

Année 2026

Thèse N° 107

Prescription des antidépresseurs chez les généralistes de la ville de Marrakech.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/02/2026

PAR

Mlle. Safa EL OUARZAZI

Née le 19/06/1999 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Antidépresseurs- Prescription- Médecins généralistes – Santé mentale-Soins
primaires

JURY

Mme. N.TASSI

Professeur de Maladies infectieuses

PRESIDENT

Mme. F.MANOUDI

Professeur de psychiatrie

RAPPOTEUR

Mme. S.AIT BATAHAR

Professeur de pneumologie

JUGES

وَقُلْ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ
الْحَكِيمُ



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

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOU

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire

23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie–chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie–générale
25	AIT–SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie–réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie–virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie–réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
50	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie

52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	AnatomiePathologique
82	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgiethoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologieclinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimationmédicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimationmédicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie

108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologiemédicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgiegénérale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologiecytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgiepédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomiepathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologiecytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologiemycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgiethoracique

135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réadaptation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie

163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabi	Pr Ag	Pédiatrie

191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgieréparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie–virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgiepédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgiepédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUIITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomiepathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgiegénérale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie

219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgieréparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie–virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmaciegalénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgiegénérale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento– faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio– organnique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie–réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomiepathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo–phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato–orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie

247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANN Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOU Layla	MC	Dermatologie

275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie

303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOU L Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomiepathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacieclinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie

331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie

358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomiepathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologiemédicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomiepathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologieclinique
376	AZRIOUIL Ouhib	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ Iatimad	MC	Anatomiepathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRÊTÉE 08/10/2025



DÉDICACES



*La gratitude, c'est le secret de la vie. Celui qui ne sait pas remercier ne sait pas aimer. »***Albert Schweitzer**



*À toutes celles et ceux qui ont semé dans mon cœur la force de persévérer et
le courage de rêver,
À ceux qui ont éclairé mes jours de leur bienveillance et apaisé mes doutes
par leurs mots,
Je veux dire merci, du plus profond de l'âme.
Cette thèse est le fruit d'un effort personnel, mais surtout d'un amour
collectif, de gestes simples et d'un soutien sincère.
C'est avec reconnaissance et tendresse que*

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك
وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك
الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على
نعمتك

*Au bon Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé
dans le bon chemin, je vous dois ce que je suis devenu louanges
et remerciements pour votre clémence et miséricorde « Qu'il
nous couvre de sa bénédiction ». AMEN!*

À moi-même :

À moi, qui ai traversé ces sept années comme on traverse une tempête, avec des nuits blanches, des peurs immenses, des larmes silencieuses, des moments de doute où tout semblait s'effondrer. À moi, qui ai vacillé, qui ai touché le fond, qui ai connu le burn-out, la dépression, l'épuisement du corps et du cœur... et qui pourtant n'ai jamais cessé d'avancer. À moi, qui ai eu le courage de demander de l'aide, de me relever, de me reconstruire, de continuer alors même que tout semblait trop lourd. À moi, qui ai transformé mes fragilités en force, mes épreuves en croissance, mes chutes en renaissance. À moi, qui ai survécu à mes propres tempêtes et qui me tiens aujourd'hui debout, fière, apaisée, et infiniment reconnaissante envers la personne que je deviens. Cette thèse est la preuve que je ne me suis jamais abandonnée. Elle est le fruit de ma persévérance, de mes cicatrices, de mes victoires intimes.

*À moi, simplement. À celle qui a tenu, qui a résisté, qui a grandi.
À celle que je suis, et à celle que je serai encore.*

À la mémoire de MAMA BOUDAD :

À toi, ma grand-mère, ma deuxième maman, celle qui m'a élevée, aimée et protégée depuis mes premiers jours. Tu as été ma tendresse, ma force, ma douceur et mon refuge.

Femme courageuse et majestueuse, ton amour m'a façonnée, ton soutien m'a portée, et ton souvenir m'accompagne à chaque pas. Tu rêvais d'être présente le jour de ma soutenance... Aujourd'hui, je sais que tu es là, autrement, plus près encore, dans mon cœur, dans mes pensées, dans ma réussite. Cette thèse est pour toi, Mama Boudad, ma source de courage, ma fierté, mon étoile éternelle.

À ma très chère maman, AICHA :

Tu es la lumière de ma vie, celle qui a toujours marché à mes côtés, dans les jours d'épreuves comme dans les moments de joie. Tu as essuyé mes larmes, soutenu mes pas tremblants, cru en moi même lorsque moi je doutais. Tu es mon refuge, ma force tranquille, mon exemple de courage et d'amour infini. Dans chaque réussite, c'est ton visage que je vois, ta fierté, ton sourire, ta présence réconfortante. Merci pour tes sacrifices silencieux, tes prières incessantes et ton amour inconditionnel. Cette thèse, maman, est aussi la tienne... car sans toi, rien n'aurait été possible.

À mon cher papa, JAMAL :

Papa, tu as toujours été ma source de sagesse, de droiture et de courage. Ta patience et ta confiance en moi m'ont donné la force d'avancer, même dans les moments les plus difficiles. Tu m'as appris la persévérance, le respect et la valeur du travail bien fait. Merci pour ton amour silencieux mais immense, pour tes encouragements discrets mais sincères. Cette réussite est aussi la tienne, papa, car derrière chacun de mes pas, il y a ton empreinte.

À mes chers frères KARIM et YASSINE :

À toi, mon grand frère, mon pilier et mon protecteur, merci pour ton amour discret, ta présence rassurante et tes conseils qui m'ont toujours guidée, même dans les moments de doute.

À toi, mon petit frère, mon rayon de soleil et ma fierté, merci pour ta tendresse, ton énergie et ton sourire qui réchauffent mon cœur et illuminent mes journées.

Vous êtes bien plus que des frères : vous êtes ma force, mes repères et une part essentielle de ce que je suis aujourd'hui. Cette thèse vous est dédiée, avec tout mon amour et ma reconnaissance.

À mon cher fiancé MOHSSINE :

Tu es mon pilier, mon refuge et mon compagnon de vie, celui qui rend mes jours plus lumineux et mon cœur plus léger. À toi qui as illuminé ma vie de ton amour, de ta douceur et de ta patience. Ta présence constante, ton soutien et ton affection m'accompagnent chaque jour et rendent chaque instant plus beau et plus léger. Si cette thèse existe aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi : par ton aide, ton encouragement et ton engagement à mes côtés, ce travail devient un peu le nôtre. Je te la dédie avec toute ma gratitude et tout mon cœur.

À ma chère tante SAMIRA et AMAL et son époux MONJI :

Merci pour votre affection, votre soutien et votre présence dans ma vie. Vos encouragements, votre gentillesse et votre attention m'ont accompagnée tout au long de ce parcours, et je garde en mémoire chacun de vos gestes de générosité et d'amour.

À mes chers oncles KABIR et ANOUAR :

Un remerciement tout particulier à mon oncle Anouar, qui a été présent durant mes années d'études, veillant sur moi lorsque je vivais seule, m'apportant chaleur, réconfort et même de quoi manger.

A mon oncle Kabir pour sa bienveillance constante, sa douceur, sa gentillesse et sa générosité à mon égard.

À vous deux, pour votre soutien, votre générosité et votre affection, je dédie cette thèse avec toute ma gratitude et mon cœur.

À mes chères amies SALMA EL GHALI, SAFAA EL QANDOUSY ET GHITA AZZAZ :

À vous, mes compagnonnes de route, avec qui j'ai partagé chaque éclat de rire, chaque larme et chaque moment de doute ou de réussite. Nous avons traversé ensemble les joies, les peines, les nuits de travail et les défis de la médecine, et c'est grâce à vous que ces années sont devenues inoubliables. Votre amitié, votre soutien et votre complicité ont été des trésors précieux qui ont rendu ce parcours plus léger et plus lumineux.

À mon cher professeur, MONSIEUR ALVYO :

À mon professeur, dont la bienveillance et les encouragements ont dépassé les murs du lycée. Votre générosité, votre écoute et votre foi constante en mes capacités ont été bien plus qu'un soutien académique : vous avez été un repère, un guide, une source silencieuse mais profonde de motivation. Vous avez cru en moi à des moments où j'avais du mal à croire en moi-même, et vos mots ont souvent ravivé en moi l'envie de persévérer. Aujourd'hui, au terme de ce long parcours, je garde une immense gratitude pour votre présence lumineuse et votre bonté rare. Cette réussite porte aussi la trace de votre impact, et je vous en remercie du fond du cœur.

À la Professeure Assistante Fatimazahrae El Fahiri :

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance pour votre disponibilité, votre écoute attentive et votre accompagnement tout au long de la réalisation de ce travail. Votre rigueur scientifique, vos conseils précieux et votre soutien constant ont largement contribué à l'aboutissement de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance les plus sincères.



REMERCIEMENTS



**A MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEURE
FATIHA MANOUDI CHEF DE SERVICES DE PSYCHIATRIE
IBN NAFISS**

Je tiens à vous exprimer, ma profonde gratitude et mon respect pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'assurer la direction et le rapport de ce travail.

Votre disponibilité, votre bienveillance et votre rigueur scientifique ont été pour moi une source d'inspiration constante. Grâce à vos conseils éclairés, votre exigence constructive et votre accompagnement attentif, cette thèse a pu voir le jour dans les meilleures conditions. Je vous remercie sincèrement pour la confiance que vous m'avez accordée, pour la qualité de votre encadrement, et pour la générosité avec laquelle vous avez partagé votre expertise. Veuillez recevoir, chère professeure, l'expression de ma plus haute considération et de mon profond respect.

**A MON MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE MADAME TASSI
NOURA PROFESSEURE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
MARRAKECH**

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Vos qualités professionnelles, votre sens de l'écoute ainsi que votre bienveillance m'ont profondément marquée. Veuillez recevoir, Madame la Présidente, l'expression de tous mes remerciements sincères et de la reconnaissance que je vous porte.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE AIT BATAHAR SALMA
PROFESSEUR DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE A LA FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH

C'est avec un profond respect que je vous adresse mes remerciements pour avoir accepté de siéger au jury de ma thèse. Votre présence est pour moi un privilège et un immense honneur.

Votre expertise remarquable, votre sens de la rigueur et la bienveillance qui marque chacune de vos interventions donnent à ce travail une valeur académique et humaine inestimable.

Veuillez recevoir, Madame la Professeure, l'expression sincère de ma gratitude et de mon estime la plus respectueuse.



LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des médecins généralistes selon la tranche d'âge
Figure 2	Répartition des médecins selon le sexe
Figure 3	Répartition des médecins selon l'ancienneté
Figure 4	Répartition des médecins selon le lieu de pratique
Figure 5	Habitude de prescription des antidépresseurs parmi les médecins interrogés
Figure 6	Types d'antidépresseurs ISRS prescrits par les médecins interrogés
Figure 7	Types d'antidépresseurs IRSN prescrits par les médecins interrogés
Figure 8	Types d'ATC prescrits par les médecins interrogés
Figure 9	Niveau de confort des médecins dans la prescription des antidépresseurs
Figure 10	Adhésion des médecins à des protocoles ou lignes directrices pour la prescription d'antidépresseurs
Figure 11	Suivi de l'efficacité et des effets secondaires après prescription d'un antidépresseur
Figure 12	Préférence des médecins pour une consultation spécialisée avant la prescription d'un antidépresseur
Figure 13	Modalités de suivi des patients après la prescription d'un antidépresseur
Figure 14	Répartition des médecins selon leur formation en santé mentale
Figure 15	Opinion des médecins concernant la nécessité d'une formation en santé mentale
Figure 16	Facteurs externes influençant la décision de prescrire des antidépresseurs
Figure 17	Roland Kuhn (1912–2005), psychiatre suisse ayant découvert l'imipramine
Figure 18	Frise chronologique de l'évolution des antidépresseurs (1950–2000)
Figure 19	Mécanisme d'action des antidépresseurs tricycliques (ATC)
Figure 20	Mécanisme d'action des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO)
Figure 21	Mécanisme d'action des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
Figure 22	Mécanisme d'action des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
Figure 23	Mécanisme d'action multimodal de la vortioxétine
Figure 24	Circuit de prise en charge du patient dépressif au Maroc



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Critères influençant le choix d'un antidépresseur chez les médecins
Tableau II	Situations de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes
Tableau III	Prescription des antidépresseurs selon l'âge des médecins
Tableau IV	Prescription des antidépresseurs selon le sexe des médecins
Tableau V	Prescription des antidépresseurs selon l'ancienneté en tant que médecin généraliste
Tableau VI	Prescription des antidépresseurs selon le lieu de pratique
Tableau VII	Prescription des antidépresseurs selon le besoin en formation des médecins généralistes
Tableau VIII	Principaux effets secondaires des antidépresseurs selon les classes thérapeutiques
Tableau IX	Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5-TR
Tableau X	Comparaison des tranches d'âge les plus représentatives dans les différentes études
Tableau XI	Comparaison de la répartition selon le sexe des médecins généralistes dans différentes études
Tableau XII	Comparaison de l'ancienneté d'exercice des médecins généralistes dans différentes études
Tableau XIII	Comparaison de l'exposition des médecins généralistes à la prescription des antidépresseurs
Tableau XIV	Comparaison du niveau de confort des médecins généralistes dans la prescription des antidépresseurs
Tableau XV	Comparaison des situations cliniques de prescription des antidépresseurs dans différentes études
Tableau XVI	Comparaison du recours à l'avis spécialisé psychiatrique chez les médecins généralistes selon différentes études
Tableau XVII	Comparaison du besoin exprimé en formation en santé mentale chez les médecins généralistes



Liste des Abréviations



Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ATC	Antidépresseurs tricycliques
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ^e édition
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
IMAO	Inhibiteur de la monoamine-oxydase
IRSNa	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
QT	Intervalle QT (sur l'ECG)
TAG	Trouble anxieux généralisé
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TSPT	Trouble de stress post-traumatique



INTRODUCTION	1
PARTICIPANTS ET MÉTHODES	5
RÉSULTATS	8
I. Étude descriptive	8
1. Données générales	8
2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes participants	8
3. Connaissances et utilisation des antidépresseurs	11
• Expérience de prescription	11
• Types d'antidépresseurs utilisés	12
• Critères guidant le choix d'un antidépresseur	14
• Niveau de confort dans la prescription	15
4. Pratiques de prescription	15
• Situations cliniques de prescription	15
• Suivi clinique et recours à l'avis spécialisé psychiatrique	16
5. Formation	19
• Formation reçue après la formation médicale de base	19
• Besoin en formation complémentaire	20
6. Opinion personnelle	21
• Commentaires et suggestions des médecins	21
II. Étude bivariable	22
1. Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins participants et la prescription des antidépresseurs	22
• Prescription des antidépresseurs selon l'âge	22
• Prescription des antidépresseurs selon le sexe	23
• Prescription des antidépresseurs selon l'ancienneté en tant que médecin généraliste	23
• Prescription des antidépresseurs selon le lieu de pratique	24
2. Le besoin en formation et la prescription des antidépresseurs	24
DISCUSSION	27
I. Généralités	27
1. Historique	27
2. Classification des antidépresseurs selon leur mécanisme d'action	29
3. Effets indésirables, tolérance et interactions médicamenteuses des antidépresseurs	34
4. Utilisation clinique des antidépresseurs	39
a. Indications des antidépresseurs	39
b. Contre-indications des antidépresseurs	41
c. Choix de l'antidépresseur	42
d. Stratégies thérapeutiques et surveillance	42
e. Place des antidépresseurs dans la prescription des médecins généralistes	43
5. Rôle du médecin généraliste en santé mentale au Maroc	44
6. Problématique de la prescription des antidépresseurs en médecine générale	45
II. Discussion des résultats	46
A. Profil des médecins enquêtés	46

• Données sociodémographiques : âge, sexe, ancienneté, lieu d'exercice	46
B. Connaissance et utilisation des antidépresseurs	53
1. Expérience et exposition à la prescription	53
2. Types d'antidépresseurs prescrits	55
3. Critères guidant le choix d'un antidépresseur	57
4. Niveau de confort dans la prescription	58
C. Pratiques de prescription	60
1. Situations cliniques où les antidépresseurs sont prescrits	60
2. Existence de protocoles ou de lignes directrices	62
3. Suivi clinique après prescription : fréquence et régularité	63
4. Recours à l'avis spécialisé psychiatrique	64
5. Modalités concrètes du suivi des patients	66
D. Formation et besoins exprimés	67
1. Niveau de formation préalable des médecins généralistes	67
2. Besoins exprimés en formation	68
E. Facteurs externes influençant la prescription	70
F. Analyse des commentaires libres	71
CONCLUSION	74
LIMITES DE L'ÉTUDE	81
RECOMMANDATIONS	83
RÉSUMÉ	84
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHIE	102



INTRODUCTION



Les troubles mentaux constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, en raison de leur prévalence élevée et de leur impact considérable sur la qualité de vie, le fonctionnement social et la productivité. Parmi ces troubles, les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux figurent parmi les plus fréquemment rencontrés en pratique clinique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 280 millions de personnes dans le monde présentent un trouble dépressif, toutes formes confondues (1).

Au Maroc, les troubles psychiques, notamment dépressifs et anxieux, représentent une part importante des motifs de consultation en soins de santé primaires, particulièrement dans un contexte marqué par des contraintes socio-économiques persistantes. Les structures de soins de première ligne constituent souvent le premier recours pour ces patients, plaçant ainsi le médecin généraliste au cœur du dépistage, de l'évaluation clinique et de la prise en charge initiale des troubles mentaux courants (2) (6).

Les antidépresseurs occupent une place centrale dans l'arsenal thérapeutique de plusieurs affections, incluant les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, certains troubles obsessionnels-compulsifs, le trouble de stress post-traumatique, ainsi que certaines douleurs chroniques. Leur prescription nécessite une approche rationnelle, individualisée et fondée sur des critères cliniques précis. Cependant, de nombreuses études ont mis en évidence une hétérogénéité des pratiques de prescription en médecine générale, influencée par divers facteurs tels que la formation médicale, l'expérience professionnelle, les attentes des patients et l'accessibilité aux soins spécialisés (3) (4).

Au Maroc, peu de travaux se sont spécifiquement intéressés aux pratiques de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes, alors même qu'ils jouent un rôle clé dans la prise en charge initiale et le suivi des patients présentant des troubles mentaux courants. L'analyse de ces pratiques apparaît donc essentielle afin d'identifier les déterminants réels de la prescription, les besoins en formation continue et les obstacles

rencontrés dans la pratique quotidienne, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins en santé mentale (5) (7).



MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Objectif de l'étude :

L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes de la ville de Marrakech concernant la prescription des antidépresseurs, ainsi que d'identifier les facteurs influençant leurs choix thérapeutiques et leurs besoins en formation dans ce domaine.

