العقلية.

يعالج معظم أطبائنا الأرق والقلق والاكتئاب، وفي المقابل فإن الغالبية تحيل اضطرابات القلق المميزة، والإدمان على المؤثرات العقلية والاضطرابات الذهانية إلى الأخصائي.


في النهاية، كشفت دراستنا عن تأثيرات بارزة على وصف الأدوية النفسية، مثل الجنس والعمر ومدة التمرين والتدريب بعد التخرج وحالة معرفة الأطباء بالأدوية العقلية وقدرة الطبيب على إدارة الاضطرابات البسيطة، وكذلك ضغط المرضى.

بعد نتائج هذه الدراسة، نوصي بمواصلة تطوير التدريب الأولي والمستمر للأطباء العامين في مجال الصحة العقلية، مع التركيز على الفصل الخاص بوصفات المؤثرات العقلية لجعلهم أكثر كفاءة في مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتحسين التعاون بين الطبيب العام والطبيب النفسي، وبضمان التنقيف الصحي للمرضى وادماجهم في أي عملية علاجية اعتيادية لمواجهة طلبات الأدوية غير المبررة خاصة.



---

*BIBLIOGRAPHIE*



---

**1. Delay J, Deniker P.**

Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Paris : Masson. 1961p.

**2. Baumeister A A, Hawkins M F, López-Muñoz F.**

Toward Standardized Usage of the Word Serendipity in the Historiography of Psychopharmacology. Journal of the History of the Neurosciences. 2010; 19(3):253-270.

**3. Guelfi J D, Rouillon F.**

Manuel de psychiatrie. ELSEVIER MASSON ; 2012. 856 p.

**4. Millet B, J-M Vanelle, Benyaya J**

Prescrire les psychotropes. ELSEVIER MASSON ; 2010. 496 p.

**5. Kannas S, Lepoutre R.**

Un demi-siècle de prescription de psychotropes : quel bilan pour les utilisateurs, la psychiatrie et la société ? Cliniques méditerranéennes, 2008/1, n° 77, p. 93-110. Disponible sur : (<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2008-1-page-93.htm>)

**6. Moigne Philippe Le.**

Une médecine de l'intégration ? La consommation des médicaments psychotropes en population générale. CNRS ; 2018. p. 361-376.

**7. Beck F, Guignard R, Haxaire C, Philippe Le Moigne.**

Les consommations de médicaments psychotropes en France. La santé en action, 2014, n° 427, p. 47-49.

**8. Belkacem A, El Omari F, Khadri J E, Paes M, Ktiouet J E.**

Profil de prescription des psychotropes dans un organisme de Sécurité sociale marocain. L'Encéphale. 2006; 32(3):335-340.

**9. Mme Maryvonne BRIOT, Députée.**

Le bon usage des médicaments psychotropes RAPPORT : OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ, 2006.

**10. Shepherd M, Marshall H.**

The classification of psychotropic drugs. Psychological Medicine. 1972 May;2(2):96-110.

**11. Franck N, Thibaut F.**

Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques. EMC-Psychiatrie. 2005; (4):282-299.

**12. Villeneuve A.**

Classification Des Médicaments Psychotropes, Nosologie Et Echelles D'Appréciation. Canadian Psychiatric Association Journal. 1970; 15(2), 205-214.

**13. Lambert P, Revol L.**

Classification of neuroleptics. Comprehensive Psychiatry. 1969 Jan;10(1):50-8.

**14. Bobon J, Pinchard A, Collard J, Bobon D P.**

Clinical classification of neuroleptics, with special reference to their antimanic, antiautistic, and ataraxic properties. Comprehensive Psychiatry. 1972;13(2), 123-131.

**15. Faure S.**

Neuroleptiques. Actualités Pharmaceutiques. 2008;47(470), 39-42.

**16. Franck N, Thibaut F.**

Modalités d'utilisation des neuroleptiques. EMC-Psychiatrie. 2005;2(4):300-339.

**17. Pissot L.**

Effets indésirables des antipsychotiques : cas particuliers du syndrome métabolique. Thèse de doctorat en pharmacie. Rouen :2014.

**18. Senon J L.**

**Les neuroleptiques.** CSCT. 2002-2003. Disponible sur : (<https://senon.pagesperso-orange.fr/2cycle/csct.htm>).

**19. Demily, C, Franck N.**

Les neuroleptiques en médecine générale. Première partie : mode d'action et indications. Médecine. 2010 ;6(8), 358-361.

