



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

Année 2023

Thèse N°276 /2023

Prescription des psychotropes en médecine générale au niveau de la province de Ouarzazate

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/09/2023

PAR

Mr Aissam Gahi

Née le 13 septembre 1997 à Ouarzazate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Psychotrope – Médecin généraliste – Besoins – Attitude– Prise en charge

JURY

Mr.	S. Zouhair Professeur de microbiologie et de virologie	PRESIDENT
Mr.	M.A.Laffinti Professeur de psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme.	F.Manoudi Professeur de psychiatrie	JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأحقاف



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدِّقَ قَوْلِ اللَّهِ الْعَظِيمِ



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.

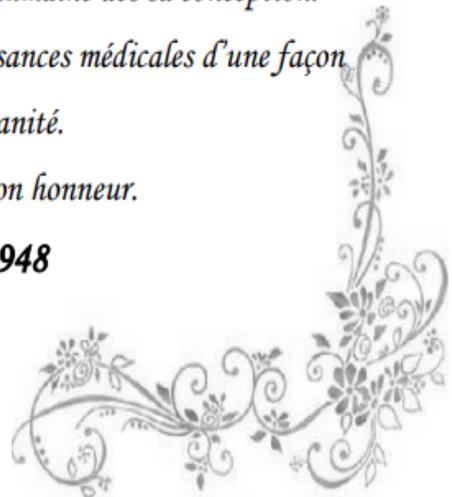
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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

Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie

ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique
AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio–vasculaire
AMMAR Haddou	Oto–rhino–laryngologie	BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie–virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie–obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie–chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie–réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino–laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCHEM Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie–réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro–entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie–générale
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato–orthopédie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo Faciale
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Nouredine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique

SORAA Nabila	Microbiologie–virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie–obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne
TASSI Noura	Maladies infectieuses		

Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie–virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie–orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie–réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie–réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie–pathologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie–réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe

ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophtalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMDAROU Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

LISTE ARRETEE LE 03/04/2023



DEDICACES



“Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.”

Marcel Proust

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à :



**Louange à Dieu tout puissant
Qui m'a permis de voir ce jour tant attendu...**

A mon honorable père Gahí Moha

Aucun mot ne pourrait être assez fort pour exprimer toute la gratitude que je te porte. Tu m'as toujours entouré de ton affection et encouragé à donner le meilleur de moi-même. Tu m'as élevé dans l'honneur, la droiture et la dignité. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien-être.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études. Ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Chaque jour, je suis conscient de la chance inestimable d'avoir un père aussi aimant et attentionné. Merci pour tout l'amour que tu procures à notre petite famille. Tu as toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. Ta bienveillance et tes conseils avisés ont forgé ma personnalité et ont orienté mes choix de vie. Quoique je fasse, je ne te remercierai jamais assez. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. Tu m'as montré l'importance de l'effort, de la discipline et de l'intégrité. Tu es un modèle de force et de résilience.

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, de ma considération et de ma reconnaissance envers toi. Tu es non seulement mon père, mais aussi mon héros et mon guide. Je suis fier d'être ton enfant et d'avoir hérité de tes valeurs.

Puisse Dieu tout-puissant te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie. Je souhaite de tout mon cœur pouvoir te combler à mon tour, te rendre fier et t'offrir le bonheur que tu mérites tant.

A ma chère maman Benouali Fatima

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour décrire à quel point tu es importante pour moi et pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de nous donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu es une véritable héroïne à mes yeux, une femme digne et brave dont le courage et la persévérance constituent pour moi une source d'inspiration inépuisable, surtout pendant mes moments difficiles.

Je te dédie ce travail qui, grâce à toi, a pu voir le jour. Ta présence constante, ton amour inconditionnel et ta générosité exemplaire ont été des piliers fondamentaux dans ma vie. Tu n'as jamais cessé de me soutenir et de m'encourager, et tes prières ont été un grand réconfort tout au long de mes études.

À travers ce modeste travail, j'espère que tu trouveras un témoignage sincère de ma gratitude, de mon affection profonde et de mon respect infini envers toi. C'est grâce à ton soutien incessant que j'ai pu atteindre mes objectifs et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Je suis fier d'être ton fils et d'avoir hérité de tes valeurs.

Puisse Dieu tout-puissant te protéger du mal, te procurer une longue vie remplie de santé et de bonheur. Je souhaite ardemment pouvoir te rendre un minimum de ce que je te dois et te combler de joie. En ce jour, j'espère pouvoir réaliser l'un de tes rêves. Sache que ce modeste travail ne suffit pas à exprimer pleinement la reconnaissance infinie que j'ai envers une mère aussi merveilleuse que toi.

À mon adorable sœur Gahí Fatíma ezzahra

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour immense que j'ai pour toi, ni les grandes attentes que je place en toi. Merci pour tous les moments précieux que nous avons partagés ensemble. Ta présence affectueuse, tes prières et surtout tes précieux conseils ont toujours été là pour m'entourer et me soutenir. Que la bonté de Dieu illumine ton chemin et je te souhaite tout le bonheur du monde.

Nous avons traversé tant de moments ensemble, que ce soit les épreuves difficiles de la vie qui nous ont fait grandir et nous ont rapprochés, ou les instants de fous rires et de discussions sans fin. Je te suis reconnaissant de m'aimer telle que je suis, avec mes défauts et mes qualités, et de me montrer à quel point tu tiens à moi.

Tu es une sœur précieuse et irremplaçable, et je suis reconnaissant de t'avoir dans ma vie. Que notre lien fraternel continue à se renforcer et que notre amour mutuel grandisse chaque jour davantage.

À mon frère bien-aimé Gahí Mohamed Amine

Je me considère comme extrêmement béni de t'avoir dans ma vie, et je profite de cette occasion pour te dire à quel point tu es important pour moi. Tes précieux conseils, ton soutien moral et ton aide précieuse m'ont permis de surmonter de nombreuses difficultés dans la vie. Tu as toujours été là à mes côtés pour me consoler quand j'en avais besoin, et je ne pourrai jamais te remercier assez d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir défendu avec ardeur et de m'avoir soutenu sans faille.

Ta présence constante dans ma vie est un cadeau précieux, et je suis profondément reconnaissant de t'avoir comme frère. Que Dieu t'accorde une santé florissante, une longue vie remplie de bonheur et de réussite dans tous tes projets.

Notre lien fraternel est une source d'inspiration pour moi, et je souhaite que notre amour et notre soutien mutuel continuent de grandir au fil des années. Merci d'exister dans ma vie et de faire partie de ma famille.

A mon cher cousin Bnouali Harit et sa femme Akimakh Meriem

À toi, qui a toujours été là pour moi, un véritable pilier dans ma vie. Tu as été mon ami, mon frère et mon confident, toujours prêt à me soutenir dans les moments embarrassants et gênants. Même sans le dire, tu m'as apporté toujours une aide inestimable.

Nous avons partagé des aventures merveilleuses, des voyages qui resteront gravés dans nos mémoires. Même lors de nos mini-discussions silencieuses, il y avait une connexion si profonde entre nous, capable de remplir des heures sans un mot. Chacun de nos moments ensemble demeure le meilleur.

Je souhaite du fond du cœur que la vie t'accorde, à toi et à ta femme, une existence emplie de bonheur. Que chaque journée soit remplie d'amour et de joie, et que les soucis s'éloignent de vous. Vous méritez une vie épanouissante et harmonieuse, où vos cœurs seront comblés.

Merci encore pour tout ce que tu as fait pour moi, cher cousin. Notre lien est spécial et irremplaçable, et je suis reconnaissant de t'avoir dans ma vie.

A la mémoire de mes défunts grands-parents

Mes grands-parents, mes origines, ma fierté...La lumière qui ne s'éteint jamais. Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de sa sainte miséricorde. Que vos âmes reposent en paix.

A tous les autres membres des familles Gahi et Bnouali

J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Je vous remercie pour votre générosité, votre bienveillance et pour tous les moments passés à votre compagnie. Je vous remercie chaleureusement pour vos efforts et vos sacrifices. Que ce travail puisse témoigner de ma profonde reconnaissance envers vous. Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

A mon cher ami Hilali Mohamed

Aucun mot ne suffit pour exprimer à quel point tu es important pour moi. Tu es un frère pour moi, un compagnon de vie avec qui j'ai traversé les hauts et les bas. Ensemble, nous avons partagé des moments de bonheur indescriptible et affronté les épreuves les plus difficiles, main dans la main. Ta présence inconditionnelle à mes côtés est une véritable bénédiction. Tu es une personne serviable, toujours prêt à tendre la main à ceux qui en ont besoin. Ta générosité et ton dévouement envers les autres sont des qualités rares et précieuses. Je sais que je peux toujours compter sur toi, peu importe les circonstances. Ta méticulosité est admirable. Tu ne laisses rien au hasard et tu t'assures que chaque détail soit pris en compte. Cette rigueur est une inspiration pour moi et me pousse à m'améliorer dans tous les aspects de ma vie. Malgré ta colère occasionnelle, qui est rare et justifiée, ta nature sympathique et bienveillante l'emporte largement. Tu possèdes une capacité unique à reconforter les autres et à les faire sentir en sécurité.

Notre amitié est un lien solide qui a résisté à l'épreuve du temps. Je suis profondément reconnaissant de t'avoir à mes côtés, et je sais que tu seras toujours là pour moi, comme je serai toujours là pour toi.

A mes amis d'enfance Hmouyi Mohamed et Oukerrou Mouad

Il est difficile de trouver les mots justes pour exprimer l'importance que vous avez dans ma vie. Depuis notre tendre jeunesse, vous avez été plus que des amis, vous êtes devenus mes frères.

Mohamed, mon complice de toujours, je ne peux que louer ta générosité sans limite. Tu es toujours prêt à tendre la main et à aider ceux qui t'entourent. Ta gentillesse est un baume pour mon âme et je suis reconnaissant de t'avoir comme frère. Nos aventures enfantines restent gravées dans ma mémoire, source de joie infinie.

Depuis notre tendre enfance, tu as toujours été un esprit brillant, capable de résoudre les problèmes les plus complexes avec facilité. Ta passion pour l'ingénierie est inégalée, et je suis en admiration devant ton talent naturel. Ce qui me fascine le plus chez toi, c'est ta nature cool et flexible. Peu importe les défis qui se dressent devant toi, tu gardes toujours ton calme et ta sérénité. Tu es un roc sur lequel je peux toujours compter, et je suis reconnaissant de t'avoir à mes côtés.

Mais ce qui me touche le plus, c'est ta volonté inébranlable d'être toujours partant, peu importe les folies que je te propose. Que ce soit une aventure spontanée ou un projet ambitieux, tu es toujours prêt à relever le défi avec moi. Ta confiance et ta détermination sont des qualités rares, et je suis honoré de les partager avec toi.

Mon ami, tu es bien plus qu'un camarade d'enfance. Tu es un frère pour moi, quelqu'un sur qui je peux compter en toute circonstance. Nos souvenirs d'enfance resteront à jamais gravés dans mon cœur, et je suis impatient de voir ce que l'avenir nous réserve.

Mouad, en écrivant ces mots, je suis submergé par une vague de souvenirs qui remontent à nos jours d'enfance. Depuis notre rencontre, tu as toujours été là, à mes côtés, traversant les différents chapitres de nos vies. Malgré la distance qui nous sépare désormais, tu restes l'une des personnes les plus précieuses que je connaisse.

Ton intelligence est tout simplement éblouissante. Lorsque nous avons grandi ensemble, il était évident que tu étais destiné à des réalisations exceptionnelles. Aujourd'hui, en tant qu'ingénieur en télécommunications, tu excelles dans ton domaine avec une expertise remarquable. Ton esprit vif et ta passion pour ton travail sont une source d'inspiration pour nous tous.

Mais ce qui fait vraiment briller notre amitié, c'est ton sens de l'humour.

Les moments que nous avons partagés, les rires partagés, les blagues idiotes qui nous ont fait éclater de rire... Ce sont ces moments qui restent gravés dans ma mémoire et qui font de toi un compagnon de vie inestimable. Nous avons traversé ensemble des hauts et des bas, et ces expériences ont renforcé notre amitié d'une manière indescriptible. Qu'il s'agisse de célébrer nos victoires ou de nous soutenir mutuellement lors des épreuves, nous avons toujours été là l'un pour l'autre. Je suis reconnaissant d'avoir quelqu'un comme toi dans ma vie, quelqu'un sur qui je peux toujours compter, peu importe la distance qui nous sépare.

À toi, mon ami de toute une vie, je dédie ces mots sincères. Que notre amitié continue à grandir et à s'épanouir au fil des années. Peu importe où la vie nous mène, sache que tu as une place spéciale dans mon cœur.

A ma très chère amie Fahde Salsabíl

En cette occasion spéciale, je souhaite exprimer toute l'admiration et la gratitude que j'ai envers toi. À travers les hauts et les bas de nos vies respectives, tu as été présente de manière inébranlable, et je tiens à te remercier du fond de mon cœur pour cela.

Ta fidélité indéfectible et ta bienveillance sincère ont été des piliers essentiels dans ma vie. Au fil du temps, notre amitié s'est renforcée, et je réalise à quel point tu es une personne spéciale. Ton impact dans ma vie va bien au-delà de simples mots. Tu as été une source constante d'inspiration, me poussant à poursuivre mes rêves et à ne jamais abandonner. Je suis reconnaissant d'avoir quelqu'un comme toi à mes côtés, quelqu'un qui croit en moi quand j'ai du mal à le faire moi-même.

Avec toi, chaque instant partagé est empreint de joie, de complicité et de sincérité. Notre amitié est un trésor que je chéris profondément, et je suis honoré de te compter parmi les personnes les plus précieuses. Que ce lien spécial qui nous unit continue de grandir et de s'épanouir, nourri par nos rires, nos confidences et nos moments de partage. Ta présence dans ma vie est un cadeau inestimable, et je suis incroyablement reconnaissant de t'avoir à mes côtés. Que notre lien continue d'embellir nos vies, et que nous puissions créer de nombreux souvenirs mémorables ensemble.

A mon adorable amie Ghalim Manal

Il est difficile de trouver les mots justes pour décrire à quel point tu es une personne spéciale dans ma vie. Ta gentillesse, ta serviabilité et ton sourire contagieux ont le pouvoir de faire disparaître tous les soucis et de remplir les moments de bonheur et de positivité.

Tu es une véritable source d'inspiration, car ton optimisme illumine chaque pièce dans laquelle tu te trouves. Peu importe les défis que tu rencontres, tu les abordes avec une détermination incroyable et tu trouves toujours le moyen de garder le sourire.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est que malgré tes 25 ans, ton esprit joyeux et ton enthousiasme rappellent ceux d'une enfant. Tu possèdes cette capacité rare de conserver la magie de l'émerveillement et de la spontanéité dans ta vie quotidienne.

Je suis reconnaissant d'avoir la chance de te connaître et de pouvoir appeler quelqu'un d'aussi extraordinaire mon amie. Notre amitié est un trésor précieux qui continue de grandir et de s'épanouir grâce à ta présence rayonnante. Que chaque jour te réserve son lot de moments merveilleux, de sourires partagés et de rires sincères. Tu mérites tout le bonheur et l'amour du monde. Que notre amitié continue de grandir et de s'épanouir, portée sur la confiance, la complicité et l'amour fraternel que nous partageons.

A mon chère amie Fatima ezzahra Berdouzi

En cette journée spéciale, je tiens à te dédier quelques mots empreints de toute l'affection que je ressens pour toi. Ta gentillesse, ta loyauté et ta générosité sont des qualités rares et précieuses.

Je suis profondément reconnaissant de t'avoir comme amie. Je te souhaite tout ce que tu mérites, que ce soit le succès, ou simplement une tranquillité d'esprit.

Je te dis merci et je te souhaite le bonheur, la réussite et la prospérité. Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour votre soutien et encouragements.

Parfois, j'oublie de remercier les personnes qui font que ma vie est si merveilleuse à bien des égards.

Parfois, j'oublie de leur dire combien j'aime qu'ils soient une partie importante de ma vie. Aujourd'hui est un jour où j'aimerais leur dire une chose...Je vous remercie, vous tous, pour être là, à mes côtés!

A mon ami Gastli Skander

Aucune dédicace ne peut décrire à quel point ta présence dans ma vie est précieuse. En toi, je trouve un compagnon d'une fiabilité résistante, méticuleux dans chaque tâche et infatigable travailleur. Ta serviabilité est une qualité rare qui illumine notre entourage. Ta magnificence est telle que les mots ne suffisent pas à te rendre justice. Même dans tes moments de colère, tu parviens à trouver un équilibre, tes yeux fixant le regard avec détermination, avant de céder à un sourire chaleureux. C'est cette force intérieure qui te distingue et qui me pousse à t'admirer. Je suis émerveillé par ta capacité à garder le sourire, à trouver le positif dans les moments difficiles. Les gardes partagées et les précieux moments que nous avons vécus ensemble à la FMPM, ainsi qu'à l'extérieur, sont gravés dans ma mémoire et occupent une place particulière dans mon cœur.

Merci d'être ce pilier solide sur lequel je peux compter sans réserve. Ta présence est un cadeau inestimable et je suis honoré de t'avoir comme ami.

A mon ami Faraji Zakaria au cœur immense

Ton cœur déborde d'amour et de générosité, irradiant de chaleur chaque personne que tu rencontres. Tu es ce rayon de soleil sociable qui connaît presque chaque recoin de la faculté, saluant avec enthousiasme des dizaines de personnes à chaque pas. Ta capacité à tisser des liens est véritablement inspirante. Même lorsque tu te plains durant les gardes épuisantes, ou lorsque la fatigue se fait sentir, tu trouves toujours le moyen de rester optimiste.

*Je tiens également à te rappeler **Farajou** de ne jamais abandonner tes rêves. Continue à croire en toi, à persévérer et à atteindre ces sommets que tu mérites tant. Je suis honoré de t'appeler mon ami, et je suis reconnaissant pour les moments précieux que nous partageons. Tu es une source constante d'inspiration et de joie dans ma vie.*

A mes amis et collègues de la FMPM : Brahim Boulaïd, Oussama Hannad, Youssef Gouriach, Amine Hafidi, Abdelkadir Ghammaz, Zakaria Essabri, Akram Youbi, Anis Zanifi, Taha Boukhalef, mohamed ouhdan, Mouaad Hafidi, Kalil El amrani, Oumnia benaderrazeq, Souha El Ouichouani, Sanae Fars, Oumaima Ghayat, Fatima Aboutalib, Salma rafia, Sara Ouzine, Douae Elghabali, Noura falahi, Imane azmi, Rihab Ait hajji, Kaoutar El kihel

Je ne peux pas imaginer mon chemin sans votre présence précieuse. Vous êtes, les épaules sur lesquelles je peux m'appuyer et les compagnons de route qui rendent chaque étape de ma vie significative et joyeuse. Votre amitié et votre collaboration ont apporté tant de couleurs à ma vie. Votre soutien, vos encouragements sincères et votre présence réconfortante ont été des cadeaux inestimables. Je suis rempli d'admiration pour chacun d'entre vous, car vous êtes des individus exceptionnels avec des qualités uniques qui m'inspirent à chaque instant. Je souhaite du fond de mon cœur que chacun d'entre vous connaisse une vie heureuse, prospère et remplie de succès. Que vos rêves se réalisent, que vos ambitions se concrétisent et que vous atteigniez les sommets que vous vous êtes fixés. Que la santé vous accompagne, car elle est la fondation sur laquelle repose notre bonheur et notre épanouissement.

Sachez que vous avez une place spéciale dans mon cœur, et que je suis reconnaissant de pouvoir partager ce voyage avec vous. Ensemble, nous sommes plus forts et capables d'accomplir de grandes choses.

À Docteur Adil Akkanour

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude pour votre compassion et l'influence positive que vous avez eue sur moi. Votre expertise et votre engagement m'ont profondément impressionné. Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre disponibilité, ainsi que pour le temps que vous avez consacré à ma situation, même en dépit de vos propres responsabilités. Je vous suis sincèrement reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi.

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

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



REMERCIEMENTS



A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR PROFESSEUR
MAHMOUD AMINE LAFFINTY
CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL
MILITAIRE DE MARRAKECH

C'est avec une immense joie et une détermination inébranlable que je me suis tourné vers vous afin de bénéficier de votre encadrement précieux dans la réalisation de cette thèse. Votre soutien a été inégalable tout au long de ce travail. Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude pour le temps que vous m'avez consacré, votre disponibilité, votre amabilité et vos encouragements. Cher Maître, veuillez accepter ce témoignage de notre estime et de notre sincère reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET PRESIDENT PROFESSEUR SAID
ZOUHIR
CHEF DE SERVICE DE LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE-
VIROLOGIE A L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE

Nous sommes infiniment touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre admiration profonde pour votre sympathie et votre modestie qui transparaissent à travers votre personnalité. Considérez ce travail modeste comme une marque de notre reconnaissance.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE PROFESSEUR
FATIHA MANOUDI
CHEF DE SERVICES DE SERVICE DE PSYCHIATRIE IBN
NAFISS

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury. Vous m'avez accueilli avec le sourire et une bienveillance remarquable. Votre gentillesse et votre accueil chaleureux ont laissé une empreinte profonde en moi. Vous êtes une source d'inspiration et un modèle à suivre. Que ces mots témoignent de ma reconnaissance et du profond respect que je vous porte.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD	Antidépresseur
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor
BZD	Benzodiazépines
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
EDC	Episode dépressif caractérisé
ESSB	Etablissement de soin de santé de base
FMC	Formation médicale continue
GABA	Gamma-Aminobutyric acid
IEC	Information éducation communication MG Médecin généraliste
IRSNa	inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
OMS	Organisations mondiale de la santé
TDM	Troubles dépressifs majeurs
TM	Trouble mental
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
RESULTATS	10
I. Étude descriptive	11
1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins	11
2. Formation de base et la formation continue	13
3. Attitudes des médecins généralistes face aux troubles mentaux	15
4. La connaissance des médecins généralistes sur les psychotropes	18
5. Les attitudes des médecins généralistes vis à vis à la prescription des psychotropes	20
6. La référence et la contre référence	27
7. L 'information sur les psychotropes	27
8. Influence des délégués médicaux	28
9. L'influence des patients	29
II. Analyse bi-variée	32
1. La prescription et les facteurs socio-démographiques	32
2. La prescription et les attitudes des médecins en santé mental	34
3. La prescription et les attitudes des médecins vis-à-vis des psychotropes	34
4. L'influence des patients	36
Discussion	37
I. Généralités	38
1. Historique	38
2. Définitions et classes pharmacologiques	40
3. Normothymiques classiques	60
4. Anticonvulsivants normothymiques	64
II. L'intérêt du sujet	74
III. Discussion des résultats	74
A. Facteurs liés aux médecins	74
1. Données sociodémographiques des praticiens	74
2. La formation de base et la formation continue	76
3. Attitudes des médecins face aux troubles mentaux	78
4. Discussion des connaissances des médecins	81
5. Attitudes des médecins vis-à-vis de la prescription	83
6. Les difficultés rencontrées lors de la prescription	88
B. Relation patient- malade	90
C. Influence des délégués médicaux	93
CONCLUSION	96
LIMITE	99
RECOMMANDATIONS	102
RESUME	109
ANNEXES	115
BIBLIOGRAPHIE	135



INTRODUCTION



La prescription des psychotropes, à savoir les antidépresseurs, les sédatifs (anxiolytiques, hypnotiques) et les antipsychotiques est dorénavant considérable. De nombreux patients souffrant de problèmes psychiatriques sont traités dans le cadre des soins de santé primaires. La consommation de médicaments psychotropes est répandue au niveau international. [1]

La découverte des psychotropes dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle a amélioré le traitement des troubles psychiatriques, permettant ainsi de réduire considérablement les conséquences psychosociales qui leur sont associées.[2]

Les médicaments psychotropes permettent aux patients une bonne intégration sociale aussi bien sur le plan familial que professionnel tout en améliorant leurs bien être et diminuant leur marginalisation ainsi que leurs difficultés individuelles.[2]

Les indications de ces médicaments ont rapidement été élargies à des troubles de moindre gravité, leur usage s'est donc peu à peu devenu généralisé. Malgré leurs effets indésirables, les antipsychotiques sont fréquemment prescrits pour gérer des symptômes comportementaux. Cette généralisation a vulgarisé la prescription des psychotropes particulièrement dans les pays occidentaux. [3]

L'offre des soins au Maroc se caractérise par un nombre des psychiatres réduit, la prescription des psychotropes n'est plus l'apanage des psychiatres seuls mais elle s'étend aux autres professionnels non spécialisés, notamment les médecins généralistes.[4]

Une étude réalisée, par un organisme de sécurité sociale marocain (CNOPS) sur le profil de la prescription des psychotropes en 1997, montre que 27% des prescriptions sont faites par les médecins généralistes.[5]

De ce fait, la collaboration entre psychiatres et médecins généralistes s'avère nécessaire étant donné l'augmentation de la prévalence des pathologies psychiatriques ainsi que de la demande des soins.[4]

La prescription des médicaments psychotropes occupe une place prépondérante dans la prise en charge de la maladie mentale, par ailleurs, il est devenu indispensable d'étudier le profil de la prescription de ces médicaments par les médecins généralistes.[6]

À l'heure actuelle, la prise en charge des désordres psychiatriques par les médecins généralistes reste encore mal connue. Certaines études ont été menées au Maroc portant sur l'usage des psychotropes sans toutefois fournir des renseignements sur l'évolution de la consommation médicamenteuse au niveau de la population marocaine.

La connaissance des évolutions ou involutions, imputables à l'essor de ces molécules, constitue le but de notre étude qui est une recherche appliquée à la prescription des médicaments psychotropes chez les médecins généralistes.

C'est dans ce cadre que nous envisageons une enquête auprès des médecins généralistes visant à :

- Identifier les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes.
- Déterminer leurs compétences et leurs connaissances en matière de prise en charge thérapeutique des troubles mentaux par les psychotropes.
- Dépister les difficultés et les contraintes rencontrées par les soignants au cours de leur prescription des psychotropes.
- –Analyser la cohérence de la prescription des psychotropes avec la symptomatologie et le respect des recommandations de la bonne pratique de leur prescription.



MATERIELS ET METHODES



Objectif de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de comprendre et d'analyser les circonstances de prescription des psychotropes par les médecins généralistes de la province de Ouarzazate et d'identifier les facteurs influençant cette prescription ainsi que les contraintes de leur prescription.

Type et population d'étude

C'est une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée auprès des médecins généralistes.

Notre étude intéresse tous les médecins généralistes de la province de Ouarzazate, soit un total de 65 médecins, qui sont triés d'une façon aléatoire et qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

On a inclus dans notre étude :

- Les médecins généralistes exerçant dans la province de Ouarzazate, quel que soit le secteur
- Être présent durant l'enquête
- Toujours en activité professionnelle

Critères d'exclusion :

On a exclu de notre étude :

- Les médecins généralistes non prescripteurs : les médecins responsables ou affectés dans des postes de gestion.
- Les médecins refusant de participer à l'enquête.
- Les médecins psychiatres de la région.

Echantillonnage :

L'échantillon était accidentel, par visite des centres de santé, des cliniques, de l'hôpital régional et des cabinets privés à l'aide des délégués médicaux, nous avons sollicité 65 médecins afin de participer à notre enquête. Dont 54 ont répondu soit 83.07%.

Population cible	65
Médecins généralistes publics	37
Médecins généralistes privés	28
Réponses analysées	54
Réponses non reçues	11

Méthodologie de l'étude :

Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire (voir annexes), réalisé auprès d'une population des médecins généralistes de la province de Ouarzazate. Ce questionnaire est composé de questions à choix multiples et des questions à choix unique.

Le questionnaire est divisé en deux sections principales :

- Section socio-démographique
- Section sur les connaissances générales sur les psychotropes

Un formulaire a été créé en ligne via Google Forms et partagé avec les médecins généralistes de la province sur les réseaux sociaux. Ainsi qu'on l'a distribué en main propre aux médecins par une visite aux lieux de leur travail après avoir sollicité leur consentement oral.

Afin d'éviter le refus des soignants interrogés, il était important de respecter les points suivants :

- ❖ Un questionnaire court et simple (questions claires et à réponses courtes ou avec choix à cocher).
- ❖ Un questionnaire facile à remplir (le temps de passation ne devait pas excéder 15 minutes pour répondre aux différentes questions).

Variables étudiées :

La prescription des psychotropes par les médecins généralistes dépend de plusieurs facteurs:

1. Les facteurs liés aux médecins :

- ❖ Les variables socio-démographiques des médecins généralistes (sexe, âge, ancienneté...)
- ❖ La formation de base

Vérifier si la formation de base était suffisante pour la prise en charge thérapeutique par les psychotropes. Cette variable a été appréciée par l'auto-questionnaire.

- ❖ La formation continue

Représentée par la participation à des formations personnelles ou atelier de formation sur la prescription (revue médicale ou autre).

- ❖ Etablissement de degré de connaissance sur les psychotropes :

La connaissance des différentes classes thérapeutiques, des modalités de prescription, les modalités de sevrage et de suivi.

2. Le rôle des délégués médicaux :

L'influence de la publicité pharmaceutique était appréciée par :

- Le nombre des visiteurs médicaux vus par semaine.
- Mode de transmission de l'information (fiches posologiques ou autre)

3. Facteurs liés aux patients :

Représentés par les exigences et la pression des patients à leur prescrire les psychotropes.

4. Facteurs liés au service :

La charge du travail et le temps consacré pour chaque consultation.

5. Relation médecin-malade :

Représentée par la qualité de l'accueil, l'éducation et la communication.

L'explication du traitement : la posologie, la durée, les effets secondaires, le problème de la dépendance et les modalités d'arrêt de traitement.

6. Facteurs liés aux médicaments :

Les effets secondaires, le problème de la dépendance, la difficulté d'arrêt du traitement et du sevrage peuvent aussi influencer sur la prescription.

Analyse statistique :

- Les données ont été initialement saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2016.
- L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 25.0. Il nous a permis d'effectuer :

Des analyses descriptives univariées des variables qualitatives et quantitatives pour chaque paramètre étudié : calcul des effectifs, des fréquences, des moyennes, des valeurs extrêmes et l'écart type.

- Des analyses analytiques bivariées : les corrélations entre la prescription et les attitudes des médecins en santé mentale et vis-à-vis les psychotropes et entre la prescription et les facteurs socio démographiques

- Les tests statistiques sont considérés comme significatifs lorsque P (degré de signification) est inférieur à 0,05.
- La saisie des textes et des tableaux a été réalisée sur le logiciel Microsoft Word 2016

Considérations éthiques :

L'étude a été réalisée après l'obtention de l'autorisation du comité de thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

L'anonymat et la confidentialité des informations des médecins ont été respectés lors du recueil des données.



Resultats



I. Étude descriptive

1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins :

1.1. Sexe :

Notre échantillon était constitué de 61.1% (33) d'hommes et de 38.9% (21) des femmes, ce qui représente un sexe ratio Hommes/Femmes de 1.57.

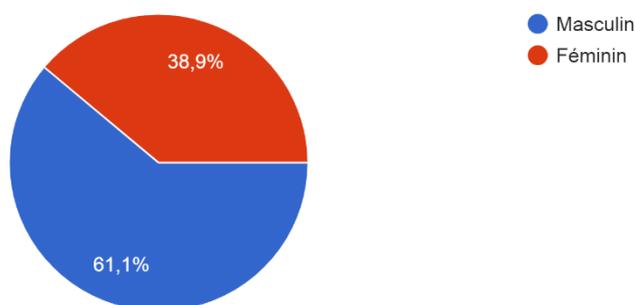


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe

1.2. Âge :

Parmi nos participants, 38.9% sont situés dans la tranche d'âge 30-39 ans, suivi de 22.2% dans les tranches d'âge <30ans et 40-49ans respectivement. 16.7% ont un âge compris entre 50 ans et 61 ans.

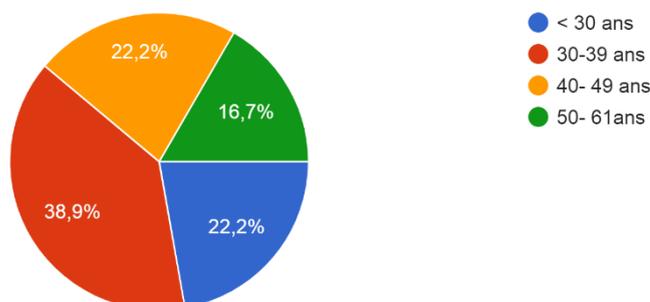


Figure 2 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge

1.3. Lieu d'exercice :

Les médecins de notre échantillon exercent au niveau de la province de Ouarzazate, dont 83.3% pratiquent dans la municipalité de Ouarzazate, 11.1% dans la municipalité de Taznakht et 5.6% dans la municipalité de Skoura.