II. Méthodologie :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique visant à évaluer les pratiques de prescription des antidépresseurs, menée sur un mode déclaratif auprès des médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech.

2. Durée de l'étude :

La collecte des données a été réalisée sur une période de trois mois, allant du 1^{er} août 2025 au 24 octobre 2025.

3. Participants :

La population cible de notre étude était constituée des médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech et ses environs, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

La liste des médecins a été obtenue par recherche sur internet et par des visites directes sur leurs lieux d'exercice, incluant les structures de santé publiques et les cabinets privés.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion :

4.1 Critères d'inclusion :

On a inclus dans notre étude :

- ❖ Les médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech et ses environs, quel que soit le secteur d'exercice (public ou privé).
- ❖ Les médecins généralistes en activité professionnelle au moment de l'enquête.
- ❖ Les médecins ayant accepté de participer volontairement à l'étude.

4.2 Critères d'exclusion :

On a exclu de notre étude :

- ❖ Les médecins spécialistes, internes ou résidents.
- ❖ Les médecins généralistes non praticiens, notamment ceux occupant exclusivement des postes administratifs ou de gestion.
- ❖ Les médecins refusant de participer à l'enquête.

5. Echantillonnage :

L'échantillonnage était accidentel. Les médecins généralistes ont été contactés après obtention de leurs adresses électroniques et postales, grâce à une recherche sur internet, notamment sur le site www.pj.ma.

6. Collecte des données :

6.1 Description du questionnaire :

Le questionnaire utilisé pour cette étude était composé de 16 questions, dont certaines sont fermées (choix unique) et d'autres semi-ouvertes (choix multiples).

Ces questions ont été réparties en 6 sections principales :

- Informations générales sur le médecin (4 questions)
- Connaissance et utilisation des antidépresseurs (3 questions)
- Pratiques de prescription (5 questions)
- Formation et impact (2 questions)
- Opinion personnelle (1 question)
- Conclusion (1 question).

6.2 Distribution du questionnaire :

Les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech, lors de visites à leurs lieux d'exercice (centres de santé et cabinets).

Avant la remise du questionnaire, le contexte de l'étude et son objectif ont été présentés de manière brève, et le consentement oral des médecins a été sollicité pour leur participation volontaire.

Les médecins ont été invités à répondre en se basant sur leurs pratiques réelles de prescription des antidépresseurs, influencées par leurs habitudes, les conditions de travail et le contexte socio-économique, et non selon leurs connaissances théoriques.

7. Saisie et analyse des données :

L'élaboration du questionnaire a été réalisée à l'aide de l'application Google Forms. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel (Microsoft 365®, Microsoft Corporation).

8. Considérations éthiques :

Les questionnaires ont été administrés après obtention du consentement oral des participants, et après leur avoir expliqué clairement le but et les objectifs de l'étude.



I. Etude descriptive :

1. Données générales :

1.1 Effectif de l'échantillon :

Au total, 124 médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech ont été contactés pour participer à l'étude. Parmi eux, 90 ont accepté de répondre au questionnaire.

1.2 Délai de récupération des questionnaires :

Les questionnaires ont été récupérés soit sur place, soit le jour suivant, soit après contact téléphonique. Le délai le plus long pour récupérer un questionnaire a été d'une semaine après la visite initiale.

1.3 Taux de réponse :

Sur un total de 124 médecins visités, 90 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 72,6 %. Les refus (34 médecins, soit 27,4 %) étaient principalement liés à un manque de disponibilité ou à un désintérêt pour le sujet.

2. Répartition socioprofessionnelle des médecins participants :

2.1 Répartition selon l'âge :

L'âge des médecins généralistes enquêtés variait de moins de 30 ans à plus de 60 ans. L'âge moyen des participants était estimé à 42,6 ans, traduisant une population relativement jeune et en pleine activité professionnelle.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 à 40 ans (25,6 %). (Figure 1)

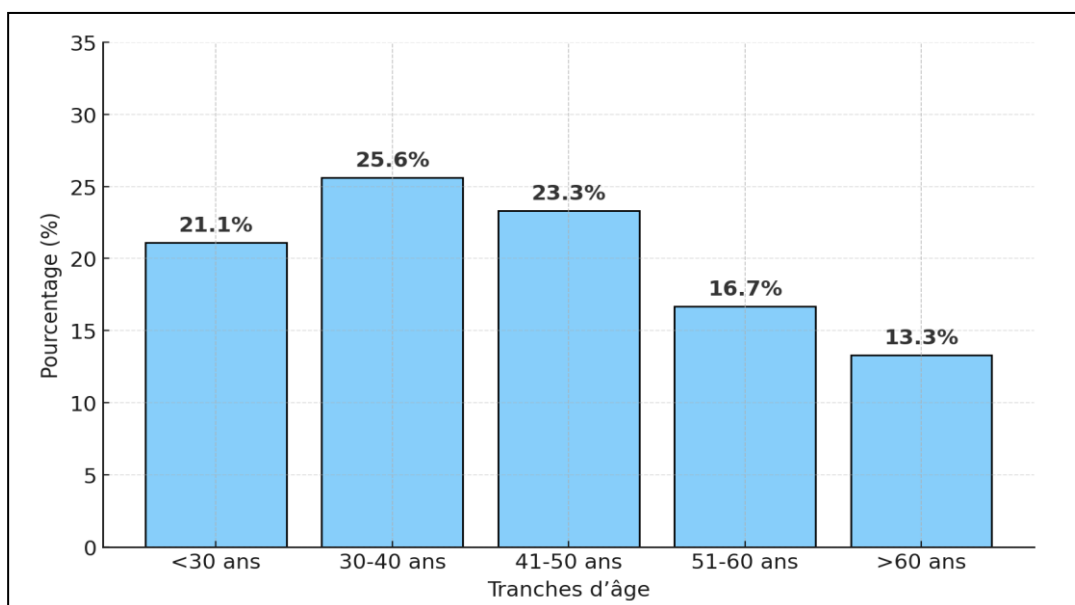


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon la tranche d'âge.

2.2 Répartition selon le sexe :

Parmi les 90 médecins interrogés, 51 étaient des femmes (56,7 %) et 39 des hommes (43,3 %), traduisant une prédominance féminine dans l'échantillon. Le sexe ratio (H/F) était de 0,76. (Figure 2)

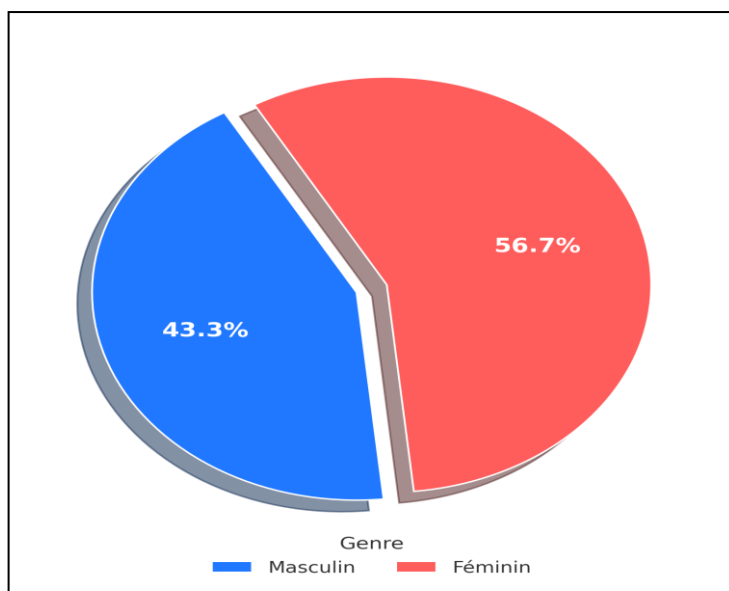


Figure 2 : Répartition des médecins selon le sexe.

2.3 Répartition selon l'ancienneté d'exercice :

L'ancienneté des médecins généralistes enquêtés variait de moins de 5 ans à plus de 20 ans d'exercice. La répartition montre deux groupes majoritaires : les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience (31,2 %) et ceux exerçant depuis plus de 20 ans (30,0 %). Les tranches intermédiaires étaient représentées par 24,4 % pour 11–20 ans d'ancienneté et 14,4 % pour 5–10 ans. (Figure 3)

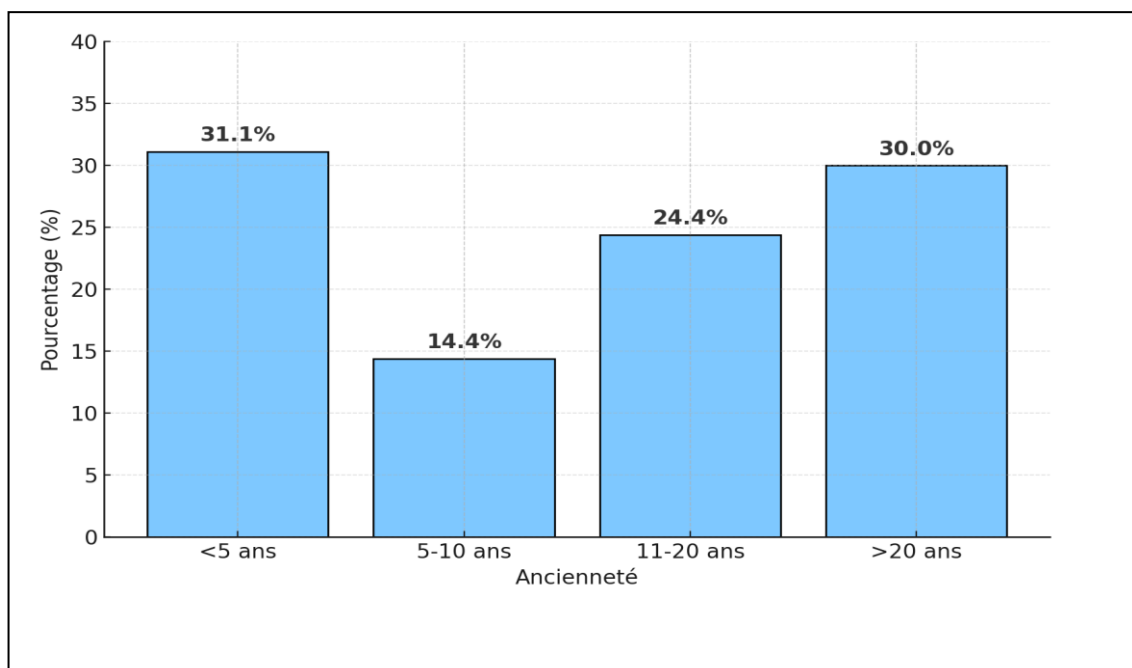


Figure 3 : Répartition des médecins selon l'ancienneté.

2.4 Répartition selon le lieu de pratique :

La majorité des médecins interrogés exerçait en zone urbaine, avec 74 praticiens (82,2 %), contre 16 médecins en zone rurale (17,8 %). (Figure 4)

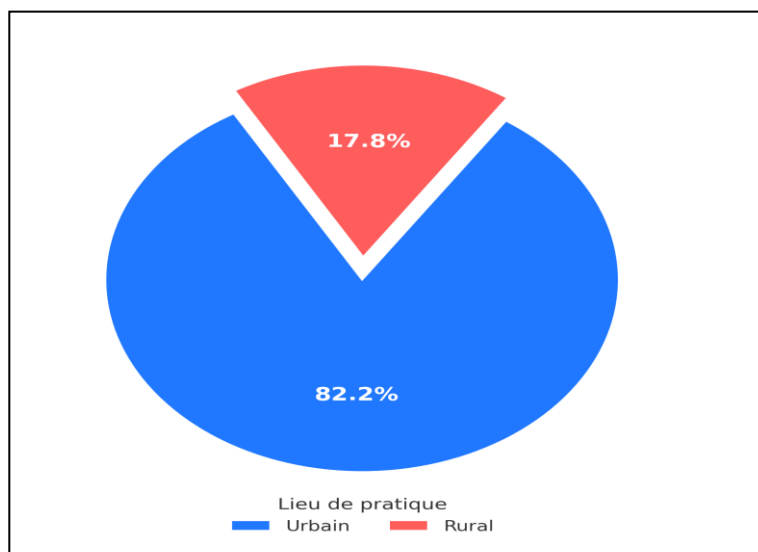


Figure 4 : Répartition des médecins selon le lieu de pratique.

3. Connaissance et utilisation des antidépresseurs :

3.1 Habitude de prescription des antidépresseurs :

La grande majorité des médecins interrogés avaient déjà prescrit des antidépresseurs dans leur pratique, avec 85 praticiens (94,4 %) contre seulement 5 (5,6 %) n'en ayant jamais prescrit. (Figure 5)

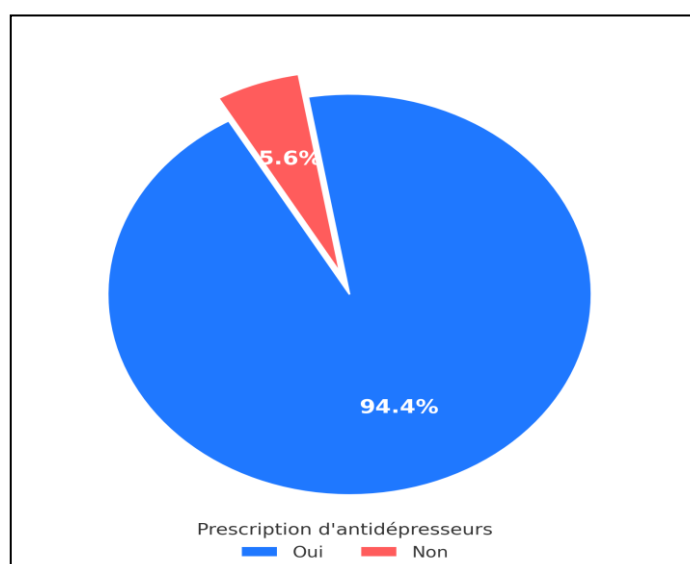


Figure 5 : Habitude de prescription des antidépresseurs parmi les médecins interrogés.

3.2 Types d'antidépresseurs prescrits :

a) Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Concernant les ISRS, les molécules les plus fréquemment prescrites étaient l'escitalopram (96,5 %) et la sertraline (67,1 %). La paroxétine (55,3 %) et la fluoxétine (48,2 %) étaient également utilisées par une proportion importante de médecins. (Figure 6)

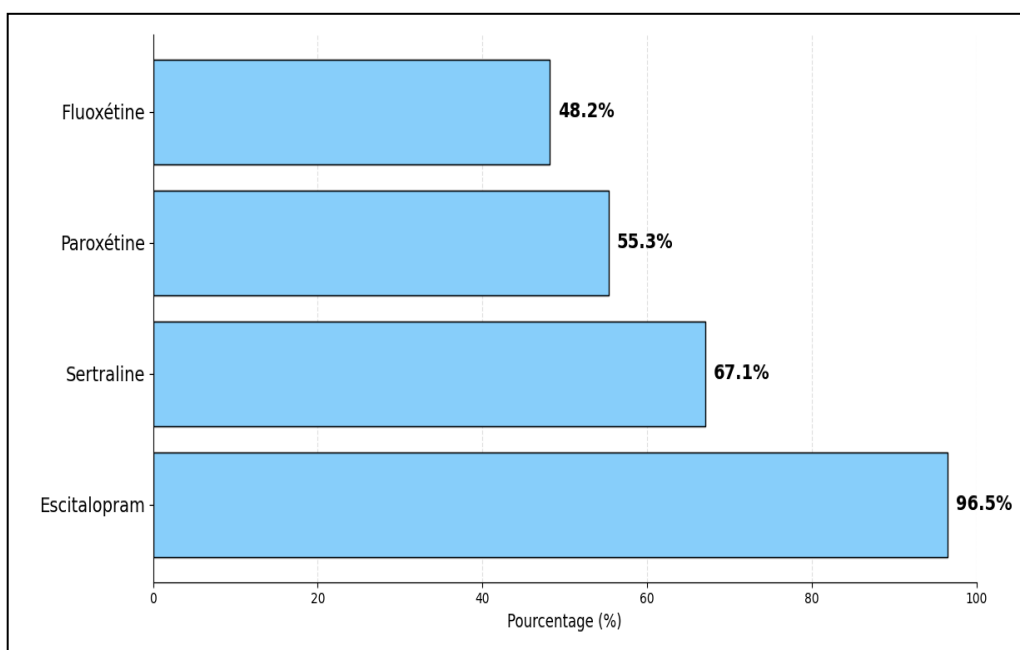


Figure 6 : Types d'antidépresseurs ISRS prescrits par les médecins interrogés.

b) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :

Concernant les IRSNa, la molécule la plus fréquemment prescrite était la duloxétine, utilisée par 81,0 % des médecins. La venlafaxine arrivait en deuxième position avec 66,7 % des prescriptions. (Figure 7)

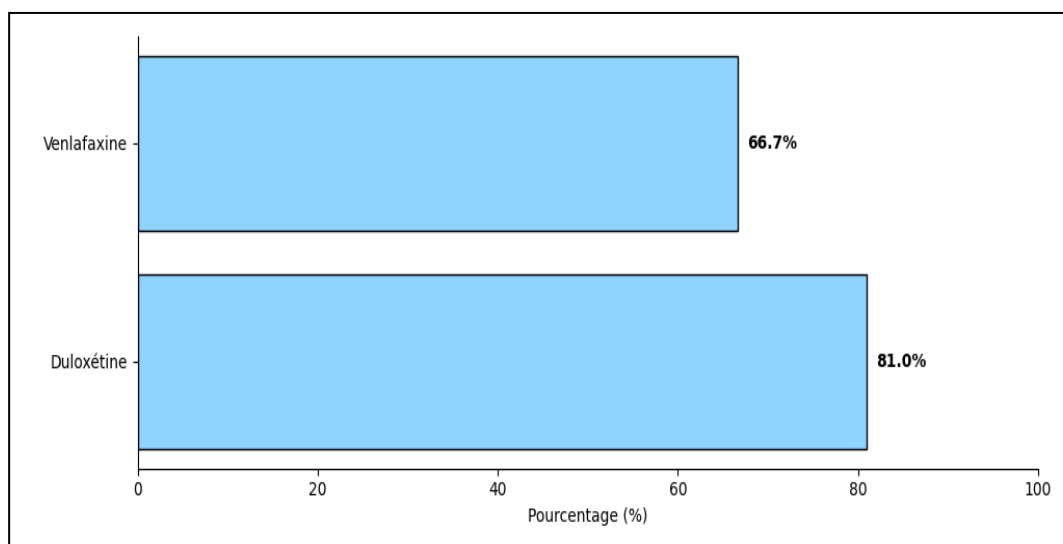


Figure 7 : Types d'antidépresseurs IRSNa prescrits par les médecins interrogés.

c) Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Concernant les ATC, l'amitriptyline était de loin la molécule la plus prescrite, utilisée par 95,5 % des médecins, suivie de la clomipramine (20,9 %). (Figure 8)

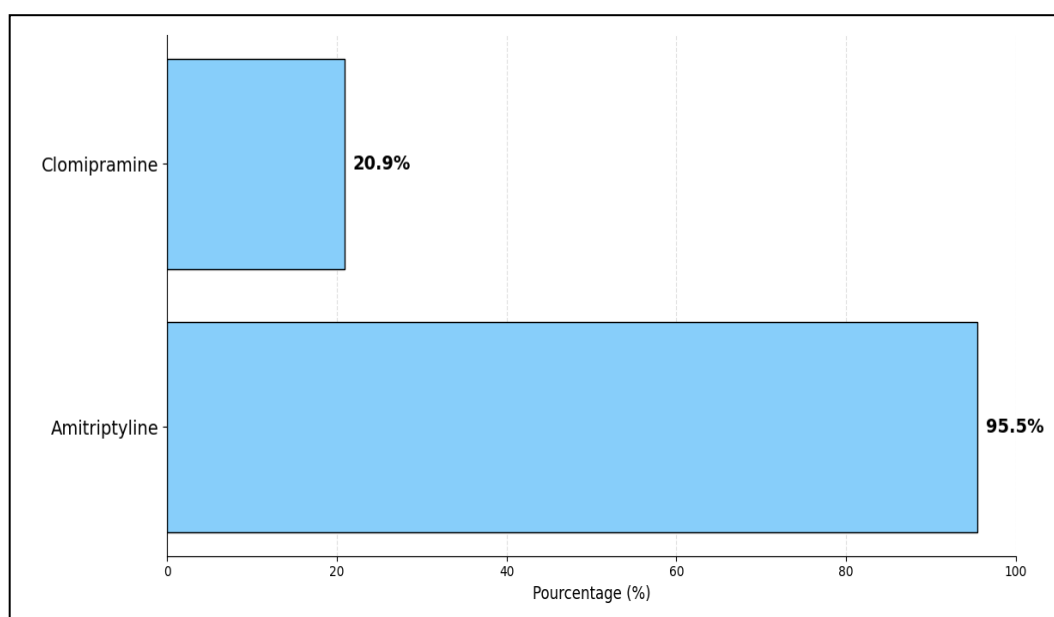


Figure 8 : Types d'ATC prescrits par les médecins interrogés.