**20. TAUD S.**

Neuroleptiques classiques et traitement des troubles bipolaires i (à propos de 14 cas). Thèse de doctorat en médecine. Rabat : 2008. N° 124.

**21. Buxeraud J, Faure S.**

Les antipsychotiques. Actualités Pharmaceutiques. 2020 Mar;59(594):25-9.

**22. Khaldi S, Kornreich C, Choubani Z, Gourevitch R.**

Antipsychotiques atypiques et syndrome malin des neuroleptiques : brève revue de la littérature. L'Encéphale. 2008 Dec;34(6):618-24.

**23. Birkhimer LJ, Devane CL.**

The Neuroleptic Malignant Syndrome : Presentation and Treatment. Drug Intelligence & Clinical Pharmacy. 1984 Jun;18(6):462-5.

**24. Guaouguao R.**

La prescription des médicaments psychotropes dans la médecine somatique. Thèse de doctorat en pharmacie. Rabat : 2017. N°143.

**25. Organisation mondiale de la santé (OMS).**

Depression. Disponible sur : ( [https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1) ) (consulté le 10 Avril 2023).

**26. Quaranta S, Dupouey J, Colle R, Verstuyft C.**

Pharmacogenetics of antidepressant drugs: State of the art and clinical implementation – recommendations from the French National Network of Pharmacogenetics. Therapies. 2017 Apr;72(2):311–8.

**27. Aubry J M, Berney P, Besson M, Curtis L.**

Guide pour l'emploi des psychotropes d'usage courant. Cellule du Médicament, Département de Santé Mentale et Psychiatrie, hôpital universitaire Genève. 2015.

**28. Niederhoffer N, Etienne–Selloum N, Faure S.**

Les différentes familles d'antidépresseurs. Actualités Pharmaceutiques. 2016 Dec;55(561):1–10.

**29. Bourin, M.**

Les antidépresseurs. Paris : Ed. Ellipses ; 1984. 224.

**30. Bailly D.**

Indications des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Archives de Pédiatrie. 2009 Oct;16(10):1415–8.

**31. STAHL S M.**

Psychopharmacologie essentielle. Paris : Médecine–Sciences Flammarion, 2002. 608p.

**32. Chebourou S.**

Cardiotoxicité et prise d'antidépresseurs : évaluation de l'allongement de l'intervalle QT chez les malades présentant des troubles dépressifs ou anxieux. Mémoire de fin des études. Tlemcen : 2015.

**33. Tango R., Berney P, Schulz P.**

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et grossesse, Revue médicale suisse. 2005;9(61):981–985.

**34. Benarab R, Khenoussi M.**

Les inhibiteurs de la Monoamine oxydase en psychopharmacologie. Mémoire de fin d'études. Maroc : 2012.

**35. Youdim M B, Edmondson D, Tipton K F.**

The therapeutic potential of monoamine oxidase inhibitors. *Nature reviews neuroscience*. 2006;7(4): 295–309.

**36. Saba G, Nieto I, Bation R, Allaïli N, Bennabi D, Moliere F, et al.**

Dépression résistante : les autres stratégies thérapeutiques. *La Presse Médicale*. 2016 Mar;45(3):350–9.

**37. Demyttenaere K.**

Agomelatine: A narrative review. *European Neuropsychopharmacology*. 2011 Sep;21:S703–S709.

**38. Mathew BM, Pellegrini MV.**

Viloxazine. Treasure Island (FL): StatPearls. 2022 Jan. Disponible sur : (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576423/>)

**39. Jilani TN, Gibbons JR, Faizy RM, Saadabadi A.**

Mirtazapine. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. Disponible sur : (<https://europepmc.org/article/NBK/nbk519059#article-25185.r18>)

**40. Launay D, Queyrel V, Hatron P Y, Michon–Pasturel U, Caron J, Hachulla E, et al.**

Agranulocytose liée à la prise de miansérine: une complication à redouter chez le sujet âgé. *La Revue de médecine interne*. 2000;7(21): 642–643.

**41. Anttila SAK, Leinonen EVJ.**

A Review of the Pharmacological and Clinical Profile of Mirtazapine. *CNS Drug Reviews*. 2006 Jun 7;7(3):249–64.

**42. Wood A J J, Shader R I, Greenblatt D J.**

Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorders. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328(19), 1398–1405.