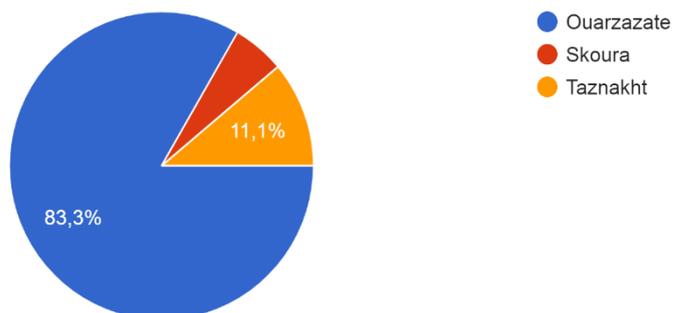


Figure 3: Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

1.4. Durée d'exercice :

On constate que plus de 77.8% des médecins généralistes enquêtés ont plus de 5 ans d'expérience, dont 33.3% ont une expérience s'étalant sur une période allant de 5 ans à 10 ans, 27.8% ont une expérience de 11 à 20 ans, alors que 16.7% exercent plus de 20 ans.

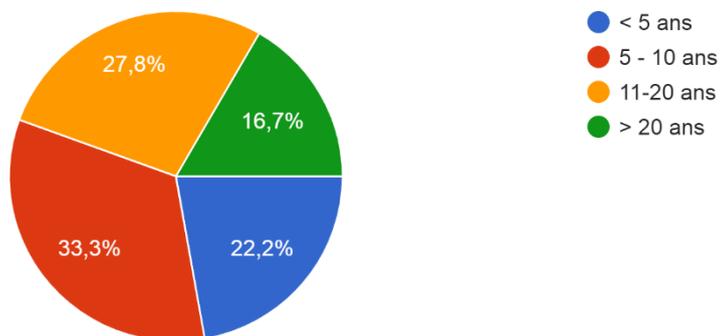


Figure 4: Répartition des médecins selon la durée d'exercice

2. La formation de base et la formation continue :

2.1. Formation de base :

Tous les médecins de notre échantillon ont reçu leur formation de base dans les facultés de médecine nationales, dont 61.1% ont reçu leur formation de base dans la faculté de Marrakech.

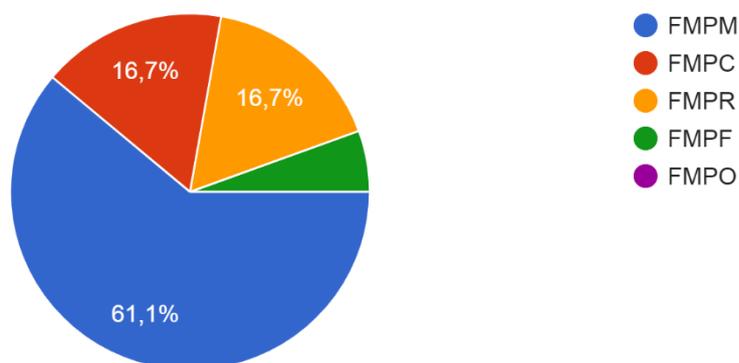


Figure5 : Répartition des médecins selon leur lieu de formation universitaire

On constate que 83.3% de nos médecins ont bénéficié d'un stage en psychiatrie au cours de leur cursus universitaire.

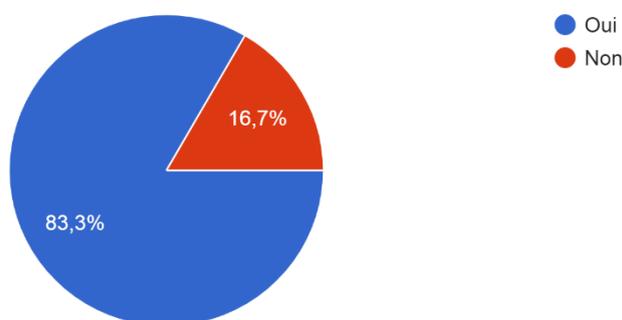


Figure6 : Les médecins bénéficiant d'un stage en psychiatrie durant leur formation de base.

La majorité de nos médecins (soit 72.2%) ont répondu que la formation de base en psychiatrie reçue à la faculté de médecine leur permet moyennement de prendre en charge les troubles mentaux, ainsi que 22.2% trouvent qu'elle leur permet suffisamment de prendre en charge ce genre de maladies. Alors que 5.6% ont répondu qu'elle leur permet d'assurer cette tâche d'une façon optimale.

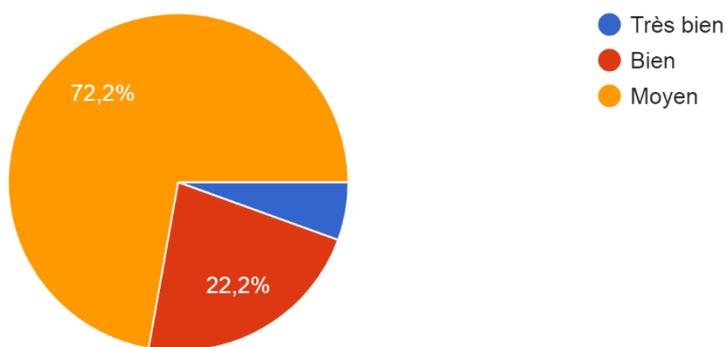


Figure7: Taux de satisfaction relative des médecins vis-à-vis leur formation de base

2.2. Formation continue :

Concernant la formation continue en santé mentale, la moitié des médecins ont reçu au moins une formation supplémentaire en psychiatrie en dehors de leur formation universitaire de type : diplômes universitaires, séminaires ou ateliers.

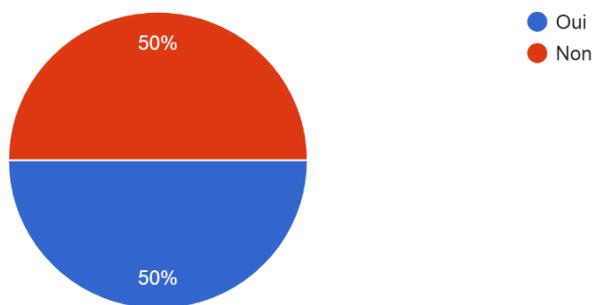


Figure 8 : Taux des médecins bénéficiant d'une formation continue

On constate que 61.1% des médecins ayant suivis une formation continue affirment que cette formation a amélioré leurs connaissances en santé mentale.

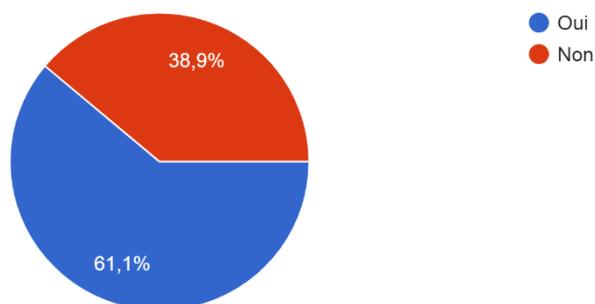


Figure 9 : Satisfaction des médecins ayant bénéficiés d'une formation continue

3. Attitudes des médecins généralistes face aux troubles mentaux :

Tous les médecins de notre étude sont conscients de l'ampleur du problème de la santé mentale à l'échelle nationale, soit 100%.

Pourtant 83.3% de ces médecins jugent que l'implication des médecins exerçant au niveau des établissements de soins de santé de base dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux permettra une amélioration de la qualité de la prise en charge de la maladie mentale.

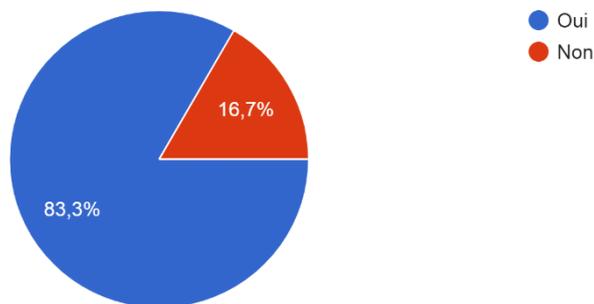


Figure 10 : L'implication des médecins dans la PEC des troubles mentaux

La majorité des médecins enquêtés (74.1%) rapportent que poser le bon diagnostic de la maladie psychiatrique était leur premier besoin de formation en santé mentale, suivi de la maîtrise de la prescription des psychotropes pour 72.2%, et en dernier lieu en matière d'information, éducation et communication en santé mentale pour 27.8% des médecins

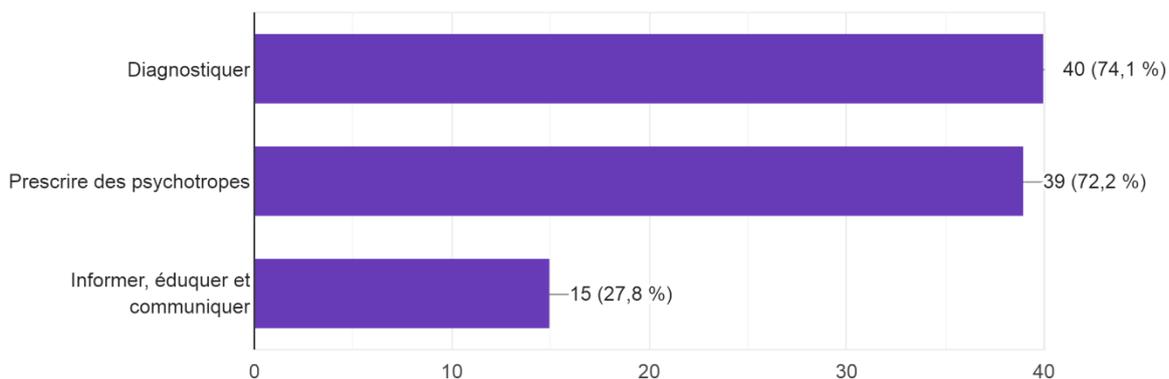


Figure 11 : Les besoins des médecins en formation en matière de la santé mentale

Dans notre série, 72.2% des médecins enquêtés affirment que les consultations pour trouble mental ne dépassent pas 20 % des consultations générales par semaine. Ainsi que 27.8% des médecins rapportent que le nombre de consultation pour trouble mental par semaine est de 20% à 40% de l'ensemble des consultations.

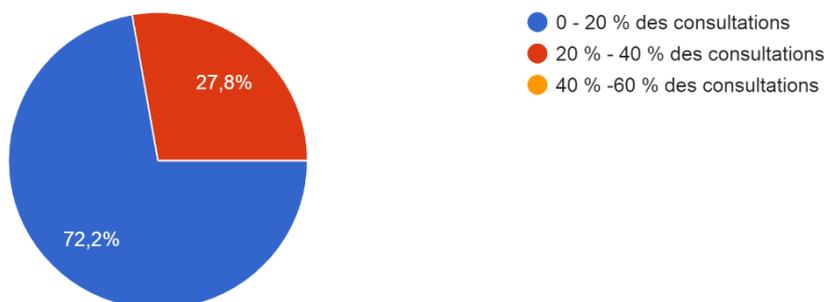


Figure 12: Nombre de consultations pour trouble mental par semaine

Pour les motifs de consultation les plus fréquents, 48.1% des participants considèrent que l'anxiété générale représente le motif le plus fréquent, suivi du trouble dépressif pour 35.2% des médecins. Les troubles psychotiques représentent 11.1% de l'ensemble des consultations.

Les troubles de sommeil et l'abus de consommation de substances psychoactives représentent les motifs de consultation les moins fréquents

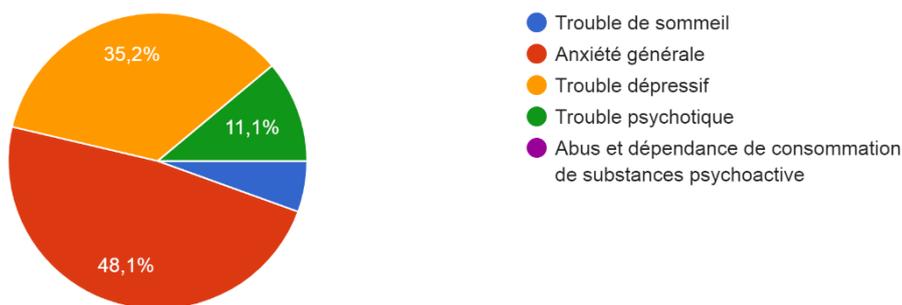


Figure 13: Motifs de consultation psychiatriques en médecine générale

La moitié des médecins de notre échantillon préfèrent référer ces patients pour un avis spécialisé.

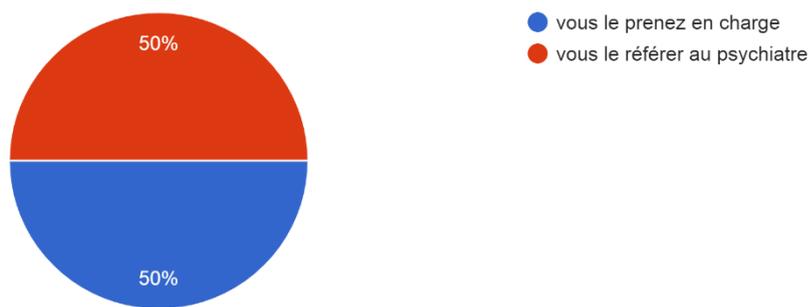


Figure 14 : Capacité de la PEC des troubles mentaux

La majorité de nos médecins (soit 80.6%) prennent en charge les formes légères des troubles anxieux et dépressifs au niveau de leurs formations sanitaires. Les abus et la dépendance constituent 41.9% des motifs pris en charge.

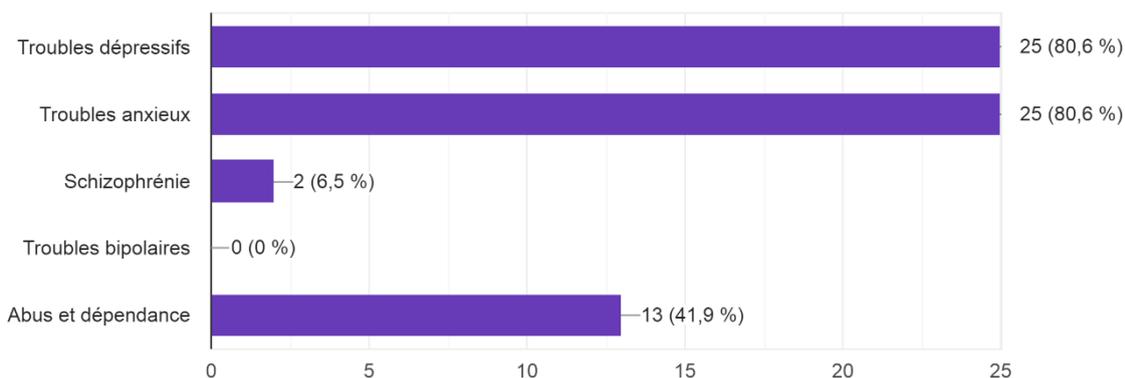


Figure 15 : PEC des troubles psychiatriques par les médecins généralistes

4. La connaissance des médecins généralistes vis à vis les psychotropes :

Seulement 44.4% des médecins participants déclarent avoir souvent recours à la prescription des psychotropes, ainsi que 44.4% estiment prescrire rarement les psychotropes. Tandis que 11.1% des praticiens affirment qu'ils n'avaient jamais recours à la prescription de ces médicaments.

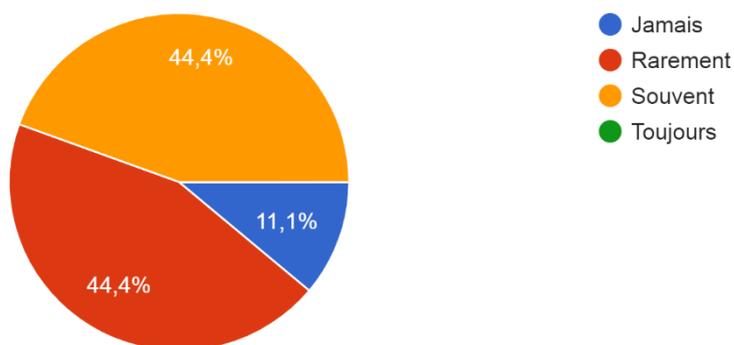


Figure16 : Répartition des médecins généralistes selon leur prescription des psychotropes

La majorité des médecins (soit 74.1%) ne maîtrisent pas les différentes classes thérapeutiques des psychotropes, suivi du problème de diagnostic pour 64.8% des répondants. De même 51.9% ne connaissaient pas les dernières recommandations établies par l'ANSM sur la durée maximale de la prescription et de la délivrance des psychotropes. Alors que 40.7% ne connaissent pas les modalités de suivi des psychotropes et 27.8% des praticiens rencontrent des difficultés liées aux posologies ainsi qu'au sevrage des psychotropes pour 16.7%.

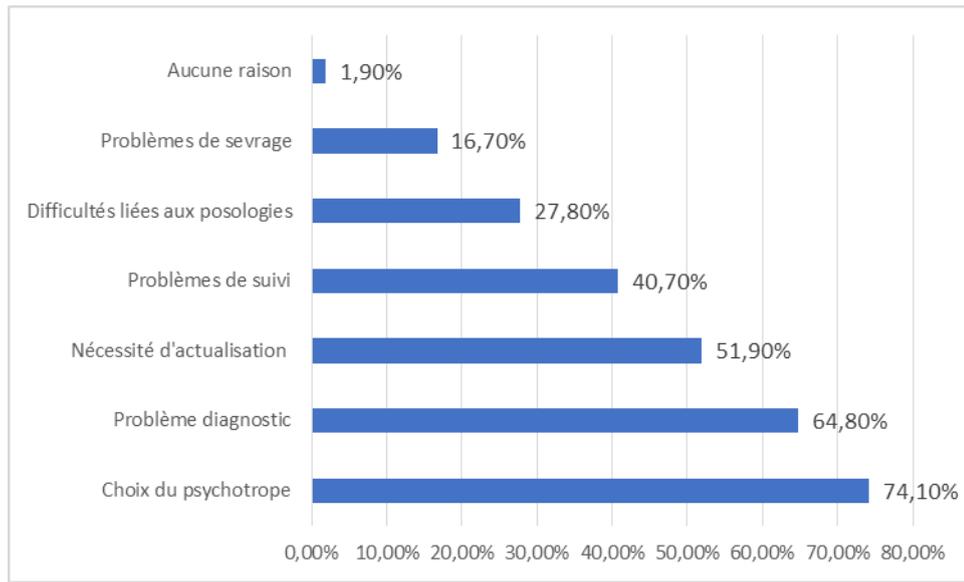


Figure 17 : Les raisons empêchant les médecins généralistes de prescrire les psychotropes

Pour ceci, on a essayé d'évaluer les besoins des médecins généralistes en matière de prescription des psychotropes. Dont 77.8% nécessitent de connaître les modalités de prescription, suivi de 74.1% de ces médecins ont besoin de maîtriser les différentes classes des psychotropes et de savoir surveiller ces patients pour 66.7%. Alors que 42.6% aimeraient maîtriser les indications et les contre-indications de ces médicaments et 11.1% nécessitent les modalités d'arrêt des psychotropes pour éviter l'effet rebond. Tandis que seulement 1.9% qui maîtrisent la prescription des psychotropes.

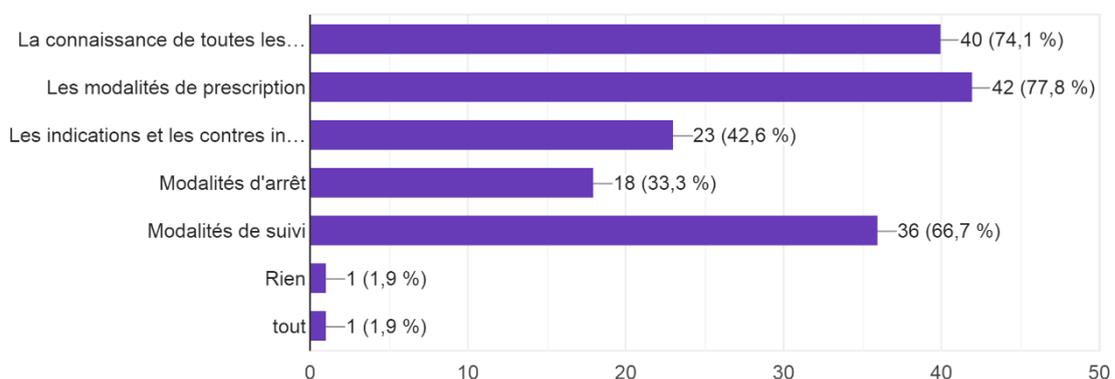


Figure 18: Les besoins des médecins en matière de la prescription des psychotropes

5. Les attitudes des médecins généralistes vis à vis à la prescription des psychotropes :

En analysant les réponses des médecins qui prescrivent les psychotropes dans leur pratique quotidienne, concernant les pathologies pour lesquelles ils prescrivent, on constate que les troubles anxieux représentent la première indication de prescription soit 77.8%, suivis des troubles dépressifs et des troubles de sommeil qui représentent respectivement 72.2% et 64.8 %. La prescription pour renouvellement de l'ordonnance et pour les maladies organiques constitue respectivement 42.6% et 18.5%.

Tandis que la prescription pour les troubles psychotiques reste exceptionnelle par la majorité des médecins soit 5.6%.

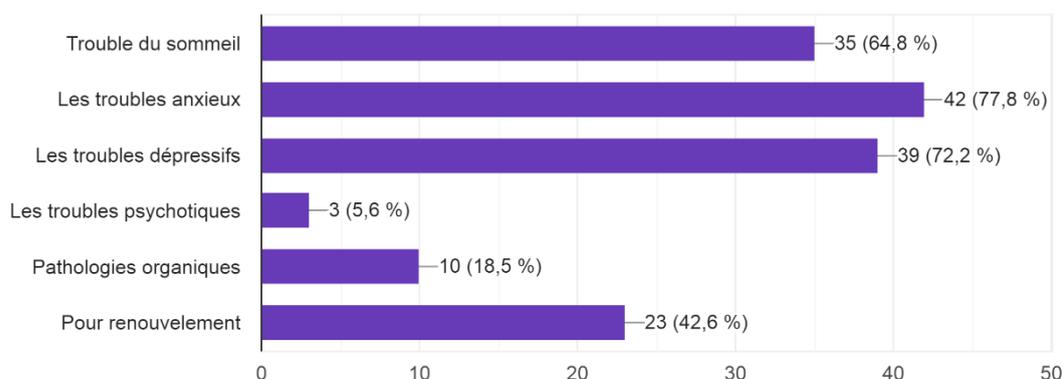


Figure 19 : Les indications de prescription des psychotropes par les médecins généralistes

Dans notre enquête, 88.9% des médecins rapportent que la prescription des psychotropes lors des maladies somatiques par les généralistes est d'une grande importance.

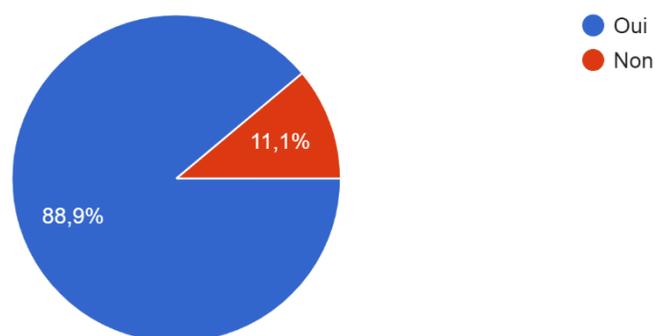


Figure 20 : la prescription des psychotropes lors des maladies somatiques

Les pathologies abdominales chroniques sont à l'origine des prescriptions non psychiatriques les plus fréquentes avec 76.5%, suivies de pathologies tumorales et des neuropathies avec 33.3% chacune.

Les pathologies cardiovasculaires et les brûlures graves représentent respectivement 15.7% et 2%. Aucun médecin n'a rapporté une prescription des psychotropes si problèmes ostéoarticulaires.

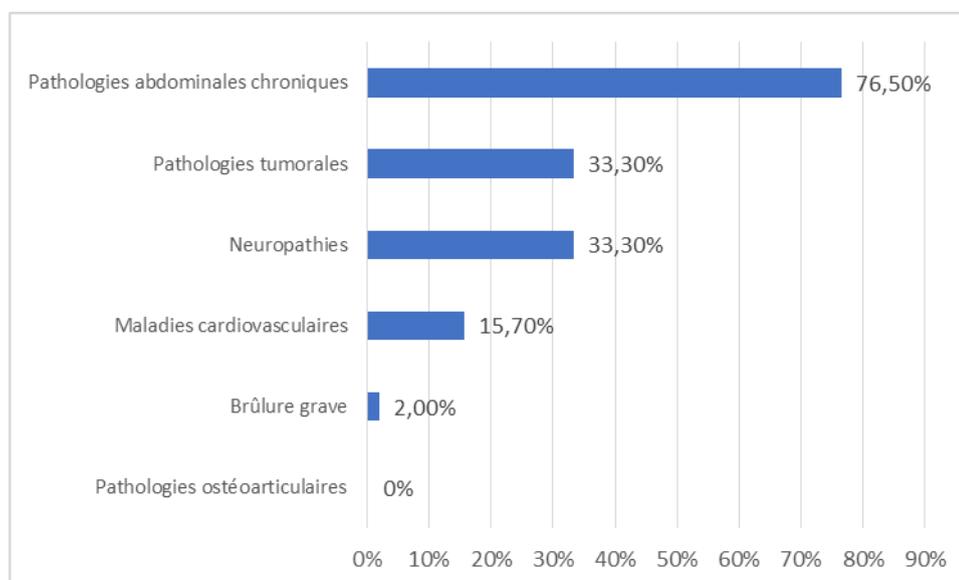


Figure 21 : Les indications de la prescription

Les classes de médicaments souvent prescrites selon 77.8% des prescripteurs sont les antidépresseurs.

Pour les anxiolytiques, 55.6% des médecins les prescrivent souvent contre 42.6% qui les prescrivent rarement.

Les hypnotiques font rarement partie des prescriptions de 55.6% des médecins prescripteurs. Alors que 33.3% ne les ont jamais prescrits. 38.8% des répondants déclarent qu'ils n'ont jamais recours aux neuroleptiques dans leurs prescriptions contre 33.3% qui les prescrivent souvent.

Concernant les thymorégulateurs, ils n'ont jamais été prescrits par aucun médecin de notre enquête.

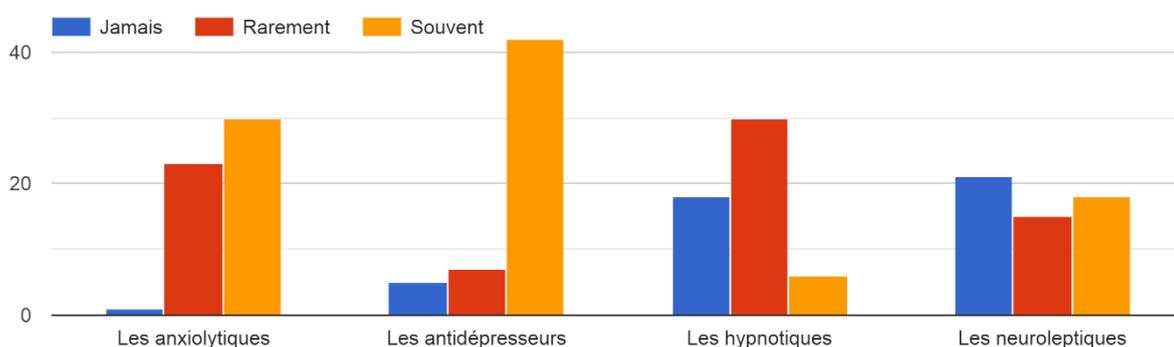


Figure 22 : La fréquence de prescription des différentes classes de psychotropes

La monothérapie a été respectée dans 33% des cas, la co-prescription entre psychotropes était relevée dans 67% des cas.

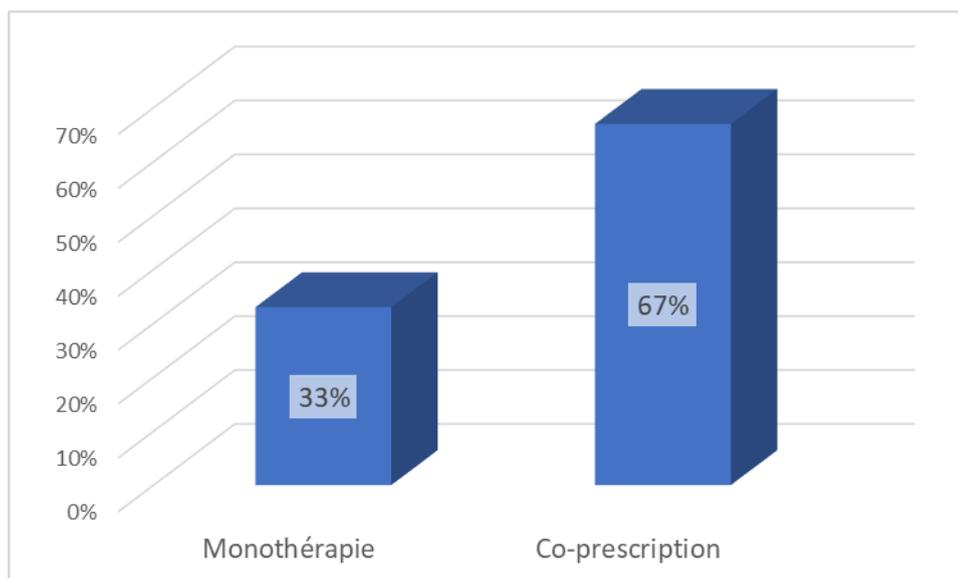


Figure 23 : Le nombre de psychotropes prescrits par les médecins généralistes

En ce qui concerne les associations entre les psychotropes, les antidépresseurs sont associés dans 60% des cas à des anxiolytiques, dans 22 % des cas aux neuroleptiques. Les neuroleptiques sont associés aux anxiolytiques dans 18 % des cas.

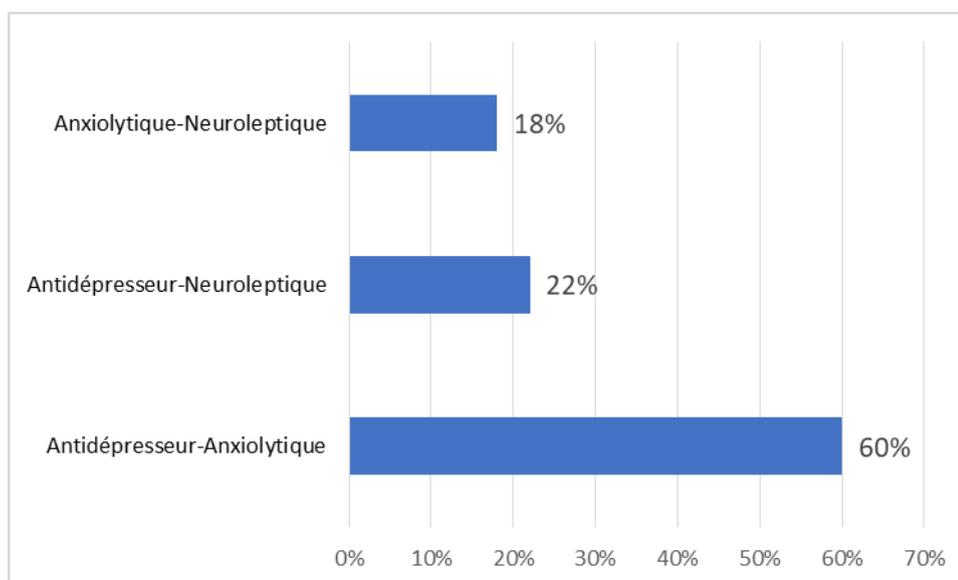


Figure 24 : La co-prescription entre les psychotropes

Concernant les antidépresseurs, 55.6% des médecins prescrivent les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, suivis des antidépresseurs classiques dans 22.2%. Les inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline représentent 16.7% de l'ensemble

de la prescription. Tandis que 5.6% ne prescrivent aucune des classes thérapeutiques déjà citées.

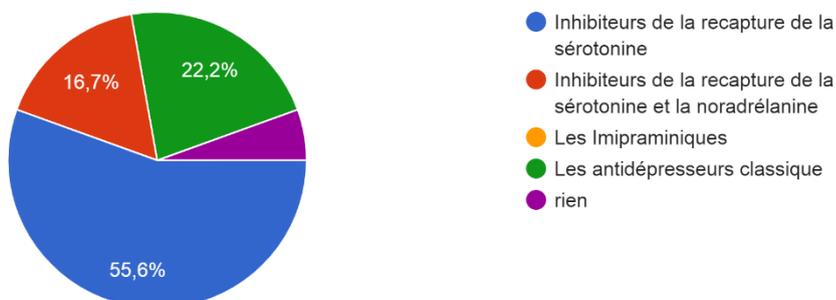


Figure 25 : Les différentes classes des antidépresseurs

Concernant les anxiolytiques, 77.8% des médecins recourent aux benzodiazépines. Tandis que seulement 22.2% prescrivent les non benzodiazépines.