3.3 Critères guidant le choix d'un antidépresseur :

Les principaux critères influençant le choix d'un antidépresseur étaient les antécédents médicaux du patient (86,7 %) et les comorbidités psychiatriques associées (84,4 %). Les traitements en cours, notamment en raison du risque d'interactions médicamenteuses, étaient également pris en considération par 76,7 % des médecins. La sévérité de l'épisode dépressif (74,4 %), le profil des effets secondaires (67,8 %), l'âge du patient (63,3 %) et le coût ou l'accessibilité du médicament (54,4 %) influençaient également les décisions thérapeutiques. Des critères moins fréquents étaient cités, tels que la rapidité d'action (26,7 %), les préférences du patient (14,4 %) ou, plus rarement, les urgences psychiatriques et la tolérance (1,1 % chacun). (Tableau I)

Tableau I : Critères influençant le choix d'un antidépresseur chez les médecins généralistes.

Critères influençant le choix	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Antécédents médicaux du patient	78	86,7
Comorbidités psychiatriques associées	76	84,4
Traitements en cours (risque d'interactions)	69	76,7
Profil des effets secondaires	61	67,8
Âge du patient	57	63,3
Sévérité de l'épisode dépressif	67	74,4
Coût du médicament et accessibilité	49	54,4
Rapidité d'action attendue	24	26,7
Préférences du patient	13	14,4
Tolérance	1	1,1
Urgences psychiatriques	1	1,1

3.4 Niveau de confort dans la prescription des antidépresseurs :

Concernant le niveau de confort dans la prescription des antidépresseurs, 32,2 % des médecins se déclaraient « à l'aise » et 18,9 % « très à l'aise ». À l'inverse, près d'un tiers des praticiens rapportaient être « un peu hésitants » (31,1 %) et 17,8 % affirmaient ne pas être à l'aise du tout avec cette prescription. (Figure 9)

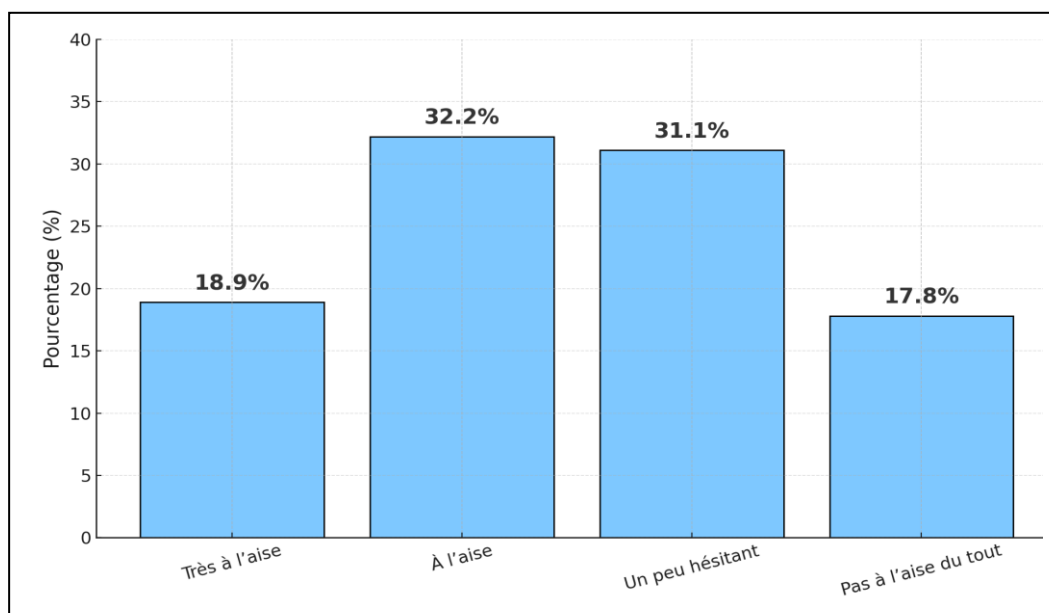


Figure 9 : Niveau de confort des médecins dans la prescription des antidépresseurs.

4. Pratiques de prescription des antidépresseurs :

4.1 Situations cliniques justifiant la prescription d'un antidépresseur :

Les principales indications de prescription des antidépresseurs rapportées par les médecins généralistes étaient l'épisode dépressif majeur (82,2 %) et les troubles du sommeil (81,1 %). Les troubles anxieux généralisés représentaient également une indication très fréquente (80 %). Plus de la moitié des praticiens prescrivaient des antidépresseurs dans le cadre des troubles paniques (51,1 %), tandis que les troubles obsessionnels-compulsifs (44,4 %) et le trouble de stress post-traumatique (45,6 %) étaient moins cités. La phase dépressive du trouble bipolaire était une indication moins courante (22,2 %). Les réponses "Autres" concernaient essentiellement des douleurs neuropathiques ou des troubles fonctionnels, mentionnés de manière exceptionnelle (1-2 %). (Tableau II)

Tableau II : Situations de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes.

Situations de prescription	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Episode dépressif majeur	74	82,2
Troubles du sommeil	73	81,1
Troubles anxieux généralisés (TAG)	72	80,0
Troubles paniques	46	51,1
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	41	45,6
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	40	44,4
Trouble bipolaire (phase dépressive)	20	22,2
Douleurs neuropathiques	3	3,3

4.2 Suivi de protocoles ou lignes directrices lors de la prescription :

La majorité des médecins généralistes déclaraient suivre des protocoles ou des lignes directrices lors de la prescription des antidépresseurs (70 %), tandis que 30 % ne s'y référaient pas. (Figure 10)

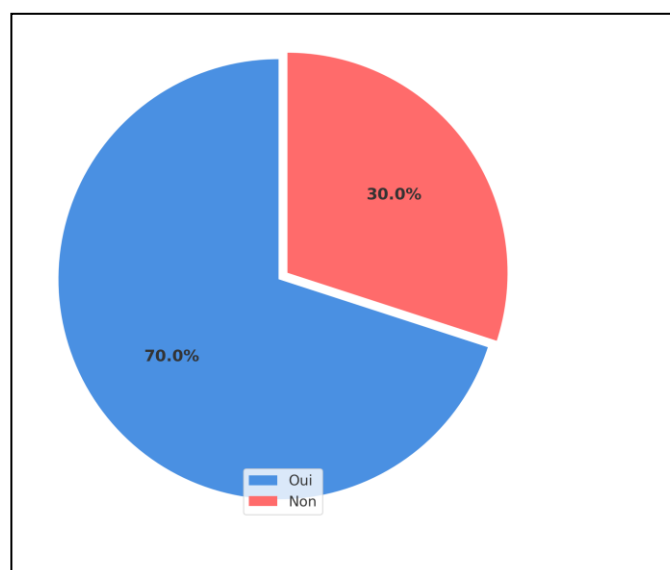


Figure 10 : Adhésion des médecins à des protocoles ou lignes directrices pour la prescription d'antidépresseurs.

4.3 Suivi de l'efficacité et de la tolérance au traitement antidépresseur:

Parmi les 86 médecins ayant répondu à cette question, 73,2 % déclaraient effectuer un suivi très régulier de l'efficacité et de la tolérance au traitement antidépresseur après son initiation, tandis que 22,1 % rapportaient assurer ce suivi de manière occasionnelle. Les

médecins indiquant réaliser ce suivi rarement (3,5 %) ou jamais (1,2 %) représentaient une proportion marginale. Pour ces derniers, le suivi se limitait généralement à une prescription initiale, par exemple pour une durée de trois mois, sans réévaluation clinique systématique ultérieure du patient. Quatre médecins n'ont pas répondu à cette question. (Figure 11)

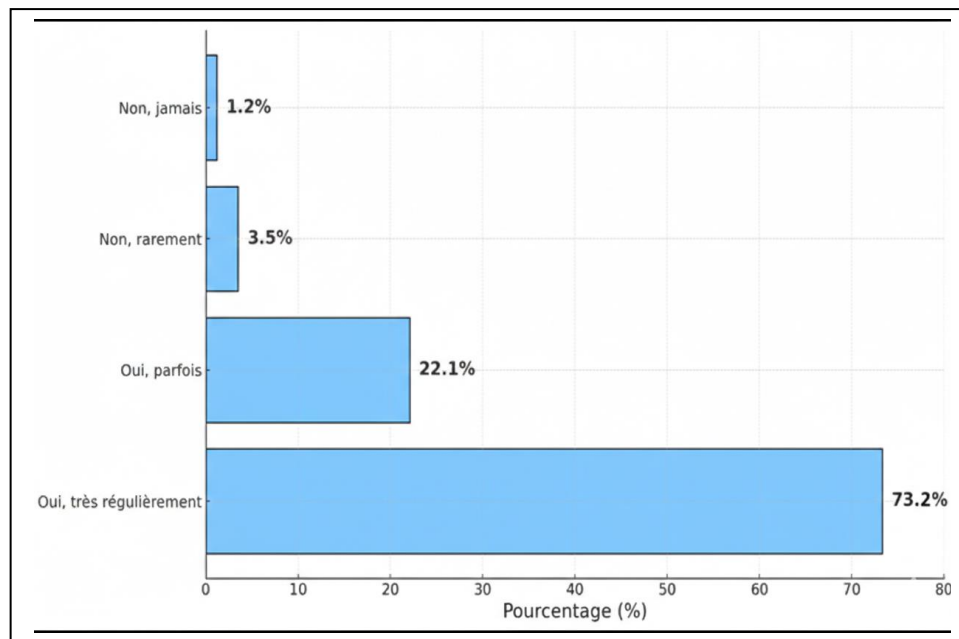


Figure 11 : Suivi de l'efficacité et de la tolérance après prescription d'un antidépresseur.

4.4 Recours à une consultation spécialisée avant la prescription :

La majorité des médecins généralistes (82,2 %) déclaraient avoir recours à un avis spécialisé, notamment psychiatrique, avant la prescription d'un antidépresseur dans certaines situations cliniques. Ce recours correspondait le plus souvent à un avis téléphonique ou à l'orientation du patient pour une première consultation spécialisée à visée diagnostique, sans exclure une prescription ultérieure par le médecin généraliste. À l'inverse, 17,8 % des praticiens rapportaient ne pas solliciter d'avis spécialisé. (Figure 12)

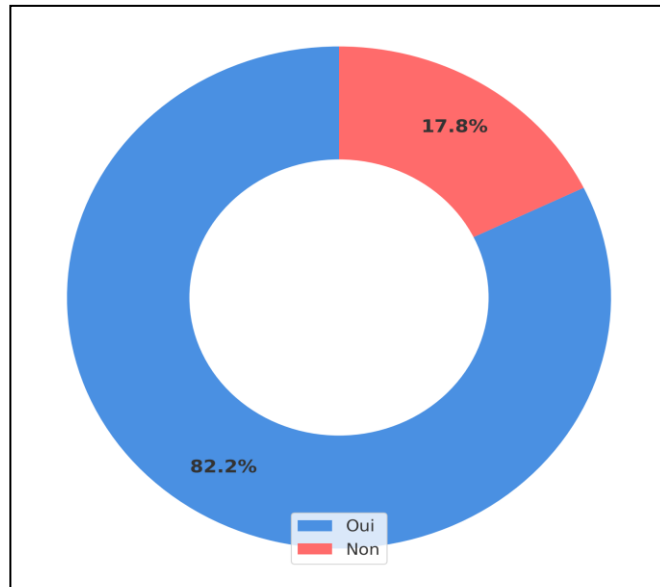


Figure 12 : Préférence des médecins pour une consultation spécialisée avant la prescription d'un antidépresseur.

4.5 Pratiques de suivi après la prescription d'un antidépresseur :

La majorité des médecins généralistes déclaraient assurer un suivi régulier des patients traités par antidépresseurs, principalement basé sur l'évaluation clinique de l'efficacité thérapeutique et de la tolérance lors de consultations programmées toutes les 2 à 4 semaines (73 médecins, soit 81,1 %). Ce suivi pouvait être complété par la réalisation de bilans ou d'examens médicaux périodiques (25 médecins, 27,8 %). En cas d'absence d'amélioration clinique ou de difficulté de prise en charge, une orientation vers un psychiatre était envisagée (26 médecins, 28,9 %) (Figure 13).

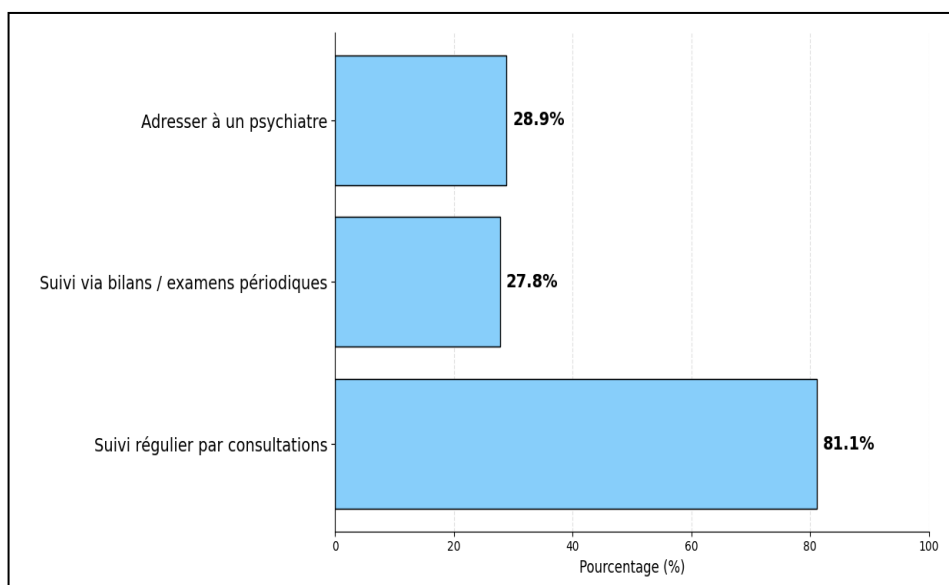


Figure 13: Pratiques de suivi des patients après la prescription d'un antidépresseur.

5. Formation des médecins généralistes :

5.1 Formation spécifique en prescription d'antidépresseurs :

La majorité des médecins interrogés (74 praticiens, soit 82,2 %) déclaraient ne pas avoir bénéficié d'une formation spécifique régulière sur la prescription des antidépresseurs, se limitant à la formation ancienne. En revanche, 16 médecins (17,8 %) affirmaient suivre des formations régulières dans ce domaine. (Figure 14)

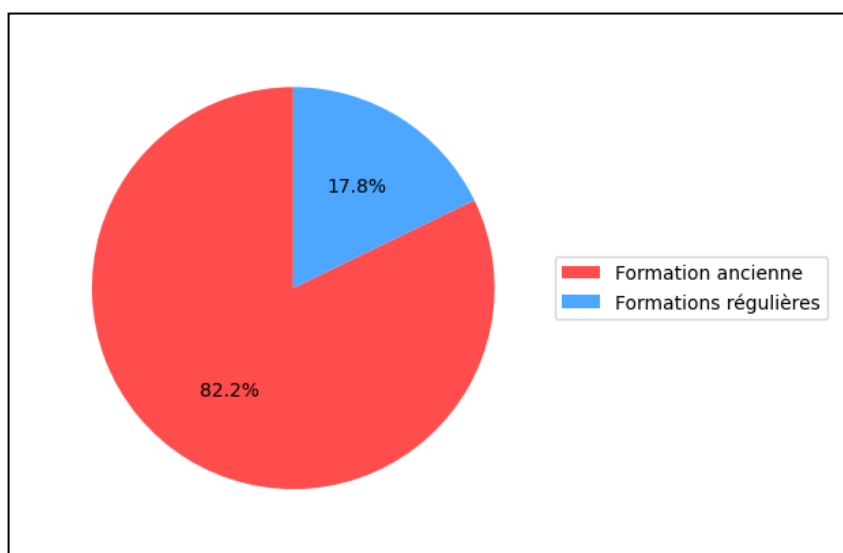


Figure 14 : Répartition des médecins selon leur formation en santé mentale.