**43. Kanadji M.**

Etude de la prescription et de la consommation des anxiolytiques dans le district de BAMAKO. Thèse de doctorat en pharmacie. Bamako : 2005.

**44. Anxiolytiques : les points essentiels. Médicament. Pharmacologie médicale. Disponible sur : (<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anxiolytiques-les-points-essentiels>) (consulté le 19 mars 2023).**

**45. Buxeraud J, Faure S.**

Les benzodiazépines. *Actualités Pharmaceutiques*. 2019;58(591), 24–26.

**46. Khnijer A.**

Benzodiazépines et addictions. Thèse de doctorat en pharmacie. Rabat : 2022. N°41.

**47. Bensakhria A.**

Toxicité des Benzodiazépines. Toxicité des médicaments. Analytical Toxicology, 17 décembre 2014. Disponible sur (<https://www.analyticaltoxicology.com/toxicite-des-benzodiazepines/>) (consulté le 19 mars 2023).

**48. Duboy A.**

Surconsommation des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en France : perspectives d'amélioration de la prescription et du sevrage en médecine générale. Thèse de doctorat en pharmacie. Bordeaux : 2015. N°121.

**49. Bonvalot T, Boulenger J, Zarifian E.**

La buspirone : propriétés pharmacologiques et cliniques du premier représentant d'une famille nouvelle d'anxiolytiques. La Revue de Médecine Interne. 1988 Jan;9(1):97-103.

**50. Bertram G. Katzung.**

Basic and Clinical pharmacology. 12e edition. New-York, Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2012. 1245p.

**51. Ferreri M, Hantouche E.**

Recent clinical trials of hydroxyzine in generalized anxiety disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998 Dec;98(s393):102-8.

**52. Blin O.**

Le futur des anxiolytiques. L'Encéphale. 2008 Jan;34:S3-S7.

**53. Lavit M, Saivin S, Houin G.**

Le méprobamate en toxicologie d'urgence. Revue Française des Laboratoires. 2000 Apr;2000(322):61-3.

**54. Koda-Kimble M A, Young L Y, Alldredge B K, Corelli R L, Guglielmo B J, Kradjan W A, et al.**

Applied Therapeutics. The Clinical Use of Drugs. 9e edition. Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 2944p.

**55. Sateia M J.**

International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest, 2014;146(5), 1387-1394.

**56. International Classification of Sleep Disorders, Insomnia. American Academy of Sleep Medicine. 2022. Disponible sur : (<https://aasm.org/wp-content/uploads/2022/05/ICSD-3-TR-Insomnia-Draft.pdf>)**

**57. Griffin C E, Kaye A M, Bueno F R, Kaye A D.**

Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System-Mediated Effects. *Ochsner Journal* June 2013, 13 (2) 214-223;

**58. Prut L, Mineur Y S, Clément Y, Le Guisquet A M, Chapouthier G, Belzung C.**

Réponses induites par les benzodiazépines chez des souris mutantes. *Epilepsies*. 2003;14(4):253-6.

**59. Revet A, Yrondi A, Montastruc F.**

Règles de bon usage des benzodiazépines. *La Presse Médicale*. 2018 Oct;47(10):872-7.

**60. Yoshimoto M, Higuchi H, Kamata M, Yoshida K, Shimizu T, Hishikawa Y.**

The effects of benzodiazepine (triazolam), cyclopyrrolone (zopiclone) and imidazopyridine (zolpidem) hypnotics on the frequency of hippocampal theta activity and sleep structure in rats. Presented at the XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, 1996.1. *European Neuropsychopharmacology*. 1999 Jan;9(1-2):29-35.

**61. Faure, S.**

Les antihistaminiques H1. *Actualités Pharmaceutiques*. 2009; 48(490), 49-52.

**62. Wichniak A, Wierzbicka A, Jernajczyk W.**

Sleep and Antidepressant Treatment. *Current Pharmaceutical Design*. 2012;18(36), 5802-5817.

**63. Geoffroy P A, Micoulaud Franchi J A, Lopez R, Schroder C M.**

Republication de : Utilisation de la mélatonine dans les troubles psychiatriques chez l'adulte : recommandations d'experts de la Société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS). *Médecine Du Sommeil*. 2020; 17, 195-209.

**64. Verdoux H.**

Les médicaments psychotropes : les thymorégulateurs. Lavoisier, 2013 p 277.