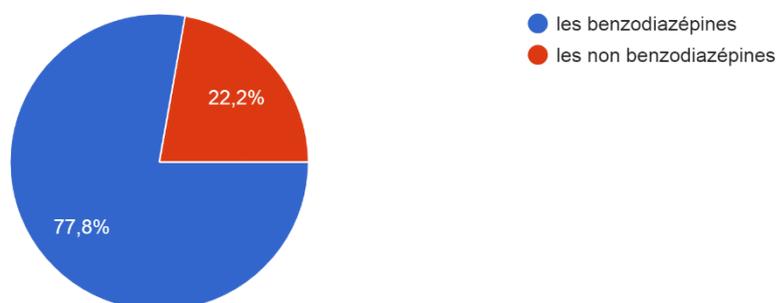


Figure 26 : Les différentes classes des anxiolytiques

En ce qui concerne les facteurs influençant la prescription des psychotropes, 72.2% des praticiens déclarent que cette prescription est liée essentiellement à l'âge et au sexe des patients, suivis des effets indésirables de ces médicaments dans 63%.

Le coût constitue 50% des facteurs influençant, alors que les laboratoires pharmaceutiques n'influencent cette prescription que par 46.3%.

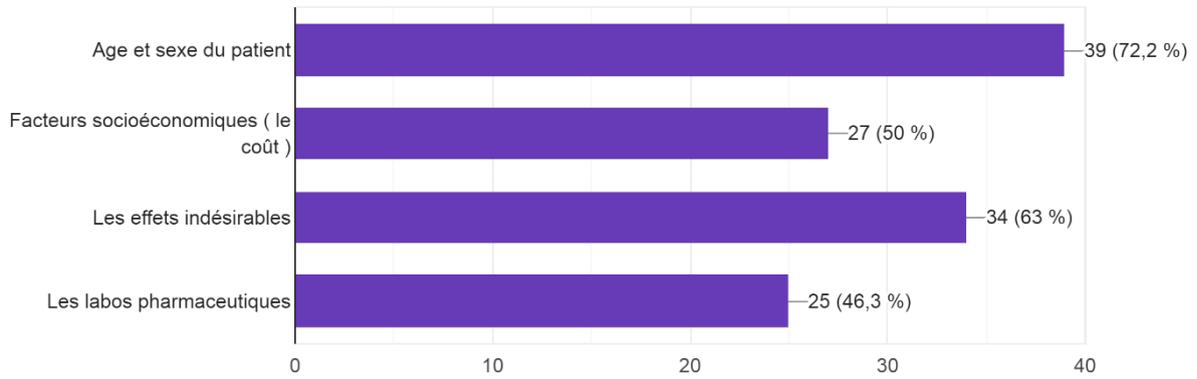


Figure 27 : Les facteurs influençant la prescription

Plus que la moitié des médecins prescripteurs (soit 61.1%) ont tendance à prescrire ces médicaments plus fréquemment chez les femmes, 33.3% prescrivent plus chez les hommes que les femmes. Alors que seulement 5.6% les prescrivent autant chez les hommes que chez les femmes.

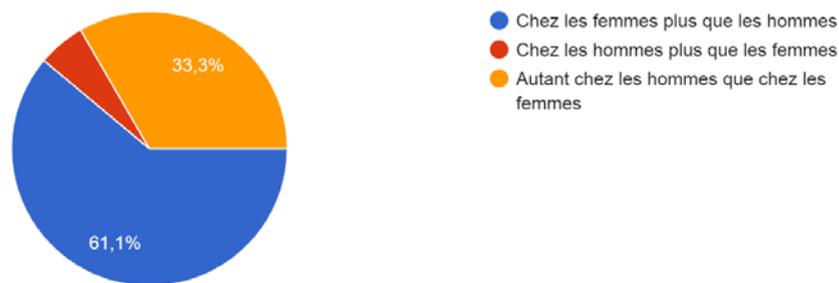


Figure 28: La prescription selon le sexe du patient

En cas de prescription, 94.4% des prescripteurs assurent l'observance du traitement par les psychotropes contre 5.6%.

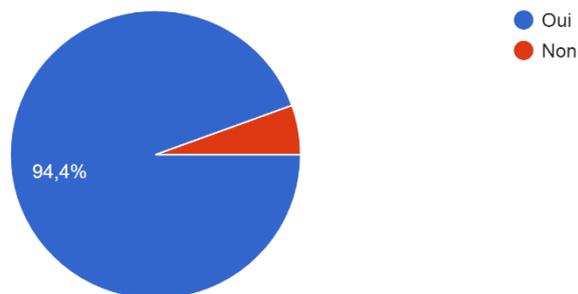


Figure 29 : L'observance du traitement

La grande majorité des médecins prescripteurs (soit 94.4%) jugent que la durée de la consultation est plus longue quand on prescrit un médicament psychotrope que lorsqu'on prescrit un autre médicament

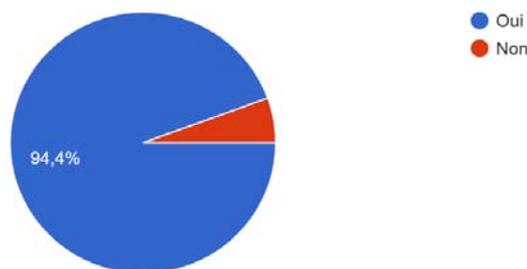


Figure 30 : La durée de consultation

Cependant 88.9% de ces prescripteurs déclarent que la charge du travail influence la durée de consultation.

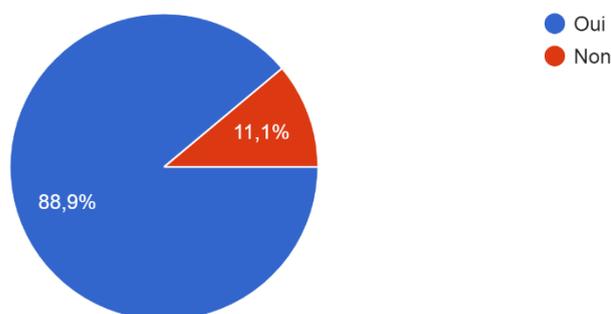


Figure 31 : L'impact de la charge du travail sur la durée de consultation

Pourtant 76% des médecins généralistes consacrent 10 à 20 minutes pour les malades présentant un trouble mental, alors que seulement 17% qui excèdent les 20min.

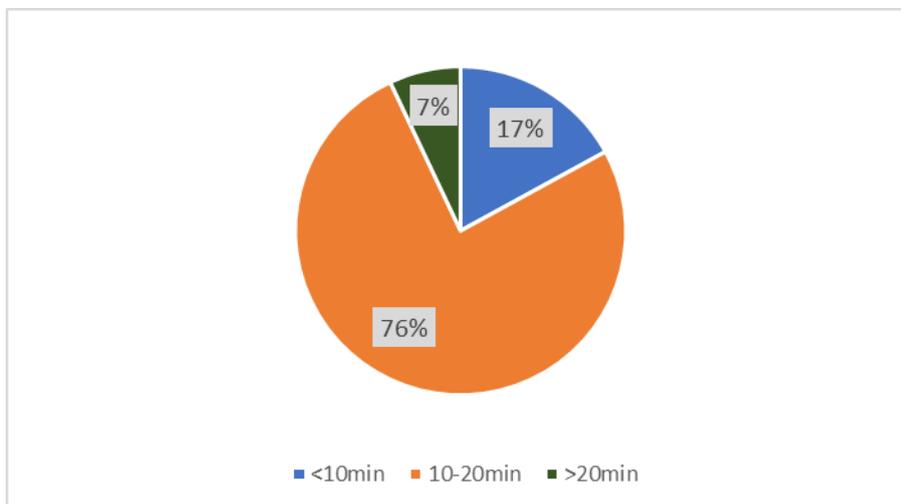


Figure 32 : Durée de consultation pour trouble mental

6. La référence et la contre référence :

Parmi les médecins référents, 61.1% affirment n’avoir jamais reçu de rétro-informations sur les cas transférés.

Alors que 16.7% reçoivent rarement une contre référence et seulement 22.2% qui déclarent recevoir souvent une réponse du psychiatre.

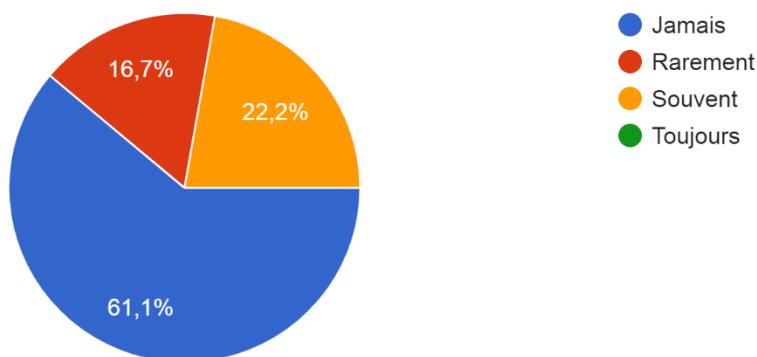


Figure 32 : L'obtention d'une contre-référence

7. L'information sur les psychotropes :

Concernant les sources de l'information sur la prescription des psychotropes, 61.1% des médecins déclarent recevoir l'information des applications médicales, suivies des délégués

médicaux promotionnant des psychotropes et des confrères chez 50% et 46.3% respectivement. L'information est reçue des revues médicales chez 44.4% des médecins. Tandis que pour 31.5% l'information est reçue parfois du ministère de la santé.

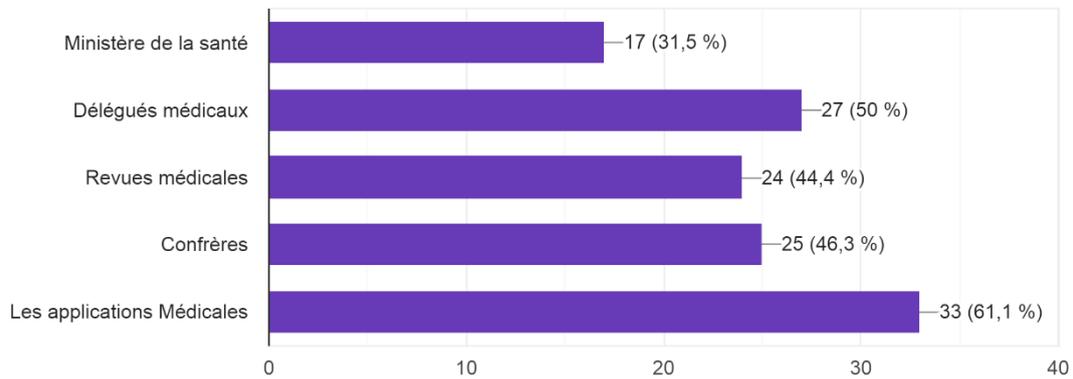


Figure 33 : La source de l'information

8. Influence des délégués médicaux :

Seulement 33.3% des médecins qui recevaient les visiteurs médicaux promotionnant les psychotropes une fois tous les mois voire rarement.

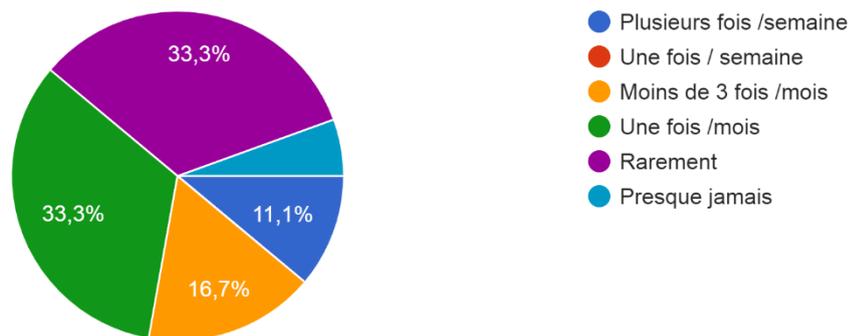


Figure 34 : La visite des délégués médicaux promotionnant les psychotropes

Plus que la moitié des médecins (64.8%) jugent que l'information médicale apportée par les délégués médicaux est intéressante, alors que 35.2% affirment qu'elle n'a aucun intérêt.

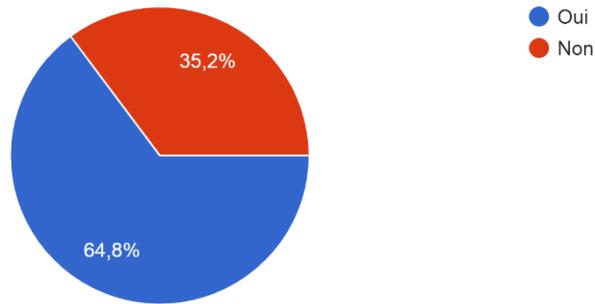


Figure 35 : L'utilité de l'information médicale apportée par les délégués médicaux

9. L'influence des patients

Dans notre échantillon, 61.1% des médecins participants subissent rarement la pression des patients à leur prescrire les psychotropes, alors que 16,7% subissent souvent cette pression et 22.2% déclarent ne l'avoir jamais subi.

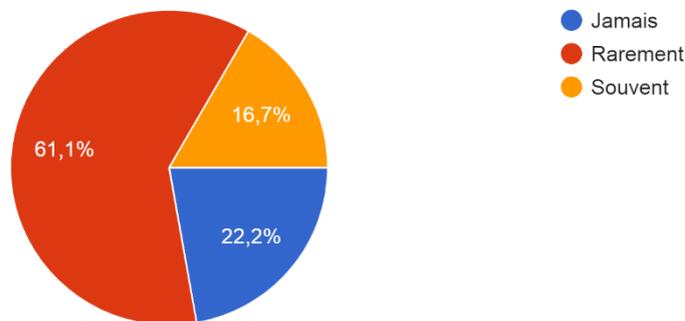


Figure 36 : La fréquence des exigences des patients rapportée par les médecins

Concernant les situations dans lesquelles les patients exigent la prescription des psychotropes, on constate que 84% des participants rapportent que le renouvellement de l'ordonnance constitue la première demande, suivi de l'état de stress chez 72%. Les raisons sociales constituent 20% des exigences suscitant la prescription.

Alors que seulement 8% des médecins affirment qu'ils subissent une pression des patients à leur prescrire les psychotropes pour des raisons de pharmacodépendance.

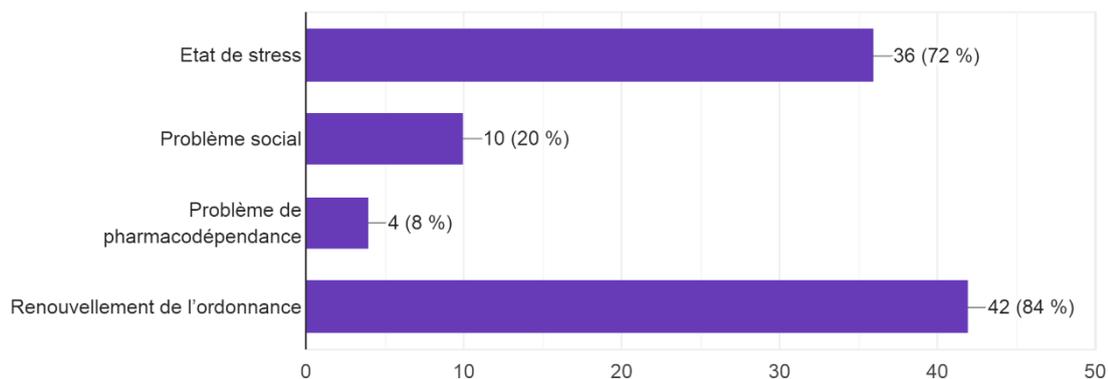


Figure 37 : Les raisons pour lesquelles les patients exigent la prescription selon les médecins

Presque la moitié des répondants (48.1%) jugent que la population n'interfère pas dans le choix du psychotrope. Alors que 51.9% sont influencés lors de leur prescription par les demandes des patients.

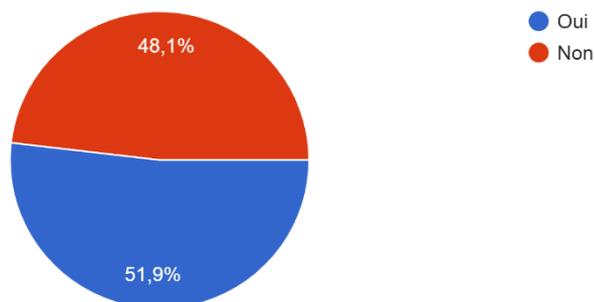


Figure 38 : L'influence de la population dans la prescription des psychotropes

Les médicaments les plus demandés par les patients sont les benzodiazépines selon 75.9%, suivis des antidépresseurs et des hypnotiques selon 53.7% et 48.1% des médecins respectivement.

Les neuroleptiques et les autres anxiolytiques sont de moins en moins demandés selon les participants (presque 3.7% chacun).

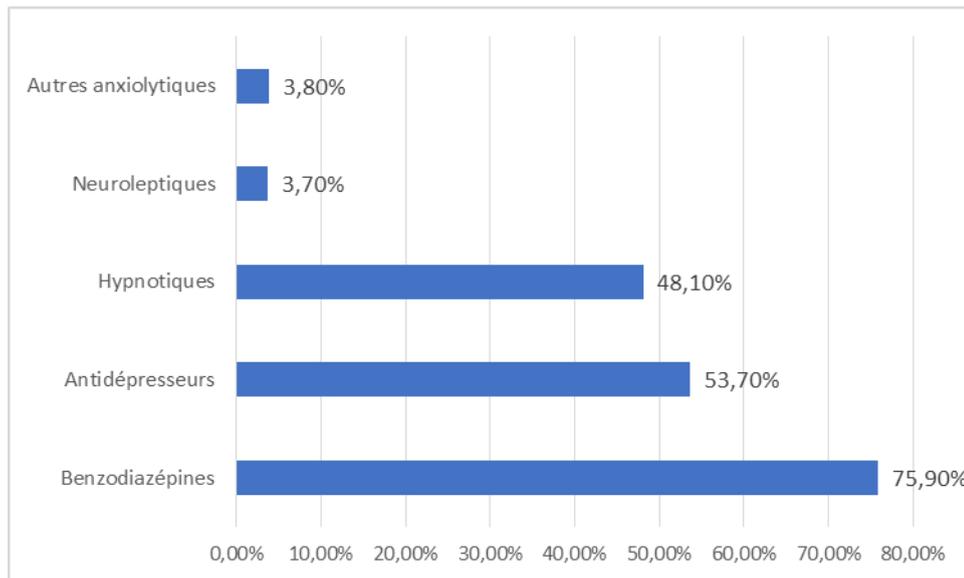


Figure 39 : Les classes thérapeutiques les plus demandées

Devant les exigences des patients à leurs prescrire les psychotropes, 5.6% des médecins acceptent de les prescrire.

Alors que la majorité des médecins enquêtés, soit 94.4% ne cèdent pas à leurs demandes et préfèrent soit référer au psychiatre (33.3%), soit mener un dialogue avec le patient (33.3%) ou bien opter pour une information-éducation et communication (27.8%).

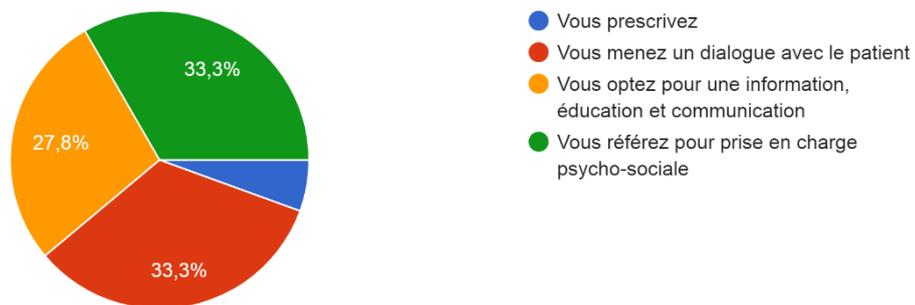


Figure 40 : La CAT des médecins devant les exigences des patients.

II. Analyse statistique bivariée :

Cette analyse a pour but de préciser le degré d'association entre les variables binaires de nos résultats.

1. La prescription et les facteurs socio-démographiques :

Dans notre série, la prescription des psychotropes chez les enquêtés était plus élevée chez les hommes que les femmes, ainsi on retrouve 61.1% des médecins prescripteurs parmi les hommes et seulement 38.9% parmi les femmes. Le test est statistiquement significatif ($p < 0.01$).

Tableau I : Prescription des psychotropes selon le sexe des médecins

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Masculin	19 (79%)	14 (58%)	0 (0%)	<0.01
Féminin	5 (21%)	10 (42%)	6 (100%)	

On note une association significative entre l'âge des médecins et la prescription des psychotropes ($p < 0.001$).

Tableau II : Prescription des psychotropes selon l'âge des médecins

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
<30ans	3 (12%)	7 (29%)	2 (33%)	<0.001
30-39ans	18 (75%)	3 (12%)	0 (0%)	
40-49ans	2 (8.3%)	10 (42%)	0 (0%)	
50-61ans	1 (4.2%)	4 (17%)	4 (67%)	

On a conclu à l'existence d'une association significative entre la durée d'exercice et la prescription des psychotropes ($p < 0.001$).

Tableau III : Prescription des psychotropes et ancienneté du médecin généraliste

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
<5ans	1 (4.2%)	9 (38%)	2 (33%)	<0.001
5-10ans	15 (62%)	3 (12%)	0 (0%)	
11-20ans	7 (29%)	8 (33%)	0 (0%)	
>20ans	1 (4.2%)	4 (17%)	4 (67%)	

On note une corrélation statistiquement significative entre la prescription des psychotropes par les médecins généralistes ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie et par ceux qui n'en ont pas bénéficié ($p < 0.01$).

Tableau IV : Corrélation entre la prescription des psychotropes et le stage en psychiatrie

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Oui	17 (71%)	24 (100%)	4(67%)	<0.01
Non	7 (29%)	0 (0%)	2 (83%)	

Les médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie sont plus satisfaits de leur formation de base que leurs confrères qui n'en ont pas bénéficié, le test est statistiquement significatif ($p < 0.01$).

Tableau V : Prescription des psychotropes selon le degré de satisfaction des médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Satisfaits	1 (4.2%)	9 (37.2%)	5 (83%)	<0.01
Moyennement satisfaits	23(96%)	15 (62%)	1 (17%)	

La majorité des médecins bénéficiant d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie maîtrisent la prise en charge d'un trouble psychiatrique, ce résultat est statistiquement significatif ($p < 0.01$).

Tableau VI : Corrélation entre la prescription des psychotropes et la formation post-universitaire

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Oui	18 (75%)	8 (33%)	1 (17%)	<0.01
Non	6 (25%)	16 (67%)	5 (83%)	

2. La prescription et les attitudes des généralistes dans le domaine de la santé mental :

On remarque dans cette étude que le besoin de formation en matière de diagnostic de la maladie mentale ou en matière de prescription de psychotrope n'influence pas la prescription chez les médecins de notre enquête ($p=0.87$).

Tableau VII : Prescription des psychotropes et les besoins de formation en matière de diagnostic et de traitement de la maladie mentale.

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Oui	17 (71.2%)	18 (74.6%)	5 (83%)	0.87
Non	7 (29.3%)	6 (25.2%)	1 (17%)	

La moitié des médecins demandaient un avis psychiatrique quel que soit leurs compétences en prise en charge des troubles psychiatriques. Ce résultat est statistiquement significatif ($p<0.01$).

Tableau VIII : Prescription du médicament psychotrope et la prise en charge des troubles mentaux mineurs

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Oui	17 (71%)	10 (42%)	0 (0%)	<0.01
Non	7 (29%)	14 (58%)	6 (100%)	

3. La prescription et les attitudes des médecins vis-à-vis des psychotropes :

On constate que la prescription des psychotropes est très liée à l'état de connaissances des médecins concernant ces médicaments. Ainsi on note une forte association entre la prescription et le degré des connaissances des modalités de prescription des psychotropes, des principales indications, des effets secondaires, ainsi que des modalités d'arrêt.

Les médecins qui déclarent avoir une bonne ou moyenne connaissance en ce qui concerne la manipulation des psychotropes sont ceux qui prescrivent le plus, tandis que ceux qui admettent avoir une connaissance faible sont moins enclins à le faire.

Tableau IX : Prescription du psychotrope et le degré des connaissances des principales indications des psychotropes

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Assez bien	22(92%)	3 (12%)	2 (33%)	<0.001
Bien	2 (8.3%)	20 (83%)	2(33%)	
Non	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tableau X : Prescription du médicament psychotrope et le degré des connaissances des modalités de prescription des psychotropes.

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Assez bien	23 (96%)	11 (46%)	2 (33%)	<0.001
Très bien	0 (0%)	5 (21%)	4 (67%)	
Bien	1 (4.2%)	13 (54%)	4(67%)	

Tableau XI : Prescription du psychotrope et le degré des connaissances des effets secondaires de ces médicaments

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Assez bien	23 (96%)	0 (0%)	1 (17%)	<0.001
Très bien	0 (0%)	1 (4.2%)	2 (33%)	
Bien	1 (4.2%)	19 (79%)	1 (17%)	

Tableau XII : Prescription du médicament psychotrope et le degré des connaissances des modalités d'arrêt

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Assez bien	24 (100%)	4 (17%)	2 (33%)	<0.001
Bien	0 (0%)	18 (75%)	0 (0%)	
Très bien	0 (0%)	2 (8.3%)	4(67%)	

On note également une association significative entre la pathologie organique et le profil de la prescription ($p < 0.001$).

Tableau XIII : Prescription du médicament psychotrope et la pathologie organique

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Oui	23 (96%)	23 (96%)	2 (33%)	<0.001
Non	1 (4.2%)	1 (4.2%)	4 (67%)	

L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence un lien non significatif entre les obstacles de la prescription et la prescription de psychotropes, et cela indépendamment des caractéristiques du médecin, du patient et de la consultation.

Tableau XIV : Prescription du médicament psychotrope et les obstacles à la prescription

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Problèmes du diagnostic et du choix de psychotrope	6	0	0	0.19
Problèmes du suivi	2	3	0	
Problèmes liés au sevrage	1	1	0	

4. L'influence des patients :

Il y a une association significative entre la prescription et la pression des patients ($p < 0,001$).

Tableau XV : L'influence de la pression des patients sur la Prescription du psychotrope

Variable	Prescription (rarement) N(%)	Prescription (souvent) N(%)	Prescription (Jamais) N(%)	p de Fisher
Rarement	21 (88%)	12 (50%)	0 (0%)	<0.001
Souvent	2 (8.3%)	2 (8.3%)	5 (83%)	
Jamais	1 (4.2%)	10 (42%)	1 (17%)	



DISCUSSION



I. Rappel

1. Historique [7-11] :

Les produits psychotropes existent à l'état naturel dans divers plantes ou champignons, voire venins tout au long de l'histoire de l'humanité, la plupart des civilisations humaines ont utilisé des substances psychotropes pour des buts spirituels, divinatoires ou médicaux.

L'homme a consommé des substances psychoactives bien avant l'avènement de la psychiatrie, mais l'histoire moderne de la psychopharmacologie s'étend du milieu du XIXe siècle à 1950.

L'âge d'or de la psychopharmacologie commence avec la synthèse de la chlorpromazine, synthétisée par **Paul Charpentier** d'une façon un peu accidentelle, en 1950. Il travaillait sur un antihistaminique et il a alors découvert que ce dernier avait des effets psychologiques profonds sur les patients lorsqu'il leur en était administré avant une opération.

Deniker et Delay rapportent en mai 1952 la capacité de ce médicament à calmer les patients psychotiquement agités. La même année, la société pharmaceutique américaine SKF achète les droits de la chlorpromazine et reçoit l'autorisation de la Food and Drug Administration (FDA) afin de la commercialiser sous le nom de Thorazine en Amérique du Nord.

L'introduction du Thorazine aux États-Unis a contribué au mouvement de désinstitutionalisation. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés est passé d'environ 600 000 en 1952 à 160 000 en 1977.

La chlorpromazine est commercialisée ensuite sous celui de Largactil à la fin de 1952 qui signifie « large action » : soit liée à la difficulté de cerner ses effets spécifiques, soit du fait de ses effets étendus, portant sur différents symptômes : agitation, confusion mentale, idées délirantes, hallucinations, angoisse, agressivité.

En 1953 : la publication du premier essai consacré à l'effet du Largactil sur la schizophrénie, mené par le Suisse **Félix Labhardt**, démontrant l'efficacité du produit,

particulièrement dans ses formes catatoniques et paranoïdes, et en précisant les modalités d'utilisation (doses, durée du traitement).

Jean Delay et Pierre Deniker créent le nom de neuroleptique, classe de psychotropes représentée par le Largactil et la Réserpine, défini par cinq critères : ataraxie, effet sédatif, réduction des troubles psychotiques, production de syndromes diencephaliques et extra-pyramidaux, action sur les structures sous-corticales. Ils ont distingué trois types de psychotropes [12] :

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

A partir des années 70, cette classification comprenait une quatrième classe « les thymorégulateurs » qui préviennent les récurrences dysthymiques.

Les psychiatres ont accueilli ces nouveaux médicaments avec ambivalence, les utilisant généralement comme des compléments à ce qu'ils considéraient comme les plus importants, à savoir les traitements psychosociaux et psychothérapeutiques.

La deuxième découverte historique qui a marqué les débuts de la psychopharmacologie est celle de l'imipramine en 1957 par **Roland Kuhn**. L'imipramine est commercialisée sous le nom de Tofranil, le premier antidépresseur tricyclique.

S'étendant du milieu des années 1960 à la fin des années 1980, cette ère a été marquée par des changements surprenants et sans précédent pour la psychiatrie : Les psychotropes ont joué un rôle central dans les changements vertigineux.

Le Valium a été découvert par le chimiste **Leo Sternbach** dans le New Jersey en 1963. Il s'agit du deuxième benzodiazépine découverte, après le Librium, en 1960.

Les benzodiazépines sont devenues donc très populaires dans les années 1960 et 1970 en tant qu'anxiolytiques. Et ce, parce que leurs effets secondaires étaient bien moindres que ceux des barbituriques.

En 1965 : L'apparition du premier neuroleptique "retard", aussi appelé neuroleptique d'action prolongée ou NAP injectable.

L'apogée des antidépresseurs et des antipsychotiques commence avec l'introduction du Prozac en 1988 sur le marché américain. C'est **Eli Lilly and Company** qui l'ont développé en 1970 avant de la commercialiser aux États-Unis. **C'était alors l'un des premiers médicaments de type IRSS.**

Pendant 30 ans, les nouveaux médicaments ont promis de transformer radicalement le paysage de la maladie mentale.

2. Définitions :

2.1 Anxiolytiques [13,14]

❖ Définition :

Les anxiolytiques sont une classe des médicaments psychotropes distingués dans le traitement de l'anxiété. L'anxiété est un phénomène physiologique normal qui peut revêtir un caractère pathologique en raison de l'intensité de sa symptomatologie.

Le tableau clinique comporte deux principales composantes dont l'importance relative est variable selon les sujets : les manifestations somatiques (cardiovasculaires, respiratoires, digestives, neurovégétatives, neuromusculaires par exemple) et psychiques (inquiétude, sentiment de danger, crainte, perte de contrôle, inhibition motrice...).

L'anxiété peut être aiguë, de courte durée et transitoire, ou être permanente ou généralisée. De façon schématique, on peut distinguer l'anxiété généralisée ou diffuse, de l'anxiété phobique liée à des situations extérieures stéréotypées, et des crises d'angoisse aiguë.

Les bases physiopathologiques des états anxieux ne sont pas encore complètement élucidées. Il semble néanmoins que les structures cérébrales impliquées dans la genèse de la symptomatologie anxieuse sont le cortex, le système limbique, la formation réticulée, le *locus coeruleus*, les noyaux du raphé et l'hypothalamus. Au sein de ces structures, les neurotransmetteurs impliqués dans les processus sont le GABA, la sérotonine et la noradrénaline.

Les anxiolytiques sont utilisés pour traiter les manifestations subjectives et émotionnelles et/ou somatiques de l'anxiété pathologique que celle-ci soit primitive ou symptomatique d'une autre affection psychiatrique ou médicale. Il faut néanmoins garder à l'esprit que le traitement de l'anxiété repose sur l'action complémentaire des médicaments anxiolytiques et d'une prise en charge psychologique et comportementale.

❖ **Classification :**

Selon la structure chimique des molécules, on peut classer les anxiolytiques en deux majeures classes: les benzodiazépines et les anxiolytiques non benzodiazépiniques (buspirone, hydroxyzine, étifoxine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, bêta-bloquants. On peut aussi classer les médicaments anxiolytiques selon leurs effets fondamentaux, distinguant les molécules agissant au niveau des récepteurs GABA, au niveau de la sérotonine ou au niveau de l'histamine.

Chaque classe de médicament anxiolytique présente des avantages et des inconvénients. Le profil pharmacodynamique de ces produits est loin d'être sélectif et explique que ces substances entraînent également des effets latéraux dont l'intensité sera variable selon les sujets.

2.1-1 Benzodiazépines :

Les BZD constituent l'un des médicaments les plus utilisés. Leurs propriétés pharmacologiques leur confèrent un large éventail d'applications thérapeutiques dans les domaines de l'anxiété, de l'insomnie, des crises de panique, de l'épilepsie, des spasmes musculaires et du stress pré-chirurgical.