5.2 Besoin de formation :

La quasi-totalité des médecins interrogés (87 médecins, soit 96,7 %) estimaient que les médecins généralistes devraient recevoir davantage de formation sur la gestion de la dépression et la prescription des antidépresseurs. Seuls 3 praticiens (3,3 %) se montraient indécis, tandis qu'aucun médecin n'a déclaré qu'une formation supplémentaire n'était pas nécessaire. (Figure 15)

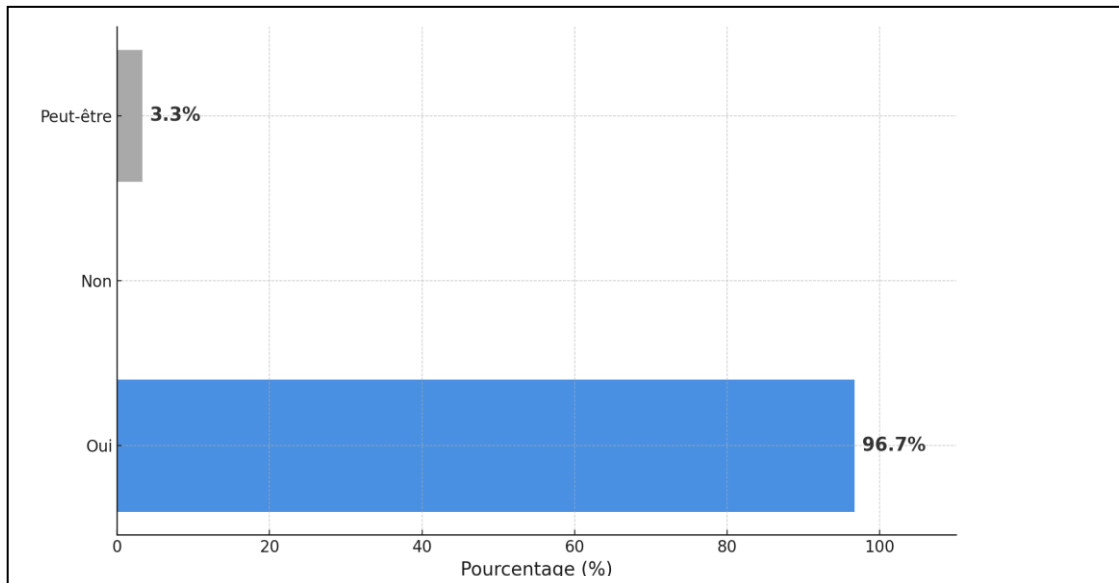


Figure 15 : Opinion des médecins concernant la nécessité d'une formation en santé Mentale

6. Opinion personnelle :

6.1 Facteurs externes influençant la décision de prescrire :

Les principaux facteurs externes influençant la décision de prescrire un antidépresseur étaient la disponibilité de soins spécialisés (54 médecins, soit 60 %) et le manque de formation ou de mise à jour (52 médecins, soit 57,8 %). Les attentes du patient représentaient également un facteur déterminant pour 48,9 % des répondants (44 médecins). La difficulté à poser un diagnostic précis était rapportée par 36 médecins (40 %). (Figure 16)

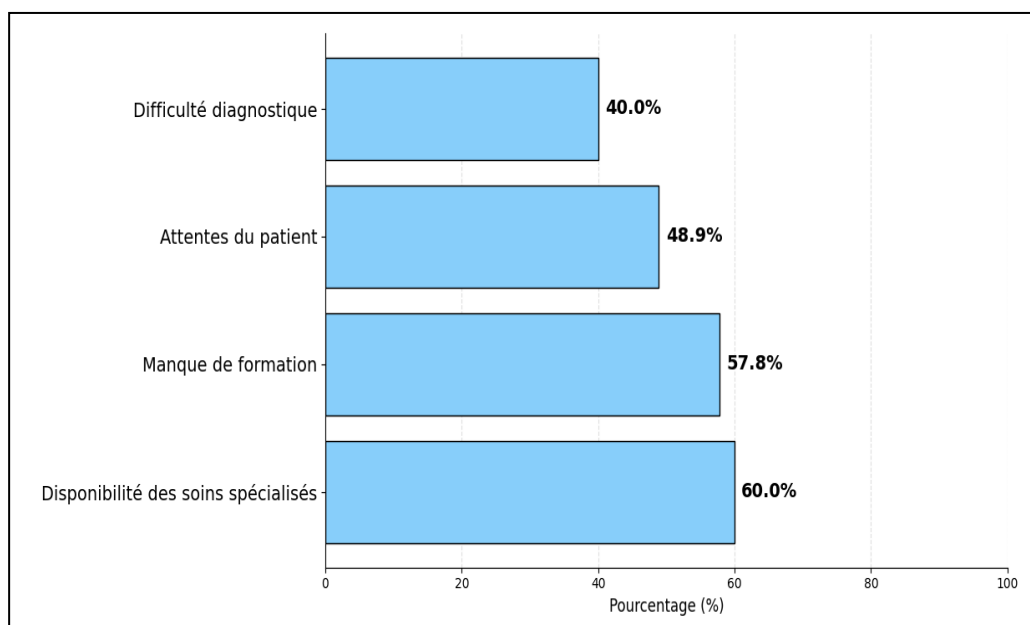


Figure 16 : Facteurs externes influençant la décision de prescrire des antidépresseurs

6.2 Commentaires et suggestions des médecins :

Les commentaires formulés par les médecins mettaient en évidence plusieurs éléments. Certains participants ont insisté sur la nécessité de renforcer la formation continue des médecins généralistes, notamment concernant les recommandations actualisées de prescription des antidépresseurs, la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que les limites de leur champ d'intervention, en particulier face aux situations suicidaires, aux troubles psychotiques, aux tableaux bipolaires, ou en cas d'absence d'amélioration sous traitement. Plusieurs répondants ont souligné l'importance d'améliorer la communication entre médecins généralistes et spécialistes, ainsi que la nécessité pour les praticiens d'adopter une approche centrée sur l'écoute du patient. D'autres ont évoqué la pertinence de former également les pharmaciens et certains spécialistes afin de favoriser une meilleure continuité des soins. Enfin, quelques participants ont exprimé de simples encouragements ou remerciements.

II. Etude bivariée :

Une analyse bivariée a été réalisée afin d'explorer l'existence d'une association entre certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes (âge, sexe, ancienneté, lieu de pratique et formation) et leurs pratiques de prescription des antidépresseurs. Cette analyse visait à préciser le degré d'association entre les différentes variables étudiées et la prescription d'antidépresseurs dans la pratique médicale. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du test du Khi-deux.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins participants et la prescription des antidépresseurs :

1. La prescription et l'âge :

Tableau III : Prescription des antidépresseurs selon l'âge des médecins

Âge (ans)	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Moins de 30 ans	3 (15,8 %)	16 (84,2 %)	19
30-40 ans	2 (8,7 %)	21 (91,3 %)	23
41-50 ans	0 (0 %)	20 (100 %)	20
51-60 ans	0 (0 %)	15 (100 %)	15
Plus de 60 ans	0 (0 %)	12 (100 %)	12
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 6,92$; ddl = 4 ; p = 0,140

L'analyse bivariée réalisée à l'aide du test du Khi-deux n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'âge des médecins et la prescription d'antidépresseurs ($\chi^2 = 6,92$; ddl = 4 ; p = 0,140).

La prescription des antidépresseurs était plus fréquente chez les médecins âgés de 41 ans et plus, avec un taux de prescription de 100 % dans les tranches d'âge 41-50 ans, 51-60 ans et plus de 60 ans. À l'inverse, les médecins les plus jeunes, notamment ceux âgés de moins de 30 ans, présentaient la proportion la plus faible de prescription (84,2 %), bien que

cette proportion reste élevée. Les médecins âgés de 30 à 40 ans occupaient une position intermédiaire, avec un taux de prescription de 91,3 %.

2. La prescription et le sexe :

Tableau IV : Prescription des antidépresseurs selon le sexe des médecins

Sexe	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Féminin	5 (9,8 %)	46 (90,2 %)	51
Masculin	0 (0 %)	38 (100 %)	38
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 3,95$; ddl = 1 ; p = 0,047

L'analyse bivariable réalisée à l'aide du test du Khi-deux a mis en évidence une association statistiquement significative entre le sexe des médecins et la prescription d'antidépresseurs ($\chi^2 = 3,95$; ddl = 1 ; p = 0,047).

La prescription des antidépresseurs était plus fréquente chez les médecins de sexe masculin, avec un taux de prescription de 100 %, comparativement aux médecins de sexe féminin, chez lesquels ce taux était de 90,2 %. À l'inverse, l'absence de prescription concernait exclusivement les médecins de sexe féminin (9,8 %).

3. La prescription et l'ancienneté en tant que médecin généraliste :

Tableau V : Prescription des antidépresseurs selon l'ancienneté en tant que médecin généraliste

Ancienneté (années)	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Moins de 5 ans	3 (10,7 %)	25 (89,3 %)	28
5-10 ans	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)	13
11-20 ans	0 (0 %)	21 (100 %)	21
Plus de 20 ans	0 (0 %)	27 (100 %)	27
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 6,57$; ddl = 3 ; p = 0,087

L'analyse bivariable réalisée à l'aide du test du Khi-deux n'a pas mis en évidence

d'association statistiquement significative entre l'ancienneté des médecins généralistes et la prescription d'antidépresseurs ($\chi^2 = 6,57$; ddl = 3 ; $p = 0,087$).

La prescription des antidépresseurs était plus fréquente chez les médecins ayant une ancienneté de 11 à 20 ans et de plus de 20 ans, avec un taux de prescription de 100 % dans ces deux catégories. À l'inverse, les médecins ayant une ancienneté inférieure à 10 ans présentaient les proportions les plus faibles de prescription, en particulier ceux ayant 5 à 10 ans d'ancienneté (84,6 %), suivis de ceux ayant moins de 5 ans (89,3 %).

4. La prescription et le lieu de pratique :

Tableau VI : Prescription des antidépresseurs selon le lieu de pratique

Lieu de pratique	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Zone rurale	3 (18,8 %)	13 (81,2 %)	16
Zone urbaine	2 (2,7 %)	71 (97,3 %)	73
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 6,34$; ddl = 1 ; $p = 0,012$

L'analyse bivariée réalisée à l'aide du test du Khi-deux a mis en évidence une association statistiquement significative entre le lieu de pratique des médecins généralistes et la prescription d'antidépresseurs ($\chi^2 = 6,34$; ddl = 1 ; $p = 0,012$).

La prescription des antidépresseurs était plus fréquente chez les médecins exerçant en zone urbaine, avec un taux de prescription de 97,3 %, comparativement à ceux exerçant en zone rurale, chez lesquels ce taux était de 81,2 %. À l'inverse, l'absence de prescription était plus souvent observée chez les médecins exerçant en zone rurale (18,8 %) que chez ceux exerçant en zone urbaine (2,7 %).

5. Le besoin en formation et la prescription des antidépresseurs:

Tableau VII : Prescription des antidépresseurs selon le besoin en formation des médecins généralistes

Besoin en formation	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Oui	5 (5,8 %)	81 (94,2 %)	86
Peut-être	0 (0 %)	3 (100 %)	3
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 0,185$; ddl = 1 ; p = 0,667

L'analyse bivariée réalisée à l'aide du test du Khi-deux n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le besoin en formation exprimé par les médecins généralistes et la prescription d'antidépresseurs ($\chi^2 = 0,185$; ddl = 1 ; p = 0,667).

La prescription des antidépresseurs était élevée aussi bien chez les médecins déclarant un besoin en formation, avec un taux de prescription de 94,2 %, que chez ceux ayant répondu « peut-être », chez lesquels le taux de prescription atteignait 100 %. L'absence de prescription concernait uniquement les médecins ayant exprimé un besoin en formation (5,8 %).

6. Type de formation et la prescription des antidépresseurs :

Tableau VIII : Prescription des antidépresseurs selon le type de formation des médecins généralistes

Type de formation	Prescription (Non) n (%)	Prescription (Oui) n (%)	Total
Formation ancienne	5 (6,8 %)	68 (93,2 %)	73
Formations régulières	0 (0 %)	16 (100 %)	16
Total	5 (5,6 %)	84 (94,4 %)	89

Test du Khi-deux : $\chi^2 = 2,21$; ddl = 2 ; p = 0,331

L'analyse bivariée réalisée à l'aide du test du Khi-deux n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le type de formation reçue sur la prescription des antidépresseurs et la pratique de prescription ($\chi^2 = 2,21$; ddl = 2 ; p = 0,331).

La prescription des antidépresseurs était plus fréquente chez les médecins ayant bénéficié de formations régulières, avec un taux de prescription de 100 %, comparativement

à ceux relevant d'une formation ancienne, chez lesquels le taux de prescription était de 93,2 %. L'absence de prescription concernait uniquement les médecins ayant une formation ancienne (6,8 %).



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Historique :

Avant les années 1950, la dépression était souvent considérée comme une pathologie incurable, traitée par des électrochocs, des barbituriques ou l'hospitalisation prolongée. La découverte fortuite de l'imipramine, un antidépresseur tricyclique, par **Roland Kuhn** en 1957, puis celle de l'iproniazide, un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO), ont marqué le début de la psychopharmacologie moderne (8).

Ces découvertes ont permis de mieux comprendre le rôle des neurotransmetteurs — notamment la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline — dans la régulation de l'humeur, ouvrant la voie à une nouvelle ère thérapeutique.

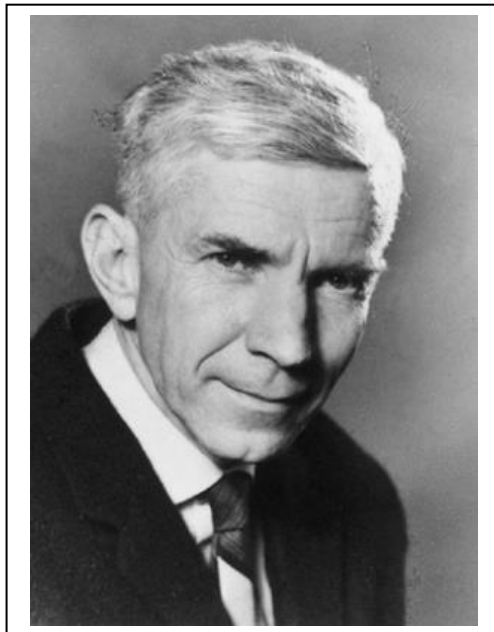


Figure 17 : Roland Kuhn (1912–2005), psychiatre suisse ayant découvert l'imipramine.

Dans les années 1980, l'introduction des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), suivie dans les années 1990 des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), a profondément transformé la prise en charge du trouble dépressif caractérisé. Ces molécules ont permis d'obtenir une efficacité comparable

aux antidépresseurs plus anciens, avec un meilleur profil de tolérance et une sécurité d'utilisation accrue, favorisant leur prescription en soins primaires (9,10).

Depuis les années 2000, le développement d'antidépresseurs dits atypiques, dont certains à mécanisme multimodal, tels que la mirtazapine, le bupropion et plus récemment la vortioxétine, a permis d'élargir l'arsenal thérapeutique. Ces molécules se distinguent par des mécanismes d'action plus complexes, associant modulation de la recapture des neurotransmetteurs et action directe sur différents récepteurs, avec pour objectif une meilleure efficacité clinique et une meilleure tolérance. Elles répondent notamment aux limites observées avec les classes plus anciennes, en particulier chez les patients présentant des formes résistantes ou des comorbidités anxieuses.

Aujourd'hui, l'ensemble de ces classes constitue la base du traitement pharmacologique du trouble dépressif caractérisé, en particulier lors des épisodes dépressifs caractérisés, conformément aux critères diagnostiques actuels, favorisant une prise en charge en soins primaires et contribuant à la désinstitutionalisation de la psychiatrie.

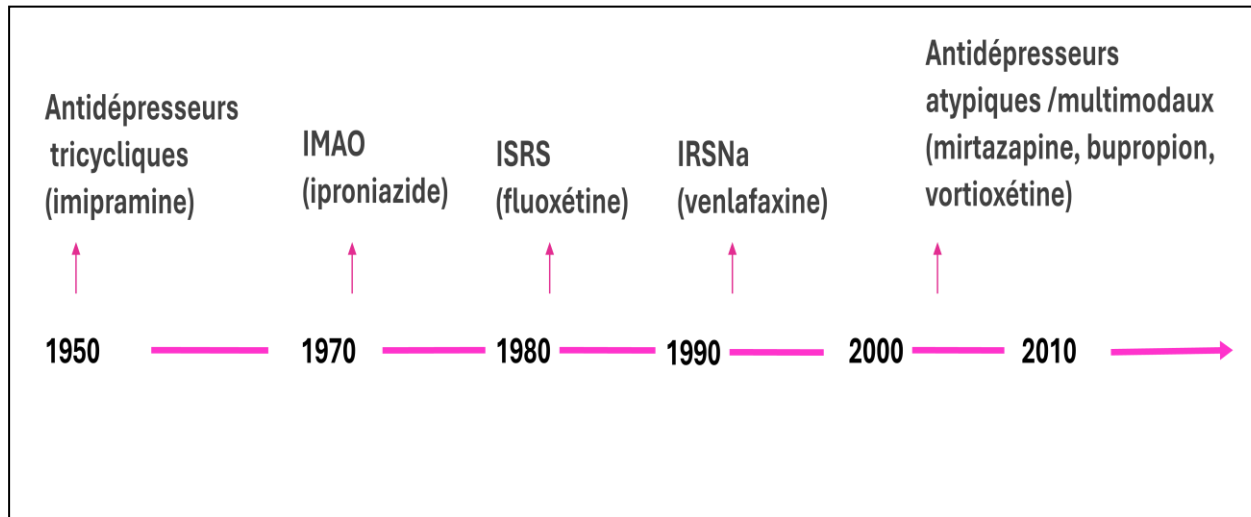


Figure 18 : Frise chronologique de l'évolution des antidépresseurs.

2. Les grandes classes d'antidépresseurs et leur mode d'action :

Les antidépresseurs constituent une classe pharmacologique hétérogène, regroupant des molécules aux mécanismes d'action distincts, mais convergeant vers un objectif commun : la modulation des systèmes monoaminergiques impliqués dans la régulation de l'humeur, de l'anxiété, du sommeil et de la douleur.

La classification selon le mécanisme d'action demeure la plus pertinente en pratique clinique, car elle conditionne l'efficacité thérapeutique, le profil de tolérance, les interactions médicamenteuses et le choix de la molécule.

2.1 Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) agissent principalement par inhibition non sélective de la recapture de la sérotonine (5-HT) et de la noradrénaline (NA) au niveau de la fente synaptique, entraînant une augmentation de leur concentration synaptique et une potentialisation de la transmission neuronale.

En parallèle, les ATC exercent une action antagoniste sur plusieurs récepteurs non ciblés (récepteurs muscariniques, histaminiques H1 et α 1-adrénergiques), ce qui explique leur efficacité clinique mais aussi leur profil d'effets indésirables marqué, notamment anticholinergique, sédatif et cardiovasculaire.

Malgré une efficacité reconnue, ces limitations expliquent leur recul en première intention, en particulier en soins primaires (20).