**65. Bourgeois M L, Gay C, Henry C, Masson M.**

Les troubles bipolaires (PSYCHIATRIE). Paris : Lavoisier ; 2014. 620p.

**66. Timmer RT, Sands JM.**

Lithium Intoxication. *Journal of the American Society of Nephrology*. 1999 Mar;10(3):666-74.

**67. Lévy-Chavagnat D.**

Thymorégulateurs, une famille en mouvement. *Actualités Pharmaceutiques*. 2010; 49(493), 16-21.

**68. Bauer MS, Mitchner L.**

What Is a "Mood Stabilizer"? An Evidence-Based Response. *AJP*. 2004 Jan;161(1):3-18.



**69. Sutter–Dallay A.**

Le lithium et la grossesse. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014 May;172(3):229–33.

**70. Post R, Denicoff K, Frye M, Dunn R, Leverich G, Osuch E, et al.**

A History of the Use of Anticonvulsants as Mood Stabilizers in the Last Two Decades of the 20th Century. Neuropsychobiology. 1998;38(3):152–66.

**71. Prabhavalkar KS, Poovanpallil NB, Bhatt LK.**

Management of bipolar depression with lamotrigine: an antiepileptic mood stabilizer. Front Pharmacol. 2015 Oct 23;6.

**72. Tabril T, Hammani Z, Chekira A, Qassimi F, Bout A, Aarab C, et al.**

La prescription des psychotropes en médecine générale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2021 Jun;179(6):514–8.

**73. Airod J.**

PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES SSP de 3 PREFECTURES à CASABLANCA : QUELS DETERMINANTS ? Mémoire de fin d'études. Maroc : 2017.

**74. KISELY S, LINDEN M, BELLANTUONO C, SIMON G, JONES J.**

Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. Psychol Med. 2000 Sep;30(5):1217–25

**75. Raphenon M.**

Quelle perception les médecins généralistes ont-ils de leur prise en charge des troubles mentaux ? Thèse de doctorat en médecine. France : 2017.

**76. G.Amara, M.Ayachi, S.Ben Nasr, B.Ben Hadj Ali.**

Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux : importance, difficultés et perspectives. LA TUNISIE MEDICALE. 2010 ; Vol 88 (n°01) : 33 – 36 Ghods H, Khan I.

Les médicaments psychoactifs : pour une meilleure prescription. L'OMS. 1990. Disponible sur : (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39587>)

**77. Lafortune D, Gagné M, Blais É.**

De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2012 Jan;60(1):69–76.

**78. Pichot P.**

Problèmes de mise en application des modèles de formation en psychopharmacologie. Neuro-Psychopharmacology. 1978;1:191–5.

**79. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L.**

Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*. 2015;27(3):353.

**80. Lexchin J.**

Réglementation pharmaceutique au Canada et prescription inadéquate de médicaments : le cas des psychotropes dans les années 60 et au début des années 70. *Santé Mentale Au Québec*. 1997;22(1):283-300.

**81. Fleury M, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y.**

General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice*. 2012 Dec;13(1).

**82. Mark TL.**

For What Diagnoses Are Psychotropic Medications Being Prescribed? *CNS Drugs*. 2010;24(4):319-26.

**83. El Kirat H, Filali H.**

La représentation des professionnels de santé mentale sur leurs pratiques à Rabat, Maroc. *Santé Publique*. 2014;26(3):385-391.

**84. Fleury MJ, Farand L, Aubé D, Imboua A.**

La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Can Fam Physician*. 2012 Dec;58(12):e725-31.

**85. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J.**

États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):311. **Springborg L.**

Attitudes des médecins généralistes concernant l'insomnie des personnes de plus de 65 ans. Thèse de doctorat en médecine. Nice : 2022.

**86. Institut national de veille sanitaire . 2007. Rapport d'étude épidémiologique. Psychotropes Code de l'enquête (IU2007-05) Disponible sur : ( <https://www.sentiweb.fr/document/955> )**

**87. Léger D, Allaert F, Massuel M.**

La perception de l'insomnie en médecine générale. *La Presse Médicale*. 2005 Nov;34(19):1358-62.

**88. Bourcier E.**

Traitement de l'insomnie. In : *Pharmacie Clinique et Thérapeutique*. Elsevier Masson, 2018. p. 637-645.