Les BZD se lient uniquement au récepteur de 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.

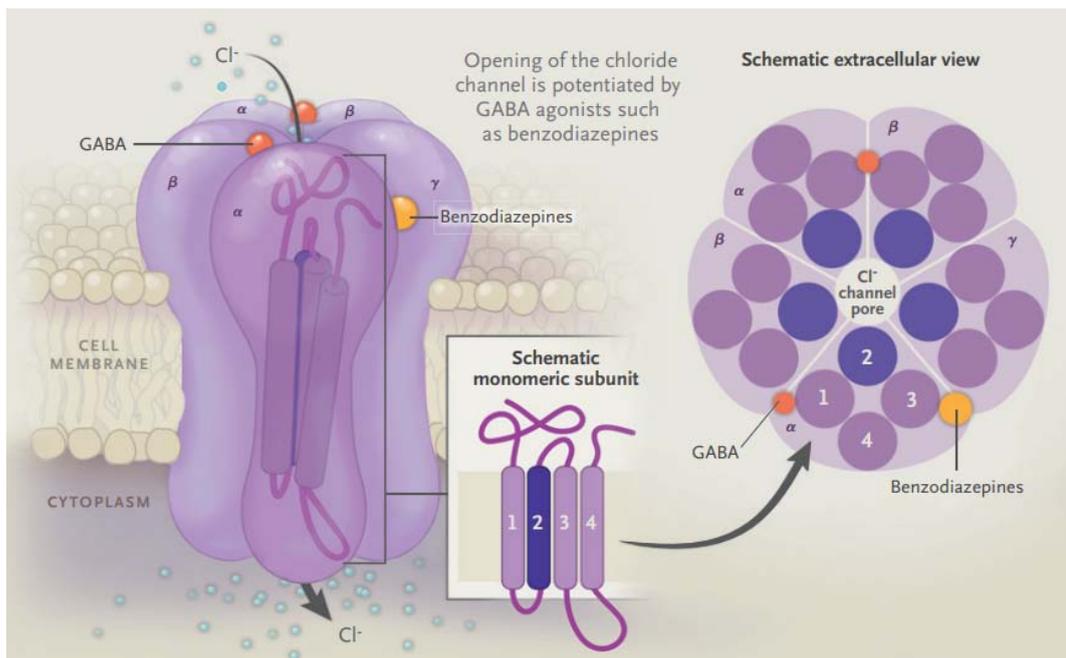


Figure 44 : Mode d'action des benzodiazépines[15]

La pharmacocinétique des benzodiazépines se caractérise par une bonne biodisponibilité par voie orale, une bonne distribution en particulier du fait de leur caractère lipophile. La demi-vie plasmatique est variable.

Certaines molécules benzodiazépiniques donnent naissance, par métabolisation hépatique, à des métabolites inactifs et actifs dont la demi-vie est variable et peut être plus importante que la molécule mère. Cette caractéristique cinétique est importante et doit être prise en compte lors de l'utilisation de ces produits.

Chez la personne âgée, il conviendra d'utiliser ces produits avec parcimonie compte tenu d'une modification des paramètres pharmacocinétiques (augmentation de la demi-vie) et pharmacodynamiques (sensibilité des récepteurs), les exposant davantage à un risque iatrogène (notamment augmentation de la sédation).

Chez la femme enceinte, le peu d'informations pertinentes disponibles conduise à rationaliser encore plus l'utilisation de ces médicaments dans cette population surtout au 1^{er} trimestre (risque tératogène) et au 3^{ème} trimestre (risque chez l'enfant à naître).

Chez le jeune enfant les anxiolytiques et plus particulièrement les BZD peuvent entraîner une agitation psychomotrice.

Les benzodiazépines et apparentés ne doivent pas être utilisés seuls pour traiter la dépression ou l'anxiété associée à la dépression dans la mesure où ils peuvent favoriser un passage vers l'acte suicidaire.

La durée globale du traitement ne doit pas excéder en général 8 à 12 semaines, y compris la période de réduction de la posologie, nécessaire pour éviter les phénomènes de rebond afin d'éviter la survenue d'une dépendance physique ou psychique avec les benzodiazépines. Il est préconisé d'instaurer un contrat thérapeutique avec le patient notamment les plus à risque (antécédents d'alcoolisme ou autres dépendances).

2.1-2 Anxiolytiques non benzodiazépiniques :

• Antidépresseur :

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) ont une efficacité raisonnable dans le traitement de l'anxiété, mais sont généralement réservés au traitement de deuxième intention en raison de problèmes de sécurité et de tolérabilité. Les benzodiazépines jouent un rôle important dans le traitement de certains troubles anxieux. Toutefois, ces agents sont eux aussi généralement réservés à un usage de deuxième intention ou d'appoint en raison de problèmes de tolérance et de risque d'abus. Ces agents ont l'avantage d'agir rapidement, ce qui permet de les utiliser à un stade précoce de la maladie avant l'apparition de l'efficacité d'un IRSS ou d'un IRSN. [16]

Les données étayant l'efficacité à long terme des benzodiazépines sont plus limitées. Par exemple, Goddard et al ont montré que l'administration simultanée de clonazépam et de sertraline dans le dans le traitement du trouble panique a permis d'obtenir une proportion significativement plus importante dans le groupe sertraline/clonazépam au bout d'une semaine, mais pas à la fin de l'étude.[16]

• Buspirone :[17-19]

La buspirone est un médicament anxiolytique. À l'origine, ce médicament a été développé comme antipsychotique, mais il s'est avéré inefficace contre la psychose, tout en présentant des caractéristiques anxiolytiques utiles. Contrairement aux benzodiazépines, ce médicament n'a pas de propriétés anticonvulsivants ou myorelaxants. La buspirone est récemment devenue

populaire, principalement en raison de son profil d'effets secondaires réduit par rapport à d'autres traitements anxiolytiques.

Elle a une forte affinité pour les récepteurs sérotoninergiques 5HT1a, où elle agit comme agoniste partiel, ce qui, selon certains chercheurs, produit la majorité des effets cliniques. Il a également une faible affinité pour les récepteurs 5HT2 de la sérotonine et agit comme un antagoniste faible sur les autorécepteurs D2 de la dopamine. Il n'y a pas d'effet sur les récepteurs GABA des benzodiazépines.

La buspirone est principalement utilisée pour traiter les troubles anxieux généralisés, mais il semble qu'elle puisse être utile dans divers autres troubles neurologiques et psychiatriques. Les exemples incluent l'atténuation des effets secondaires du traitement de la maladie de Parkinson, l'ataxie, la dépression, la phobie sociale, les troubles du comportement suite à une lésion cérébrale, et ceux accompagnant la maladie d'Alzheimer, la démence et les troubles déficitaires de l'attention. La buspirone ne peut pas être utilisée pour les troubles de l'humeur.

Elle est généralement utilisée en deuxième intention après les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) lorsque le patient ne répond pas aux effets secondaires des ISRS ou ne les tolère pas. La buspirone a également été utilisée comme agent d'augmentation pour réduire les effets secondaires sexuels des ISRS.

Contrairement aux benzodiazépines et aux barbituriques, la buspirone n'entraîne pas de risque de dépendance physique ou de sevrage en raison de l'absence d'effets sur les récepteurs GABA. Cependant, la buspirone est peu efficace en tant qu'anxiolytique aigu, car l'effet clinique ne se manifeste généralement qu'après 2 à 4 semaines.

- **Hydroxyzine** :[20]

L'hydroxyzine à la classe des antihistaminiques de type pipérazine (avec la cyclizine et la méclizine) qui sont plus couramment utilisés contre les démangeaisons, les nausées et l'anxiété que pour leurs effets sur les symptômes de la rhinite allergique ou du coryza. En raison de ses effets sédatifs, l'hydroxyzine est fréquemment utilisée en cas d'anxiété, de tension et comme somnifère léger.

Elle est disponible sous forme de comprimés ou de capsules de 10, 25, 50 et 100 mg sous de multiples formes génériques et sous les noms commerciaux Atarax et Vistaril. L'hydroxyzine est également disponible sous forme de suspension orale ou de sirop et sous forme de liquide injectable.

Les effets secondaires les plus fréquents sont la sédation, l'altération des fonctions motrices, la confusion, les vertiges, la vision trouble, la sécheresse de la bouche et de la gorge, les palpitations, la tachycardie, les douleurs abdominales, la constipation et les maux de tête, avec un risque de rétention urinaire et de glaucome à angle fermé.

- **Etifoxine :**

C'est un anxiolytique, recommandé dans les manifestations psychosomatiques de l'anxiété, notamment à expression cardiovasculaire tels que la dyspnée et la tachycardie. L'etifoxine possède une action conjointe sur le système gaba et les récepteurs sérotoninergiques de type 5-HT_{2a}. Elle est rapidement absorbée par le tractus gastro-intestinal. Le temps nécessaire pour atteindre la concentration sanguine maximale est de 2 à 3 heures. Des interactions médicamenteuses sont signalées avec les autres médicaments et les dépresseurs du système nerveux central. Elle n'entraîne pas d'effet rebond ni pharmacodépendance ainsi que de troubles mnésiques.[21]

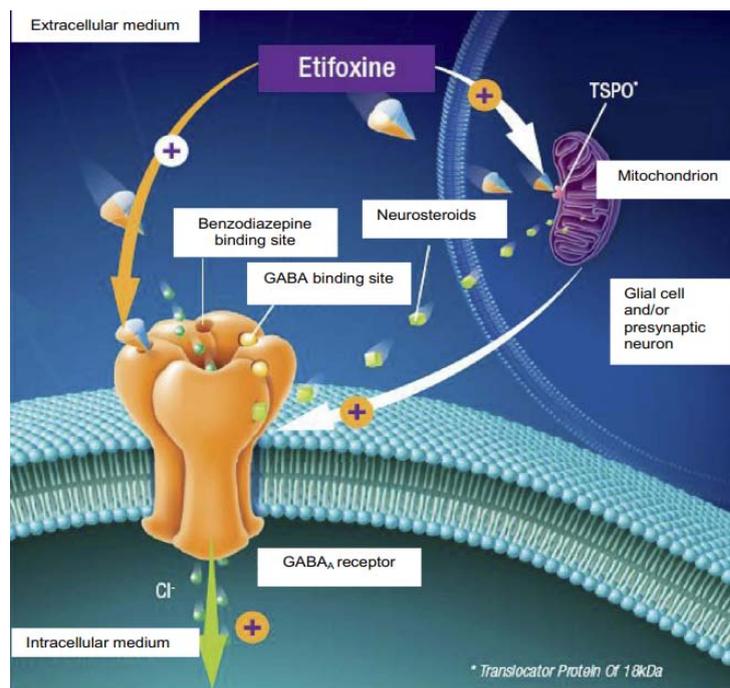


Figure 42 : Mode d'action de l'etifoxine [21]

• **Exceptions :**

Dans des situations d'anxiété situationnelle avec tachycardie, tremblements, il est plus pertinent de recourir aux agents bêta-bloquants. Le trac avant un examen par exemple, ne constitue pas une indication pertinente des benzodiazépines car leur composante sédatrice peut se révéler handicapante. Il est préférable de préconiser, avec les restrictions d'usage inhérentes à cette classe, un bêta-bloquant de type propranolol.

Tableau XVI : Les différents anxiolytiques approuvés par la FDA.[16]

Classe thérapeutique	Molécule	Molécule cible	Dose journalière	Effets secondaires
BZD	Alprazolam	Récepteur GABA-A	1-4 mg/j	Somnolence, troubles cognitifs, asthénie, anxiété accrue, agitation, insomnie, cauchemars, idées délirantes, hallucinations, Dépendance et effet rebond
	Chlordiazepoxide		15-40 mg/j	
	Clonazepam		1-4 mg/j	
	Diazepam		2-10 mg/j	
	Lorazepam		1-6 mg/j	
	Oxazepam		30-120 mg/j	
ISRS	Fluoxétine	Transporteur de sérotonine	20-60 mg/j	Nausées, diarrhée, céphalées, Insomnie, somnolence, dysfonction sexuelle
	Escitalopram		10-20 mg/j	
	Paroxétine		20-50 mg/j	
	Sertraline		50-200 mg/j	
	Fluvoxamine		100-300 mg/j	
IRSN	Duloxétine	Transporteurs de sérotonine et de la noradrénaline	60-120 mg/j	Nausées, diarrhée, céphalées, HTA, Insomnie, somnolence, dysfonction sexuelle
	Venlafaxine		75-225 mg/j	
ATC	Clomipramine	Transporteurs de sérotonine et de la noradrénaline Rc muscarinique de l'acétylcholine ; Rc de l'histamine 1 ; Rc alpha-adrénergique 1	25-250 mg/j	Sécheresse buccale, constipation, hypotension orthostatique, gain de poids, somnolence, céphalées, dysfonction érectile, Rétention urinaire
	Doxepine		75-300 mg/j	
	Imipramine		100-200 mg/j	
IMAo	phenelzine	La monoamine oxydase	45-90 mg/j	
Antihistaminiques	Hydroxyzine	Rc de l'histamine 1	200-400 mg/j	Sédation, céphalées, sécheresse buccale, hypotension orthostatique
Azapirones	Bupirone	Rc 5-HT1A	20-60 mg/j	Nausées, céphalées, hypotension orthostatique

2.2 Antidépresseurs

Les troubles dépressifs majeurs (TDM) sont de plus en plus reconnus comme un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale en raison l'impact global significatif sur la mortalité et la morbidité, ainsi que les coûts économiques et humains élevés qui y sont liés.[22]

L'OMS prévoit que les TDM deviendront la deuxième cause d'invalidité dans le monde d'ici à 2030.[23]

En outre, une estimation indique que les antidépresseurs étaient les médicaments les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées de 18 à 44 ans entre 2005 et 2008 aux États-Unis et étaient les troisièmes médicaments les plus fréquemment prescrits parmi les personnes de tous les âges.

La dépression est une maladie chronique et récurrente qui peut nécessiter un traitement à vie avec différentes modalités, cette dernière se définit comme une pathologie psychiatrique caractérisée par une baisse de l'humeur durant plus de deux semaines. Des preuves irréfutables indiquent qu'une proportion significative de patients souffrant de dépression majeure reste traitée de manière inadéquate, en particulier dans le cadre des soins primaires. [24,25]

Des études ont montré que jusqu'à 43 % des patients souffrant de TDM peuvent interrompre leur traitement antidépresseur en raison d'effets indésirables apparus au cours du traitement.[26]

La prescription d'un antidépresseur est un élément d'une démarche thérapeutique globale avec laquelle une prise en charge psychothérapeutique est souvent nécessaire.

• **Classification :**

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

Les antidépresseurs les plus récents (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : ISRS ; inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : IRSNa ; antagonistes des récepteurs alpha 2, inhibiteurs de la monoamine oxydase) ont la même efficacité clinique que les médicaments de première génération (imipraminiques).[27]

En termes d'efficacité, la prise en charge médicamenteuse de l'EDC permet un taux de réponse qui se situe autour de 55–65%. Étant donné que 30 à 40 % des patients dépressifs ne répondent pas au traitement et que l'incidence de la dépression est en constante augmentation, la recherche de nouveaux traitements antidépresseurs plus efficaces et plus sûrs devient une nécessité urgente.[28,29]

• **Mode d'action :**

Ces médicaments cités ont une efficacité antidépressive et des profils de sécurité assez similaires, mais ils diffèrent par leur structure chimique, leur affinité pour les récepteurs et leur pharmacocinétique.

Molécules	Mécanismes d'action	Effets indésirables
Tricycliques (TCA)	Blocage non sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique	Toxicité cardiaque, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, hypotension, gain de poids
Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS)	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique	Nausées, somnolence, vertiges, perte de libido
Inhibiteurs de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSN)	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique	Troubles gastro-intestinaux, perte de libido, hypertension (fortes doses)
Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (IMAO)	Inhibition de la Monoamine oxydase	Hypotension orthostatique, Hyper Tension Artérielle paroxystique, rétention urinaire, sédation, céphalées

Figure 42 : Mode d'action et les principaux effets indésirables des antidépresseurs [30]

Les antidépresseurs sont principalement prescrits dans la l'Episode Dépressif Caractérisé. L'EDC fait l'objet de plusieurs hypothèses physiopathologiques [28,29] :

- ❖ La première hypothèse repose sur la théorie du "déficit monoaminergique". Cette première théorie propose que la dépression soit dû en particulier à une déficience en noradrénaline (NA) et/ou en sérotonine (5-HT). Si cette première approche permet d'aborder facilement le mécanisme d'action des antidépresseurs, elle ne peut expliquer à elle seule la physiopathologie de la dépression.
- ❖ La deuxième hypothèse est basée sur un fonctionnement anormal des récepteurs noradrénergiques et sérotoninergiques. L'activité noradrénergique et sérotoninergique pourrait être altéré par des mécanismes "down regulation" des récepteurs 5-HT et NA. A l'inverse, il a été suggéré que la dépression était en partie la conséquence d'une augmentation pathologique de l'activité de certains récepteurs sérotoninergiques (5-HT_{2C}) associée à l'anxiété, mais aussi que l'augmentation de leur activité diminuerait en retour la fonctionnalité des récepteurs 5-HT_{1A}. Cette perturbation des récepteurs pourrait elle-même être causée par une déplétion en neurotransmetteurs monoaminergiques.
- ❖ D'autres hypothèses neuroendocriniennes sont aussi avancées. On retrouve chez le déprimé par exemple, une diminution de temps de latence du sommeil paradoxal, une diminution de la sécrétion de l'hormone de stimulation de la thyroïde en réponse à un test de stimulation par le facteur de relâchement de la TSH, ou une hypercortisolémie accompagnée d'une insensibilité relative de l'axe hypothalamo-surrénal.
- ❖ Enfin d'autres anomalies ont été proposées, notamment des modifications de l'hormone de croissance, de la prolactine, de la mélatonine et de certains neuropeptides (substance P).

La dépression pourrait aussi être considérée comme une anomalie des mécanismes de transduction et le fait que le volume de certaines structures cérébrales, telle l'hippocampe, soit diminué, ferait de la dépression une "pathologie neurodégénérative". Le facteur neurotrophique (BDNF Brain-Derived Neurotrophic Factor) est un facteur de croissance impliqué dans la croissance des neurones (neurogénèse). En cas de "stress" comme dans la dépression, l'expression du BDNF est diminué et associé à une atrophie de l'hippocampe et d'autres structures lim-

biques. Les antidépresseurs pourraient dans ce cas présent être des restaurateurs des fonctions hippocampiques en favorisant la synthèse de BDNF.

- ❖ L'importance de la surveillance thérapeutique des médicaments et des tests pharmacogénétiques dans l'optimisation des doses pour le traitement des troubles dépressifs à l'aide des nouveaux antidépresseurs est discutée.

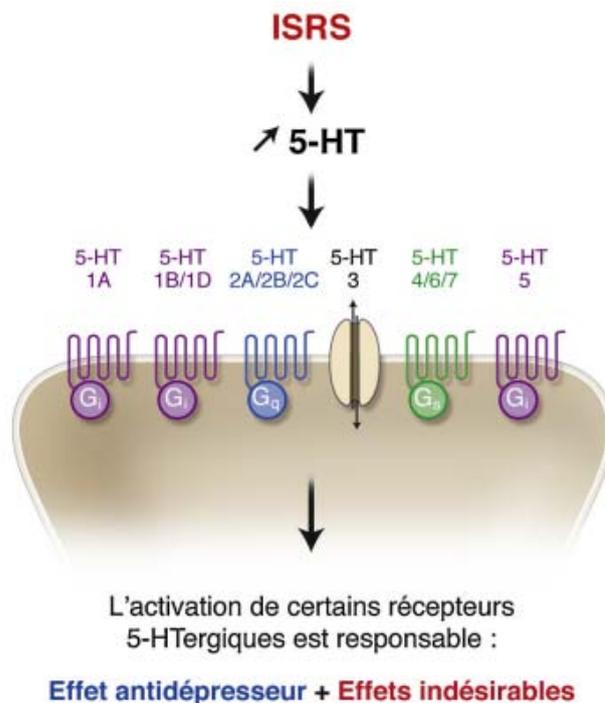


Figure 42 : Conséquences de l'activation des récepteurs sérotoninergiques suite à l'augmentation des concentrations extra-cellulaires de la sérotonine après traitement chronique par antidépresseurs [30]

• **Mode d'emploi et indications :**

La prise en charge par antidépresseur nécessite une posologie optimale et une durée de traitement suffisante (6 mois après rémission pour le premier épisode, 12 mois pour le second et 24 mois et plus au-delà). De plus, il existe une latence d'action pour l'effet thérapeutique (2 à 4 semaines). On ne peut donc pas juger de l'efficacité d'un antidépresseur, à une posologie donnée, avant 3 semaines. Enfin, tous les symptômes de l'EDC vont connaître des cinétiques d'améliorations différentes chez un même sujet. Ce phénomène explique la possible levée d'inhibition en début de traitement antidépresseur : le ralentissement psychomoteur dépressif

va s'améliorer tandis que le malade présentera toujours des cognitions dépressives et des idées suicidaires.[27]

La notion d'antidépresseur a évolué progressivement dans la mesure où ces médicaments sont utilisées pour la prise en charge de la douleur ou d'autres pathologies mentales que la dépression (Phobie sociale, Troubles Anxieux Généralisés, Trouble panique, Etat de Stress post-traumatique, Troubles Obsessionnels Compulsifs).[27]

La clomipramine a fait la preuve la première d'une activité dans la prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC). En fait, son métabolite, la desmethyl-clomipramine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine mais aussi de la noradrénaline. Les résultats combinés de la clomipramine et de la desmethylclomipramine sur l'inhibition du recaptage de la sérotonine sont beaucoup plus importants que ceux des autres imipraminiques. D'autres inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, tels que la fluoxétine, la fluvoxamine, la sertraline et la paroxétine se sont, eux aussi, avérés efficaces dans le traitement du TOC.[31]

La voie orale reste la voie la plus couramment utilisée, la voie intra-veineuse étant réservée aux traitements des cas où la prise per os est impossible (refus d'alimentation, catatonie, ...). Les antidépresseurs sont bien résorbés dans le tube digestif et subissent un effet de premier passage hépatique variable selon les molécules. L'état d'équilibre plasmatique est également très variable d'un sujet à l'autre, en raison des variations des clairances hépatiques (300 à 1200 ml/min) et d'un antidépresseur à l'autre (1 à 4 semaines).

La demi-vie des antidépresseurs est variable selon la molécule. Si la majorité des molécules ont une demi-vie aux alentours de 24 heures permettant une administration quotidienne, celles-ci peuvent néanmoins varier de 3 et 8 heures pour respectivement la tianpétine et le milnacipran jusqu'à 6 à 16 jours pour la fluoxétine et son métabolite active. Cette longue demi-vie peut avoir un impact en cas de switch de traitement antidépresseur de la fluoxétine vers un autre nécessitant généralement une période de Wash-out pour éviter la survenue d'un syndrome sérotoninergique.[32]

Dans le cas d'un virage maniaque franc, le traitement par antidépresseur doit être interrompu.

Chez les patients épileptiques ou ayant des antécédents d'épilepsie, il est prudent de renforcer la surveillance clinique en raison de la possibilité d'abaissement du seuil épileptogène. La survenue de crises convulsives impose l'arrêt du traitement.[33] Les imipraminiques doivent être utilisés avec prudence chez les sujets âgés présentant une plus grande sensibilité à la constipation chronique (risque d'iléus paralytique), l'hypotension orthostatique ou la confusion.

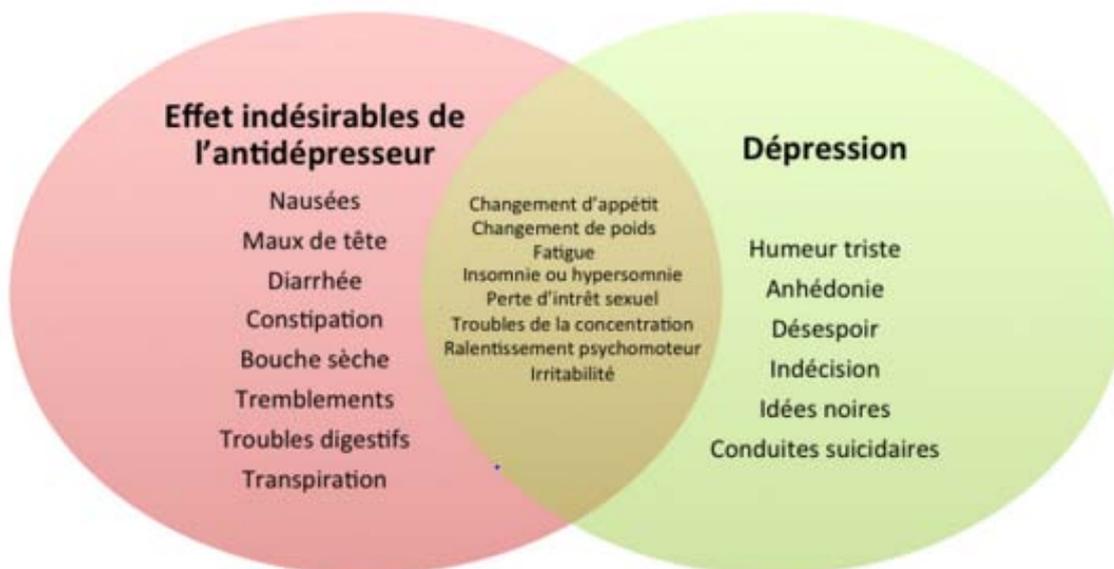


Figure 43 : Chevauchement entre les signes de la dépression et les effets indésirables des antidépresseurs [30]

Tableau XVII : Les différents principaux antidépresseurs [34,35]

Antidépresseurs	Molécules	Demi-vie	Doses
ISRS	Fluoxétine	2-3 j	Dose initiale de 20 mg/j Dose d'entretien de 20 à 60 mg/J
	Citalopram	33h	Dose initiale de 20 mg/j Dose d'entretien de 20 à 40 mg/J
	Escitalopram	30h	Dose initiale de 5 à 10 mg/j Dose d'entretien de 10 à 20 mg/J
	Paroxétine	24h	Dose initiale de 20 mg/j Dose d'entretien de 20 à 40 mg/J
	Sertraline	26h	Dose initiale de 50 mg/j Dose d'entretien de 100 à 200 mg/J
	Fluvoxamine	16h	Dose initiale de 50 mg/j Dose d'entretien de 50 à 200 mg/J
IRSN	Duloxétine	8-17h	Dose initiale de 30 mg/j Dose d'entretien de 60 mg/J
	Venlafaxine	5h	Dose initiale de 75 mg/j Dose d'entretien de 225 à 375 mg/J
	Milnacipram	8h	Dose initiale de 12.5 mg/j Dose d'entretien de 100 mg/J
ATC	Clomipramine	12-36h	Dose initiale de 25 mg/j Dose d'entretien de 100 à 250 mg/J
	Amitryptiline	18-60h	Dose initiale de 50 mg/j Dose d'entretien de 100 à 200 mg/J
	Imipramine	19h	Dose initiale de 75 mg/j Dose d'entretien de 150 mg/J
IMAO	phenelzine	12h	Dose initiale de 45 mg/j Dose d'entretien de 60 à 90 mg/J
	Isocarboxacid	-	Dose initiale de 20 mg/j Dose d'entretien de 20 à 60 mg/J
ATD atypiques	Bupropion	-	Dose initiale de 150 mg/j Dose d'entretien de 300 mg/J
	Mirtazapine	20-40h	Dose initiale de 15 mg/j Dose d'entretien de 15 à 45 mg/J

2.3 Neuroleptiques :

- **Définition** :

Les neuroleptiques, également connus sous le nom d'antipsychotiques, sont utilisés pour traiter et gérer les symptômes de nombreux troubles psychiatriques. Ils se répartissent en deux catégories : les antipsychotiques de première génération ou "typiques" et les antipsychotiques de deuxième génération ou "atypiques". [36,37]

- **Mode d'action** :

Le mécanisme d'action des antipsychotiques de première génération est le blocage postsynaptique des récepteurs D2 de la dopamine dans le système mésolimbique du système nerveux central (SNC). Les données suggèrent un fort antagonisme des récepteurs D2 dans les zones striatales et corticales, une association plus importante entre la liaison des récepteurs D2 et leur puissance, et une exigence constante de 65% d'occupation des récepteurs D2 pour l'efficacité antipsychotique dans les études d'imagerie fonctionnelle. La localisation non spécifique de la liaison à la dopamine dans l'ensemble du SNC est compatible avec le risque de troubles du mouvement (maladie de Parkinson) et de prolactinémie.[38-40]

Les antipsychotiques de deuxième génération diffèrent de ceux de première génération en occupant transitoirement les récepteurs D2, puis en se dissociant rapidement, ce qui permet une neurotransmission normale de la dopamine. Ils présentent également une dissociation D2 rapide, des propriétés antagonistes sur le récepteur 5HT2A et un agoniste 5HT1A. Les antipsychotiques de deuxième génération ont moins d'effets secondaires et sont généralement considérés comme sûrs chez les adultes et les personnes âgées. Ces différences expliquent les taux normaux de prolactine, la diminution des déficits cognitifs et l'absence de symptômes extrapyramidaux.[41]

- **Indications** :

Les antipsychotiques de première et de deuxième génération sont utilisés dans diverses affections neuropsychiatriques. Il s'agit notamment de la schizophrénie, du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), des troubles du comportement dans la démence, de l'agitation gériatrique, de la dépression, des troubles alimentaires, des troubles de la

personnalité, de l'insomnie, des troubles anxieux généralisés, des troubles obsessionnels compulsifs, du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et des troubles liés à l'utilisation de substances et à la dépendance à ces substances. [42-44]

Outre les maladies psychotiques, ils ont également été approuvés par la FDA pour le traitement et la gestion de la manie aiguë, de l'agitation, du trouble bipolaire, du syndrome de Tourette, de l'hyperactivité, les douleurs intenses et le hoquet persistant. [45]

En raison des effets indésirables mal tolérés et souvent irréversibles des antipsychotiques de première génération, la deuxième classe de neuroleptiques a été créée dans les années 1980. Ces antipsychotiques de deuxième génération ont été approuvés par la FDA pour traiter et gérer la psychose ainsi que la schizophrénie résistante au traitement, le trouble bipolaire, le trouble schizo-affectif, l'agitation et l'irritabilité/agitation. En 2001, 96 % des neuroleptiques prescrits aux nouveaux utilisateurs étaient de deuxième génération. [45]

• **Effets secondaires :**

Les antipsychotiques de première génération à forte puissance, tels que la fluphénazine, la trifluopérazine, l'halopéridol, la loxapine, le pimozide, la perphénazine et le thiothixène, sont administrés à raison d'un milligramme à quelques dizaines de milligrammes. Ils présentent une faible activité sur les récepteurs histaminiques et muscariniques. Ils sont associés à une prise de poids, à des effets sédatifs ou à une activité anticholinergique. Ils présentent un risque élevé d'effets secondaires extrapyramidaux (dystonie, bradykinésie, rigidité, tremblements, syndrome malin des neuroleptiques et dyskinésie tardive) dus à une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques et à une hyperprolactinémie.[41]

Les antipsychotiques de première génération peu puissants, comme la chlorpromazine et la thioridazine, sont dosés en centaines de milligrammes et ont une forte activité histaminique et muscarinique, ce qui augmente la prévalence des vertiges, de la sédation et des effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, rétention urinaire, constipation), mais le risque d'effets secondaires extrapyramidaux est plus faible.[46]

En raison de la diminution des effets extrapyramidaux et anticholinergiques, les antipsychotiques de deuxième génération constituent le traitement de première intention des

troubles psychotiques (par exemple, la schizophrénie). Les antipsychotiques de deuxième génération sont corrélés à la prise de poids, au diabète de type 2, au syndrome métabolique, à la fatigue et à la somnolence, à la sédation et à l'allongement de l'intervalle QTc. Parmi les antipsychotiques de deuxième génération, la clozapine est la plus efficace pour réduire les symptômes psychotiques et la suicidalité. La clozapine est principalement utilisée pour le traitement de la schizophrénie résistante. Toutefois, en raison de l'agranulocytose, un effet secondaire important, la clozapine est réservée aux cas graves de troubles psychotiques après que le patient n'a pas répondu suffisamment à deux essais adéquats d'autres médicaments antipsychotiques.[46]

En raison de leurs effets indésirables très variés, les neuroleptiques peuvent provoquer ou aggraver certaines affections. Ils sont contre-indiqués chez les patients présentant des lésions hépatiques, une maladie coronarienne, une maladie cérébrovasculaire, maladie de parkinson, une dépression de la moelle osseuse, une hypertension sévère, un coma ou des états dépressifs graves. Ils doivent être utilisés avec prudence chez les personnes souffrant de troubles convulsifs, de diabète sucré, de glaucome, d'hypertrophie prostatique, d'ulcère gastroduodéal et de maladies respiratoires chroniques.[47]

Un surdosage isolé de neuroleptiques est rarement fatal. La toxicité résulte du blocage de certains ou de tous les récepteurs suivants : dopamine (symptômes extrapyramidaux), alpha-1 (hypotension orthostatique, tachycardie réflexe), muscarinique (symptômes anticholinergiques) et histaminique (sédation).[48]

Les symptômes extrapyramidaux comprennent la dystonie aiguë (protrusion de la langue, grimace faciale, trismus et crise oculogyre) et l'akathisie (sensation d'agitation intérieure). Les effets anticholinergiques comprennent la tachycardie, la sécheresse des muqueuses et de la peau, la diminution des bruits intestinaux et le délire. Ces symptômes peuvent être traités avec de la diphenhydramine 25 mg à 50 mg IV/IM ou de la benztropine 1 mg à 2 mg IV/IM. Les modifications de l'ECG, telles que la tachycardie sinusale et l'allongement de l'intervalle QT, peuvent résulter de la toxicité des neuroleptiques. En cas d'allongement de l'intervalle QTc de

plus de 500 ms, un traitement par magnésium à raison de 2 g à 4 g par voie IV en 10 minutes est indiqué. [45,49]

- **Le syndrome malin des neuroleptiques :**

Le syndrome malin des neuroleptiques est l'urgence la plus grave associée à l'utilisation des neuroleptiques. Ce syndrome peut survenir à la suite de l'administration d'une dose unique, d'une dose croissante ou de la même dose. Il est principalement associé aux antipsychotiques de première génération. Cependant, il peut également survenir à un degré moindre avec les antipsychotiques de deuxième génération, les antiémétiques (métoclopramide, prométhazine).[45,49]

Les symptômes se développent généralement en 1 à 3 jours, les taux de mortalité sont de 5 à 20 % et la majorité des décès sont dus à des complications de la rigidité musculaire.[45]

Les caractéristiques cliniques du syndrome malin des neuroleptiques comprennent la tétrade de l'altération de l'état mental, la rigidité musculaire, l'hyperthermie et l'instabilité autonome. La prise en charge implique l'arrêt de l'agent causal, des soins de soutien avec réanimation liquidienne et mesures de refroidissement, ainsi qu'un traitement médical dirigé à base de dantrolène à raison de 0,25 mg/kg à 2 mg/kg par voie IV toutes les 6 à 12 heures avec une dose maximale de 10 mg/kg/jour ou de bromocriptine à raison de 2,5 mg par voie orale toutes les 6 à 8 heures avec une dose maximale de 40 mg/jour.[48,50]

Tableau XVIII : Principaux effets indésirables des antipsychotiques [51–54]

Types d'effet indésirable	Effets indésirables	Molécules incriminées
Neurologiques	Signes extrapyramidaux précoces <ul style="list-style-type: none"> • Les dystonies aiguës • L'akathisie • Le parkinsonisme 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Halopéridol, l'aripiprazole et la ziprasidone • Rispéridone et la perphénazine • L'olanzapine, et la quétiapine à doses élevées ; chlorpromazine • Loxapine, Pimozide
	Signes extrapyramidaux tardifs Dyskinésies tardives, Epilepsie	Clozapine à forte dose
Psychiatriques	Dépression ou aggravation Somnolence Réactivation anxieuse	Phénothiazines aliphatiques et pipérazines
Métaboliques	Diabète, HTA hyperlipidémie, gain de poids	Olanzapine, clozapine Quétiapine, rispéridone
Endocriniens	Hyperprolactinémie Dysménorrhée, aménorrhée Galactorrhée	Phénothiazines ; Pipéridines Ethylbenzamides
Cardiaques	Troubles de rythme Allongement du QRS Hypotension orthostatique	Phénothiazines Clozapine
Hématologiques	Agranulocytose	Clozapine
Neurovégétatifs	Vertiges, sécheresse de la bouche, rétention urinaire, constipation, troubles de l'accommodation	chlorpromazine thioridazine
Autres	Dysfonction érectile Baisse su libido	Phénothiazines, Clozapine Olanzapine

2.4 Thymorégulateurs :

• Définition

Le trouble bipolaire (TB) est un trouble de l'humeur grave et chronique caractérisé par une incapacité élevée et une mortalité prématurée, principalement due au suicide, qui touche 2 % de la population générale. Le TB est traité par des stabilisateurs de l'humeur dans les phases maniaques et dépressives aiguës et pour le maintien. [55-57] 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.