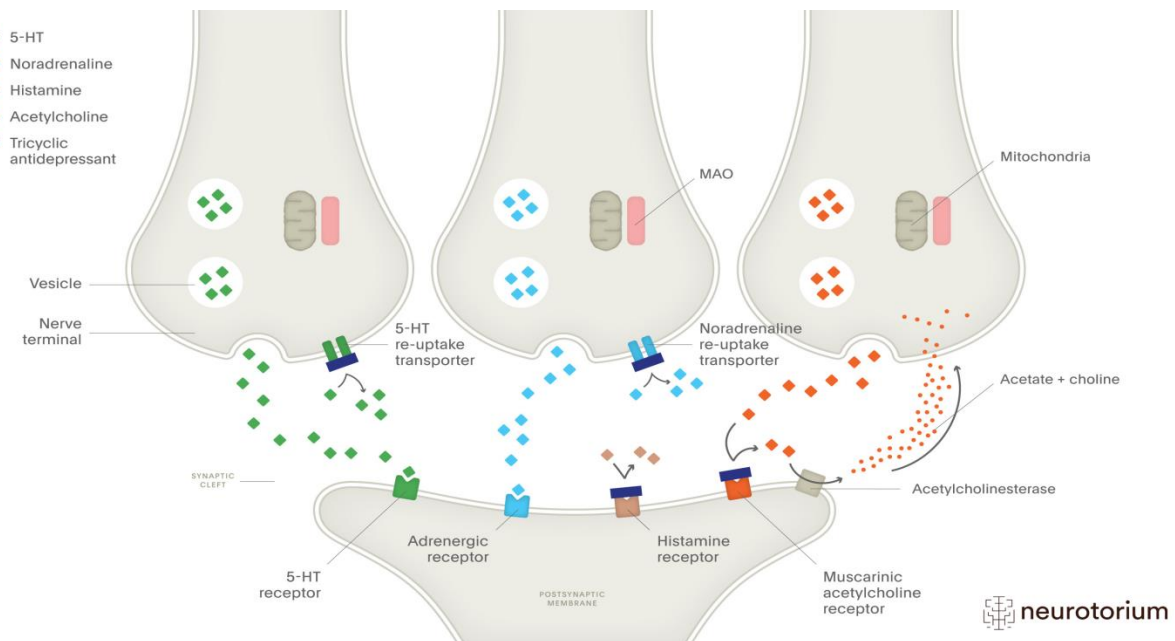


Figure 19 : Mécanisme d'action des ATC.

2.2 Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) :

Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) agissent en inhibant l'enzyme monoamine-oxydase, responsable de la dégradation intracérébrale des monoamines (sérotonine, noradrénaline et dopamine).

Cette inhibition entraîne une augmentation globale des concentrations synaptiques de ces neurotransmetteurs, améliorant ainsi la neurotransmission monoaminergique.

Les premiers IMAO, dits non sélectifs et irréversibles, ont montré une efficacité notable, notamment dans certaines formes de dépression résistante. Toutefois, leur utilisation est limitée par un risque élevé d'interactions médicamenteuses et alimentaires, ainsi que par des effets indésirables potentiellement graves, ce qui a restreint leur prescription en pratique courante et en médecine générale (8).

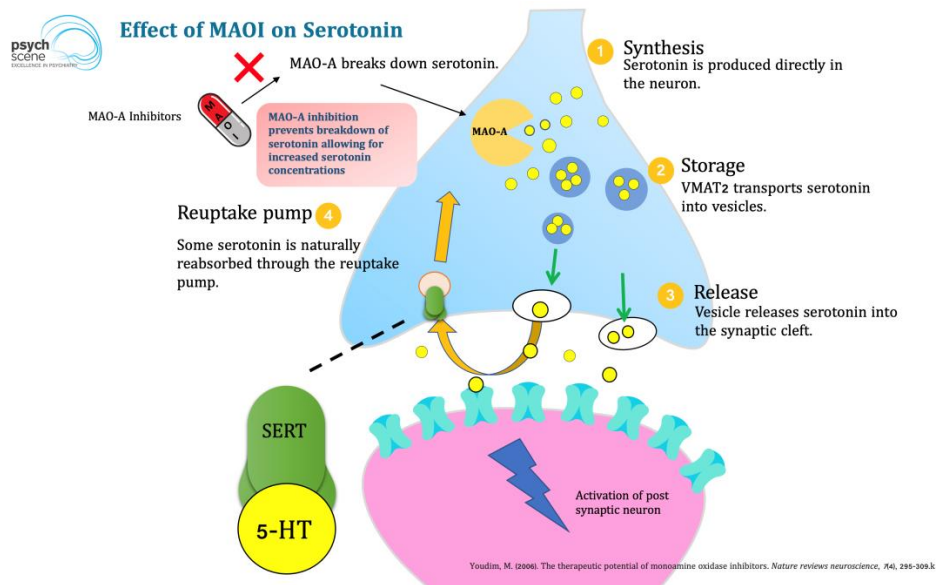


Figure 20 : Mécanisme d'action des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO).

2.3 Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) exercent leur effet par le blocage spécifique du transporteur de la sérotonine (SERT), situé sur la membrane présynaptique, entraînant une augmentation de la disponibilité synaptique de la sérotonine.

L'effet antidépresseur n'est pas immédiat et repose sur des adaptations neurobiologiques secondaires, notamment la désensibilisation progressive des auto-récepteurs sérotoninergiques présynaptiques, permettant une transmission sérotoninergique plus stable et efficace.

Cette modulation des circuits neuronaux impliqués dans la régulation de l'humeur et de l'anxiété explique le délai d'action clinique observé (21).

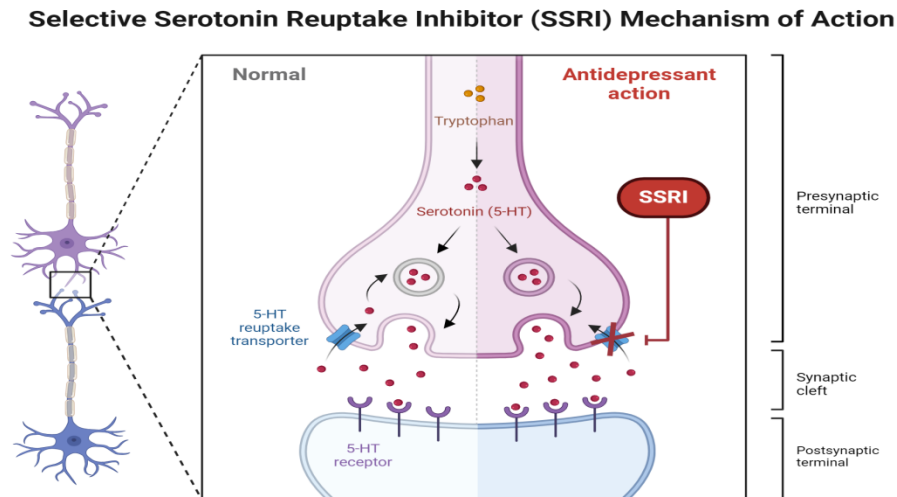


Figure 21 : Mécanisme d'action des ISRS.

2.4 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) exercent leur action par l'inhibition simultanée du transporteur de la sérotonine (SERT) et du transporteur de la noradrénaline (NET), entraînant une augmentation de la disponibilité synaptique de ces deux neurotransmetteurs.

Pour certaines molécules, notamment la venlafaxine, l'effet est dose-dépendant, avec une prédominance sérotoninergique aux faibles doses et une action noradrénergique qui apparaît à des doses plus élevées.

Cette double modulation permet une action plus large sur les circuits neurobiologiques impliqués dans la régulation de l'humeur, de l'anxiété, de la vigilance et de la perception de la douleur. La noradrénaline joue en particulier un rôle essentiel dans les voies descendantes inhibitrices de la douleur, ce qui explique l'intérêt des IRSNa dans les douleurs chroniques et neuropathiques(22).

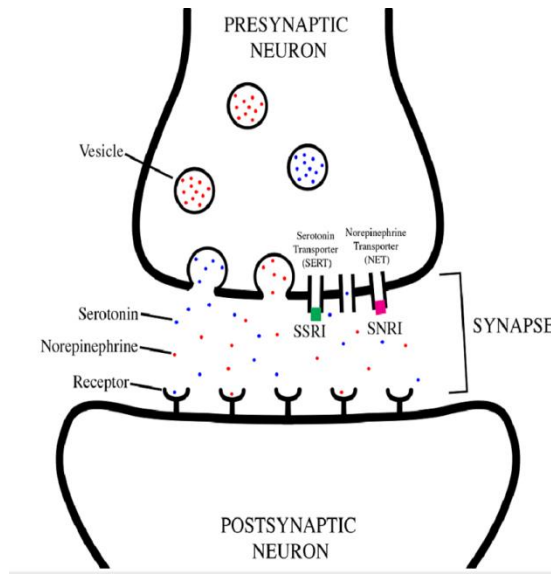


Figure 22 : Mécanisme d'action des IRSNa.

2.5 Antidépresseurs atypiques et à mécanisme multimodal :

Depuis les années 2000, le développement d'antidépresseurs dits atypiques, incluant certaines molécules à mécanisme multimodal, a permis d'élargir considérablement l'arsenal thérapeutique disponible. Ces antidépresseurs ne s'intègrent pas strictement dans les classes traditionnelles définies par un mécanisme unique de recapture des neurotransmetteurs.

Leur originalité repose sur l'association de plusieurs mécanismes d'action, combinant une inhibition partielle de la recapture de la sérotonine à une modulation directe de différents récepteurs sérotoninergiques, tels que les récepteurs 5-HT_{1A}, 5-HT₃, 5-HT₇ ou 5-HT_{2C}. Cette action multimodale permet une régulation plus fine des circuits neuronaux impliqués dans l'humeur, l'anxiété, la cognition et les fonctions émotionnelles.

Parmi ces molécules figurent notamment la mirtazapine, le bupropion, l'agomélatine et la vortioxétine, chacune présentant un profil pharmacologique spécifique permettant d'adapter le traitement au profil clinique du patient. Certaines d'entre elles exercent également une action bénéfique sur les troubles du sommeil, les symptômes cognitifs ou les dysfonctions sexuelles induites par d'autres antidépresseurs (23).

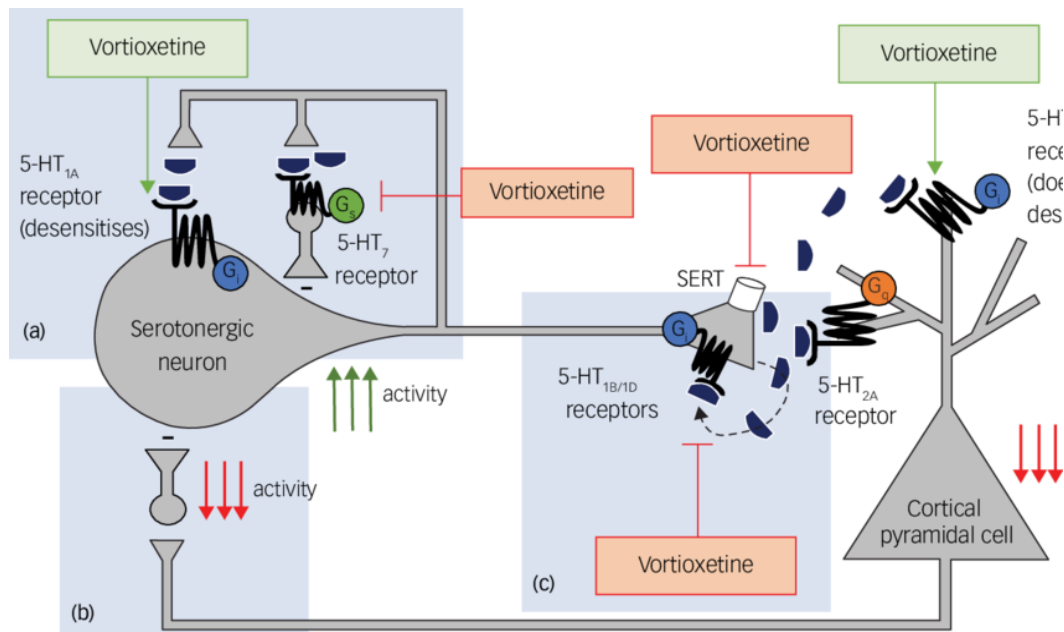


Figure 23 : Mécanisme d'action multimodal de la vortioxétine.

La diversité des mécanismes d'action des antidépresseurs permet une individualisation du traitement, fondée sur le profil clinique du patient, les comorbidités associées, la tolérance et le contexte de prescription.

Cette approche personnalisée est particulièrement pertinente en médecine générale, où la prise en charge s'inscrit dans une vision globale et longitudinale du patient.

3. Effets indésirables, tolérance et interactions médicamenteuses des antidépresseurs :

3.1 Effets secondaires généraux :

Tous les antidépresseurs peuvent provoquer des effets indésirables, surtout en début de traitement, généralement transitoires et liés à l'adaptation neurochimique centrale.

Les effets les plus fréquemment rapportés sont :

- troubles digestifs (nausées, diarrhées, sécheresse buccale),
- céphalées, insomnie ou somnolence,
- anxiété initiale paradoxale,
- troubles sexuels (baisse de la libido, anorgasmie),
- prise de poids modérée.

Bien que le plus souvent bénins, ces effets peuvent altérer l'observance thérapeutique si le patient n'est pas correctement informé en amont (76).

3.2 Effets secondaires spécifiques selon les classes :

3.2-1 Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Les ISRS (fluoxétine, sertraline, paroxétine, escitalopram, citalopram) sont les plus prescrits en première intention pour leur profil de tolérance globalement favorable (77). Leurs effets indésirables dominants sont :

- digestifs (nausées, diarrhées),
- sexuels (dysfonction érectile, anorgasmie),
- neurologiques (tremblements fins, insomnie).

Des cas rares d'hyponatrémie, de syndrome sérotoninergique ou de saignements digestifs ont été décrits (78)

Le syndrome sérotoninergique :

Le **syndrome sérotoninergique** est une complication rare mais potentiellement grave liée à une hyperstimulation des récepteurs sérotoninergiques centraux et périphériques, survenant le plus souvent lors d'une association médicamenteuse ou d'un surdosage.

Il est principalement observé avec les ISRS, les IRSNa, les IMAO, mais aussi lors de l'association avec d'autres médicaments à activité sérotoninergique tels que le tramadol, le lithium, les triptans, certains antitussifs ou plantes médicinales.

Sur le plan clinique, le syndrome sérotoninergique associe classiquement une triade symptomatique :

- troubles neuromusculaires : tremblements, hyperréflexie, myoclonies, rigidité,
- manifestations neuropsychiatriques : agitation, confusion, anxiété, troubles de la conscience,
- signes neurovégétatifs : hyperthermie, sueurs profuses, tachycardie, hypertension, diarrhées.

La sévérité est variable, allant de formes légères à des tableaux graves pouvant engager le pronostic vital.

La prise en charge repose sur l'arrêt immédiat des médicaments responsables, un traitement symptomatique et, dans les formes sévères, une hospitalisation en milieu spécialisé.

En médecine générale, la prévention repose sur une prescription prudente, l'évitement des associations à risque et une information claire du patient sur les signes d'alerte nécessitant une consultation urgente.

3.2-2 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :

Les IRSNa (venlafaxine, duloxétine) présentent une efficacité élevée, notamment dans les formes résistantes, mais leur profil cardiovasculaire impose prudence :

- augmentation modérée de la pression artérielle,
- tachycardie,
- agitation et sudation excessive (79).

3.2-3 Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Les ATC (amitriptyline, clomipramine, imipramine) possèdent un profil anticholinergique marqué :

- sécheresse buccale, constipation, troubles de l'accommodation, rétention urinaire,
- hypotension orthostatique,
- somnolence, prise de poids,
- et surtout risque de toxicité cardiaque (troubles du rythme, allongement du QT).

Ces effets expliquent leur utilisation plus prudente, notamment chez le sujet âgé ou polymédiqué (80).

3.2-4 Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase, aujourd'hui peu prescrits en pratique courante, restent réservés à certaines dépressions résistantes ou atypiques. Leur utilisation est limitée par :

- le risque de crise hypertensive en cas d'ingestion d'aliments riches en tyramine (fromages fermentés, charcuterie),

- le risque élevé de syndrome sérotoninergique en association avec d'autres antidépresseurs ou médicaments sérotoninergiques,
- la nécessité d'un délai de transition (wash-out) strict lors du changement de traitement.

Ces contraintes expliquent leur rare utilisation en médecine générale.

3.2-5 Effet secondaire psychiatrique : virage maniaque :

Le virage maniaque constitue un effet indésirable psychiatrique reconnu des antidépresseurs, pouvant survenir avec l'ensemble des classes, indépendamment de leur mécanisme d'action. Il est observé principalement chez les patients présentant un trouble bipolaire méconnu ou une vulnérabilité thymique sous-jacente.

Cliniquement, le virage maniaque se manifeste par une exaltation de l'humeur, une hyperactivité psychomotrice, une réduction du besoin de sommeil, une logorrhée, une désinhibition, une impulsivité accrue et parfois des conduites à risque. Sa survenue peut compromettre l'évolution clinique et aggraver le pronostic psychiatrique.

Le risque de virage maniaque est décrit avec toutes les classes d'antidépresseurs, mais semble plus élevé avec les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, notamment en l'absence d'un thymorégulateur associé.

En médecine générale, la prévention repose sur un repérage rigoureux des antécédents personnels et familiaux de trouble bipolaire avant l'instauration du traitement, une initiation prudente des posologies et une surveillance clinique étroite durant les premières semaines. La survenue d'un virage maniaque impose l'arrêt de l'antidépresseur et une orientation vers une prise en charge spécialisée.

3.3 Tolérance, observance et surveillance clinique :

La tolérance des antidépresseurs dépend de la sensibilité individuelle, du terrain somatique et des interactions médicamenteuses.

Une surveillance clinique régulière est indispensable durant les premières semaines :

- contrôle du poids, de la tension artérielle et du rythme cardiaque,
- vigilance sur les signes d'agitation, d'idées suicidaires ou de virage maniaque,

- adaptation progressive des posologies pour limiter les effets indésirables (81).

L'information claire du patient sur la nature transitoire de certains effets secondaires améliore nettement l'adhésion au traitement et réduit les interruptions prématurées (82).

3.4 Interactions médicamenteuses des antidépresseurs :

Les antidépresseurs sont fréquemment impliqués dans des interactions médicamenteuses, notamment chez les patients polymédiqués suivis en médecine générale, ce qui impose une vigilance particulière lors de leur prescription.

L'association des ISRS avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antiagrégants plaquettaires ou les anticoagulants est associée à une augmentation du risque hémorragique, en particulier digestif. Ce risque est lié à l'inhibition de la recapture plaquettaire de la sérotonine, justifiant une évaluation du rapport bénéfice-risque et une surveillance clinique adaptée.

Certaines associations médicamenteuses peuvent également entraîner une majoration des effets indésirables par des mécanismes pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques. Les antidépresseurs peuvent interagir avec de nombreux médicaments via le cytochrome P450, entraînant une augmentation ou une diminution des concentrations plasmatiques des traitements associés, avec un risque de sous-dosage ou de toxicité.

Les IMAO exposent à des interactions particulièrement sévères, ce qui limite leur utilisation.