**89. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al.**

Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. L'information psychiatrique. 2014;90(5):341

**90. LAFONT-RAPNOUIL C.**

Prise en charge ambulatoire du patient atteint de dépression : rôle du pharmacien d'officine. Thèse de doctorat en pharmacie. Bordeaux, France : 2015. Disponible sur : ( <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01197084/document> ).

**91. Levy, F., Petit, A., Peretti, C. S., & Karila, L.**

Troubles anxieux (hors TCC). La revue du praticien MG. janv, 2013, vol. 893.

**92. LES DOSSIERS, DE LA DREES. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients.**

**93. Ghazoui M.**

Médecin généraliste face aux principales addiction aux substances psychoactives. Thèse de doctorat en médecine. Marrakeche :2018. N°46.

**94. Laqueille X.**

Addiction aux substances et traitements pharmacologiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2009 Sep;167(7):508-12.

**95. King MB.**

Management of patients with schizophrenia in general practice. Br J Gen Pract. 1992 Aug;42(361):310-1.

**96. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, et al.**

Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004 Jan 1;39(1):78-84.

**97. Baylé F, Blanc O, De Chazeron I, Lesturgeon J, Lançon C, Caci H, et al.**

Prise en charge médicamenteuse de l'anxiété chez le patient souffrant de schizophrénie. L'Encéphale. 2011 May;37:S83-S89.

**98. Ter Meulen WG, Visser HM, Elders PJ, Kupka RW.**

[The general practitioner in charge of treatment of patients with bipolar disorder: an exploratory study]. Tijdschr Psychiatr. 2016;58(3):190-7.

**99. Hasler G, Preisig M, Mller TJ, Kawohl W, Aubry J, Greil W.**

Troubles bipolaires: mise à jour 2019. Swiss Med Forum. 2019 Aug 14.

**100. Beck F, Legleye S, Maillochon F, de Peretti G.**

Femmes influentes sous influence ?. Med Sci. Paris. 2010 Jan;26(1):95-7.

**101. Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, ten Have M, Florescu S, O'Neill S, et al.**

Gender Differences in Psychotropic Use Across Europe: Results From a Large Cross-Sectional, Population-Based Study. European Psychiatry. 2015 Sep;30(6):778-88.

**102. Plancke L, Amariei A, Danel T, Benoît E, Chantelou M, Vaiva G.**

Les facteurs qui influencent la consommation intensive et régulière de médicaments psychotropes. Therapies. 2009 Nov;64(6):371-81.

**103. Hadsall RS, Freeman RA, Joseph Norwood G.**

Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians. Social Science & Medicine. 1982 Jan;16(20):1747-56.

**104. Sleath B, Svarstad B, Roter D.**

Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care settings: A content analysis of audiotapes. Social Science & Medicine. 1997 Feb;44(4):541-8.

**105. Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J.**

Physician motivations for nonscientific drug prescribing. Social Science & Medicine. 1989 Jan;28(6):577-82.

**106. Driot D, Bismuth M, Maurel A, Soulie-Albouy J, Birebent J, Oustric S, et al.**

Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. La Presse Médicale. 2017 Dec;46(12):1124-38.

**107. Berthes A.**

Guide de la première prescription des benzodiazépines dans les troubles anxieux et l'insomnie : une revue systématique de la littérature. Thèse de doctorat en médecine. France : 2013.

**108. Respadd.org**

Échelle d'Anxiété d'Hamilton. Disponible sur : ( <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Hamilton-Respadd.pdf> ).

**109. Lesjeudisdeleurope.org.**

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON HAMD-21. Disponible sur : ( [http://lesjeudisdeleurope.org/FML/FML2005/2005\\_Tran\\_EchelDepressionHamilton.pdf](http://lesjeudisdeleurope.org/FML/FML2005/2005_Tran_EchelDepressionHamilton.pdf) ).

## قسم الطبيب

### أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله بإذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، للصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقية مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 235

سنة 2023

# مكانة الأدوية النفسية في الوصفة الطبية للأطباء العامين الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2023/06/15

من طرف

الآنسة سلمى عواق

المزداة في 27 نونبر 1996 بإنزكان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أدوية نفسية - أطباء عامين - الوصفة الطبية

اللجنة

الرئيس	إ. عدالي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي	
المشرف	ف. منودي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي	
الحكم	س. زاوي	السيدة
	أستاذة في طب الصيدلة	