La définition des thymorégulateurs fait encore l'objet de débats, mais l'accord général est que pour être inclus dans cette catégorie, un médicament doit présenter au moins deux des trois propriétés suivantes : anti-maniaque, antidépressive et prophylactique, sans augmenter le risque d'épisodes opposés.[58]

• Classification :

Le lithium a été décrit pour la première fois comme ayant des propriétés stabilisatrices de l'humeur en 1949 par John Cade. Son utilisation dans le TB a été approuvée par la Food and Drug Administration (FDA) en 1970 et, depuis lors, il est considéré comme le traitement d'entretien de première intention. Les antiépileptiques valproate (VPA), lamotrigine et carbamazépine sont également considérés comme des stabilisateurs de l'humeur, de même que les antipsychotiques atypiques quetiapine, olanzapine et aripiprazole.[59]

3. Normothymiques classiques :

3.1 Mode d'action : [60]

Selon l'hypothèse formulée dès les années 1980 par un neurobiologiste américain, Robert M. Post, leur activité thymorégulatrice pourrait être liée à des effets qui préviendraient l'«embrasement» («kindling») du système limbique (effet «anti-kindling» dans les noyaux amygdaliens) et serait donc de même nature que leur activité anticomitiale, prévenant l'effet de kindling à la base de la crise épileptique.

- Modification de l'équilibre hydroélectrolytique et membranaire par le lithium, avec effet stabilisateur de membrane ; c'est également l'un des modes d'action envisagés pour la carbamazépine.

- Inhibition par le lithium 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 messager.

- Augmentation du catabolisme de la sérotonine par les thymorégulateurs, lithium compris, 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. Lithium, valpromide et carbamazépine facilitent l'activité GABAergique.

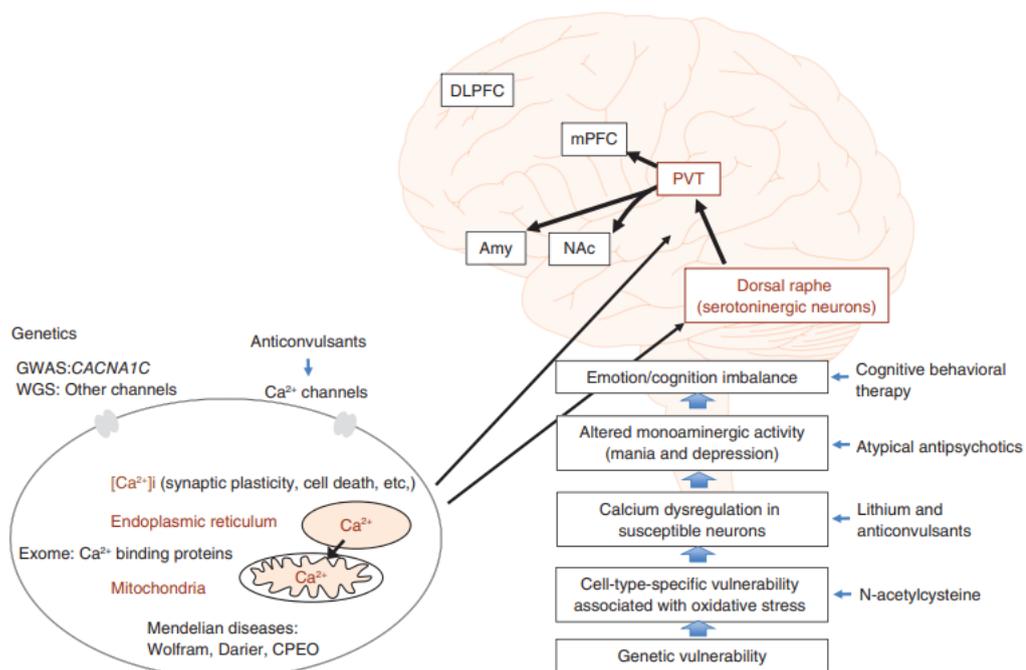


Figure 45 : Mécanismes biologiques du trouble bipolaire et modes d'action des traitements [61]

3.2 Indications et efficacité : [60]

–L'indication classique du lithium est le traitement prophylactique du trouble bipolaire I. L'intérêt d'une lithiothérapie prophylactique se pose dès le premier épisode maniaque et ce d'autant plus que l'accès est brutal, d'intensité importante, sans facteurs précipitants, et qu'il existe des antécédents familiaux.

-Les sels de lithium ont un effet curatif lors des épisodes maniaques typiques chez 60 à 95 % des patients pour une lithiémie comprise entre 0,8 et 1,2 mEq/L. Il faut cependant attendre une à trois semaines pour que la concentration utile en lithium ait un impact thérapeutique : on associe entre-temps soit un antipsychotique, soit un thymorégulateur anticonvulsivant, soit, parfois, une benzodiazépine.

-L'activité du lithium est moindre, et s'épuise plus vite avec apparition d'une résistance, dans les formes dysphoriques, mixtes, délirantes et chez les cycleurs rapides. Son efficacité est également plus inconstante quand les accès maniaques sont associés à des troubles addictifs, à un abus toxicomane ou à un alcoolisme, à des lésions organiques cérébrales, ou à des troubles de la personnalité.

-La réponse au lithium des épisodes dépressifs est bonne s'ils s'inscrivent dans l'évolution d'un trouble bipolaire, elle est toutefois généralement tenue pour moins puissante que la réponse à un accès maniaque.

-L'avantage du lithium est d'éviter le virage maniaque pharmacologique observé dans plus de 35 % des cas avec les médicaments antidépresseurs.

3.3 Bilan pré thérapeutique :

Une fois l'indication posée, il est nécessaire d'évaluer la fonction rénale, une éventuelle fragilité digestive, cardiaque ou thyroïdienne. On effectue donc un dosage de l'urémie, de la créatininémie, de la glycémie, des électrolytes, des hormones thyroïdiennes, on recherche une protéinurie et une glycosurie et, en l'absence de contraception chez la femme en âge de procréer, on procède à un test de grossesse. [60]

3.4 Contre-indications : (rares) [60]

• **Absolues** : le régime sans sel, une insuffisance rénale grave, une insuffisance cardiaque, un état de déshydratation, traitement salidiurétique, allaitement

• **Relatives** : grossesse, hypothyroïdie, insuffisance rénale modérée.

3.5 Mode d'administration et cas particuliers : [60]

Le traitement est initié par deux ou trois administrations quotidiennes de carbonate de lithium (Téralithe® 250 mg), réparties sur le nycthémère, lors des repas.

L'observance de la prescription est toutefois facilitée par l'utilisation de la forme à libération prolongée administrée en une prise unique vespérale (Téralithe® LP 400 mg).

- Chez l'enfant : Les posologies sont de 600 mg/jour au-dessous de 20 kg, de 900 mg/jour entre 25 et 40 kg et de 1 200 mg/jour entre 40 et 50 kg. L'absorption digestive étant rapide, il faut répartir les administrations sur le nycthémère.

- Chez la femme en âge de procréer : Il faut instaurer une contraception efficace avant la mise sous traitement (risque de malformation cardiaque et des gros vaisseaux « maladie d'Ebstein » ou d'anomalie de développement dans les trois premiers mois de la grossesse.

- Chez le sujet âgé : Les risques du syndrome confusionnel et d'insuffisance rénale sont particulièrement accentués. Les taux les plus bas, donnant moins d'effets secondaires et assurant une meilleure observance, sont de règle chez le sujet âgé, mais ils sont aussi à l'origine de rechutes plus précoces et près de trois fois plus fréquentes.

3.6 L'intoxication hyperlithémique : [60]

Un taux $> 1,2$ mEq/L, avec menace vitale dès 2 mEq/L se traduit par la survenue de tremblements, de vertiges, de troubles de la vision, de nausées et de diarrhées, d'une confusion mentale. Pouvant laisser des séquelles neurologiques parfois irréversibles, elle est particulièrement alarmante chez le sujet âgé.

Elle est facilitée par diverses associations médicamenteuses (diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, AINS y compris coxibs, cyclines, 5-nitro-imidazoles), une insuffisance rénale, une pathologie cardiaque, une déshydratation, un régime désodé, un diabète, une hyperthermie et une rechute maniaque ou dépressive.

Elle implique de suspendre l'administration de lithium, d'effectuer en urgence une lithiémie, d'alcaliniser l'urine, d'induire une diurèse osmotique (mannitol), d'administrer du chlorure de sodium. L'hémodialyse est recommandée si la lithiémie excède 2,5 mEq/L.

3.7 Suivi : [60]

Les dosages du lithium sérique, effectués toutes les semaines en début de traitement, sont progressivement espacés pour se limiter à un dosage tous les deux mois (si grossesse ou lithiémie élevée) à six mois.

La fourchette de lithiémie minimale efficace se situe généralement entre 0,5 et 0,9 mEq/L mais des taux plus élevés (allant jusqu'à 1,2 mEq/L) sont souvent nécessaires au traitement curatif des accès maniaques (la lithiémie tend à s'abaisser en phase maniaque) ou requis avec la forme libération prolongée.

Il faut surveiller, outre l'état de l'humeur et des fonctions psychiques du patient sous lithium, le poids, l'état d'hydratation, les fonctions rénale, digestive, de la thyroïde, et veiller aux interactions (AINS, carbamazépine, diurétiques, IEC en diminuant l'excrétion rénale du lithium ainsi que les antipsychotiques en induisant parfois un syndrome confusionnel).

Il faut effectuer annuellement un dosage de la créatinine sanguine, un ionogramme sanguin, une numération-formule sanguine, un contrôle de la thyroïde (TSH) ultrasensible, un électrocardiogramme.

4. Anticonvulsivants normothymiques : [60]

Certaines molécules se sont révélées d'une particulière efficacité dans le traitement des troubles bipolaires (valproate, carbamazépine, lamotrigine), alors que d'autres ne s'avèrent pas toujours suffisamment actives, c'est le cas, par exemple, du topiramate ou de la gabapentine. Tous ces deux sont utilisés hors AMM et en dernière ligne, dans le traitement des accès aigus de manie chez des sujets résistants aux associations classiques et à l'électroconvulsivothérapie.

	Adultes	Enfants et adolescents
Sels de lithium (ex : Téralithe)	Oui	Oui après 12 ans (FDA), « déconseillé chez l'enfant » (ANSM)
Valproate de sodium (Dépakine) et dérivés (Dépakote, Dépamide, Micropakine)	Oui	Pas suffisamment étudié
Carbamazépine (ex : Tégrétol)	Oui	Non
Oxcarbazépine (ex : Trileptal)	Pas suffisamment étudié	Non
Topiramate (ex : Topimax)	Non	Non
Lamotrigine (ex : Lamictal)	Prévention des épisodes dépressifs	Non

Figure 42 : Indications des thymorégulateurs pour le traitement des troubles bipolaires[62]

4.1 Hypnotiques [63,64]:

• Définition

Un hypnotique (couramment appelé **somnifère**) est un médicament qui induit le sommeil. Même s'ils sont fréquemment utilisés, leur prescription n'intervient en général qu'en dernier recours dans les troubles du sommeil, en raison de leurs effets indésirables et des risques qu'ils entraînent.

• Classification :

Par le passé, les barbituriques étaient notamment réputés pour leurs propriétés hypnotiques, mais ils ne sont plus utilisés à ce jour en tant que tels en raison justement de leur toxicité et de leur fort risque de tolérance et de dépendance.

Aujourd'hui, les hypnotiques ne sont plus représentés que par les benzodiazépines et leurs apparentés, certains anti-histaminiques H1 et la mélatonine.

Hypnotiques benzodiazépines	Hypnotiques non benzodiazépines
<p>Benzodiazépines Cyclopyrrolones et imidazopyridines</p>	<p>Agonistes de la mélatonine Les antihistaminiques H1 Antagonistes des récepteurs de l'orexine Les neuroleptiques Les antidépresseurs</p>

• Mode d'action :

-Les benzodiazépines et molécules apparentées ont comme mécanisme d'action **une inhibition du système nerveux central consécutive à une activation des récepteurs GABA**. Cette action agoniste des récepteurs GABA a, parmi d'autres effets, celui de provoquer une sédation.

-Les anti-histaminiques H1 **bloquent les récepteurs à l'histamine**. Certains d'entre eux, notamment les plus anciens, ont des propriétés hypnotiques.

-La mélatonine est une **hormone naturelle sécrétée par la glande pinéale** (en fin de journée) et en début de nuit. Elle joue un rôle dans le rythme circadien, dans la régulation du

rythme jour/nuit de l'organisme et présente également des propriétés hypnotiques avec l'induction du sommeil.

4.2 . Hypnotiques benzodiazépiniques :

Benzodiazépines :

• Définition :

Les benzodiazépines ont des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes, anticonvulsivantes et anesthésiantes. Parmi celles-ci, la prescription pour réduire l'anxiété et l'insomnie est la plus fréquente.[65]

Le **British National Formulary** [66] suit cette division, bien que certains médicaments tels que le diazépam, l'oxazépam et le lorazépam sont répertoriés sous les deux rubriques. Au niveau international, de nombreuses autres benzodiazépines sont disponibles et les schémas de prescription varient considérablement. Néanmoins, les effets indésirables et la production de dommages sont similaires dans toute la classe.

Cependant, le moment et la gravité de ces effets indésirables varient en fonction des concentrations maximales et de la durée d'action des différentes BZD et des hypnotiques à courte durée d'action (médicaments Z).

• Mécanisme d'action : [67]

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 α , 2 sous-unités β et 1 sous-unité γ , chaque sous-unité est responsable sur des effets cliniques.

La fixation des BZD sur ces sous-unités les permet d'avoir plusieurs propriétés cliniques. 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.

• Effets indésirables :[15,65,68]

Les principaux effets secondaires des benzodiazépines sont la somnolence, la léthargie, la fatigue, la stupeur, l'anxiété et la peur, des troubles de la concentration et de l'attention, développement d'une dépendance, rebond des symptômes, ainsi que l'hypotonie et l'ataxie, etc...

À des doses plus élevées, l'instabilité, les troubles de l'élocution et la désorientation indiquent une sédation excessive, en particulier lorsque les BZD sont associées à l'alcool.

Des troubles cognitifs et psychomoteurs peuvent être détectés même à des doses apparemment thérapeutiques. Cela peut se produire pendant toute la journée lorsque la BZD est prescrite plusieurs fois dans la journée comme anxiolytique, ou une BZD à longue durée d'action la veille au soir comme hypnotique.

Les benzodiazépines sont également associées à des risques accrus d'accidents de la route, de chutes et de fractures.[69]

Les patients atteints de myasthénie grave, d'ataxie, d'apnée du sommeil, d'insuffisance respiratoire chronique, d'ataxie spinale et cérébelleuse, de glaucome à angle fermé ou de troubles aigus du système nerveux central ne doivent pas être traités avec cette classe de médicaments.

Ces médicaments ne sont pas recommandés pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire chez les personnes âgées et, s'ils sont prescrits à cette population, ils doivent être limités à un usage de courte durée.

Leurs effets amnésiques peuvent entraîner des trous de mémoire, en particulier à des doses élevées, encore renforcée par la co-administration d'alcool. Un lien entre l'utilisation à long terme des benzodiazépines, l'atrophie cérébrale et la démence reste encore controversé.[70]

• **Précautions à suivre :**

Les traitements d'une durée de 2 à 3 mois ou plus et les augmentations marquées de la dose doivent être évités. Chez certains patients, en particulier ceux qui souffrent de troubles du sommeil, il peut être conseillé d'espacer les traitements plutôt que de les poursuivre. L'évaluation et la réévaluation minutieuses de l'indication du traitement, le respect de la posologie, l'absence de prescriptions multiples et l'arrêt du traitement généralement dans les 4 à 6 semaines sont essentiels. Les groupes à haut risque comprennent les personnes qui sont dépendantes de l'alcool ou de la drogue, qui souffrent de syndromes douloureux ou de troubles chroniques du sommeil, de troubles de la personnalité ou de dysthymie.

Il est essentiel d'éviter les prescriptions à long terme pour les patients âgés en l'absence d'un symptôme cible clair.

✚ Cyclopyrrolones et imidazopyridines:

Le zolpidem, le zaleplon et l'eszopiclone constituent la catégorie de médicaments la plus généralement recommandée pour l'insomnie, connue sous le nom de "**Z- Drugs**". L'efficacité de ces médicaments a été démontrée par divers essais, dont une méta-analyse révélant que la latence du sommeil a été réduite d'une valeur moyenne de 42 minutes contre 20 minutes pour le placebo.[71]

Les médicaments z se lient de la même manière que les benzodiazépines au récepteur GABA-A, ce qui entraîne une hyperpolarisation des cellules. Cependant, contrairement aux benzodiazépines, les médicaments z se lient avec plus de spécificité à des sous-unités particulières du récepteur GABA-A, se concentrant essentiellement sur l'effet sédatif du récepteur plutôt que sur l'effet anxiolytique. [72,73]

Les effets indésirables des drogues z, en particulier à des doses élevées, comprennent des troubles gastro-intestinaux, des vertiges, des hallucinations, des pertes de mémoire et la non-inhibition. Parfois, des comportements complexes associés au sommeil ont été observés chez des personnes utilisant des médicaments z à fortes doses ; les patients doivent être informés de ce risque dès le début de la prescription. Le médecin doit également être conscient du potentiel addictif de ces médicaments, car ils peuvent entraîner une euphorie, une anxiolyse et une stimulation chez certaines personnes, en particulier à des doses élevées. [74,75]

4.3 . Hypnotiques non benzodiazépines :

✚ Agonistes des récepteurs de la mélatonine :

La mélatonine est une hormone généralement sécrétée par la glande pinéale pendant la période sombre de la journée. Elle joue un rôle majeur dans le maintien du cycle circadien, et une perturbation des horaires de libération de la mélatonine ou une diminution de la formation de mélatonine peut entraîner des insomnies. La production de mélatonine diminue également avec l'âge et pourrait être en partie responsable des problèmes de sommeil rencontrés par les personnes âgées.[74]

Le ramelteon (Rozerem) est un agoniste de la mélatonine autorisé par la FDA pour le traitement de la latence d'endormissement. Son efficacité est satisfaisante avec peu d'effets indésirables et l'avantage de ne pas entraîner d'accoutumance. Une petite enquête a révélé que le médicament a diminué le risque d'hystérie hospitalière chez les patients âgés, faisant passer le taux de 32 % à 3 % par rapport au placebo.[76]

Pour le traitement de l'insomnie, la mélatonine à libération prolongée est nettement moins coûteuse et peut être plus efficace que le ramelteon. Une méta-analyse réalisée en 2013 a révélé que la mélatonine, à des doses comprises entre 0,1 mg et 5 mg, réduisait la latence d'endormissement de 7,1 min, augmentait la durée totale du sommeil de 8,3 min, améliorait la qualité globale du sommeil et présentait un profil d'effets indésirables favorable.[77]

Les effets défavorables les plus largement reconnus de la mélatonine sont les céphalées, les nausées, la fatigue, l'augmentation du temps de réaction et la sédation pendant la journée. Elle peut être administrée à des personnes sujettes à l'abus et souffrant d'insomnie en raison de son potentiel de non-abus. En outre, lorsqu'il est administré à fortes doses, il peut théoriquement affecter la fertilité, car il s'agit d'une hormone qui contrôle la fonction de reproduction. Le ramelteon est donc déconseillé aux personnes qui essaient de concevoir un enfant.[78,79]

✚ Antagonistes H1 sélectifs :

La doxépine, dont la dose est comprise entre 3 et 6 mg, est le seul antagoniste très sélectif des récepteurs H1 de l'histamine à avoir fait l'objet d'études régulières. Bien que le principal effet pharmacologique puissant de la doxépine soit l'antagonisme H1, elle est apparue à l'origine comme un antidépresseur à la dose de 75–150 mg/jour. Ainsi, en diminuant la dose, la doxépine devient un antagoniste H1 très sélectif.[80]

La sédation pendant la journée est l'effet indésirable le plus fréquent chez les jeunes adultes. En revanche, les patients âgés n'ont pas signalé d'effets indésirables avec 3 mg de doxépine. Ainsi, les patients âgés présentant un éveil matinal précoce peuvent constituer un groupe particulièrement approprié pour le traitement avec ce médicament. En raison de son puissant antagonisme H1, il peut être recommandé pour les patients souffrant d'insomnie avec

des indications d'allergie. En raison de son potentiel de non-abus, la doxépine peut être administrée aux personnes ayant des difficultés à maintenir leur sommeil et qui sont sujettes à la dépendance. [74]

✚ Antagonistes des récepteurs de l'orexine :

Les "orexines" sont le nom donné à deux peptides dont on a découvert relativement récemment qu'ils émergeaient des neurones de l'hypothalamus latéral et qu'ils provoquaient l'éveil/la vigilance. Les antagonistes des récepteurs de l'orexine sont des agents qui favorisent le sommeil en raison de leur capacité à empêcher l'éveil provoqué par les orexines.

Le premier antagoniste des récepteurs de l'orexine à avoir été approuvé pour le traitement de l'insomnie est le suvorexant (Belsomra). Il bloque les deux types de récepteurs d'orexine (orexine A et B). La sédation pendant la journée est l'effet indésirable le plus courant du suvorexant. C'est un médicament qui a des effets thérapeutiques dans le dernier tiers de la nuit sans augmenter considérablement la sédation matinale, ce qui entraîne un effet thérapeutique important sur le début du sommeil. Le suvorexant peut donc être prescrit aux personnes ayant des difficultés à s'endormir et à se réveiller tôt le matin. Cependant, il n'est pas conseillé comme traitement de première intention de l'insomnie en raison de son coût élevé et de son potentiel d'abus.[81,82]

✚ Antidépresseurs :

Certains médicaments initialement utilisés pour le traitement de la dépression majeure sont désormais également utilisés pour le traitement de l'insomnie. Cette catégorie de médicaments améliore également le sommeil en obstruant les récepteurs des neurotransmetteurs qui provoquent l'éveil, comme l'acétylcholine, la sérotonine, l'histamine et la norépinéphrine.[83]

Les antidépresseurs les plus couramment recommandés pour le traitement de l'insomnie sont 15 mg de mirtazapine, 10-75 mg de doxépine, 50-150 mg de trazodone et 10-100 mg d'amitriptyline. [83]

Les effets indésirables provoqués par les antidépresseurs dans le traitement de l'insomnie peuvent varier. Tous provoquent généralement une sédation diurne, tandis que certains

peuvent entraîner une hypotension orthostatique. L'amitriptyline et la doxépine (25–50 mg) peuvent provoquer des troubles cognitifs, une vision floue, une sécheresse de la bouche, des arythmies, une constipation, une augmentation de l'appétit/de la prise de poids et une rétention urinaire. [83]

Les patients souffrant de glaucome, d'obstruction urinaire et de troubles cognitifs doivent recevoir de la doxépine et de l'amitriptyline avec prudence. Tous ces médicaments sont problématiques chez les personnes souffrant de dépression bipolaire, en raison de la crainte d'une accélération de la manie.[84]

Antipsychotiques :

Il s'agit d'une catégorie de médicaments principalement utilisés pour traiter les états psychotiques qui sont parfois également utilisés pour le traitement de l'insomnie, mais à une dose inférieure à celle habituellement utilisée pour le traitement des patients psychotiques.[74,83]

Ces médicaments améliorent le sommeil grâce à leur effet antagoniste sur les récepteurs des neurotransmetteurs qui provoquent l'éveil, comme la sérotonine, l'histamine, la dopamine, les récepteurs adrénergiques et les récepteurs cholinergiques. [74,83]

Les antipsychotiques recommandés dans le traitement de l'insomnie en pratique clinique sont la rispéridone 0,25–6 mg, l'olanzapine 2,5–20 mg et la quétiapine 25–250 mg.[74,83]

Les principaux effets indésirables de ces médicaments sont l'agitation, la sédation, la tachycardie, l'hypotension orthostatique, les vertiges, l'augmentation de l'appétit/la prise de poids, la sécheresse de la bouche, l'akathisie et la constipation. La crainte d'une dyskinésie tardive est vraiment préoccupante, mais indéniablement plus rare. Chez les patients souffrant de démence, le risque élevé d'épisodes cérébro-vasculaires doit également être pris en compte. [74,83]

Des précautions doivent être prises lors de l'utilisation de ces médicaments chez les patients souffrant de glaucome à angle fermé, de rétention urinaire, de démence, de constipation et d'hypotension ou présentant un risque d'infarctus du myocarde.[74,83]

✚ Anticonvulsivants :

Certains médicaments initialement développés pour le traitement des crises d'épilepsie sont désormais également utilisés pour le traitement de l'insomnie. La prégabaline et la gabapentine en sont des exemples. Ils produisent des effets thérapeutiques sur l'insomnie en diminuant la décharge de norépinéphrine et de glutamate en agissant sur la sous-unité alpha-2-delta des canaux calciques de type N voltage-gated.[85,86]

Tableau XIX : Les principaux médicaments prescrits dans le cadre de l'insomnie [74]

Hypnotiques	Molécules	Doses
BZD	Triazolam	0.125 à 0.25mg
	Estazolam	0.5 à 2mg
	Temazepam	7.5 à 30mg
	Flurazepam	15 à 30mg
	Quazepam	7.5 à 15mg
Z Drugs	Zolpidem (sous lingual)	1.75mg ou 3mg
	Zolpidem	5 à 10mg
	Zolpidem LP	6.25 à 12.5mg
	Eszopiclone	1 à 3mg
	Zaleplon	5 à 10mg
Agoniste de mélatonine	Ramelteon	8 mg
	Mélatonine LP	1 mg
Anti H1	Hydroxyzine	50 à 100mg
	Doxylamines	25 à 50mg
Antagoniste de l'orexine	Suvorexant	5 à 20mg
ATC	Doxépine	3 à 6mg
	Amitryptiline	25 à 150mg
	Mitrazapine	7.5 à 15mg
Neuroleptiques	Rispéridone	0.25 à 6mg
	Olanzapine	2.5 à 20mg
Anticonvulsivants	Pregabaline	50 à 300mg
	Gabapentine	300 à 600mg

II. L'intérêt du sujet :

En 1992, une enquête réalisée au sein de la CNOPS par **Semchaoui et al** [87], a relevé que 25,7 % des ordonnances consultées contenaient un psychotrope, ce chiffre élevé pourrait s'expliquer par le fait que la liste des médicaments psychotropes utilisée par les auteurs était très élargie.

Plusieurs études épidémiologiques sur la consommation des psychotropes ont été réalisées dans plusieurs pays : en France par exemple, l'étude à partir de l'Enquête Décennale Santé (1991/1992) indique que 11,3 % de la population générale âgée de plus de 18 ans a consommé un ou plusieurs psychotropes régulièrement sur une période de 6 mois.[88]

Une autre enquête multicentrique faite en Allemagne, en Italie, en France et au Royaume Uni, concernant la consommation des psychotropes en population générale, a montré que 6,4 % de la population prenaient des psychotropes.[89]

III. Discussion des résultats :

L'analyse des données recueillies au sujet du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques nous a permis d'identifier plusieurs niveaux de discussion.

A. Facteurs liés aux médecins :

1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins :

1.1. Sexe :

Une prédominance masculine était constatée dans notre étude 61.1% contre 38.9% soit un sexe-ratio de 1,57.

Ce résultat est similaire à ceux de **Svensson et al**, de **Bourjal**, de **Sebbani** et **Dybwad** [90-93] qui rapportaient une prédominance masculine avec respectivement un sex-ratio de M/F: 1.06, 2.2, 1.30 et 2.33.

Ainsi le sexe se révèle déterminant de la prescription dans notre étude ($p < 0.01$), ce qui correspond à la plupart des enquêtes où le sexe masculin prédomine et représente un facteur

déterminant de la prescription des psychotropes, puisque selon la littérature, les hommes sont plus confiants dans leurs démarches thérapeutiques que les femmes.[91,92,94]

Tableau XX : Sexe-ratio selon la littérature

Etudes	Homme	Femme	Sexe ratio H/F
Svensson et al[90]	266	250	1.06
Bourjal[91]	11	5	2.2
Sebbani [92]	90	69	1.3
Dybwad[93]	14	6	2.33
Notre enquête	33	21	1.57

1.2. Âge :

L'âge de notre échantillon se situe entre 30-49 ans chez 61.1%. Ceci est peu similaire aux enquêtes nationales et internationales qui rapportent une prédominance de la tranche d'âge située entre 35ans et 45ans. [91,95,96]

Contrairement au résultat retrouvé dans l'étude de **Darmon et al** où on trouve que les âges situés entre 50 et 59 représentent 56.3%. [97]

La fréquence de la prescription est sensible à l'âge du praticien ($p < 0.001$), et elle connaît un pic chez les médecins aux alentours de 35 ans, ce qui concorde avec la littérature. [4,94,95]

Tableau XXI : Répartition de l'âge dans la littérature

Etudes	L'intervalle le plus représentatif
Bourjal [91]	40-45ans
Berhili [95]	35-45ans
Darmon et al [97]	50-59ans
Wong et al [96]	31-50ans
Notre enquête	30-49ans

1.3. Durée d'exercice :

La majorité des médecins (soit 77.8%) ayant participé dans notre étude exercent plus de 5 ans, ce qui concordait avec les études de **Svensson et al**, **de Berhili** et **de Wong et al**. [90,95,96]

La prescription pharmaceutique de toute substance confondue tend à croître chez les médecins après 10 ans d'exercice [6]. Cette tendance inclut la prescription des psychotropes.