Leur association avec d'autres antidépresseurs, psychotropes ou médicaments à activité sérotoninergique est formellement contre-indiquée, en raison du risque de complications graves. De plus, certaines interactions alimentaires peuvent également survenir, nécessitant une information rigoureuse du patient.

Ainsi, la connaissance des principales interactions médicamenteuses constitue un élément clé de la sécurisation de la prescription des antidépresseurs en soins primaires, et souligne le rôle central du médecin généraliste dans l'évaluation globale du traitement.

3.5 Tableau récapitulatif : principaux effets secondaires des antidépresseurs :

Le tableau suivant résume les principaux effets indésirables des différentes classes d'antidépresseurs et les précautions de surveillance associées :

Tableau VIII : Principaux effets secondaires des antidépresseurs selon les classes thérapeutiques.

Classe	Effets secondaires dominants	Précautions de surveillance
ISRS	Nausées, troubles sexuels, insomnie	Risque de syndrome sérotoninergique, saignements digestifs
IRSNa	Hypertension, agitation, sudation	Surveillance tensionnelle et cardiaque
ATC	Effets anticholinergiques, sédation, hypotension	ECG avant et pendant traitement chez sujets à risque
IMAO	Crises hypertensives, interactions sévères	Régime alimentaire strict, contre-indications

4. Utilisation clinique des antidépresseurs : indications, choix et stratégies thérapeutiques :

4.1 Indications des antidépresseurs :

Les antidépresseurs sont indiqués dans la prise en charge de plusieurs troubles psychiatriques, dont le diagnostic repose sur les critères du DSM-5-TR (28).

L'indication principale demeure l'épisode dépressif caractérisé, dont la prise en charge dépend de la sévérité (léger, modéré ou sévère), de l'intensité des symptômes et de leur retentissement fonctionnel (28,29).

Tableau IX : Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5-TR

Critères DSM-5-TR	Description
A. Symptômes principaux	Présence d'au moins 5 symptômes parmi les suivants, durant une période minimale de 2 semaines , représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
Humeur dépressive	Tristesse persistante, sentiment de vide ou désespoir, présent presque toute la journée.
Perte d'intérêt ou de plaisir	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités.
Troubles de l'appétit ou du poids	Perte ou gain de poids significatif, ou modification de l'appétit.
Troubles du sommeil	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

Ralentissement ou agitation psychomotrice	Observables par l'entourage.
Fatigue ou perte d'énergie	Présente presque tous les jours.
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive	Inappropriée ou excessive.
Troubles de la concentration	Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions.
Idées de mort ou suicidaires	Pensées récurrentes de mort, idées suicidaires avec ou sans plan.
B. Retentissement fonctionnel	Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial.
C. Exclusion étiologique	Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale générale.
D. Exclusion psychiatrique	L'épisode n'est pas mieux expliqué par un trouble psychotique ou un trouble schizo-affectif.
E. Absence d'épisode maniaque ou hypomaniaque	Aucun antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Ils sont également indiqués dans les troubles anxieux, notamment :

- le trouble anxieux généralisé,
- le trouble panique,
- l'agoraphobie,
- la phobie sociale (30).

Les antidépresseurs trouvent aussi leur place dans :

- les troubles du sommeil lorsqu'ils sont secondaires à un épisode dépressif (31),
- le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (32),
- le trouble bipolaire en phase dépressive, uniquement en association avec un thymorégulateur et sous surveillance étroite (33),
- les troubles obsessionnels-compulsifs, qui constituent une entité distincte des troubles anxieux selon le DSM-5-TR (28),

- certaines douleurs chroniques, notamment neuropathiques ou les fibromyalgies, pour lesquelles les antidépresseurs tricycliques et les IRSNa ont démontré une efficacité analgésique (34).

En pratique de première ligne, les indications les plus fréquentes en médecine générale restent l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé, souvent associés chez un même patient (29).

4.2 Contre-indications des antidépresseurs :

Contre-indications absolues :

Les contre-indications absolues des antidépresseurs sont relativement rares mais doivent être strictement respectées afin d'éviter des complications graves. Elles comprennent principalement :

- une hypersensibilité connue à la molécule ou à l'un de ses excipients,
- l'association avec un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), en raison du risque élevé de syndrome sérotoninergique,
- la prescription d'un antidépresseur chez un patient présentant un trouble bipolaire non stabilisé, en l'absence de thymorégulateur, du fait du risque de virage maniaque.

Contre-indications relatives :

Certaines situations cliniques nécessitent une grande prudence lors de la prescription des antidépresseurs, avec une adaptation posologique et une surveillance rapprochée :

- Les antécédents cardiovasculaires, notamment les troubles du rythme ou de la conduction, particulièrement pour les antidépresseurs tricycliques en raison de leur cardiotoxicité,
- Le glaucome à angle fermé et l'hypertrophie bénigne de la prostate, du fait des effets anticholinergiques des antidépresseurs tricycliques,
- L'épilepsie non contrôlée,
- L'insuffisance hépatique ou rénale sévère, nécessitant une adaptation thérapeutique, notamment avec les ISRS et les IRSNa,

- Les troubles hémorragiques ou l'association à des anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires, en raison de l'augmentation du risque hémorragique,
- La grossesse et l'allaitement, pour lesquels la prescription repose sur une évaluation individualisée du rapport bénéfice–risque.

En médecine générale, l'identification rigoureuse de ces contre-indications conditionne la sécurité de la prescription des antidépresseurs et peut justifier le recours à un avis spécialisé dans certaines situations complexes.

4.3 Choix de l'antidépresseur :

Le choix de la molécule repose sur plusieurs critères :

- le profil clinique (anxiété, insomnie, fatigue, douleurs associées),
- les comorbidités somatiques (pathologies cardiovasculaires, hépatiques ou métaboliques),
- les antécédents thérapeutiques,
- les effets indésirables à éviter ou recherchés,
- le coût et la disponibilité des traitements, éléments particulièrement importants dans le contexte marocain,
- les préférences du patient et la probabilité d'observance (35) (36).

Les ISRS, tels que la sertraline, l'escitalopram ou la paroxétine, constituent le plus souvent le traitement de première intention en soins primaires, en raison de leur efficacité et de leur bon profil de tolérance (37).

Les IRSNa, comme la venlafaxine ou la duloxétine, peuvent être privilégiés lorsqu'une symptomatologie douloureuse est associée (38).

4.4 Stratégies thérapeutiques et surveillance :

L'instauration du traitement antidépresseur doit être progressive, avec une augmentation prudente des posologies afin de limiter les effets indésirables initiaux. Une surveillance clinique précoce est nécessaire, et l'évaluation de la réponse thérapeutique est recommandée après 4 à 6 semaines de traitement à dose efficace (39).

En cas d'absence d'amélioration significative, plusieurs options peuvent être envisagées, notamment un ajustement posologique, un changement de molécule ou le renforcement d'une prise en charge non médicamenteuse, en collaboration si nécessaire avec un spécialiste (40).

La durée minimale du traitement est de six mois après la rémission complète, afin de prévenir les rechutes (39). L'arrêt du traitement doit être progressif pour éviter un syndrome de sevrage. Un suivi régulier est indispensable pour évaluer l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement (40) (41).

4.5 Place des antidépresseurs dans la prescription des médecins généralistes :

En médecine générale, les antidépresseurs occupent une place importante dans la prise en charge des épisodes dépressifs caractérisés et de certains troubles anxieux. Ils constituent l'un des traitements les plus fréquemment prescrits en soins primaires, en raison de la prévalence élevée de ces troubles et du rôle de premier recours du médecin généraliste.

La prescription des antidépresseurs en médecine générale repose sur une évaluation globale du patient, tenant compte de la sévérité clinique, du retentissement fonctionnel, des comorbidités somatiques et psychiatriques, ainsi que des facteurs psychosociaux. Les antidépresseurs ne doivent pas être envisagés de manière systématique, mais intégrés dans une stratégie thérapeutique individualisée.

Dans les formes légères, les approches non médicamenteuses peuvent être privilégiées, tandis que les antidépresseurs sont principalement indiqués dans les formes modérées à sévères, ou en cas d'échec des mesures non pharmacologiques. Le médecin généraliste assure l'initiation du traitement, son adaptation et son suivi, en collaboration avec le spécialiste lorsque la situation clinique l'exige.

Ainsi, les antidépresseurs constituent un outil thérapeutique essentiel en médecine générale, dont l'utilisation raisonnée et contextualisée contribue à l'amélioration de la prise en charge des troubles dépressifs et anxieux en soins primaires.

5. Rôle du médecin généraliste en santé mentale au Maroc :

Le médecin généraliste occupe une position essentielle dans la promotion et la prise en charge de la santé mentale au Maroc. Par sa proximité avec la population et son accessibilité, il constitue souvent le premier interlocuteur des patients présentant des troubles psychiques, qu'il s'agisse de manifestations dépressives, anxieuses ou psychosomatiques (24).

Son rôle dépasse la dimension strictement thérapeutique : il englobe le repérage précoce, la prévention, l'écoute active, ainsi que l'orientation vers les structures spécialisées lorsque la situation l'exige (25). Grâce à la relation de confiance qu'il entretient avec ses patients, le médecin généraliste joue également un rôle déterminant dans la lutte contre la stigmatisation et dans la promotion d'une approche humaniste de la santé mentale.

Cependant, son action demeure parfois limitée par des contraintes structurelles et organisationnelles : la charge de travail élevée, la diversité des pathologies rencontrées et le manque d'outils cliniques spécifiques en soins primaires (26). Le développement de programmes de formation continue et de protocoles de référence adaptés apparaît dès lors indispensable pour consolider ses compétences et renforcer sa contribution à une meilleure prise en charge des troubles mentaux dans le système de santé marocain (27).

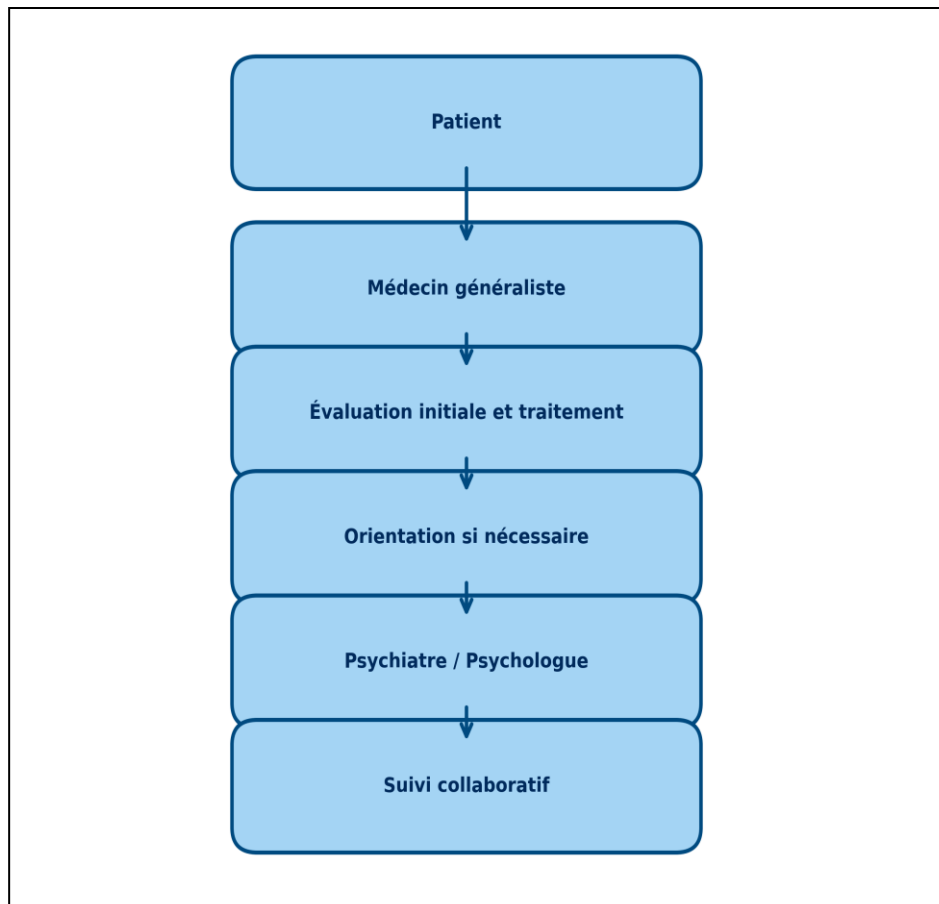


Figure 24 : Circuit de prise en charge du patient dépressif au Maroc.

6. Problématique de la prescription des antidépresseurs en médecine générale :

La prescription des antidépresseurs en médecine générale représente un enjeu complexe à la croisée des dimensions cliniques, organisationnelles et socioculturelles. Si les médecins généralistes constituent souvent le premier recours pour les patients souffrant de troubles dépressifs, leur pratique se déroule dans un contexte caractérisé par une grande diversité symptomatique et des ressources limitées (42) (43).

Sur le plan diagnostique, la variabilité des présentations cliniques, les formes masquées et les comorbidités somatiques ou anxieuses compliquent l'identification précoce de l'épisode dépressif caractérisé. Ces difficultés peuvent conduire à des retards de prise en

charge ou à des prescriptions inadaptées, surtout en l'absence de protocoles de référence clairs et actualisés (44) (45).

Sur le plan thérapeutique, la multiplication des classes d'antidépresseurs disponibles, leurs différences de tolérance et de coût, ainsi que les interactions médicamenteuses possibles, rendent le choix du traitement parfois délicat. Les médecins doivent souvent concilier efficacité clinique, accessibilité du médicament et préférences du patient dans un contexte où les soins spécialisés demeurent peu accessibles (46) (47).

À cela s'ajoutent des facteurs socioculturels et économiques influençant directement la prescription : la stigmatisation persistante autour des troubles mentaux, le recours fréquent aux approches traditionnelles, et la disponibilité inégale des traitements selon les régions. Ces éléments limitent l'observance et la continuité du suivi (48) (49).

Dans ce cadre, l'étude des pratiques de prescription des médecins généralistes de Marrakech s'inscrit dans une démarche de compréhension et d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise à identifier les habitudes thérapeutiques, les critères réels de choix des antidépresseurs, ainsi que les besoins en formation et en accompagnement, en cohérence avec les orientations du Plan national de santé mentale 2022–2026(50) (51).

II. Discussion des résultats :

A. Profil des médecins enquêtés :

Introduction :

L'étude a porté sur un échantillon de 90 médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech, avec un taux de réponse de 72,6 %.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques permet de mieux comprendre la structure du corps médical local et d'éclairer les comportements de prescription des antidépresseurs observés dans les sections suivantes (58) (59).

Âge :

Dans notre étude, la population des médecins généralistes était majoritairement composée de praticiens jeunes ou d'âge intermédiaire. Les tranches d'âge les plus

représentées étaient celles de 30 à 40 ans (25,6 %) et de 41 à 50 ans (23,3 %), tandis que 21,1 % des médecins avaient moins de 30 ans. Les médecins âgés de plus de 50 ans représentaient 30 % de l'effectif total. Cette répartition montre que les médecins âgés de 30 à 50 ans constituent le noyau principal de l'activité de médecine générale, correspondant à une population professionnellement active et durablement impliquée dans les soins de santé primaires.

Sur le plan analytique, l'analyse bivariée réalisée dans notre étude n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'âge des médecins généralistes et la prescription des antidépresseurs. Ce résultat suggère que, dans notre population, la décision de prescrire un antidépresseur ne dépend pas directement de l'âge du praticien pris isolément.

La structure d'âge observée dans notre étude est néanmoins globalement comparable à celle rapportée dans d'autres travaux nationaux et internationaux. Ainsi, l'étude nationale menée par **Tabril et al.** a montré que la prescription des psychotropes était plus fréquente chez les médecins généralistes d'âge intermédiaire ou avancé, notamment ceux âgés de plus de 35 ans (60). Bien que cette étude ne soit pas spécifiquement centrée sur les antidépresseurs, elle demeure pertinente dans la mesure où ces derniers constituent une part importante des psychotropes prescrits en médecine générale.

Sur le plan international, **Johnson et al.**, dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes britanniques, ont rapporté que l'expérience clinique acquise avec l'âge pouvait influencer le sentiment de confiance dans l'initiation et le suivi des antidépresseurs (61). De même, **Mercier et al.** ont souligné que les médecins d'âge intermédiaire combinent plus fréquemment les recommandations cliniques avec leur expérience personnelle dans la décision thérapeutique (62). Toutefois, ces observations ne sont pas systématiquement retrouvées et peuvent varier selon le contexte d'exercice et l'organisation des soins.

Par ailleurs, les médecins plus jeunes, récemment diplômés, bénéficient d'une formation universitaire plus récente intégrant davantage les recommandations de bonnes pratiques et

les approches standardisées en santé mentale. Cette population peut adopter une attitude plus prudente vis-à-vis de la prescription des antidépresseurs, notamment en raison de la complexité diagnostique et du recours préférentiel à un avis spécialisé (61,63). À l'inverse, les praticiens plus âgés s'appuient davantage sur leur expérience clinique. Cependant, dans notre étude, ces différences générationnelles ne se traduisaient pas par une variation statistiquement significative de la prescription, suggérant une relative homogénéité des pratiques.

Ainsi, la structure d'âge des médecins généralistes de notre étude permet de situer notre population par rapport aux données de la littérature, sans pour autant mettre en évidence un lien significatif entre l'âge et la prescription des antidépresseurs. Ces résultats confirment le caractère multifactoriel de la décision thérapeutique en médecine générale.

Tableau X: Comparaison des tranches d'âge les plus représentatives dans les différentes études

Auteur	Pays / Année	Tranche d'âge la plus représentative	Pourcentage
Tabril et al. (60)	Maroc / 2017	> 35 ans	77,3 %
Mercier et al. (62)	France / 2011	40-55 ans	—
Johnson et al. (61)	Royaume-Uni / 2017	Tranche d'âge intermédiaire ($\approx$ 35-55 ans)	—
Notre étude	Maroc (Marrakech) / 2025	30-50 ans	48,9 %

 Sexe :

Dans notre étude, les femmes représentaient 56,7 % des médecins généralistes interrogés, contre 43,3 % d'hommes, mettant en évidence une prédominance féminine parmi les praticiens enquêtés. Cette répartition reflète la féminisation progressive de la médecine générale, phénomène observé au Maroc comme dans de nombreux pays, particulièrement dans le champ des soins de santé primaires.

Sur le plan analytique, l'analyse bivariée a mis en évidence une association statistiquement significative entre le sexe des médecins généralistes et la prescription des antidépresseurs. Cette association suggère des différences de pratiques selon le sexe, sans toutefois permettre d'établir un lien de causalité.