Ceci est concordant avec notre étude, puisque nos résultats sont statistiquement significatifs entre les anciens et les nouveaux médecins en matière de prescription ($p < 0.001$).

Tandis que les études de **Airod** [98] et de **Darmon et al** [99] ne rapportent pas des résultats significatifs entre la prescription des psychotropes et la durée d'exercice des médecins.

Tableau XXII : Durée d'exercice des médecins généralistes selon la littérature

Etudes	Durée d'exercice
Svensson et al [90]	17ans
Berhili [95]	11-20ans
Wong et al [96]	6-10ans
Notre étude	>5ans

2. La formation de base et la formation continue :

2.1 Formation de base :

L'analyse de l'association du facteur stage en psychiatrie durant la formation de base avec la prescription, montre qu'il y a une différence significative dans la prescription, entre les médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie (83.3%) et ceux qui n'ont pas eu l'opportunité d'en bénéficier (16.7%). Ces résultats rejoignent ceux des études menées sur les échelles national et international.[95,100]

En effet, **Martine S** considère que le stage de formation en psychiatrie augmente de manière significative la qualité des connaissances des médecins et améliore leurs compétences. [101]

Aussi, dans notre analyse, on note une différence significative entre la prescription chez les médecins ($p < 0.01$), ayant jugé que la formation de base reçue est suffisante (72.2%) et la prescription chez les participants, ayant déclaré que cette formation ne leur permet pas de prendre en charge les troubles mentaux. Nos résultats peuvent être comparés aux études de **Airod** [98], **Tabril et al** [4] et de **Kandel et al**[94]

2.2 Formation continue :

La moitié de nos médecins ont bénéficié de formation continue en pathologie psychiatrique, dont 61.1% de ces médecins sont satisfaits de cette formation.

Plusieurs études [4,5,94,96,98] ont démontré l'influence de la formation continue sur les bonnes pratiques professionnelles. Dans le même sens, on note une association significative entre la formation continue et la prescription ($p < 0.01$).

Richards et al[102] ont montré que les médecins généralistes n'ayant pas reçu de formation en santé mentale identifiaient plus souvent des connaissances incomplètes sur la dépression comme un obstacle à sa prise en charge efficace, par rapport à ceux qui avaient suivi une formation en santé mentale.

Dans l'étude de **Wong et al**[96], ceux qui avaient une qualification plus élevée en médecine de famille ou en médecine générale étaient plus confiants dans la prise en charge de la dépression et des troubles anxieux que ceux qui n'avaient pas de qualifications supérieures.

Ce constat a été identifié dans nombreuses études, ainsi que l'insuffisance de formation des médecins généralistes dans le domaine de la souffrance psychique est connue et exprimée dans différentes revues par les professionnels de santé. [100,103,104]

La faiblesse du taux des médecins généralistes qui bénéficient d'une formation en santé mentale pourrait s'expliquer soit, par l'absence d'une offre de formation (la santé mentale n'ayant pas fait partie de la stratégie nationale du ministère de la santé pendant de longues années), soit par le fait que ce volet ne fait pas partie des centres d'intérêts des omnipraticiens.

Tableau XXIII : Comparaison des échantillons des enquêtes en termes de formation.

Etudes	Stage en psychiatrie	Formation post-universitaire en psychiatrie
Berhili [95]	67%	10.8%
Wong et al [96]	100%	58.3%
Richard et al [102]	-	43.6%
Notre étude	83.3%	50%

Nous pouvons retenir que la formation préalable dans le domaine de la psychiatrie (sous forme de stage ou de formation continue) joue un rôle primordial dans l'amélioration des

connaissances des médecins sur les plans diagnostique, thérapeutique et de suivi, ce qui influence par la suite le degré de communication, de collaboration et de la PEC globale de leurs patients

3. Attitudes des médecins face aux troubles mentaux :

3.1 L'implication des médecins généralistes dans la santé mentale :

Les médecins généralistes sont la porte d'entrée du système de santé et sont ainsi la pierre angulaire dans toute intégration de la santé mentale en première ligne.

Dans notre étude, les médecins généralistes sont tous conscients de l'ampleur du problème lié à l'importance de la prévalence de la maladie mentale au Maroc. Et 83.3% jugent que l'implication des médecins généralistes, exerçant dans les ESSB dans la prise en charge des troubles mentaux, permettra une amélioration de la qualité de prise en charge de la maladie mentale. Ceci concordait avec plusieurs enquêtes rapportées dans la littérature.[90,105,106]

Selon **Tabril et al** [4], la perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques est un facteur influençant la prescription des psychotropes ($p < 0,001$).

Airod [98] rapporte que tous les médecins généralistes dans son étude sont conscients de l'ampleur du problème de la santé mentale à l'échelle nationale. A savoir que 82 % de ces médecins affirment que l'implication des médecins exerçant au niveau des ESSB dans la prise en charge des troubles mentaux améliore la qualité de prise en charge de la maladie mentale.

Contrairement, l'étude de **Amara et al** [107] notent que la plupart des médecins, aussi bien généralistes que psychiatres, pensent que le rôle des MG dans la prise en charge des troubles psychiatriques n'est que secondaire.

3.2 La fréquence des consultations pour trouble mental :

Plusieurs études réalisées au niveau mondial et international montrent qu'entre 50 et 80 % des patients ayant un trouble psychiatrique sont révélés par des médecins généralistes. [108-110]

Les résultats de notre étude indiquent que les consultations pour trouble mental ne dépassent pas 20 % des consultations générales par semaine dans 72.2% des cas. Nos résultats sont inférieurs à ce qui est décrit dans la littérature [4,94,98]. Ceci peut être expliqué par le manque de conscience de la population au Maroc envers leurs problèmes de la santé mentale.

Tableau XXIV : Le nombre moyen des consultations pour trouble mental par jour

Enquêtes	La moyenne des consultations pour trouble mental /jour
Tabril et al [4]	17,3%
Kandel et al [94]	38%
Hilali [111]	17.3%
Airod et al [98]	4%
Notre enquête	6.88%

3.3 La durée de consultation pour psychotrope :

88.9% de nos prescripteurs déclarent que la charge du travail influence la durée de consultation. Ceci rejoint ce qui est décrit dans la littérature.

L'étude de **Kandel et al** [94] a mis en évidence une relation significative entre la durée de consultation et la prescription de psychotropes. En effet, il y a 2,9 fois plus de prescriptions de psychotropes lorsque la durée de consultation est supérieure à 20 minutes, toutes choses égales par ailleurs. Ce qui va à l'encontre d'un article du journal Le Monde, faisant écho à un travail de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) : « Délivrer un somnifère ou un antidépresseur pour répondre à un mal-être du patient permet de gagner du temps par rapport à une approche basée sur le conseil et la psychothérapie de soutien».

Plus intéressant encore, l'émergence d'un problème psychologique au cours de la consultation augmente avec l'allongement de la durée de consultation. En effet, le patient n'évoque pas immédiatement ses plaintes psychologiques. Il a parfois besoin que le médecin l'aide à parler de son mal-être. Parfois, c'est prétextant un autre motif de consultation qu'il se

confié à son médecin. Parmi les consultations ayant fait apparaître un problème psychologique, une fois sur 4 le motif du patient avait à voir avec la prévention. Un patient sur 2 consultant pour malaise ou asthénie ressort du cabinet avec un diagnostic psychologique. Seulement une consultation sur 2 pendant laquelle émerge un problème psychologique, aboutit à la prescription de psychotropes. Alors que lorsque le diagnostic psychologique ou psychiatrique est déjà connu ou que le patient se plaint directement, le médecin prescrit 3 fois sur 4. Ceci laisse penser que le médecin ne prescrit pas un médicament d'emblée, dès le diagnostic posé.[94]

Ceci est proche des études de la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** et de la **SFMG** [112] ; Selon la DREES, la majorité des consultations ont une durée de 15 à 19 minutes. La durée moyenne de consultation dans l'étude SFMG est de 16,2 minutes. Cela peut s'expliquer par la période de recueil et un échantillon de patients qui est plus jeune.

Tableau XXV : La durée moyenne de la consultation pour psychotropes

Enquêtes	Durée moyenne de consultation
Kandel et al [94]	18min
SFMG [112]	16.2 min
Notre enquête	15.7 min

3.4 La PEC et la référence :

Les troubles anxieux et les troubles dépressifs représentent les motifs les plus fréquents de notre enquête.

Nos résultats concordent avec les études de **Wong et al** [96] et de **Airod et al** [98].

Tableau XXVI : La fréquence des troubles anxieux et dépressifs dans la littérature

Enquêtes	La fréquence des troubles anxieux et dépressifs
Wong et al [96]	80.7%
Airod et al [98]	56%
Kandel et al [94]	13.8%
Notre enquête	83.3%

Pourtant 80.6% des médecins assurent la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs légers. La prise en charge des troubles mineurs par les médecins généralistes de notre enquête s'est révélée très associée à la prescription des psychotropes ($p < 0.001$).

Ce résultat rejoint plusieurs études nationales [111,113] et internationales, qui ont soulevé que les cas pris en charge par les médecins généralistes se limitent aux troubles d'anxiété, troubles de sommeil et de dépression légère alors que les autres pathologies sont orientées vers le psychiatre. [91,98,111,114]

Gerrity [115] a suggéré que l'auto-efficacité du médecin à reconnaître et à gérer la dépression influence les soins que les patients dépressifs recevaient de leur médecin de premier recours.

Bien que, selon **Wong et al** [96], la principale voie d'orientation des patients souffrant de dépression et d'anxiété étaient adressés aux psychiatres, une proportion significative de médecins généralistes ont également adressé leurs patients à des psychiatres et à d'autres services de conseil.

Une grande majorité de médecins généralistes dans l'étude de **Svensson et al** [90] considère que la psychothérapie est plus adaptée que les psychotropes dans les maladies psychiatriques légères (81% contre 4% pour psychotropes).

Tableau XXVII : Taux de références au psychiatre

Enquêtes	Pourcentage des références vers un spécialiste
Wong et al [96]	69.1%
Airod [98]	65%
Notre étude	50%

4. Discussion des connaissances des médecins :

4.1 L'état des connaissances des médecins sur les psychotropes :

La prescription d'un psychotrope nécessite la maîtrise de plusieurs paramètres, notamment la fréquence, l'indication, la nature du médicament et les modalités de prescription ainsi que de suivi. Ces derniers peuvent soulever des difficultés d'ordre technique, médical et

pharmaceutique. Toutefois, la décision la plus importante en matière de prescription est de savoir s'il convient ou non de prescrire ces médicaments et comment y mettre fin.

Notre étude a montré que la connaissance des modalités de prescription, des classes thérapeutiques, des indications et contre-indications, ainsi que des modalités de suivi et d'arrêt des psychotropes ne semblent pas être maîtrisés par la majorité des médecins avec respectivement 77.8%, 74.1%, 42.6%, 66.7% et 33.%.

Dans l'étude de **Svensson et al** [90], la majorité des médecins généralistes interrogés ont estimé qu'il était plus facile de commencer à prescrire des psychotropes que d'y mettre fin (62% contre 8%), Alors que l'inverse n'est vrai que pour un sur dix.

La facilité de commencer et d'arrêter un médicament peut être liée à la tendance de ce médicament à créer une dépendance, les sédatifs de type benzodiazépine étant particulièrement difficiles à arrêter.[116,117]

Une étude néerlandaise-suédoise a montré également, que deux tiers des patients qui ont commencé à prendre des benzodiazépines les prenaient toujours un an après la prescription initiale, et un tiers les prenait encore huit ans plus tard.[118]

L'analyse des résultats permet d'établir une corrélation de la prescription avec l'état des connaissances en thérapeutique par les psychotropes, ainsi on note une forte association entre la prescription et le degré de connaissance des modalités de prescription ($p < 0.01$), des classes de psychotropes et leurs indications ($p < 0.01$), des effets secondaires ($p < 0,01$). Nos résultats rejoignent plusieurs enquêtes nationales et internationales.[4,90,94,96,98]

Tout au plus, ils ont pu identifier un lien entre le niveau des connaissances et les obstacles de la prescription relatifs aux médecins.[102,119]

Hartley et al [120] ont cependant retrouvé une association significative entre un bon niveau de connaissances et le fait que le médecin traite lui-même le patient. Il paraît donc logique de penser que l'amélioration de la prise en charge, des patients souffrant de troubles mentaux en soins primaires, passe par une amélioration des connaissances des intervenants de ce secteur en matière de traitement par les psychotropes, par la formation continue.

4.2 La source d'information sur les psychotropes :

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

Airod a noté 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. [98]

Selon **Lafortune et al** 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. [121]

Dans l'étude de **Wong et al** [96], les livres constituent la source d'information la plus répandue (77,2%) suivi d'internet (40,4%) et les cours de psychiatrie à l'université (37,2 et 20,2% pour chacun d'entre eux).

5. Attitudes des médecins vis-à-vis de la prescription :

5.1 La fréquence de prescription des psychotropes :

Le principal intérêt de ce travail porte sur les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes. Notre enquête a montré que 44.4% de nos médecins prescrivent rarement les psychotropes dans leurs pratiques quotidiennes, 44.4% ont souvent recours à ces médicaments et 11.1% ne les prescrivent jamais.

Ce constat rejoint quelques études nationales et internationales ; Une enquête menée sur l'échelle national a montré que les psychotropes sont prescrits largement par les généralistes. Les psychiatres ne représentent que 20 % environ de l'ensemble de la prescription. [122]

Nombreuses études ont révélé que le médecin généraliste est le prescripteur de la majorité des psychotropes :

- Selon **Belkacem et al**, les généralistes viennent en tête des prescripteurs avec 27,8 % du total des ordonnances retenues, les psychiatres viennent en deuxième position (19,1 % du total des prescriptions).[5]

Par ailleurs, la prescription en matière de psychotropes pour les médecins spécialistes non psychiatres est variable en fonction de leur spécialité. Ainsi, les cardiologues sont

probablement amenés à voir des patients qui présentent des troubles anxieux et notamment des troubles panique, ce qui expliquerait que les anxiolytiques représentent 48,9 % de l'ensemble de leurs prescriptions. Les neurologues et les neurochirurgiens prennent en charge des épileptiques et des patients souffrant de névralgies, et plus de la moitié de leurs prescriptions dans notre échantillon est faite de régulateurs de l'humeur.[5]

- En France, le généraliste est responsable de 60 % des prescriptions d'antidépresseurs contre 35 % pour les psychiatres.[123]

Le recours des médecins prescripteurs de notre étude au traitement par les psychotropes est fortement lié à la prise en charge des troubles mentaux mineurs et exceptionnellement aux troubles psychotiques.

Suivant la même logique, d'autres enquêtes notent une sur-prescription des psychotropes par les médecins généralistes dans les pathologies de formes atténuées ; mal être, stress, nervosité, n'entrant pas l'indication originale des médicaments psychotropes. [98,109,110]

Au niveau international, en revanche, la pénurie de psychothérapeutes est souvent citée comme un facteur contribuant aux niveaux élevés de prescription de médicaments psychotropes dans les soins primaires.[116,124,125]

Contrairement, **Svensson et al** [90] et **Cornelis et al** [126] rapportent un recours excessif à la psychothérapie plutôt que des psychotropes pour les maladies psychiatriques légères, ce qui pourrait indiquer que les médecins généralistes suédois définissent les maladies "légères" en termes de "ne pas avoir besoin de psychotropes". La grande disponibilité de la psychothérapie dans les soins primaires suédois, illustrée par le fait que la quasi-totalité des personnes interrogées avaient accès à la psychothérapie dans leur cabinet, rend l'orientation possible.

Les médecins généralistes interrogés dans le cadre de l'étude de **Svensson et al** [90] sont, dans l'ensemble, satisfaits de leurs niveaux de prescription par rapport à leurs besoins ; sept sur dix étaient satisfaits de leur prescription d'antidépresseurs, et six sur dix de leur prescription de sédatifs et d'antipsychotiques. Alors que la distribution des prescripteurs insatisfaits était symétrique pour les antidépresseurs et les sédatifs, elle était fortement

orientée vers le côté "trop faible" pour les antipsychotiques. Il semble donc que les médecins généralistes considèrent les antipsychotiques comme un groupe de médicaments rarement prescrits et quelque peu sous-utilisés.

On constate une sur-prescription des psychotropes par rapport les autres études. Ceci peut être expliqué par la prise en considération de nombreux médecins généralistes des facteurs socio-économiques des patients comme pertinents pour la prescription de psychotropes. Ainsi, une charge de travail élevée et l'absence de thérapies alternatives peuvent conduire à la prescription de psychotropes comme mécanisme d'adaptation. La prise de conscience de ce phénomène par l'expérience personnelle peut être l'une des raisons pour lesquelles les médecins généralistes envisagent de prescrire des médicaments psychiatriques.

Tableau XXVIII : Fréquence de prescription des psychotropes

Etudes	Prescription des psychotropes (%)
Tabril et al [4]	55.5%
Svensson et al [90]	45%
Cornelis et al [126]	26.6%
Airod [98]	60.3%
Notre étude	88.9%

5.2 Modalités de prescription des psychotropes :

Dans notre étude, la monothérapie a été respectée dans 33 % des cas. En ce qui concerne les associations entre les psychotropes, les antidépresseurs sont associés dans 60 % des cas à des anxiolytiques, dans 22 % des cas aux neuroleptiques. Les neuroleptiques sont associés aux anxiolytiques dans 18 % des cas.

Contrairement on trouve **Belkacem et al**[5], qui notent que la monothérapie a été respectée dans la majorité des cas, soit 64,1 % ; elle est de règle et recommandée par la majorité des auteurs. Dans 33,3 % des cas les associations de psychotropes se sont faites essentiellement entre antidépresseurs et anxiolytiques (> de 55%), neuroleptiques et anxiolytiques (25%) et enfin neuroleptiques et antidépresseurs (27%). Ces associations médicamenteuses sont souvent préconisées en cas de coexistence de symptômes, anxieux et dépressifs ou psychotiques.

Dans différentes études, les associations de psychotropes sont fréquentes et indépendantes de l'âge et du sexe.[127,128]

5.3 Prescription des psychotropes lors des maladies organiques :

88.9% de nos praticiens optent pour les psychotropes comme base de traitement pour l'accompagnement des maladies somatiques. Ce résultat rejoint quelques données de la littérature.

Plusieurs enquêtes soulignent que les médecins généralistes sont amenés à prescrire les psychotropes dans le cadre du traitement des maladies organiques ; Dans 80 % des ordonnances, la prescription des psychotropes est en effet associée à la prescription des médicaments, appartenant à d'autres spécialités médicales relevant souvent du traitement de maladies chroniques.[5,109]

Le Moigne P. a rapporté que la prescription des psychotropes s'applique également à une médication d'accompagnement de la morbidité organique, en particulier dans le cadre de la prévention du risque cardio-vasculaire, de l'accompagnement des problèmes digestifs, et dans une moindre mesure de la gestion des douleurs rhumatismales. Dans la mesure où les pathologies présentent elles-mêmes un caractère de chronicité, les prescriptions des psychotropes tendent elles-mêmes dans ce cas à devenir chroniques.[6]

Dans l'étude de **Mark**, 7,3 % des prescriptions des antidépresseurs et près d'un tiers des prescriptions d'anxiolytiques ont été prescrites pour une variété de diagnostics non psychiatriques. [129]

Satin JR et al [130] ont constaté dans une méta-analyse de 25 études portant sur la dépression comme facteur prédictif de la mortalité chez les patients cancéreux que la présence de symptômes dépressifs augmentait la mortalité de 25% et que l'existence d'un épisode dépressif caractérisé augmentait le risque de 35%.

Lespérance et al [131] ont fait un constat similaire concernant la mortalité à 5 ans en post-infarctus du myocarde chez des patients présentant des symptômes dépressifs. Selon son étude, l'amélioration des symptômes dépressifs s'accompagne d'une amélioration significative de la survie chez ses patients.

Contrairement à l'étude de **Airod**, les MG optent moins souvent pour les psychotropes comme base de traitement pour les maladies organiques.[98]

Tableau XXIX : Utilisation des psychotropes lors des maladies organiques

Enquêtes	% de prescription de psychotropes pour maladie somatique
Airod [98]	62.5%
Notre enquête	88.9%

5.4 La fréquence de prescription des différentes classes des psychotropes :

Les médecins interrogés de notre étude prescrivent souvent les antidépresseurs et les anxiolytiques (respectivement dans 77,8 %, 55.6 % des cas), alors que les neuroleptiques ne sont prescrits que par 33.3 % des médecins et que la moitié des médecins prescrivent rarement les hypnotiques.

Les données de notre étude rejoignent celle de **Britt et al** [132]et **de Tabril et al** [4], qui montrent que la prescription des antidépresseurs est plus importante que celle des anxiolytiques, pourtant la proportion de nos médecins prescrivant les antidépresseurs, les anxiolytiques et les neuroleptiques est supérieure par rapport aux autres études. Cependant, les médecins interrogés restent réticents quant à la prescription des thymorégulateurs en comparaison avec l'enquête de **Tabril et al** [4] (3.2% contre 0%).

Contrairement à nos résultats, **Svensson et al** [90] notent que la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques constitue 96% de l'ensemble de la prescription.

Tableau XXX : Pourcentage de prescription des psychotropes par les médecins généralistes.

Enquêtes	Anxiolytiques %	Antidépresseurs %	Neuroleptiques%
Tabril et al [4]	52.9%	67.2%	7.1%
Brittt et al [132]	10.8%	27.9%	-
Belkacem et al [5]	44.9%	18.7%	25.2%
Lotrakul et al [133]	40.6%	30.2%	22.2%
Kandel et al[94]	60%	48%	-
Notre étude	55.6%	77.8%	33.3%

6. Les difficultés rencontrées lors de la prescription :

6.1 Les obstacles empêchant la prescription :

Nos médecins ont relevé plusieurs freins à la prescription des psychotropes ; La méconnaissance des différentes classes des psychotropes, la difficulté de poser le bon diagnostic et la nécessité d'actualisation représentent les principaux obstacles qui empêchent la prescription, selon les participants non prescripteurs de notre étude. Tandis que d'autres médecins ont révélé qu'ils ne prescrivent pas par crainte de la dépendance, du syndrome de sevrage ou un surdosage... Nos résultats sont presque similaires aux enquêtes publiées.

Tabril et al [4] rapportent que les difficultés du suivi, de manipuler la prescription des psychotropes, la crainte d'une dépendance et des effets indésirables nombreux représentent les principaux obstacles à la prescription.

Dans l'étude de **Wong et al** [96], 80,7 % des médecins estiment que le temps nécessaire au traitement des patients souffrant de dépression et de troubles anxieux est trop long. Ils notent comme un obstacle au traitement des patients souffrant de dépression et d'anxiété « le manque de suivi », « le manque de services de soutien » (28,6 %) et « le manque d'expérience » (20,2 %).

Dans l'étude de **Airod** [98], même les praticiens qui prescrivent, 85% ont déclaré rencontrer des difficultés liées essentiellement à la nécessité d'actualisation des connaissances pharmacologiques, aux difficultés de sevrage et aux modalités de prescription. Les mêmes difficultés sont citées lors d'une enquête sur l'étude des médicaments psychotropes en Limousin. [134]

La méconnaissance des médicaments, les problèmes de diagnostic et le problème de sevrage sont révélés non déterminants de la prescription dans notre étude ($p=0,19$).

Lorsque les obstacles au traitement ont été comparés entre les médecins prescripteurs et non prescripteurs dans l'étude de **Wong et al** [96], il s'est révélé qu'il n'y a pas d'association significative entre la prescription des psychotropes et le manque de confiance, le manque d'expérience ainsi que le manque de services de soutien ($p=0.13$, 0.21 et 0.61 respectivement).

Dans étude de **Svensson et al**[90], les médecins généralistes sont souvent confrontés à la demande de renouvellement d'une prescription émise à l'origine par un autre médecin, une situation qui pose un ensemble particulier de problèmes. Les médecins généralistes ont plus souvent trouvé difficile que facile de modifier la prescription d'un confrère. L'évaluation de la raison de la prescription d'un autre médecin peut être difficile en raison du manque d'informations dans les dossiers médicaux.

Contrairement, **Airod** [98] a rapporté que la méconnaissance des médicaments, les problèmes de diagnostic et le problème de sevrage sont révélés des déterminants de la prescription dans leur étude (respectivement $p= 0,0015$, $p=0,026$, $p=0,000$).

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les facteurs cités étaient les mêmes pour tous les médecins généralistes comme des obstacles au traitement lorsque ces deux groupes ont été comparés.

Tableau XXXI : Obstacles liés à la prescription des psychotropes

Enquêtes	Modalités de prescription	Méconnaissance des psychotropes	Difficultés liées au suivi	Difficultés liées au sevrage
Tabril et al [4]	57.6%	-	58.1%	43.4%
Airod [98]	44.2%	59.6%	26.9%	-
Notre enquête	64.8%	74.1%	40.7%	16.7%

6.2 Les besoins en formation sur les psychotropes :

Par conséquent, la majorité des médecins de notre étude déclarent avoir besoin d'une formation sur les connaissances de toutes les classes de psychotropes, leurs modalités de prescription et de suivi afin de pouvoir les prescrire en toute sécurité en cas d'indication.

D'ailleurs ce sont les mêmes besoins révélés par les médecins généralistes de plusieurs études nationales. [98,111,114]

Outre, plusieurs médecins suédois ont signalé l'importance d'instauration de programmes de formation efficaces visant à une optimisation de la prescription des

psychotropes par les MG, et que les formations soient organisées par des organismes académiques et non pas par les laboratoires pharmaceutiques.[90]

Dans l'étude de **Tabril et al** [4], les MG sont demandeurs de l'instauration des programmes de formation (93,2 %), pour l'organisation régulière des manifestations scientifiques communes entre généralistes et psychiatres (90,6 %).

Wong et al. [96] ont démontré que les personnes ayant une qualification plus élevée en médecine de famille ou de médecine générale étaient plus confiants dans la prise en charge des patients souffrant de dépression et de troubles anxieux, par rapport à ceux qui n'avaient pas de qualifications supérieures. Cet effet a persisté après ajustement des facteurs de confusion tels que le sexe, l'âge, l'expérience pratique et le type de clinique. Le niveau de confiance dans le traitement des patients souffrant de dépression et d'anxiété est un facteur important qui influence la qualité de la prise en charge de ces patients.

Docherty [135] a montré qu'un faible niveau de confiance dans l'efficacité des traitements disponibles pour la dépression associés à une moins bonne reconnaissance de la dépression.

Bien que, selon **Wong et al**[96], la principale voie d'orientation des patients souffrant de dépression et d'anxiété étaient adressés à des psychiatres, une proportion significative de médecins généralistes ont également adressé leurs patients à des psychiatres ($p < 0.05$).

On peut retenir que la formation préalable en psychiatrie joue un rôle primordial dans l'amélioration des connaissances des médecins généralistes, en matière de diagnostic et de prescription, de la même façon qu'elle influence le degré de confiance en leur aptitude à prendre en charge les patients souffrant de troubles mentaux.

La confiance, associée à une bonne connaissance en thérapeutique, reste fortement impliquée dans leur choix de traiter ou référer les patients.

B. Les facteurs liés aux patients :

a. Le sexe et l'âge des patients :

Les caractéristiques non médicales des patients qui peuvent influencer sur la prescription sont leurs caractéristiques individuelles, tant de façon isolée qu'en rapport avec celles du médecin, et leurs demandes et attentes en matière de traitement.

Parmi les caractéristiques qui ont une importance, sont l'âge, le sexe et le niveau socio-économique. D'autres caractéristiques des patients influents aussi sur la prescription ; souvent les médecins disent que les patients exigent les médicaments et qu'il est difficile de résister à leur pression.

✚ 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 montrent un taux de consommation plus élevé chez les femmes que chez les hommes [102,103].

Ces constatations coïncident avec l'étude de **Airod** [98], où 52,2 % des médecins ont tendance à prescrire ces médicaments plus fréquemment chez les femmes.

Dans l'étude de **Belkacem et al** [5] la prescription des psychotropes est légèrement élevée chez les femmes.

✚ L'âge des patients :

Plusieurs études ont montré que la consommation des psychotropes augmente avec l'âge, parmi eux :

L'étude de **Belkacem et al** [5] rapporte que les psychotropes ont été prescrits dans plus de la moitié des cas entre 40 et 60 ans.

Dans le même sens, **Airod** constate que les adultes représentent la première indication de la prescription chez 80,9 % des prescripteurs.[98]

Kisely et al ont montré qu'il y a une association significative entre l'âge avancé des patientes et la prescription des psychotropes.[136]

b. La pression des patients :

L'influence de cette pression n'est guère abordée dans les comptes rendus de recherche, et certains pensent qu'elle a été exagérée. En fait cette pression peut être la conséquence des habitudes du médecin, chez qui la consultation se termine en général par la rédaction d'une ordonnance. Un autre défi concerne les patients qui consultent plusieurs médecins afin d'obtenir le psychotrope de leur choix, souvent en raison de leur dépendance aux médicaments ou de leur intention de les revendre pour en tirer profit.[98,137]

Selon **Svensson et al**[90], les avis sont partagés sur la nature des problèmes traités par les psychotropes : 38% les considèrent surtout socio-économiques, tandis que 40% les considèrent comme essentiellement médicaux.

Ces révélations s'accordent avec les résultats de notre étude, ce pendant Presque 77.8% des médecins enquêtés, subissent la pression des patients à leur prescrire les psychotropes, soit pour un renouvellement de l'ordonnance le plus souvent, comme déjà cité, soit pour un état de stress ou des problèmes de pharmacodépendance. L'analyse statistique des données de notre enquête a révélé que la pression des patients est un déterminant de la prescription ($p < 0,001$).

Ainsi devant les demandes exigeantes des patients à leur prescrire des psychotropes, seulement 5.6% de nos médecins se trouvent confrontés à de nombreux problèmes sociaux et à une impuissance à régler ces problèmes, obéissent à la demande de ces patients. 9

4.4% des participants ne cèdent pas à cette demande, par crainte d'être la cible de ces malades qui font le tour des médecins et font pression sur chacun d'eux pour obtenir des médicaments, et par crainte d'être manipulés par les faux malade.

Selon **H Ghods** [137], les médecins qui prescrivent les médicaments en se basant sur une anamnèse et un examen physique sont rarement la cible de ce type de patient. Les faux malades savent que ces médecins ont beaucoup de chance de découvrir la supercherie.

D'après **N. Britten**, la prescription, même si elle n'était pas initialement prévue, peut parfois résulter de consultations complexes.[138]

Selon différentes études de la littérature, il semble que l'inconfort peut apparaître pour n'importe quelle prescription et dans n'importe quelle situation clinique. C'est la combinaison de plusieurs facteurs qui influence la décision plutôt que certains facteurs en particulier.[139]

Un lien de confiance entre le médecin et le patient fait partie intégrante des soins aux patients et a été décrit comme améliorant l'adhésion au traitement. La méfiance croissante des patients à l'égard des médecins les incite à changer fréquemment de médecin, ce qui risque de leur faire perdre les bienfaits thérapeutiques de la relation médecin-patient, l'accessibilité et la disponibilité des soins elles-mêmes deviennent l'objectif le plus important ; Il faut qu'il soit

disponible psychologiquement (pour être dans l'écoute) et disponible dans le temps (une durée de consultation suffisante). Une bonne relation médecin-malade permettrait des prescriptions rationnelles de la part du médecin et une bonne observance du traitement de la part du patient.

[140,141]

Des facteurs extrinsèques peuvent fragiliser la relation médecin-malade, tels que le manque de temps, la charge des patients, temps d'écoute raccourci et la prise en charge qui n'aborde pas les dimensions psycho-sociales des personnes souffrant de troubles mentaux. Une relation médecin-malade insatisfaisante ne peut qu'entraîner des conséquences fâcheuses telles que des diagnostics de mauvaise qualité, des prescriptions irrationnelles et une non-observance du traitement par les malades.[98]

Tout ceci confirme la nécessité d'un changement dans le comportement et l'attitude des MG afin d'encourager les prescriptions rationnelles. C'est donc au médecin, en tant que professionnel de mettre en place, des techniques d'écoute et de communication, de laisser la place au 0 de s'exprimer pour une décision partagée, d'assurer une prise en charge centrée sur le patient.

Par ailleurs, une étude menée par **Boissy et al** a mis en évidence que le développement des compétences en communication s'accompagne d'une prise charge centrée sur le patient, d'une adhésion au traitement, et a pour effet direct une réduction de la durée d'hospitalisation.