Ces résultats diffèrent de ceux rapportés par **Tabril et al.**, qui avaient mis en évidence une prédominance masculine parmi les médecins généralistes au niveau national, avec 58 % d'hommes contre 42 % de femmes (60). Cette divergence peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les différences temporelles entre les deux études, l'étude de Tabril datant de 2017, ainsi que par des disparités géographiques, notre travail étant centré sur la ville de Marrakech. Par ailleurs, l'évolution récente de la démographie médicale marocaine, marquée par une augmentation progressive du nombre de femmes médecins, pourrait également contribuer à expliquer cette inversion de tendance.

Ces données sont également à rapprocher des résultats de la thèse marocaine d'**Aouaq S.**, soutenue à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech en 2023, portant sur la place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes. Dans ce travail, une prédominance masculine était retrouvée parmi les praticiens enquêtés, avec 56,86 % d'hommes contre 43,14 % de femmes (65). Bien que cette étude concerne les psychotropes au sens large et non spécifiquement les antidépresseurs, elle constitue une référence pertinente permettant de situer nos résultats dans le contexte marocain.

Au niveau international, plusieurs travaux ont confirmé la féminisation croissante de la médecine générale et son impact potentiel sur les pratiques en santé mentale. **Dumesnil et al.** ont montré que le genre du médecin pouvait influencer certaines dimensions de la prise en charge, les femmes médecins accordant une attention particulière à la relation thérapeutique, à l'écoute du patient et à l'évaluation globale de la situation psychosociale, notamment dans le cadre de la prescription des antidépresseurs (66). D'autres études internationales, notamment celles de **Boulon et al.** et de **Johnson et al.**, suggèrent toutefois que les différences observées selon le sexe ne peuvent être interprétées indépendamment

d'autres facteurs tels que la formation initiale et continue, l'expérience professionnelle, le contexte organisationnel des soins et les attentes des patients (67,68).

Ainsi, l'association statistiquement significative observée entre le sexe du médecin et la prescription des antidépresseurs dans notre étude doit être interprétée avec prudence. Elle souligne l'importance de considérer le sexe du praticien comme un facteur contextuel parmi d'autres dans l'analyse des pratiques de prescription, la décision thérapeutique demeurant multifactorielle et largement influencée par les recommandations cliniques et les contraintes du système de soins.

Tableau XI : Comparaison de la répartition selon le sexe des médecins généralistes dans différentes études

Auteur	Pays / Année	Masculin (%)	Féminin (%)
Tabril et al. (60)	Maroc / 2017	58 %	42 %
Aouaq S. (65)	Maroc : Inezgane-Ait Melloul / 2023	56,86 %	43,14 %
Notre étude	Maroc : Marrakech / 2025	43,3 %	56,7 %

 Ancienneté :

Dans notre étude, l'ancienneté professionnelle des médecins généralistes interrogés était répartie de manière relativement équilibrée : 31,1 % exerçaient depuis moins de 5 ans, 14,4 % depuis 5 à 10 ans, 24,4 % depuis 11 à 20 ans et 30 % depuis plus de 20 ans. Cette distribution reflète la coexistence, au sein de la médecine générale à Marrakech, de praticiens récemment diplômés et de médecins disposant d'une longue expérience clinique.

Sur le plan analytique, l'analyse bivariée n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'ancienneté en tant que médecin généraliste et la prescription des antidépresseurs. Ce résultat suggère que, dans notre population, la durée d'exercice ne constitue pas un déterminant direct de la décision de prescrire un antidépresseur.

La structure d'ancienneté observée dans notre étude est néanmoins comparable à celle rapportée dans la littérature nationale. La thèse marocaine d'**Aouaq S.**, menée dans la région d'Inezgane-Ait Melloul, retrouvait également une proportion importante de médecins généralistes ayant une ancienneté supérieure à dix ans, traduisant une certaine stabilité de l'exercice en médecine générale au Maroc (70). Cette hétérogénéité de l'ancienneté semble caractéristique des soins primaires, où coexistent différentes générations de praticiens.

Les médecins ayant une ancienneté inférieure à cinq ans représentaient une part non négligeable de notre échantillon. Ces jeunes praticiens bénéficient généralement d'une formation universitaire plus récente, intégrant davantage les recommandations internationales et les pratiques fondées sur les données probantes, notamment en matière de santé mentale. À l'inverse, les médecins disposant d'une ancienneté plus élevée s'appuient davantage sur leur expérience clinique et leur connaissance longitudinale des patients.

Plusieurs travaux, tant nationaux qu'internationaux, ont souligné que l'ancienneté professionnelle pouvait être associée à des différences de pratiques, notamment en lien avec l'exposition aux recommandations actualisées et à la formation médicale continue (71,72). Toutefois, dans notre étude, ces différences potentielles ne se traduisaient pas par une variation statistiquement significative de la prescription des antidépresseurs, suggérant une relative homogénéité des pratiques en médecine générale.

Ainsi, la diversité d'ancienneté observée dans notre étude permet de mieux caractériser le profil des médecins généralistes interrogés, sans mettre en évidence un lien significatif entre l'ancienneté et la prescription des antidépresseurs. Ces résultats confirment le caractère multifactoriel de la décision thérapeutique et soulignent l'importance de la formation continue pour harmoniser les pratiques en santé mentale.

Tableau XII : Comparaison de l'ancienneté d'exercice des médecins généralistes dans différentes études

Auteur	Pays / Année	Ancienneté la plus représentée
Aouaq S.(70)	Maroc : Inezgane-Ait Melloul / 2023	> 10 ans
Bouharrou (71)	Maroc : Marrakech / 2021	> 15 ans
Notre étude	Maroc : Marrakech / 2025	< 5 ans (31,1 %) et > 20 ans (30 %)

 Lieu d'exercice :

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes exerçaient en milieu urbain (82,2 %), contre 17,8 % en milieu rural, reflétant la répartition inégale des ressources médicales au Maroc.

L'analyse bivariée a mis en évidence une association statistiquement significative entre le lieu de pratique et la prescription d'antidépresseurs, avec une prescription plus fréquente chez les médecins exerçant en milieu urbain par rapport à ceux exerçant en milieu rural. Ce résultat suggère que le milieu d'exercice constitue un facteur associé aux pratiques de prescription des antidépresseurs en médecine générale.

Cette association pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs structurels et organisationnels. En effet, la concentration des médecins généralistes dans les zones urbaines, largement décrite dans les données nationales, expose ces praticiens à une charge de consultation plus importante et à une demande accrue en santé mentale. Le Plan national de santé mentale 2022-2026 souligne notamment une forte urbanisation de l'offre de soins, au détriment des zones rurales, où l'accès aux soins spécialisés demeure limité (73).

Par ailleurs, plusieurs études nationales ont montré que la densité médicale dépasse 10 médecins pour 10 000 habitants dans des grandes villes comme Casablanca, Rabat ou Marrakech, alors qu'elle reste inférieure à 3 médecins pour 10 000 habitants dans de nombreuses provinces rurales (74). Cette disparité territoriale pourrait expliquer une plus grande fréquence de diagnostic et de prise en charge des troubles anxio-dépressifs en

milieu urbain, incluant l'initiation des traitements antidépresseurs par les médecins généralistes.

Les travaux de **Boutayeb** et les analyses du Conseil économique, social et environnemental (CESE) (72) rapportent également que la surcharge de la médecine générale en milieu urbain place les médecins généralistes au premier plan du dépistage et du traitement de première ligne en santé mentale (75). À l'inverse, en milieu rural, l'insuffisance de médecins, la faible accessibilité aux structures spécialisées et les barrières géographiques peuvent limiter ou retarder la prise en charge des troubles dépressifs.

Des données internationales issues de pays à organisation sanitaire comparable rapportent également une prescription plus fréquente des antidépresseurs en milieu urbain, en lien avec une meilleure accessibilité aux soins, une demande accrue des patients et une sensibilisation plus importante aux problématiques de santé mentale (76).

Ainsi, l'association significative retrouvée dans notre étude entre le lieu de pratique et la prescription d'antidépresseurs s'inscrit dans une logique cohérente avec les données nationales et internationales, et souligne le rôle central des médecins généralistes urbains dans la prise en charge de la santé mentale de première ligne au Maroc, tout en mettant en évidence la nécessité de renforcer l'offre de soins en milieu rural afin de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

B. Connaissance et utilisation des antidépresseurs :

1. Expérience et exposition à la prescription :

Dans notre étude, 94,4 % des médecins généralistes déclaraient avoir déjà prescrit des antidépresseurs, traduisant une exposition quasi systématique à cette classe thérapeutique en pratique de première ligne. Ce taux élevé confirme le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles anxiodépressifs au Maroc, où la prescription d'antidépresseurs constitue un acte thérapeutique courant et intégré à la pratique quotidienne.

Ce résultat est globalement supérieur à ceux rapportés dans la littérature internationale. En Europe et en Amérique du Nord, plusieurs études montrent que 70 à 85 % des médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs, la majorité des initiations de traitement étant réalisée en soins primaires (77–80). En France, une enquête nationale a ainsi montré que près de 85 % des médecins généralistes prescrivent régulièrement des antidépresseurs, principalement des ISRS (81). Au Royaume-Uni, les données du National Health Service indiquent que plus de 80 % des prescriptions d'antidépresseurs proviennent de la médecine générale, tendance accentuée depuis la pandémie de COVID-19 (82).

Dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, les taux rapportés sont également élevés mais demeurent généralement inférieurs à ceux observés dans notre étude. En Algérie, **Benradia et al.** rapportent que 78 % des médecins généralistes ont recours aux antidépresseurs dans leur pratique, tandis qu'en Tunisie, ce taux avoisine 70 %, confirmant la place prépondérante de la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiques dans ces contextes (83,84).

La proportion particulièrement élevée observée dans notre étude peut s'expliquer par plusieurs facteurs contextuels propres au système de santé marocain. Le pays fait face à une pénurie marquée de psychiatres, avec une densité largement inférieure aux standards internationaux, ce qui confère au médecin généraliste un rôle de premier recours incontournable en santé mentale (76). Par ailleurs, la présentation somatique fréquente des troubles dépressifs et anxieux dans les pays du Maghreb conduit les patients à consulter prioritairement en médecine générale, où la prescription d'antidépresseurs devient souvent la réponse thérapeutique initiale (85).

Ainsi, le taux élevé de médecins déclarant avoir prescrit des antidépresseurs dans notre étude s'inscrit dans une dynamique à la fois nationale et internationale, tout en soulignant une responsabilité accrue des médecins généralistes marocains dans la prise en charge des troubles anxiodépressifs. Cette réalité renforce la nécessité d'un accompagnement renforcé par des recommandations adaptées et une formation continue ciblée afin de sécuriser et d'harmoniser les pratiques de prescription.

Tableau XIII : Comparaison de l'exposition des médecins généralistes à la prescription des antidépresseurs

Auteur	Pays / Année	Médecins ayant déjà prescrit des antidépresseurs (%)
Dumesnil et al. (81)	France / 2017	85 %
Benradia et al. (83)	Algérie / 2019	78 %
Gaddour et al. (84)	Tunisie / 2020	70 %
Notre étude	Maroc : Marrakech / 2025	94,4 %

2. Types d'antidépresseurs prescrits :

Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes de Marrakech privilégient majoritairement les antidépresseurs de nouvelle génération, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), suivis des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), tandis que les antidépresseurs tricycliques (ATC) conservent une place importante pour des indications spécifiques. Ce profil de prescription est globalement cohérent avec les données de la littérature internationale, tout en reflétant certaines particularités liées au contexte marocain.

✚ Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Dans notre étude, les ISRS constituent la classe la plus prescrite, avec une prédominance nette de l'escitalopram et de la sertraline, suivis de la paroxétine et de la fluoxétine. Cette hiérarchie est concordante avec plusieurs études menées en soins primaires en Europe et en Amérique du Nord, qui rapportent que l'escitalopram et la sertraline figurent parmi les ISRS les plus fréquemment initiés par les médecins généralistes, en raison de leur efficacité démontrée, de leur bon profil de tolérance et de leur simplicité d'utilisation en pratique courante (86–88).

La persistance de la prescription de la paroxétine, malgré un profil d'effets indésirables moins favorable, a également été décrite dans la littérature. Plusieurs auteurs attribuent ce phénomène à une inertie clinique et à l'influence des habitudes de prescription acquises lors de la formation initiale, particulièrement en médecine générale (68). Par ailleurs, l'accessibilité des ISRS sous forme générique au Maroc constitue un facteur supplémentaire favorisant leur utilisation préférentielle.

 Inibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :

Les IRSNa occupent la seconde place dans notre étude, avec une prédominance marquée de la duloxétine, suivie de la venlafaxine. Ce profil est cohérent avec les données internationales, qui montrent que la duloxétine est fréquemment privilégiée en soins primaires en raison de ses indications multiples, associant une efficacité antidépresseur à un effet antalgique, notamment dans les douleurs neuropathiques et les syndromes douloureux chroniques (89,90).

La venlafaxine reste également largement prescrite, notamment dans les formes modérées à sévères ou résistantes du trouble dépressif caractérisé. Toutefois, plusieurs études soulignent que son profil cardiovasculaire, notamment le risque d'élévation tensionnelle, peut constituer un frein à son utilisation par certains médecins généralistes, ce qui pourrait expliquer une prescription plus mesurée par rapport à la duloxétine (91).

 Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Malgré leur ancienneté, les antidépresseurs tricycliques conservent une place importante dans la pratique des médecins généralistes de Marrakech, en particulier l'amitriptyline. Cette observation, bien que pouvant sembler en décalage avec les recommandations internationales, est largement retrouvée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où le coût, la disponibilité des médicaments et l'expérience clinique influencent fortement les choix thérapeutiques (92).

Il convient de souligner que l'utilisation des ATC en médecine générale concerne majoritairement des indications non psychiatriques, telles que les douleurs neuropathiques, les céphalées chroniques ou certains troubles fonctionnels, situation largement décrite dans

la littérature internationale (90,93). La place historique de l'amitriptyline dans la formation médicale et dans les habitudes de prescription contribue également à son maintien en pratique courante (68).

→ Ainsi, le profil de prescription observé dans notre étude apparaît globalement cohérent avec les tendances internationales, caractérisées par la domination des ISRS et l'essor des IRSNa, tout en mettant en évidence des spécificités marocaines, notamment la forte utilisation de l'amitriptyline et l'influence du coût et de la disponibilité des médicaments. Ces résultats traduisent une adaptation pragmatique des pratiques de prescription des médecins généralistes aux réalités cliniques, économiques et organisationnelles du contexte local.

3. Critères influençant le choix de l'antidépresseur :

Dans notre étude, le choix de l'antidépresseur par les médecins généralistes repose principalement sur des critères cliniques objectivables, dominés par les antécédents médicaux du patient (86,7 %), les comorbidités psychiatriques associées (84,4 %) et les traitements en cours, notamment en raison du risque d'interactions médicamenteuses (76,7 %). Cette hiérarchisation traduit une approche prudente et individualisée de la prescription en soins primaires, centrée sur la sécurité du patient et l'évaluation globale de son terrain clinique plutôt que sur la symptomatologie dépressive isolée.

Ces résultats sont concordants avec les données nationales disponibles. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** rapporte que les médecins généralistes privilégient en priorité le terrain somatique et psychiatrique ainsi que le risque d'interactions médicamenteuses dans leur décision thérapeutique, sans toutefois proposer une hiérarchisation chiffrée précise de ces critères (65). De même, l'étude de **Tabril et al.** souligne l'importance des comorbidités et des pathologies chroniques dans la prescription des psychotropes en première ligne, mettant en avant une logique de sécurité plutôt qu'une approche standardisée (60).

Sur le plan international, plusieurs travaux en soins primaires décrivent des tendances similaires. **Johnson et al.** montrent que le choix de l'antidépresseur en médecine générale repose avant tout sur le profil clinique du patient, la présence de comorbidités

psychiatriques et les traitements associés, traduisant une approche pragmatique et sécuritaire de la prescription. Toutefois, ces études ne rapportent pas systématiquement de données quantitatives comparables permettant une analyse chiffrée directe des critères de choix (68).

Par ailleurs, le coût du médicament et son accessibilité influencent le choix thérapeutique chez plus de la moitié des médecins généralistes interrogés (54,4 %). Ce résultat reflète une spécificité du contexte marocain, déjà décrite dans plusieurs travaux nationaux et régionaux, où les contraintes économiques et la disponibilité des médicaments génériques constituent des facteurs déterminants de la prescription en soins primaires, contrairement aux pays à haut revenu où ce critère est généralement secondaire (94).

Ainsi, la comparaison avec la littérature nationale et internationale reste essentiellement qualitative, en raison de l'absence de données chiffrées homogènes dans les études disponibles. Néanmoins, l'ensemble de ces travaux confirme que les pratiques observées dans notre étude s'inscrivent dans une logique partagée de prescription raisonnée, priorisant la sécurité du patient, le terrain clinique et les contraintes du contexte local.

4. Niveau de confort dans la prescription :

Dans notre étude, près de la moitié des médecins généralistes (48,9 %) déclaraient un certain degré d'inconfort dans la prescription des antidépresseurs, allant de l'hésitation à une absence totale d'aisance. Ce résultat met en évidence une insécurité clinique non négligeable, malgré la fréquence de recours à ces traitements en médecine générale.

Au niveau national, ces résultats sont en adéquation avec les données marocaines disponibles. La thèse d'**Aouaq S.** rapporte que près de la moitié des médecins généralistes expriment des réserves ou une hésitation lors de la prescription des antidépresseurs, principalement en lien avec la crainte des effets indésirables, du virage maniaque et l'insuffisance de formation spécifique en santé mentale (65). De même, l'étude de **Tabril et al.** met en évidence qu'environ un médecin généraliste sur deux rapporte un inconfort ou

une hésitation dans la prescription des psychotropes, traduisant un décalage entre la pratique quotidienne et le niveau de maîtrise perçu (60).

À l'échelle internationale, la littérature confirme également cette tendance. En France, **Dumesnil et al.** montrent qu'environ 40 % des médecins généralistes se déclarent insuffisamment à l'aise dans la prescription des antidépresseurs, notamment lors de l'initiation du traitement et du suivi à moyen terme (87). Au Royaume-Uni, **Johnson et al.** soulignent que cette hésitation persiste malgré l'existence de recommandations, en raison de la complexité des situations cliniques et du manque de temps en consultation (68). Des résultats comparables ont été rapportés au Canada et en Australie, où le niveau de confort est fortement influencé par l'accès à la formation continue et la collaboration avec les psychiatres (95).

Ainsi, le taux d'inconfort observé dans notre étude (48,9 %) s'inscrit pleinement dans les données de la littérature nationale et internationale, confirmant que la prescription des antidépresseurs, bien que centrale en soins primaires, reste marquée par une insécurité clinique relative. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation continue, les outils d'aide à la décision et la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, afin d'améliorer la confiance des praticiens et la qualité de la prise en charge des patients.