[142]

Hassan et al. [143] ont procédé à une méta-analyse afin d'évaluer l'impact de la qualité de la communication entre les professionnels de santé et les patients. Ils ont mis en évidence la fréquence des rechutes chez les patients suivis par des professionnels qui communiquent mal.

C. l'influence des délégués médicaux

Les délégués médicaux constituent la deuxième source d'information de nos médecins. 64.8% des médecins jugent que l'information médicale apportée par les délégués médicaux est utile.

Afin de limiter l'influence des délégués de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicamenteuse, il convient de rendre la charte de la visite médicale plus contraignante, et de faire évoluer parallèlement la profession de délégué vers davantage de transparence.[99]

L'information délivrée par les délégués devrait se baser sur des données de qualité fournie par les agences officielles (Indications, contre-indications et effets indésirables) et mieux viser la prévention des effets indésirables à partir du bon usage des médicaments présentés.[99]

Selon des études anglo-saxonnes, le fait de recevoir la visite des délégués de l'industrie pharmaceutique est connu pour générer une augmentation de la quantité et du coût des médicaments prescrits ainsi qu'une diminution de la qualité des prescriptions médicamenteuses.[144,145]

Lexchin a constaté 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.[146]

Darmon et al [99] confirment que l'influence de l'utilisation de cette source d'information, par les médecins généralistes français sur la fréquence de leurs prescriptions médicamenteuses, augmente avec la fréquence de la visite médicale.

Cependant, l'industrie pharmaceutique adopte des attitudes plus promotionnelles qu'éducationnelles. On peut déduire que les laboratoires, à travers les visiteurs médicaux, jouent un rôle central dans les tendances de prescription des médecins de manière générale, mais en matière de psychotrope, selon les interviewés, l'influence des délégués médicaux tend à diminuer et représente de moins en moins un facteur orientant la prescription.

L'information délivrée par les visiteurs médicaux, bien qu'encadrée par une charte[147], est en effet partielle voire biaisée, notamment à propos des nouveaux médicaments arrivant sur le marché ou ayant des médicaments concurrents.[148,149]

Elle privilégie fréquemment les bénéfices éventuels par rapport aux effets indésirables ou au coût ou incite à une prescription en dehors de l'autorisation de mise sur le marché .[150,151]

En 2004 en France, la visite médicale représentait 76 % des dépenses de promotion du médicament, avec une dépense annuelle minimale estimée en 2006 à 25000 Euros par médecin généraliste, contre 58 % en moyenne pour ses voisins européens. [149]

Afin de faire face aux informations fournies par les laboratoires, des sources indépendantes et objectives ont été créées dans plusieurs pays tels que : Drug and therapeutics bulletin (Royaume Uni), le médical letter (Etats-Unis d'Amérique), l'australian prescriber (Australie), la revue prescrire (France).[152]



CONCLUSION



La consommation des psychotropes a connu dans plusieurs pays une augmentation régulière. Notre étude illustre la complexité du traitement psychiatrique en soins primaires et identifie les facteurs potentiels d'augmentation de la prescription de psychotropes.

Le médecin généraliste occupe une place importante dans le domaine de la santé mentale. Ce rôle s'avère limité par les attitudes et la perception des médecins vis à vis des psychotropes.

Pour la majorité des médecins interrogés, la psychiatrie constitue une priorité de santé publique, ce qui explique sans doute la perception positive de leur rôle en matière de prise en charge des troubles mentaux. Cependant, nous avons constaté que certaines difficultés s'opposent à cette prise en charge conduisant les praticiens à adresser leurs patients aux psychiatres.

Afin de connaître les contraintes qui entravent une implication effective des MG, des ESSB de la province de Ouarzazate, dans la prise en charge de la maladie mentale, une étude des déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes s'avère nécessaire.

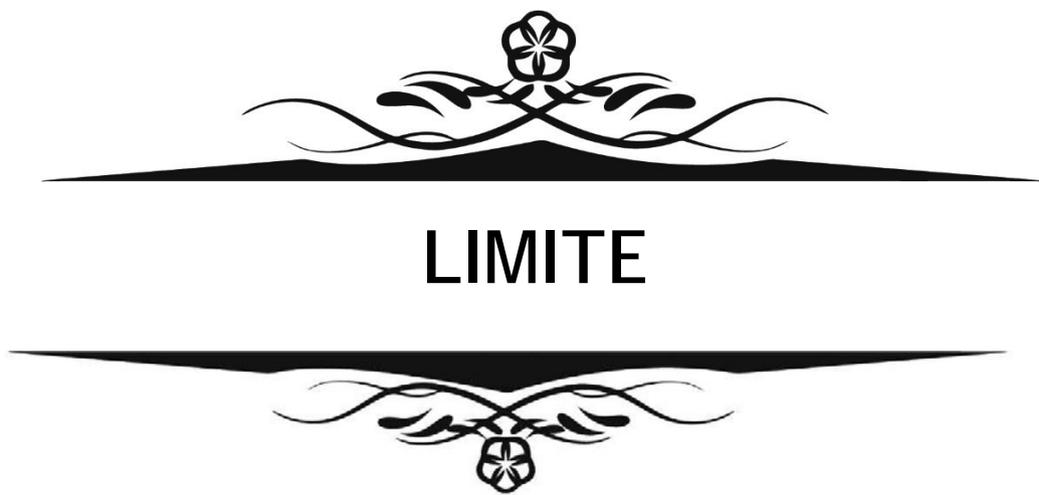
Les troubles dépressifs et anxieux sont très fréquents dans les établissements de soins primaires et deviendront un problème majeur dans les années à venir, le fait de disposer d'un plus grand nombre de médecins généralistes plus qualifiés en médecine familiale pourrait réduire les obstacles à la prise en charge de ces communs dans le cadre des soins primaires.

Les psychotropes sont prescrits actuellement et dans une très large mesure, d'une part par les généralistes, et d'autre part, par l'ensemble des spécialistes. Les psychiatres ne représentent que 20 % environ de cette prescription, ce qui suppose que les psychotropes peuvent être prescrits pour d'autres problèmes organiques, ou encore qu'il existe toujours dans notre pays une réticence à l'égard de la consultation en milieu psychiatrique.

Les anxiolytiques et les antidépresseurs restent largement les plus prescrits par le généraliste.

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.

Par ce modeste travail, nous espérons ouvrir la voie à d'autres recherches et d'autres études similaires dans d'autres provinces et préfectures à caractéristiques différentes, afin de combler nos lacunes et pour mieux comprendre la prescription des psychotropes par le médecin généraliste.



Nous avons mené une étude qui a pour but d'analyser les déterminants de la prescription et d'évaluer l'influence des facteurs contextuels dans la prescription des psychotropes par les médecins généralistes exerçant dans les établissements de soins de santé de base, ainsi que d'identifier les obstacles à la prescription des psychotropes.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail:

- Notre étude est transversale portant sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet. Nombreuses difficultés étaient rencontrées à cause de l'indisponibilité de la part d'un certain nombre de médecins due aux occupations.
- L'enquête a été menée seulement dans la province de Ouarzazate. Par conséquent, ces médecins généralistes peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population.
- Les résultats étaient basés sur des données provenant d'auto-évaluations de médecins généralistes. D'où l'incapacité d'éviter les biais liés à l'auto déclaration.
- Un questionnaire ne peut expliquer qu'une petite partie d'un phénomène complexe tel que la prescription de médicaments psychotropes.
- Il convient de noter que la comparabilité de nos résultats avec les données déjà publiées rencontre certaines limites, relatives à l'hétérogénéité d'ordre méthodologique des différentes études retrouvées. Certains auteurs partent des diagnostics des médecins, d'autres des troubles avoués, certains, par ailleurs, analysent la prescription de psychotropes, d'autres la consommation avouée.
- En comparaison avec la littérature, nos résultats étaient plus élaborés, plus détaillés. Nous n'avons donc pas pu discuter précisément toutes les parties à la lumière de la littérature, notamment le recours aux psychotropes au cours des maladies organiques.

- Les étiquettes attachées aux catégories de médicaments psychiatriques correspondent mal à l'effet réel des médicaments et à leur utilisation clinique. Les antidépresseurs, par exemple, sont sans doute plus utiles dans les troubles anxieux que dans la dépression [33].
- En outre, contrairement à de nombreuses autres recherches, nous n'avons pas limité les questions aux patients d'une certaine tranche d'âge ou souffrant d'un trouble psychiatrique spécifique. Cette approche a permis d'acquérir des connaissances d'une grande portée, que nous estimons pertinentes pour les soins primaires.
- Le schéma de notre étude ne permettait pas de déterminer le nombre et la nature exacte des médicaments prescrits.
- Le manque de statistiques dans notre pays sur ce sujet, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.



RECOMMANDTIONS



Un des objectifs de notre étude est de formuler des propositions d'interventions en mesure d'augmenter le potentiel des médecins généralistes en matière de gestion de la santé

mentale, afin de contribuer à réduire la souffrance liée aux troubles mentaux des patients et de leurs familles.

En effet, les obstacles à la prise en charge des pathologies psychiatriques sont énormes ; D'abord, il faut que le malade prenne conscience de son état pathologique et de surmonter les préjugés qui entourent encore tout ce qui touche à la maladie mentale.

L'insuffisance de l'offre de soins psychiatriques, qui a par ailleurs motivé la réalisation de la présente enquête, dans la perspective d'initier une politique qui s'appuie sur le médecin généraliste comme acteur majeur.

Un bon niveau de connaissance des pathologies psychiatriques et de leurs modalités thérapeutiques s'avère être une condition nécessaire à une bonne prise en charge, comme l'a souligné notre enquête.

La psychiatrie a tendance à ne s'intéresser qu'aux manifestations psychiques de la maladie mentale et à écarter la dimension somatique, alors même que ces patients souffrent le plus souvent de troubles physiques, parfois en lien avec la maladie mentale. La prise en compte de la dimension somatique de l'état de santé des patients en psychiatrie est donc un aspect dont il faut souligner l'importance. Cette prise en charge ne doit pas être négligée car elle conditionne la qualité de la prise en charge globale.

A la lumière des résultats de notre enquête, il semble que toute stratégie de prise en charge de la maladie mentale autour du médecin généraliste doit impérativement s'axer sur des programmes de formation à l'intention de ce dernier et des campagnes d'information sur le bon usage des psychotropes auprès de la population marocaine.

1. Améliorer la formation des médecins généralistes en santé mentale

Ce volet doit avoir pour objectif une bonne préparation du médecin ou futur médecin généraliste à faire face à cette demande de soins particulière que représente la pathologie psychiatrique. L'intervention doit donc se faire aussi bien avant son obtention du diplôme qu'en aval.

1.1. Enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire

Il faudrait d'abord repenser l'enseignement théorique afin qu'il puisse répondre au profil de la population marocaine, une augmentation du volume horaire consacré à la psychiatrie est donc fortement souhaitable, en insistant sur les pathologies les plus fréquentes en médecine générale (Dépression, troubles anxieux et les troubles somatoformes, etc).

Le stage en psychiatrie quant à lui, devient une nécessité. Il est triste de constater qu'une proportion non négligeable des médecins de notre échantillon n'en a pas bénéficié. Il est cependant rassurant de voir le passage en service de psychiatrie sur la liste des stages obligatoires des Facultés de médecine depuis la mise en œuvre de la nouvelle réforme des études médicales.

Les modalités de prise en charge des étudiants dans leur stage doivent aussi bénéficier d'une attention particulière, en mettant l'accent sur l'aspect pratique du stage. Dans cette optique, l'étudiant doit voir plus de malades avec toutes formes cliniques. Il faut encore une fois insister sur le volet thérapeutique au cours de ce passage, puisque cela s'est avéré déterminant en matière de prescription de certains psychotropes. L'implication des enseignants dans ce domaine est primordiale.

1.2. Instauration d'une politique de formation continue qui cible le médecin généraliste

La formation continue des MG en santé mentale doit être un mélange d'apprentissage théorique et de recyclage pratique au niveau des services de psychiatrie. Il est admis que l'amélioration de la gestion des troubles mentaux par les omnipraticiens passe par l'élaboration d'un plan de formation continue.

L'exemple le plus cité dans la littérature reste le programme suédois de Gotland Study [153] qui a montré des résultats intéressants concernant la prise en charge de la dépression. Au Maroc, La réussite de l'expérience menée par la DELM en matière de schizophrénie est un véritable modèle à suivre vu le sentiment de satisfaction exprimé par les participants.

2. Améliorer la relation médecin malade en formant les professionnels pour l'accueil, l'écoute, l'empathie et la communication interpersonnelle.

Dans toute prise en charge thérapeutique d'un malade, celui-ci doit être considéré dans sa dimension globale. Ceci crée un climat de confiance, favorise l'échange équilibré et nécessaire pour un choix thérapeutique optimal. Les patients ont besoin d'informations exactes, claires et aisément compréhensibles.

Il existe une relation entre la formation, les connaissances des médecins et leur capacité à évaluer et à traiter les maladies mentales d'un côté, et avec les habilités de communication, la sensibilité envers les problèmes psychiatriques et la capacité d'empathie ou du « savoir écouter » d'un autre côté.

3. Amélioration de la collaboration entre MG et psychiatre par :

La mise en place d'un réseau qui vise à améliorer la coordination entre les différents professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale et veille à ce que les usagers trouvent plus rapidement le(s) meilleur(s) interlocuteur(s) en fonction de la nature de leur difficulté.

La mise en place d'un dispositif de soins partagés afin de favoriser la coopération entre les différents professionnels : médecins généralistes, des psychologues et des psychiatres.

4. Education et information des autres acteurs potentiels et du grand public

Il semble qu'opter pour une stratégie d'éducation, d'information et de formation qui n'implique que le médecin généraliste soit considéré comme réductionniste par certains auteurs. [154]

D'autres acteurs doivent aussi être touchés par ses campagnes de formation et d'information notamment le personnel paramédical mais aussi le grand public.

5. Prévention en population générale

Afin de limiter les demandes pressantes des patients à leur prescrire les psychotropes, il faut sensibiliser et informer la population générale sur les risques liés à l'usage inapproprié de médicaments psychotropes par des campagnes nationales d'information et/ou des actions au milieu universitaire

Une information renforcée dans les établissements de santé et les pharmacies tels que les affiches

Informer les patients dès la première prescription sur les risques de pharmacodépendance et les modalités d'arrêt du traitement.

La célébration de la journée mondiale de la santé mentale et les activités d'éducation sanitaire dans le cadre du programme de la santé scolaire et universitaire sont des opportunités à saisir pour que cette recommandation fonctionne.

6. Prise en charge des patients dépendants aux médicaments psychotropes

Favoriser le travail en réseau des différents professionnels, consultations ou structures de soins spécialisés, et l'orientation du patient selon un parcours de soins coordonné et adapté à ses besoins et à la sévérité de la dépendance, en particulier lorsqu'il est alcoolodépendant ou usager de drogues sous traitement de substitution.

Développer une politique de santé publique appropriée aux médicaments psychotropes fondée sur des recherches pluridisciplinaires et des évaluations, en priorité sur la prévalence de la dépendance aux médicaments psychotropes, en particulier en population générale.

7. Interventions synergiques

Une intervention multiaxiale, ciblant le protagoniste de la stratégie de promotion de santé mentale qui est le médecin généraliste, mais aussi tout le personnel soignant ainsi que le grand public auront sans doute un impact meilleur qu'une stratégie uni-axiale.

Cet effet synergique est corroboré par **Gilbody et al** [154] dans leur méta-analyse de 36 interventions et stratégies de promotion de la prise en charge de la dépression, qui concluent par ailleurs à la meilleure rentabilité de ce type d'interventions en termes de coût. L'un des meilleurs exemples est le projet « Alliance de Nuremberg contre la dépression », mené en Allemagne depuis janvier 2001 dans la ville de Nuremberg. L'intervention s'est faite sur trois axes distincts :

- Formation des médecins généralistes
- Coopération avec des acteurs n'appartenant pas au système de santé (instituteur et médias locaux...)
- Education et information de la population générale.

Notre pays devrait s'inspirer de ce genre d'expériences qui bénéficient maintenant d'un bon recul et dont l'audit a démontré l'efficacité que ce soit en termes de résultats ou en termes de coût.

8. Recommandations de l'OMS

« Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » publié en 2001 par l'OMS, ceci fournit des preuves scientifiques de l'énorme charge des troubles associés aux pathologies psychiques.[155]

Ce rapport met également en lumière les besoins et les raisons de mettre en place des systèmes et des services de santé mentale intégrés dans la communauté.

Les 10 recommandations du rapport définissent les composantes clés pour le développement des systèmes de santé mentale :

- Traiter les troubles au niveau des soins primaires.
- Assurer la disponibilité des psychotropes.
- Soigner au sein de la communauté.
- Eduquer le grand public.
- Associer la cité, les familles et les usagers.
- Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national.
- Développer les ressources humaines.
- Etablir des liens avec d'autres secteurs.
- Surveiller la santé mentale des populations.



RESUMES



Résumé :

Bénéficiant d'une meilleure démographie, plus proche du patient et surtout moins stigmatisé que le psychiatre, le médecin généraliste apparaît comme un protagoniste potentiel d'une stratégie nationale de prise en charge de quelques maladies mentales. Ceci est d'autant plus vrai que l'offre de soins psychiatriques au Maroc est loin d'être suffisante pour faire face à une telle demande de soins.

L'objectif principal de notre travail est de comprendre et analyser les circonstances de prescription des psychotropes par les médecins généralistes et d'identifier les facteurs influençant cette prescription. Le choix se porte sur une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès des médecins généralistes de la province de Ouarzazate. Elle est basée sur un auto-questionnaire anonyme distribué à 65 médecins, le taux de réponse est de 83.07%.

61.1% de nos médecins sont de sexe masculin, ainsi que 38.9 % des médecins enquêtés sont âgés de 30 à 39 ans. Le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation est de 83.3 %, alors que seuls 50% ont bénéficié d'une formation post-universitaire en psychiatrie. Tous nos médecins sont conscients de l'ampleur du problème de la santé mentale à l'échelle nationale. La moitié des médecins de notre enquête se sentent non confiant quant à leur aptitude à prendre en charge les troubles mentaux. Ce travail montre la réticence des médecins à prescrire les psychotropes, puisque seulement 44.4% qui prescrivent souvent les psychotropes chaque fois que l'indication se pose. Cette sous prescription est due à plusieurs obstacles liés aux méconnaissances des médecins généralistes en terme des psychotropes (classes pharmacologiques, les indications, les modalités de prescription, les modalités de suivi et d'arrêt et les difficultés liées au sevrage), à La crainte de l'erreur lors de la nécessité d'actualisation et aux exigences des patients, puisque 77.8% des médecins subissent cette pression.

L'analyse statistique a objectivé qu'un âge inférieur à 39 ans, le sexe masculin, l'ancienneté du médecin, le passage par un stage de psychiatrie, une formation post-universitaire en psychiatrie, l'état des connaissances des médecins sur les médicaments psychotropes, la capacité du médecin à prendre en charge les troubles mineurs, ainsi que la pression des patients sont corrélés de façon significative à la prescription des psychotropes.

Notre analyse a montré l'impact de la formation continue sur l'attitude des médecins et l'utilité de la collaboration entre les praticiens, ce qui incite à fournir des efforts sur le plan de formation continue et celui de l'enseignement universitaire, dans l'optique de former des praticiens en mesure de faire face aux exigences de leur pratique quotidienne et de satisfaire les attentes de la population.

Il paraît donc judicieux d'agir sur ces déterminants en intervenant d'abord au niveau du cursus universitaire des futurs médecins généralistes par le biais d'une réforme de l'enseignement de la psychiatrie, et au niveau post-universitaire en mettant en place une stratégie de formation continue spécifique à leur intention de afin de les préparer à prendre en charge les troubles mentaux.

Abstract:

With demographics that are more favorable, closer proximity to patients, and reduced stigmatization compared to psychiatrists, general practitioners (GPs) have the potential to play a crucial role in a national strategy for managing certain mental illnesses. This is particularly important considering the inadequate supply of psychiatric care in Morocco, which fails to meet the growing demand for such services.

Our primary objective is to comprehend and analyze the circumstances surrounding the prescription of psychotropic drugs by GPs, as well as identify the factors influencing their prescribing practices. To achieve this, we conducted a descriptive and analytical cross-sectional study involving GPs in the province of Ouarzazate. The study employed an anonymous self-questionnaire that was distributed to 65 doctors, resulting in a response rate of 83.07%.

Among the surveyed doctors, 61.1% were male, and 38.9% fell within the age range of 30 to 39. A significant proportion (83.3%) of the doctors had received psychiatric training during their education, but only 50% had undergone post-graduate training in psychiatry. All doctors in our study were aware of the magnitude of the national mental health problem. However, half of the doctors expressed a lack of confidence in their ability to manage mental disorders effectively.

Our research revealed the hesitance of doctors to prescribe psychotropic drugs, as only 44.4% reported frequently prescribing them when the need arose. The reasons for this under-prescribing practice include several obstacles faced by GPs, such as insufficient knowledge about handling psychotropic drugs (including pharmacological classes, indications, prescribing procedures, follow-up, discontinuation, and withdrawal challenges), fear of making errors in prescription updates, and patient demands, with 77.8% of doctors acknowledging being subject to such pressure.

Statistical analysis demonstrated significant correlations between the prescription of psychotropic drugs and various factors, including age under 39, male gender, physician

seniority, completion of a psychiatric internship, post-graduate training in psychiatry, physician knowledge of psychotropic drugs, physician ability to manage minor disorders, and patient pressure.

Consequently, it is prudent to address these determinants through interventions in the university curriculum for future general practitioners. This could involve reforming the teaching of psychiatry and providing specialized continuing training at the post-graduate level. These measures aim to equip GPs with the necessary skills and knowledge to effectively manage mental disorders.

ملخص

يعتبر الطبيب العام مركز نجاح استراتيجيه وطنيه لاداره بعض الأمراض العقلية نظرا لأنه يستفيد من تقسيم ديموغرافي أفضل يتميز بكونه اقرب إلى المريض و اقل تهميشا من الطبيب النفسي كما ان قله عدد الاختصاصيين في الطب النفسي لا يسع إلى تلبية احتياجات الرعاية النفسية مما يؤكد على الدور المحوري للطبيب العام.

تهدف دراستنا إلى فهم و تحليل ظروف وصف الادويه النفسية من طرف الأطباء العامين وتحديد العوامل التي تؤثر على هذه الوصفة.تحقيقا لهذه الغاية، أجرينا دراسة وصفية وتحليلية شاملة للممارسين العامين في مدينة ورزازات ويستند إلى استبيان تقييم ذاتي مجهول تم توزيعه على 65 طبيبا، ومعدل الاستجابة هو 83.07%.

تبلغ النسبة من أطبائنا من الذكور 61.1% و38.9% من الأطباء الذين شملهم الاستطلاع تتراوح أعمارهم بين 30 و39 عاما وتبلغ النسبة المئوية للأطباء الذين تلقوا تدريبا في الطب النفسي أثناء تدريبهم 83.3 في المائة، في حين أن 50 في المائة فقط تلقوا تكوينا بعد التخرج في الطب النفسي عبر نصف الأطباء في استطلاعنا عن عدم قدرتهم على إدارة الاضطرابات العقلية.

يدرك جميع أطبائنا حجم مشكلة الصحة العقلية على المستوى الوطني. يشعر نصف الأطباء في استطلاعنا بعدم الأمان بشأن قدرتهم على إدارة الاضطرابات العقلية. يُظهر هذا العمل إجماع الأطباء عن وصف المؤثرات العقلية، حيث أن 44.4% فقط غالبا ما يصفون المؤثرات العقلية كلما ظهرت هذه المؤثرات. ويرجع ذلك تحت الوصفة الطبية إلى عدة عقبات تتعلق بجهل الممارسين العامين، ومعالجة المؤثرات العقلية) الطبقات الدوائية، والإشارات، وإجراءات الوصفات الطبية، وإجراءات المتابعة والإنهاء والصعوبات المتعلقة بالانسحاب)، والخوف من الخطأ عند الحاجة إلى التحديث ومتطلبات المرضى، حيث أن 77.8% من الأطباء يخضعون لذلك

أظهر التحليل الإحصائي أن سن أقل من 39 عاماً، والجنس الذكوري، وأقدمية الطبيب، والمرور من خلال تدريب نفسي، وتدريب الدراسات العليا في الطب النفسي، وحالة معرفة الأطباء بالعقاقير العقلية، وقدرة الطبيب على إدارة الاضطرابات البسيطة، وكذلك ضغط المريض، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوصفات العقلية.

وقد أظهر تحليلنا تأثير التدريب المستمر على موقف الأطباء وفائدة التعاون بين الممارسين، مما يشجع الجهود المبذولة في مجالي التعليم المستمر والتعليم الجامعي، من أجل تدريب الممارسين القادرين على تلبية متطلبات ممارستهم اليومية وتلبية توقعات السكان.

لذلك يبدو من المناسب العمل على هذه المحددات من خلال التدخل أولاً على مستوى المناهج الجامعية للأطباء العامين في المستقبل من خلال إصلاح تدريس الطب النفسي، وعلى مستوى الدراسات العليا من خلال تنفيذ استراتيجية محددة للتعليم المستمر لهم لإعدادهم لإدارة الاضطرابات العقلية



ANNEXES



Annexes

PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES EN MEDECINE GENERALE AU NIVEAU DE
LAPROVINCE DE OUARZAZATE

* Indique une question obligatoire

Section socio démographique

1. **Sexe ***

Une seule réponse possible.

Masculin

Féminin

2. **Age ***

Une seule réponse possible.

20 < 30 ans

30-39 ans

40- 49 ans

50- 61ans

3. **Lieu d'exercice ***

Une seule réponse possible.

Ouarzazate

Skoura

Taznakht

4. **Lieu de formation universitaire ***

Une seule réponse possible.

FMPM

FMPC

FMPR

FMPF

FMPO

Autre :

Section connaissances et expériences

5. **Durée d'exercice ***

Une seule réponse possible.

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

6. **D'après vous, la maladie mentale au Maroc est-elle un problème de santé publique**

*

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. **Selon vous, l'implication des médecins exerçant au niveau des**

***établissements de soins de santé de base permet une amélioration de la prise en charge**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

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

*

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. **Estimez-vous que la formation de base que vous avez reçue en**

*

psychiatrie vous permet de prendre en charge les troubles mentaux

Une seule réponse possible.

- Très bien
 Bien
 Moyen

10. **Avez-vous bénéficié en dehors de votre formation universitaire d'une** *
- formation supplémentaire en psychiatrie (séminaire, DIU)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11. **Ces séances ont-elles amélioré vos connaissances en santé mentale** *
- Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

12. **Si oui, quels sont vos besoins en formation en santé mentale** *
- Plusieurs réponses possibles.*

- Diagnostiquer
- Prescrire des psychotropes Informer,
- éduquer et communiquer
- Autre : _____

13. **Combien de patients consultent pour un trouble mental par semaine ?** *
- (d'une manière approximative)
- Une seule réponse possible.*

- 0 - 20 % des consultations
- 20 % - 40 % des consultations
- 40 % -60 % des consultations

14. **Quel est le motif de consultation le plus fréquent** *
- Une seule réponse possible.*

- Trouble de sommeil
- Anxiété générale
- Trouble dépressif
- Trouble psychotique
- Abus et dépendance de consommation de substances psychoactive
- Autre : _____

15. **Quelle est votre conduite à tenir devant un patient chez qui vous avez diagnostiqué une maladie psychiatrique :** *

Une seule réponse possible.

- vous le prenez en charge vous
- le référer au psychiatre

16. **Si vous le prenez en charge, quelles sont pathologies observées**

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Schizophrénie
- Troubles bipolaires
- Abus et dépendance
- Autre : _____

17. **Dans votre pratique, prescrivez vous des psychotropes** *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

18. **Lorsque vous prescrivez des psychotropes, avez vous tendance à privilégier** *

Une seule réponse possible.

- La monothérapie
- La Co prescription

19. Quelles associations de médicaments recommandez vous

Une seule réponse possible.

- Antidépresseur et anxiolytique
- Antidépresseur et neuroleptique
- Anxiolytique et neuroleptique
- Autre : _____

20. Quelles sont les raisons qui vous empêchent de prescrire les psychotropes

*

Cochez la ou les réponses correspondantes

Plusieurs réponses possibles.

- Problème de diagnostic
- Problème de choix de psychotrope
- Nécessité d'actualisation des connaissances pharmacologiques
- Difficultés liés à la posologie et à la durée de traitement Problèmes
- liés au sevrage des anciens patients
- Problèmes de suivi
- Autre : _____

21. Quel est votre besoin concernant la prescription des psychotropes *

Plusieurs réponses possibles.

- La connaissance de toutes les classes thérapeutiques Les
- modalités de prescription
- Les indications et les contres indications
- Modalités d'arrêt
- Modalités de suivi
- Autre : _____

22. **Quelles sont les pathologies pour lesquelles vous prescrivez des psychotropes** *

Plusieurs réponses possibles.

- Trouble du sommeil
- Les troubles anxieux
- Les troubles dépressifs
- Les troubles psychotiques
- Pathologies organiques
- Pour renouvellement

23. **D'après votre expérience est-il important de prescrire les psychotropes lors d'une maladie somatique** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

24. **Si oui, dans quel cas vous les prescrivez**

Plusieurs réponses possibles.

- Maladies Cardiovasculaires
- Pathologie tumorale
- Neuropathies
- Pathologies ostéo-articulaires
- Pathologies abdominales chroniques
- Autre : _____

25. A propos des antidépresseurs quelle classe médicamenteuse prescrivez vous le plus *

Une seule réponse possible.

- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la noradrélanineLes
- Imipraminiques
- Les antidépresseurs classique
- Autre : _____

26. A propos Des anxiolytiques qu'elle classe médicamenteuse vous prescrivez le plus *

Une seule réponse possible.

- les benzodiazépines
- les non benzodiazépines
- Autre : _____

27. Quels sont les facteurs influençant votre choix du médicament *

Plusieurs réponses possibles.

- Age et sexe du patient
- Facteurs socioéconomiques (le coût)
- Les effets indésirables
- Les labos pharmaceutiques
- Autre : _____

28. avez vous tendance à prescrire les psychotropes *

Une seule réponse possible.

- Chez les femmes plus que les hommes
- Chez les hommes plus que les femmes
- Autant chez les hommes que chez les femmes

29. En matière de prescription des psychotropes, vérifiez-vous la qualité d'observance du traitement *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30. La charge du travail influence -t- elle la durée de consultation *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

31. Jugez-vous que le temps de consultation est plus long quand vous prescrivez un psychotrope *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

32. Lorsque vous référez au psychiatre, recevez vous une contre référence *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

33. Comment renseignez vous sur la prescription des psychotropes *

Plusieurs réponses possibles.

- Ministère de la santé
- Délégués médicaux
- Revues médicales
- Confrères
- Les applications Médicales

34. Par quelle fréquence recevez vous des délégués médicaux promotionnant les psychotropes *

Une seule réponse possible.

- Plusieurs fois /semaine
- Une fois / semaine Moins
- de 3 fois /mois Une fois
- mois Rarement
- Autre : _____

35. Jugez – vous l’information reçue par les délégués intéressante *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

36. Subissez – vous la pression des patients à leur prescrire des psychotropes *

Une seule réponse possible.

Jamais

Rarement

Souvent

37. Si oui, dans quelles situations les patients exigent la prescription :

Plusieurs réponses possibles.

Etat de stress

Problème social

Problème de pharmacodépendance

Renouvellement de l’ordonnance

38. Dans ce cas, la population interfère–elle dans le choix des médicaments *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

39. Quelles sont les classes thérapeutiques les plus demandées par ces patients *

Plusieurs réponses possibles.

- Les antidépresseurs
- Les hypnotiques
- Les benzodiazépines
- Les neuroleptiques
- Autre : _____

40. Pour ces patients, quelle est votre conduite à tenir *

Une seule réponse possible.

- Vous prescrivez
- Vous menez un dialogue avec le patient
- Vous optez pour une information, éducation et communication Vous
- référez pour prise en charge psycho-sociale

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

CAT devant un trouble anxieux généralisé aux établissements de soins primaires

1 Effectuer une évaluation initiale en recueillant l'historique médical, en identifiant les symptômes spécifiques et en évaluant leur gravité :

Critères de DSM V et CIM 10

- Anxiété excessive durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités
- Difficulté à contrôler cette préoccupation.
- L'anxiété et les soucis sont associés à trois ou plus des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois).
 - Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - Fatigabilité
 - Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - Irritabilité

2 Eliminer une cause organique :

- Examen clinique approfondi
- NFS, Glycémie à jeun, urée, créatinine
- ASAT, ALAT, Cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides
- TSH, T4, T3 ; ECG
- Imagerie cérébrale
- Autres (selon l'examen clinique)

3 Eliminer une urgence psychiatrique :

Chercher la notion des idées suicidaires, des symptômes psychotiques, une agitation sévère, etc.



Intervention immédiate référence à un service d'urgence psychiatrique

4 Evaluation approfondie du trouble anxieux :

Evaluer la sévérité des symptômes et le fonctionnement global du patient en utilisant des échelles d'évaluation spécifiques par exemple :

L'échelle d'anxiété de Hamilton

5 Elaborer un plan de travail individualisé :

Psychothérapie

Thérapie cognitivo- comportementale

+++++

Ou

Et /
ou

Pharmacothérapie

Ou

Association

Antidépresseurs : De 1an à 2ans

- **1^{ère} intention** : **ISRS** (Escitalopram, Sertraline, Fluoxétine...)
- **2^{ème} intention** : **IRSN** (Duloxétine, Venlafaxine...)
ATC (Clomipramine...)

✚ **Si enfant : privilégier la sertraline**

Benzodiazépines : peuvent être associées à court terme et avec prudence ; à ne pas dépasser 8 à 12 semaines ; *(généralement 4 semaines en attendant que l'antidépresseur agisse).*

6 Suivi :



Rythme : tous les 15 jours au début puis tous les mois.

I.E.C à chaque consultation

Interrogatoire : observance, automédication, troubles de l'humeur, interactions médicamenteuses, ...

Evaluer l'efficacité : refaire le score de Hamilton

Evaluer la tolérance et la dépendance : effets secondaires

Pas d'arrêt brutal du traitement (risque d'effet rebond !!) et pas d'alcool !!

CAT devant un épisode dépressif aux établissements de soins primaires

1 Poser le diagnostic :

Evaluation des symptômes dépressifs :

- Critères de DSMV et CIM10
- Echelle de Hamilton
- Echelle de dépression de Beck

Critères de DSM V et de CIM 10

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur et presque tous les jours :

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- Perte ou gain de poids significatif
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis.

2 Evaluation initiale :

Evaluer la sévérité :

- Echelle de Hamilton
- Critères DSM V

- Idées et/ou tentatives suicidaires
- Risque d'hétéro-agressivité
- Problèmes psycho-sociaux



Hospitalisation

3 Eliminer une cause organique :

Interrogatoire : Comorbidités, âge, troubles de l'humeur, pathologies psychiatriques, prise médicamenteuse, prise des toxiques, contexte social, grossesse, allaitement, ATCDs familiaux

Examen clinique complet

Paraclinique :

- NFS, Glycémie à jeun, urée, créatinine
- ASAT, ALAT
- TSH, T4, T3
- ECG
- Imagerie cérébrale

Traitement :

EDC léger

- Surveillance tous les 2 semaines au début.
- Discuter l'antidépresseur : Privilégier un ISRS (à débiter à dose minimale efficace).
- Proposer une psychothérapie si persistance (thérapies cognitivo-comportementale « TCC » ou interpersonnelle « TIP »)

EDC modéré + EDC sévère

Psychoéducation : fournir des informations au patient et à sa famille sur la dépression et les options de traitement disponibles.

Psychothérapie : Thérapie cognitivo-comportementale / Thérapie interpersonnelle (en phases aiguë et de maintenance).

Pharmacothérapie : En fonction des besoins individuels

- 1^{ère} intention : ISRS et IRNS
- 2^{ème} intention : Tricycliques

+ **Benzodiazépines et apparentés** : courte durée avec précautions.

Thérapies complémentaires : MBCT, l'exercice physique régulier, la thérapie de groupe ou les interventions basées sur les arts

5

Réévaluation périodique :

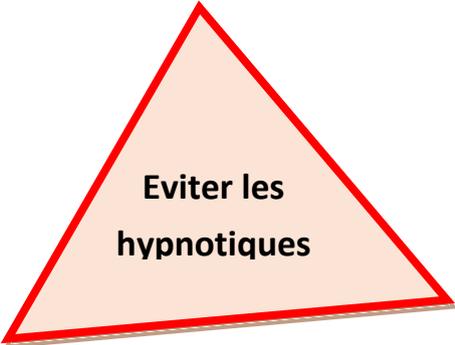
- Evaluer la réponse au traitement : Echelle de Hamilton
- Réajuster le traitement : Si la réponse au traitement initial est insuffisante → Envisager des ajustements thérapeutiques
- Prévention des rechutes : Après la rémission des signes → Envisager un suivi à long terme, un maintien du traitement ou des interventions préventives afin de réduire les rechutes.

CAT devant l'insomnie aux établissements de soins primaires

1

Evaluation initiale :

- Écouter attentivement les plaintes du patient
- Relever les symptômes, la fréquence et la durée de l'insomnie.
- Identifier les facteurs déclenchants potentiels (stress, médicaments, conditions médicales...).
- Évaluer l'impact de l'insomnie sur la vie quotidienne du patient.



Eviter les hypnotiques

2

Différenciation entre l'insomnie aiguë et chronique :

- Insomnie aiguë : <3 mois, souvent liée à un événement stressant.
- Insomnie chronique : > ou =3mos, généralement associée à des problèmes de sommeil persistants.

3

Recommandations générales :

➤ Hygiène de sommeil :

- Maintenir une routine de coucher régulière.
- Éviter les stimulants avant le coucher (caféine, nicotine).
- Créer un environnement propice au sommeil (chambre sombre, calme et confortable).
- Limiter l'exposition aux écrans avant de dormir.
- Promouvoir des techniques de relaxation (Respiration profonde, méditation, yoga, musique apaisante...)
- Encourager l'activité physique régulière (exercice modéré en début de soirée).

➤ Thérapie cognitive-comportementale (TCC)

Insomnie aiguë

Identifier et traiter les facteurs déclenchants :

- Gérer le stress par des techniques de relaxation ou de résolution de problèmes.
- Adapter les médicaments qui pourraient perturber le sommeil.

Si les mesures générales ne suffisent pas :

- Évaluer les symptômes plus en profondeur.
- Rechercher des comorbidités médicales ou psychiatriques.
- Considérer une évaluation spécialisée par un spécialiste.

Insomnie chronique

Données à rechercher :

- Age, contexte social
- Antécédents médicaux et psychiatriques
- Prise médicamenteuse
- Prise de toxiques



5

Médicaments : (Si persistance en association aux approches non médicamenteuses)

Mélatonine : En particulier en cas de décalage horaire ou de trouble du sommeil lié au travail de nuit.

Apparentés des benzodiazépines : Tels que le zolpidem, le zaleplon et l'estazolam, utilisés pour traiter l'insomnie à court terme

Certains antidépresseurs « la trazodone, la mirtazapine et l'amitriptyline », généralement prescrits à des doses plus faibles.

Certaines benzodiazépines à ½ vie courte ou moyenne « le diazépam, le lorazépam, le flurazépam et le temazépam » réservées aux cas plus graves et à court terme en raison de leur potentiel de dépendance et d'effets secondaires.

6

Informier – Eduquer – Communiquer « écrit +++ »



-Informations sur le traitement : Posologie, durée de traitement, horaire, interactions médicamenteuses...

-Informations sur l'arrêt du traitement : Risques de dépendance, de sevrage et d'effet rebond

-Informations sur les effets indésirables : sédation, chutes, troubles mnésiques.



BIBLIOGRAPHIE



1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl* 2017;390:1211–59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
2. Yao YP, Yeo–Tenena YJ–M, Kamagaté M, Allo BZH, Delafosse RCJ.

Prescription des psychotropes : difficultés et perspectives en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest). *Inf Psychiatr* 2009;85:709-14. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8508.0709>.

3. **Dhuny S, Foley T, Jennings A.**
General practitioners' knowledge of and attitudes towards prescribing psychoactive drugs in dementia care: a cross-sectional questionnaire study. *Ir J Med Sci* 2021;190:667-75. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02356-7>.
4. **Tabril T, Hammani Z, Chekira A, Qassimi F, Bout A, Aarab C, et al.**
La prescription des psychotropes en médecine générale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2021;179:514-8. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.010>.
5. **Belkacem A, El Omari F, Khadri JE, Paes M, Ktiouet JE.**
Profil de prescription des psychotropes dans un organisme de Sécurité sociale marocain. *L'Encéphale* 2006;32:335-40. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76161-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76161-9).
6. **Le Moigne P.**
Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale - Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES). January 2009 n.d.
7. **Braslow JT, Marder SR.**
History of Psychopharmacology. *Annu Rev Clin Psychol* 2019;15:25-50. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>.
8. **Quiles C.**
Santé et éducation thérapeutique en psychiatrie : une place à renforcer ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2022;180:671-3. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.020>.
9. Naissance de la psychiatrie biologique : histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle - NLM Catalog - NCBI n.d. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101304178> (accessed March 17, 2023).
10. **Judith P. Swazey, Chlorpromazine in Psychiatry.**
A study of Therapeutic. *Rev Hist Sci* 1977;30:189-90.
11. **Kramer M.**
Psychiatric Services and the Changing Institutional Scene, 1950-1985. Superintendent of Documents, U; 1977.
12. Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie : les nouveaux médicaments psychotropes | Semantic Scholar n.d. <https://www.semanticscholar.org/paper/M%C3%A9thodes-chimioth%C3%A9rapiques-en-psychiatrie-%3A-les-Delay-Deniker/29c6d32b601a9242ea0f890e7718c688353f2d07> (accessed June 19, 2023).
13. *Anxiolytiques : Les points essentiels n.d. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anxiolytiques-les-points-essentiels> (accessed March 29, 2023).
14. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project - Huerta - 2016 - Pharmacoeconomics and Drug Safety - Wiley Online Library n.d. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.3825> (accessed March 29, 2023).
15. **Soyka M.**

Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med* 2017;376:1147-57.

<https://doi.org/10.1056/NEJMra1611832>.

16. **[Murrough JW, Yaqubi S, Sayed S, Charney DS.**
Emerging drugs for the treatment of anxiety. *Expert Opin Emerg Drugs* 2015;20:393-406.
<https://doi.org/10.1517/14728214.2015.1049996>.
17. **Howland RH. Buspirone: Back to the Future.**
J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2015;53:21-4. <https://doi.org/10.3928/02793695-20151022-01>.
18. **Wilson TK, Tripp J.**
Buspirone. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
19. **Loane C, Politis M.**
Buspirone: what is it all about? *Brain Res* 2012;1461:111-8.
<https://doi.org/10.1016/j.brainres.2012.04.032>.
20. **Hydroxyzine. LiverTox Clin. Res. Inf. Drug-Induc. Liver Inj.,**
Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012.
21. **Nuss P, Ferreri F, Bourin M.**
An update on the anxiolytic and neuroprotective properties of etifoxine: from brain GABA modulation to a whole-body mode of action. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:1781-95.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S200568>.
22. **Kessler RC.**
The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35:1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>.
23. **Mathers CD, Loncar D.**
Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
24. **Castro-Rodríguez JI, Olariu E, Garnier-Lacueva C, Martín-López LM, Pérez-Solà V, Alonso J, et al.**
Diagnostic accuracy and adequacy of treatment of depressive and anxiety disorders: A comparison of primary care and specialized care patients. *J Affect Disord* 2015;172:462-71.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.020>.
25. **Duhoux A, Fournier L, Gauvin L, Roberge P.**
What is the association between quality of treatment for depression and patient outcomes? A cohort study of adults consulting in primary care. *J Affect Disord* 2013;151:265-74.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.097>.
26. **Bull SA, Hunkeler EM, Lee JY, Rowland CR, Williamson TE, Schwab JR, et al.**
Discontinuing or switching selective serotonin-reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother* 2002;36:578-84. <https://doi.org/10.1345/aph.1A254>.
27. **Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E, Fava GA. The Safety,**

- Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom* 2016;85:270–88. <https://doi.org/10.1159/000447034>.
28. *Antidépresseurs : Les points essentiels n.d. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidépresseurs-les-points-essentiels> (accessed March 29, 2023).
29. **Wyska E.**
Pharmacokinetic considerations for current state-of-the-art antidepressants. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2019;15:831–47. <https://doi.org/10.1080/17425255.2019.1669560>.
30. **David DJ, Gourion D.**
[Antidepressant and tolerance: Determinants and management of major side effects]. *L'Encephale* 2016;42:553–61. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.05.006>.
31. **Wilson M, Tripp J. Clomipramine.**
StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
32. **Andrade C.**
Relative Efficacy and Acceptability of Antidepressant Drugs in Adults With Major Depressive Disorder: Commentary on a Network Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry* n.d.;79:18f12254. <https://doi.org/10.4088/JCP.18f12254>.
33. **Górska N, Słupski J, Cudała WJ, Wiglusz MS, Gałuszko-Węgielnik M.**
Antidepressants in epilepsy. *Neurol Neurochir Pol* 2018;52:657–61. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2018.07.005>.
34. **Sheffler ZM, Patel P, Abdijadid S.**
Antidepressants. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
35. Antidépresseurs non tricycliques (non imipraminiques) n.d. <https://www.sfm.uqam.ca/toxin/PROTOCOL/ANTID/ANTIDO.HTM> (accessed June 24, 2023).
36. **Cusotto S, Clarke G, Dinan TG, Cryan JF.**
Psychotropics and the Microbiome: a Chamber of Secrets.... *Psychopharmacology (Berl)* 2019;236:1411–32. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-5185-8>.
37. Neuroleptiques – Médicaments – Cours IFSI – Fiches IDE n.d. <https://www.fiches-ide.fr/medicaments/neuroleptiques/> (accessed April 5, 2023).
38. **Kaser S, Winhofer-Stöckl Y, Kazemi-Shirazi L, Hofer SE, Brath H, Sourij H, et al.**
[Other specific types of diabetes and exocrine pancreatic insufficiency (Update 2019)]. *Wien Klin Wochenschr* 2019;131:16–26. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-1454-0>.
39. **Schultz JL, Kamholz JA, Nopoulos PC, Killoran A.**
Comparing Risperidone and Olanzapine to Tetrabenazine for the Management of Chorea in Huntington Disease: An Analysis from the Enroll-HD Database. *Mov Disord Clin Pract* 2019;6:132–8. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12706>.
40. **Javaheri KR, McLennan JD.**
Adherence to Antipsychotic Adverse Effect Monitoring Among a Referred Sample of Children with Intellectual Disabilities. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019;29:235–40. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0167>.

41. **[Cusimano J, VandenBerg A.**
Long-acting injectable antipsychotics and their use in court-ordered treatment: A cross-sectional survey of psychiatric pharmacists' perceptions. *Ment Health Clin* 2020;10:18-24. <https://doi.org/10.9740/mhc.2020.01.018>.
42. **Das B, Rawat VS, Ramasubbu SK, Kumar B.**
Frequency, characteristics and nature of risk factors associated with use of QT interval prolonging medications and related drug-drug interactions in a cohort of psychiatry patients. *Therapie* 2019;74:599-609. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2019.03.008>.
43. **Pandey S, Dash D.**
Progress in Pharmacological and Surgical Management of Tourette Syndrome and Other Chronic Tic Disorders. *The Neurologist* 2019;24:93-108. <https://doi.org/10.1097/NRL.0000000000000218>.
44. **Jackson A, Seneviratne U.**
EEG changes in patients on antipsychotic therapy: A systematic review. *Epilepsy Behav* 2019;95:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.02.005>.
45. **Ameer MA, Saadabadi A.**
Neuroleptic Medications. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
46. **Shad MU, Felzien E, Roy K, Sethi S.**
How to identify and manage non-response to clozapine? *Asian J Psychiatry* 2019;45:50-2. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.08.016>.
47. **Kotlinska-Lemieszek A, Klepstad P, Haugen DF.**
Clinically Significant Drug-Drug Interactions Involving Medications Used for Symptom Control in Patients With Advanced Malignant Disease: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2019;57:989-998.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.006>.
48. **Koren G, Nachmani A.**
Drugs that Can Kill a Toddler with One Tablet or Teaspoonful: A 2018 Updated List. *Clin Drug Investig* 2019;39:217-20. <https://doi.org/10.1007/s40261-018-0726-1>.
49. **Sienaert P, van Harten P, Rhebergen D.**
The psychopharmacology of catatonia, neuroleptic malignant syndrome, akathisia, tardive dyskinesia, and dystonia. *Handb Clin Neurol* 2019;165:415-28. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00025-3>.
50. **Ware MR, Feller DB, Hall KL.**
Neuroleptic Malignant Syndrome: Diagnosis and Management. *Prim Care Companion CNS Disord* 2018;20:17r02185. <https://doi.org/10.4088/PCC.17r02185>.
51. **Amiel JM, Mangurian CV, Ganguli R, Newcomer JW.**
Addressing Cardiometabolic Risk During Treatment With Antipsychotic Medications. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:613-8. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328314b74b>.
52. **Zhuo C, Xu Y, Hou W, Chen J, Li Q, Liu Z, et al.**
Mechanistic/mammalian target of rapamycin and side effects of antipsychotics: insights into mechanisms and implications for therapy. *Transl Psychiatry* 2022;12:13. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01778-w>.

53. **Meltzer HY.**
Update on typical and atypical antipsychotic drugs. *Annu Rev Med* 2013;64:393–406.
<https://doi.org/10.1146/annurev-med-050911-161504>.
54. **Divac N, Prostran M, Jakovceviski I, Cerovac N.**
Second-generation antipsychotics and extrapyramidal adverse effects. *BioMed Res Int* 2014;2014:656370. <https://doi.org/10.1155/2014/656370>.
55. **Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J.**
Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167–81. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00377-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00377-9).
56. **Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R.**
Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003;17:491–511.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200317070-00003>.
57. **Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al.**
Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:543–52.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>.
58. **Bauer MS, Mitchner L.**
What is a “mood stabilizer”? An evidence-based response. *Am J Psychiatry* 2004;161:3–18.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.3>.
59. **Coryell W.**
Maintenance treatment in bipolar disorder: a reassessment of lithium as the first choice. *Bipolar Disord* 2009;11 Suppl 2:77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00712.x>.
60. **Lévy-Chavagnat D.**
Thymorégulateurs, une famille en mouvement. *Actual Pharm* 2010;49:16–21.
[https://doi.org/10.1016/S0515-3700\(10\)70614-5](https://doi.org/10.1016/S0515-3700(10)70614-5).
61. **Kato T.**
Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry Clin Neurosci* 2019;73:526–40.
<https://doi.org/10.1111/pcn.12852>.
62. **Lauth B.**
Les thymorégulateurs en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Inf Psychiatr* 2018;94:500–5. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1831>.
63. **Atkin T, Comai S, Gobbi G.**
Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery. *Pharmacol Rev* 2018;70:197–245. <https://doi.org/10.1124/pr.117.014381>.
64. **Parsaik AK, Mascarenhas SS, Khosh-Chashm D, Hashmi A, John V, Okusaga O, et al.**
Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs—A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2016;50:520–33. <https://doi.org/10.1177/0004867415616695>.

65. **Lader M.**
Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol* 2014;77:295–301.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x>.
66. **British National Formulary.**
(BNF 63). London: Pharmaceutical Press, 2012. n.d.
67. **Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD.**
Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J* 2013;13:214–23.
68. **Mura T, Proust-Lima C, Akbaraly T, Amieva H, Tzourio C, Chevassus H, et al.**
Chronic use of benzodiazepines and latent cognitive decline in the elderly: results from the Three-city study. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2013;23:212–23. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.05.004>.
69. **Smink BE, Egberts ACG, Lusthof KJ, Uges DRA, de Gier JJ.**
The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs* 2010;24:639–53. <https://doi.org/10.2165/11533170-000000000-00000>.
70. **Pariante A, de Gage SB, Moore N, Bégaud B.**
The Benzodiazepine–Dementia Disorders Link: Current State of Knowledge. *CNS Drugs* 2016;30:1–7. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0305-4>.
71. **Ohayon MM, Roth T.**
Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003;37:9–15. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(02\)00052-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(02)00052-3).
72. **Levy HB.**
Non-benzodiazepine hypnotics and older adults: what are we learning about zolpidem? *Expert Rev Clin Pharmacol* 2014;7:5–8. <https://doi.org/10.1586/17512433.2014.864949>.
73. The effects of benzodiazepine (triazolam), cyclopyrrolone (zopiclone) and imidazopyridine (zolpidem) hypnotics on the frequency of hippocampal theta activity and sleep structure in rats – PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10082225/> (accessed June 24, 2023).
74. **Porwal A, Yadav YC, Pathak K, Yadav R.**
An Update on Assessment, Therapeutic Management, and Patents on Insomnia. *BioMed Res Int* 2021;2021:6068952. <https://doi.org/10.1155/2021/6068952>.
75. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? – ScienceDirect n.d. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032702000721> (accessed June 24, 2023).
76. Understanding insomnia through cognitive modelling – ScienceDirect n.d. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945708700029> (accessed June 24, 2023).
77. Efficacy and safety of zolpidem-MR: A double-blind, placebo-controlled study in adults with primary insomnia – ScienceDirect n.d. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945706001146> (accessed June 24, 2023).

78. **Lerchl A, Luboshitzky R.**
Melatonin Administration Alters Semen Quality in Normal Men. *J Androl* 2004;25:185-7.
<https://doi.org/10.1002/j.1939-4640.2004.tb02778.x>.
79. **[Partonen T.**
Short Note: Melatonin-dependent infertility. *Med Hypotheses* 1999;52:269-70.
<https://doi.org/10.1054/mehy.1997.0629>.
80. **Krystal AD, Richelson E, Roth T.**
Review of the histamine system and the clinical effects of H1 antagonists: Basis for a new model for understanding the effects of insomnia medications. *Sleep Med Rev* 2013;17:263-72.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.08.001>.
81. **Herring WJ, Connor KM, Ivgy-May N, Snyder E, Liu K, Snavely DB, et al.**
Suvorexant in Patients With Insomnia: Results From Two 3-Month Randomized Controlled Clinical Trials. *Biol Psychiatry* 2016;79:136-48. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.10.003>.
82. **Michelson D, Snyder E, Paradis E, Chengan-Liu M, Snavely DB, Hutzelmann J, et al.**
Safety and efficacy of suvorexant during 1-year treatment of insomnia with subsequent abrupt treatment discontinuation: a phase 3 randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2014;13:461-71. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70053-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70053-5).
83. **Krystal AD.**
A compendium of placebo-controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: The empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Med Rev* 2009;13:265-74.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.08.001>.
84. **Suppes et al.**
Challenges in the Management of Bipolar Depression. *J Clin Psychiatry* n.d.
85. **Gabapentin**
: pharmacology and its use in pain management – Rose – 2002 – Anaesthesia – Wiley Online Library n.d. <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.0003-2409.2001.02399.x> (accessed June 24, 2023).
86. **Pregabalin: Its Pharmacology and Use in Pain Management : Anesthesia & Analgesia** n.d.
https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2007/12000/Pregabalin_Its_Pharmacology_and_Use_in_Pain.47.aspx (accessed June 24, 2023).
87. **SEMCHAOUI A, MOUSSAOUI D, HAKKOU et al.**
Profil de prescription des psychotropes au Maroc. *Rev Maghr Psychiatr* 1992 ; 2 : 25-8. n.d.
https://www.researchgate.net/publication/240211605_Profil_de_prescription_des_psychotropes_dans_un_organisme_de_Securite_sociale_marocain (accessed May 28, 2023).
88. **AGENCE DU MÉDICAMENT.**
Direction des études et de l'information pharmaco-économique : étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Observatoire National des Prescriptions et consommation des médicaments, juillet 1998. n.d.

89. **OHAYON MM, LADER MH.**
Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 (9) : 817-25. *Eur J Hosp Pharm* 2002;28:88-93.
<https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2019-001927>.
90. Attitudes and behaviour towards psychotropic drug prescribing in Swedish primary care: a questionnaire study – PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30611211/> (accessed March 29, 2023).
91. **Bourjal A.**
Les déterminants de la prescription des benzodiazépines : Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle, 2009.
92. **Sebbani .O.**
Prescription des médicaments génériques par les médecins de santé publique de Marrakech. Mémoire ENSP : Rabat ,2012. yumpu.com n.d.
<https://www.yumpu.com/fr/document/read/16890060/sebbani-omar-prescription-des-medicaments-generiques-par-les-/10> (accessed April 15, 2023).
93. **Dybwad TB, Kjølørød L, Eskerud J, Laerum E.**
Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract* 1997;14:361-8. <https://doi.org/10.1093/fampra/14.5.361>.
94. **Olivier Kandel, Audrey Ripault, Maud Jourdain, Gauthier Bouche.**
La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes? Étude transversale en médecine générale sur 2 896 actes n.d.
95. La depression: connaissances et attitudes des medecins generalistes – Centre Hospitalier Universitaire Hassan II n.d. <http://www.chu-fes.ma/la-depression-connaissances-et-attitudes-des-medecins-generalistes/> (accessed April 19, 2023).
96. **Wong SYS, Lee K, Chan K, Lee A.**
What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? *Int J Clin Pract* 2006;60:437-41. <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2006.00881.x>.
97. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique | Semantic Scholar n.d.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Facteurs-associ%C3%A9s-%C3%A0-la-prescription-m%C3%A9dicamenteuse-Darmon-Belhassen/939a9555f327b52a23e5f0098aa6ac4908f041e5> (accessed April 26, 2023).
98. **J. AIROD, F. ASOUAB.**
PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES SSP de 3 PREFECTURES à CASABLANCA : QUELS DETERMINANTS? n.d.
99. **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;27:353-62. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0353>.

100. **Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P.**
Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. *Médecine Palliat* 2017;16:302–10. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2017.09.005>.
101. **Martine Stirling.**
Facteurs facilitant ou freinant l'engagement des généralistes dans les interventions de sevrage tabagique. n.d.
102. **Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB.**
Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:795–803. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01464.x>.
103. **Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhe A, Suscillon M-P, Caron B, Saillard F, et al.**
[Mental health, vulnerability and general practice: a study of non-profit health centers in Grenoble]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr* 2011;23 Suppl 6:S97–111.
104. **Błaszczyc J, Bobińska K, Filip M, Gałeczki P.**
[General principles of effective communication between physician and patient with selected mental disorders]. *Pol Merkur Lek Organ Pol Tow Lek* 2015;38:237–40.
105. **Hedenrud TM, Svensson SA, Wallerstedt SM.**
“Psychiatry is not a science like others” – a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Fam Pract* 2013;14:115. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-115>.
106. **Dedeystère C, Saraga M, Stiefel F.**
[Psychotropic drug prescriptions in general practice]. *Rev Med Suisse* 2012;8:355–8, 360–1.
107. **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 n.d.
108. **Kjosavik SR, Hunskaar S, Aarsland D, Ruths S.**
Initial prescription of antipsychotics and antidepressants in general practice and specialist care in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:459–65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01697.x>.
109. **Maryvonne BRIOT.**
Le bon usage des médicaments psychotropes RAPPORT : OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ, 2006. n.d.
110. Santé publique vol N°27 N° 3 juin 2015 : les facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. n.d.
111. **Hilali.M.**
Rôle des médecins généralistes des ESSB dans la prise en charge des troubles mentaux : cas de la préfecture d'Oujda (Mémoire). Rabat : INAS. 2010. n.d.
112. Société Française de Médecine Générale : La durée de consultation & prescription de psychotropes ? n.d.
https://www.sfm.org/publications/les_publications/les_publications/la_duree_de_consultation_prescription_de_psychotropes.html (accessed June 5, 2023).

113. Troubles mentaux : fluidifier la coordination des prises en charge. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974173/fr/troubles-mentaux-fluidifier-la-coordination-des-prises-en-charge (accessed May 7, 2023).
114. **Kirat H, Filali H.**
LA REPRÉSENTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE SUR LEURS PRATIQUES À RABAT, MAROC S.F.S.P. | « Santé Publique », 2014/3 Vol. 26 | pages 385 à 391., n.d.
115. **Gerrity MS, Williams JW, Dietrich AJ, Olson AL.**
Identifying physicians likely to benefit from depression education: a challenge for health care organizations. *Med Care* 2001;39:856-66. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00011>.
116. **Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al.**
Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2010;60:e156-162. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483922>.
117. **Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P.**
GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2014;64:e112-119. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677176>.
118. **van Hulsten R, Isacson D, Bakker A, Leufkens HG.**
Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:49-53. <https://doi.org/10.1002/pds.784>.
119. **Liu S-I, Lu R-B, Lee M-B.**
Non-psychiatric physicians' knowledge, attitudes and behavior toward depression. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi* 2008;107:921-31. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(09\)60015-2](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(09)60015-2).
120. **Hartley D, Korsen N, Bird D, Agger M.**
Management of patients with depression by rural primary care practitioners. *Arch Fam Med* 1998;7:139-45. <https://doi.org/10.1001/archfami.7.2.139>.
121. **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., n.d.
122. **Royaume du Maroc.**
Ministère de la Santé : Stratégie Sectorielle de santé 2012-2016 n.d.
123. **Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lépine JP.**
[Antidepressants consumption in the global population in France]. *L'Encephale* 2002;28:411-7.

124. **Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Van Royen P, Peremans L.**
Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Fam Pract* 2011;12:99. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-99>.

125. **Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T.**
The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:214-9.
<https://doi.org/10.1080/02813430701726335>.
126. **van der Feltz-Cornelis CM, Wijkel D, Verhaak PF, Collijn DH, Huyse FJ, van Dyck R.**
Psychiatric consultation for somatizing patients in the family practice setting: a feasibility study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:223-39. <https://doi.org/10.2190/DDTH-6BUH-W5AY-R4KA>.
127. **BELLANTUONO C, ARREGHIMI E, ADAM M et al.**
Psychotropic drug prescription in Italy. A survey in general practice. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1989 ; 24 (4) : 212-8. n.d.
128. **ROUILLON F, BLACHIER C, DREYFUS JP et al.**
Étude pharmacoépidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale. *Encephale* 1996 ; 22 (1) : 39-48. n.d.
129. **Mark TL.**
For What Diagnoses Are Psychotropic Medications Being Prescribed? *CNS Drugs*. 2010;24(4):319-26, n.d.
130. **Satin JR, Linden W, Phillips MJ.**
Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009;115:5349-61. <https://doi.org/10.1002/cncr.24561>.
131. **Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG.**
Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002;105:1049-53.
<https://doi.org/10.1161/hc0902.104707>.
132. **[Britt H, Miller GC, Valenti L, Henderson J, Bayram C, Gordon J.**
The changing face of Australian general practice across the decades. *Aust Fam Physician* 2016;45:628-31. n.d.
133. **Lotrakul M, Saipanish R.**
Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Fam Pract* 2006;7:48. n.d.
134. **URCAM du LIMOUSIN.**
Les médicaments psychotropes en LIMOUSIN : Enquête relative aux médicaments psychotropes Juin 2001 n.d.
135. [Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 1:5-10.
136. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study – PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12027056/> (accessed July 3, 2023).
137. **H Ghods, I Khan.**
Les médicaments psychoactifs .l'OMS. n.d.
138. **Britten N.**

Patients' demands for prescriptions in primary care. *BMJ* 1995;310:1084-5.
<https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1084>.

139. Bourbon L.

La consultation sans prescription médicamenteuse: perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques n.d.

140. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M.

The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry* 2019;61:S776-81.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19.

141. Vega-Hurtado C.

[Importance of doctor-patient communication strategies]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc* 2020;58:197-201. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>.

142. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al.

Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med* 2016;31:755-61. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>.

143. Hassan I, McCabe R, Priebe S.

Professional-patient communication in the treatment of mental illness: a review. *Commun Med* 2007;4:141-52. <https://doi.org/10.1515/CAM.2007.018>.

144. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al.

Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7:e1000352, n.d.

145. Organisation mondiale de la santé et action internationale pour la Santé (OMS). Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 7]. p. 176. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf> n.d.

146. [PDF] Réglementation pharmaceutique au Canada et prescription inadéquate de médicaments : le cas des psychotropes dans les années 60 et au début des années 70 | Semantic Scholar n.d. <https://www.semanticscholar.org/paper/R%C3%A9glementation-pharmaceutique-au-Canada-et-de-%3A-le-Lexchin/b38293abfaf9a5fef35664504e367fbb6606f11d> (accessed July 3, 2023).

147. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La charte de la visite médicale [Internet]. [cited 2014 Nov 7]. Available from: <<http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-visitemedicale.html>> n.d.

148. Ziegler MG.

The Accuracy of Drug Information From Pharmaceutical Sales Representatives. *JAMA*. 1995;273:1296. n.d.

149. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). L'information des médecins généralistes sur le médicament. Paris : IGAS ; 2007. n.d.

150. Van Zee A.

The promotion and marketing of oxycontin: commercial triumph, public health tragedy. *Am J Public Health*. 2009;99:221-7, n.d.

151. La rédaction.

15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. Prescrire. 2006;26:383-9 n.d.

152. [O.M.S.

Bien prescrire les médicaments. Programme d'action pour les médicaments essentiels, O.M.S, Genève, 1997 n.d.

153. Rutz W.

Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79 : 19-26. n.d.

154. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review – PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12813120/> (accessed June 3, 2023).

155. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001. n.d.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقتل.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

**مكانة الأدوية النفسية في
الوصفة الطبية للأطباء العامين بإقليم ورزازات
الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 27/09/2023
من طرف

عصام كاحي

المزاد في 13 شتنبر 1997 ورزازات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

أدوية نفسية – الأطباء العامين – الوصفة الطبية الجراحية

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيدة

س. زوهير

أستاذ علم البكتيريا و الفيروسات

م. أ. لفنيتي

أستاذ في طب النفسي

ف. منودي

أستاذة في طب النفسي