Tableau XIV: Comparaison du niveau de confort des médecins généralistes dans la prescription des antidépresseurs

Auteur	Pays / Année	Résultats
Tabril et al.	Maroc / 2018	Environ 50 % des médecins généralistes déclarent une hésitation ou un inconfort dans la prescription des psychotropes
Aouaq S.	Maroc/ 2023	Près de 48 % des médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise ou sont hésitants lors de la prescription
Dumesnil et al.	France / 2017	Environ 40 % des médecins généralistes déclarent un faible niveau de confort dans la prescription des antidépresseurs
Notre étude	Maroc (Marrakech) / 2025	48,9 % hésitants ou pas à l'aise

C. Pratiques de prescription :

1. Situations cliniques où les antidépresseurs sont prescrits :

Dans notre étude, les antidépresseurs sont prescrits principalement dans les indications psychiatriques classiques, dominées par l'épisode dépressif majeur (82,2 %), les troubles du sommeil (81,1 %) et le trouble anxieux généralisé (80,0 %). Cette hiérarchisation est conforme aux données rapportées dans la littérature internationale, où le trouble dépressif caractérisé et les troubles anxieux constituent les premières indications des antidépresseurs en médecine générale (64,87).

Plusieurs études européennes et nord-américaines montrent que l'épisode dépressif majeur demeure l'indication prédominante en soins primaires, représentant plus de 70 à 85 % des prescriptions d'antidépresseurs, suivie des troubles anxieux, notamment le trouble anxieux généralisé et le trouble panique (64-96). Ces résultats rejoignent notamment ceux rapportés par **Johnson et al.**, qui soulignent la place centrale de la médecine générale dans la prise en charge des troubles anxiodépressifs en première ligne, et sont comparables à ceux observés dans notre population, confirmant un alignement global des pratiques locales avec les tendances internationales (68).

Au niveau national et régional, des résultats similaires ont été rapportés. La thèse marocaine d'**Aouaq S.**, menée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, ainsi que l'étude tunisienne de **Gaddour et al.**, montrent également une prédominance de l'épisode dépressif majeur et des troubles anxieux comme principales situations cliniques de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes, confirmant la comparabilité de nos résultats avec ceux du Maghreb (65, 84)

La fréquence élevée de prescription dans les troubles du sommeil observée dans notre étude est également décrite dans la littérature. Plusieurs travaux soulignent que l'insomnie constitue un motif de consultation fréquent en médecine générale et conduit souvent à l'instauration d'un antidépresseur lorsque des symptômes thymiques sont associés (97).

Cette situation est particulièrement rapportée dans les pays du Maghreb, où les troubles dépressifs s'expriment fréquemment par des plaintes somatiques et fonctionnelles.

Concernant les troubles paniques, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les taux observés dans notre étude (entre 44 % et 51 %) sont concordants avec les données internationales, où ces pathologies représentent des indications reconnues mais moins fréquentes que la dépression ou le TAG en première ligne (87,98). Leur prise en charge par les médecins généralistes s'explique en partie par l'accessibilité limitée aux soins spécialisés et par la chronicité de ces troubles.

En revanche, la prescription d'antidépresseurs dans le trouble bipolaire en phase dépressive demeure limitée (22,2 %). Cette attitude est conforme aux recommandations nationales et internationales, qui insistent sur une prescription prudente et encadrée, toujours sous couverture d'un traitement thymorégulateur, en raison du risque de virage maniaque. En pratique, un antidépresseur ne doit jamais être prescrit seul chez un patient atteint de trouble bipolaire, et cette indication relève le plus souvent d'un suivi spécialisé, ce qui explique la réticence des médecins généralistes face à cette situation clinique (99).

Ainsi, les situations cliniques de prescription des antidépresseurs observées dans notre étude sont globalement concordantes avec les données nationales et internationales, tout en reflétant les spécificités du contexte marocain, marqué par une forte prévalence des troubles anxiodépressifs et un rôle central du médecin généraliste dans leur prise en charge.

Tableau XV: Comparaison des situations cliniques de prescription des antidépresseurs dans différentes études

Auteur	Pays / Année	Episode dépressif majeur (%)	TAG (%)	Troubles du sommeil (%)	Troubles paniques (%)	TSPT (%)	TOC (%)	Trouble bipolaire – phase dépressive (%)
Johnson et al.	États-Unis / 2016	72-85	60-70	—	40-55	30-45	30-40	—
Gaddour et al.	Tunisie / 2020	78	69	65	48	42	40	18
Aouaq S.	Maroc / 2023	80	74	70	50	46	44	21
Notre étude	Maroc (Marrakech) / 2025	82,2	80,0	81,1	51,1	45,6	44,4	22,2

2. Existence de protocoles ou de lignes directrices :

Dans notre étude, 70 % des médecins généralistes déclaraient s'appuyer sur l'existence de protocoles ou de lignes directrices pour orienter leur prescription des antidépresseurs, tandis que 30 % rapportaient ne pas utiliser de cadre formalisé. Toutefois, cette déclaration ne préjuge pas d'une application systématique ou structurée de ces référentiels en pratique quotidienne, suggérant une utilisation souvent non formalisée et variable selon les situations cliniques.

Au niveau national, des résultats comparables ont été rapportés. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** montre que près des deux tiers des médecins généralistes déclarent se référer à des recommandations, mais que leur utilisation reste fréquemment non systématique et dépendante de l'expérience individuelle du praticien (65). De même, l'étude de **Tabril et al.** met en évidence une utilisation inégale des référentiels, avec une prédominance du raisonnement clinique personnel en l'absence de protocoles nationaux clairement diffusés (60).

À l'échelle internationale, plusieurs études confirment cette discordance entre la connaissance des recommandations et leur application réelle. En France, **Dumesnil et al.**

rapportent que si une majorité de médecins généralistes déclare utiliser des recommandations, celles-ci sont souvent adaptées aux contraintes du terrain et au profil du patient, limitant leur caractère formalisé (87). Au Royaume-Uni, les travaux de **Johnson et al.** montrent que, malgré une bonne connaissance des référentiels, leur application stricte reste limitée en pratique courante, notamment en raison du manque de temps et de la complexité des situations cliniques (68).

Dans les pays du Maghreb et à revenu intermédiaire, cette situation est encore plus marquée. L'étude tunisienne de **Gaddour et al.** souligne que l'absence de protocoles nationaux spécifiques en médecine générale conduit les praticiens à s'appuyer davantage sur leur formation initiale et leur expérience clinique que sur des lignes directrices formalisées (84).

Ainsi, bien que de nombreux médecins généralistes déclarent se référer à des protocoles ou à des recommandations, leur utilisation demeure largement non formalisée dans la pratique, rejoignant les données de la littérature nationale et internationale. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer la diffusion de référentiels clairs, adaptés à la médecine générale, ainsi que leur appropriation pratique, afin d'améliorer la structuration et la sécurité de la prescription des antidépresseurs en soins primaires.

3. Suivi de l'efficacité et de la tolérance au traitement antidépresseur:

Dans notre étude, le suivi de l'efficacité et de la tolérance après l'instauration d'un antidépresseur apparaît globalement satisfaisant. En effet, 73,3 % des médecins généralistes déclarent assurer un suivi très régulier, tandis que 22,1 % rapportent un suivi occasionnel. À l'inverse, seule une minorité déclare un suivi rare ou inexistant (4,7 %). Ces résultats traduisent une implication importante des médecins généralistes dans la surveillance clinique des patients traités par antidépresseurs.

Au niveau national, des données comparables ont été rapportées. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** montre que la majorité des médecins généralistes assurent un suivi clinique après prescription d'un psychotrope, principalement par des consultations programmées et une évaluation clinique subjective de l'efficacité et de la tolérance. Toutefois, comme dans

notre étude, ce suivi reste le plus souvent non standardisé, reposant davantage sur l'expérience clinique que sur des outils formalisés (65).

Dans la région du Maghreb, l'étude tunisienne de **Gaddour et al.** rapporte également une fréquence élevée de suivi après prescription d'antidépresseurs, avec une prédominance des consultations de contrôle régulières. Néanmoins, ces auteurs soulignent une hétérogénéité des pratiques, notamment concernant la fréquence des visites et l'absence fréquente d'échelles validées d'évaluation (84).

À l'échelle internationale, plusieurs études observationnelles menées en Europe et en Amérique du Nord confirment que le suivi des patients sous antidépresseurs est majoritairement assuré en soins primaires, en particulier durant les premières semaines de traitement. **Dumesnil et al.** rapportent que plus de deux tiers des médecins généralistes effectuent un suivi rapproché après l'initiation du traitement, principalement axé sur l'amélioration clinique et la tolérance, mais avec un recours limité aux outils standardisés (87). De même, **Johnson et al.** soulignent que le suivi repose le plus souvent sur l'entretien clinique, la fréquence des consultations étant modulée par la sévérité initiale et l'évolution des symptômes (68).

Ainsi, les résultats de notre étude s'inscrivent dans une dynamique nationale et internationale marquée par une forte implication des médecins généralistes dans le suivi des antidépresseurs, tout en mettant en évidence une marge d'amélioration concernant la structuration du suivi, notamment par l'utilisation d'outils d'évaluation validés et l'harmonisation des pratiques. Ces constats renforcent l'intérêt de développer des stratégies de formation continue et des protocoles adaptés à la médecine générale afin d'optimiser la qualité du suivi thérapeutique.

4. Recours à l'avis spécialisé psychiatrique :

Dans notre étude, 82,2 % des médecins généralistes déclaraient avoir recours à un avis psychiatrique dans certaines situations cliniques, tandis que 17,8 % rapportaient ne pas solliciter systématiquement de spécialiste. Ce résultat témoigne d'un recours fréquent à l'avis spécialisé, suggérant une certaine collaboration entre la médecine générale et la

psychiatrie, tout en confirmant le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge initiale des troubles anxiodépressifs.

Au niveau national, la thèse marocaine d'**Aouaq S.** rapporte également un recours fréquent à l'avis psychiatrique chez les médecins généralistes. Les situations motivant ce recours, décrites dans cette étude, incluent notamment les cas complexes ou résistants, bien que ces éléments ne soient pas explorés dans notre questionnaire (65).

Dans la région du Maghreb, l'étude tunisienne de **Gaddour et al.** met en évidence des pratiques similaires, avec un recours à l'avis spécialisé non systématique. Les auteurs soulignent que ce recours est influencé par des facteurs structurels, tels que la disponibilité des psychiatres et l'organisation des soins, conduisant les médecins généralistes à assurer une part importante de la prise en charge en première ligne (84).

À l'échelle internationale, plusieurs études confirment que le recours à l'avis psychiatrique par les médecins généralistes est fréquent mais ciblé. **Dumesnil et al.** et **Johnson et al.** montrent que la majorité des troubles anxiodépressifs sont pris en charge en soins primaires, l'avis spécialisé intervenant principalement dans certaines situations cliniques (87,68).

Ainsi, le taux élevé de recours à l'avis psychiatrique observé dans notre étude reflète une volonté de collaboration interprofessionnelle. Ces résultats soulignent l'intérêt de renforcer les circuits de coordination entre médecine générale et psychiatrie, ainsi que d'explorer plus finement, dans de futures études, les déterminants du recours à l'avis spécialisé

Tableau XVI : Comparaison du recours à l'avis spécialisé psychiatrique chez les médecins généralistes selon différentes études

Auteur	Pays / Année	Recours à l'avis psychiatrique (%)	Absence de recours (%)
Aouaq S.	(Maroc) / 2023	96,08	3,92
Notre étude	Maroc (Marrakech) / 2025	82,2	17,8

5. Pratiques concrètes du suivi des patients :

Dans notre étude, le suivi des patients traités par antidépresseurs reposait principalement sur des consultations régulières, rapportées par 80,0 % des médecins généralistes. Ces consultations constituent le principal moyen de réévaluation clinique, permettant d'apprécier l'évolution des symptômes et la tolérance du traitement. Cette question autorisait des réponses multiples, un même médecin pouvant déclarer plusieurs modalités de suivi. Par ailleurs, 27,8 % des médecins déclaraient compléter ce suivi par des bilans ou examens médicaux périodiques, tandis qu'une proportion équivalente (27,8 %) rapportait le recours à un avis psychiatrique dans certaines situations cliniques. À l'inverse, une minorité de praticiens (5,6 %) reconnaissait l'absence de suivi systématique.

Toutefois, si le suivi est majoritairement assuré par des consultations répétées, l'utilisation d'outils formalisés et standardisés d'évaluation de l'efficacité et de la tolérance demeure limitée, traduisant un suivi essentiellement clinique, souvent implicite et peu structuré.

Au niveau national, des résultats similaires ont été rapportés. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** montre que le suivi des patients sous psychotropes en médecine générale repose principalement sur des consultations programmées, avec un recours restreint aux outils d'évaluation standardisés et aux examens complémentaires, reflétant à la fois les contraintes organisationnelles et les habitudes de pratique en soins primaires (65).

Dans la région du Maghreb, l'étude tunisienne de **Gaddour et al.** rapporte également que le suivi des patients traités par antidépresseurs est majoritairement assuré par des consultations cliniques régulières, les examens complémentaires étant réservés à des situations ciblées. Les auteurs soulignent une hétérogénéité des pratiques, notamment en l'absence de protocoles nationaux clairement définis pour la médecine générale (84).

À l'échelle internationale, plusieurs études confirment cette prédominance du suivi clinique. **Dumesnil et al.** montrent que la majorité des médecins généralistes privilégient des consultations de suivi rapprochées pour apprécier l'évolution symptomatique et la tolérance, tandis que le recours à des outils validés ou à des examens biologiques reste inconstant

(87). De même, **Johnson et al.** rapportent que l'absence de suivi structuré concerne une minorité de praticiens, souvent en lien avec des contraintes de temps et de charge de travail (68).

Ainsi, les modalités de suivi observées dans notre étude s'inscrivent dans une dynamique nationale et internationale caractérisée par une prédominance du suivi clinique par consultations, avec une évaluation de l'efficacité et de la tolérance souvent non formalisée. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la structuration du suivi en médecine générale, notamment par la diffusion d'outils simples et adaptés d'évaluation clinique.

D. Formation et besoins exprimés :

1. Niveau de formation préalable des médecins généralistes :

Dans notre étude, près de la moitié des médecins généralistes (48,9 %) déclaraient n'avoir bénéficié d'aucune formation spécifique en matière de prescription des antidépresseurs après leur formation médicale de base, tandis que seuls 17,8 % déclaraient bénéficier de formations régulières dans ce domaine.

Ces résultats mettent en évidence une insuffisance globale de la formation post-universitaire en santé mentale chez les médecins généralistes, susceptible d'influencer leur niveau de confort et leurs pratiques de prescription des antidépresseurs.

Au niveau national, des constats similaires ont été rapportés. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** montre qu'une proportion élevée de médecins généralistes n'a reçu qu'une formation limitée ou ancienne sur les psychotropes, essentiellement acquise durant le cursus universitaire initial, sans mise à jour régulière par la formation continue (65). De même, l'étude marocaine de **Tabril et al.** souligne que la formation en santé mentale des médecins généralistes reste insuffisante et hétérogène, avec un recours encore limité aux programmes de formation continue structurés (60).

Dans la région du Maghreb, l'étude tunisienne de **Gaddour et al.** rapporte également un faible taux de formation continue régulière en psychopharmacologie chez les médecins généralistes, la majorité déclarant s'appuyer principalement sur leurs connaissances

acquises lors de la formation initiale ou sur l'expérience clinique. Cette situation contribue à une variabilité importante des pratiques de prescription (84).

À l'échelle internationale, plusieurs études observationnelles confirment ces tendances. En France, **Dumesnil et al.** montrent que de nombreux médecins généralistes estiment leur formation en psychiatrie insuffisante pour répondre de manière optimale aux besoins croissants en santé mentale, malgré leur rôle central dans la prise en charge des troubles anxiodépressifs (87). Aux États-Unis et en Europe, **Johnson et al.** rapportent que le manque de formation continue spécifique constitue l'un des principaux freins à une prescription plus sécurisée et standardisée des antidépresseurs en soins primaires (68).

Ainsi, les résultats de notre étude s'inscrivent dans une dynamique nationale et internationale marquée par un déficit de formation actualisée des médecins généralistes en santé mentale. Cette situation souligne la nécessité de renforcer les programmes de formation continue ciblés, adaptés aux réalités de la médecine générale, afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'homogénéité des pratiques de prescription des antidépresseurs.

2. Besoins exprimés en formation :

Dans notre étude, la quasi-totalité des médecins généralistes (96,7 %) exprimaient un besoin de formation complémentaire en matière de prescription des antidépresseurs, tandis qu'une proportion marginale se montrait hésitante (3,3 %) et qu'aucun médecin ne déclarait l'absence de besoin. Ce résultat met en évidence un consensus fort quant à l'insuffisance perçue des compétences et à la nécessité d'une mise à jour des connaissances en santé mentale en médecine générale.

Sur le plan analytique, l'analyse bivariée réalisée dans notre étude n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le besoin en formation exprimé par les médecins généralistes et la prescription des antidépresseurs. Cela suggère que, malgré un besoin largement partagé, les médecins généralistes continuent à prescrire des antidépresseurs dans leur pratique quotidienne. Cette situation peut s'expliquer par le fait que, dans le contexte des soins primaires, certains médecins généralistes se trouvent dans l'obligation d'initier un traitement antidépresseur, en raison de la fréquence élevée des

troubles anxiodépressifs, de l'accès parfois limité aux soins spécialisés et de leur rôle central de premier recours dans le système de santé.

Au niveau national, des résultats concordants ont été rapportés. La thèse marocaine d'**Aouaq S.** montre que la majorité des médecins généralistes identifient un besoin pressant de formation continue en psychopharmacologie, notamment concernant le choix des molécules, la gestion des effets indésirables et la conduite du suivi (65). De même, l'étude de **Tabril et al.** met en évidence une demande élevée de formations structurées, traduisant un décalage entre les exigences de la pratique quotidienne et la formation initiale reçue (60).

Dans la région du Maghreb, l'étude tunisienne de **Gaddour et al.** rapporte également une forte demande de formation continue, la majorité des médecins généralistes estimant que leurs connaissances en antidépresseurs sont insuffisantes face à l'augmentation des troubles anxiodépressifs en soins primaires, notamment dans les contextes où l'accès aux soins spécialisés demeure limité (84).

À l'échelle internationale, plusieurs études observationnelles confirment cette tendance. En France, **Dumesnil et al.** rapportent que plus de 80 % des médecins généralistes souhaitent bénéficier de formations supplémentaires en psychiatrie, notamment afin de sécuriser la prescription et d'améliorer le suivi des patients (87). **Johnson et al.** soulignent que le besoin de formation influence l'aisance perçue des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles dépressifs, sans pour autant se traduire systématiquement par des différences objectives de prescription (68).

En définitive, l'ampleur des besoins de formation exprimés par les médecins généralistes dans notre étude traduit une prise de conscience claire des limites actuelles de la formation initiale face aux exigences croissantes de la prise en charge des troubles anxiodépressifs. Toutefois, l'absence d'association significative entre ce besoin et la prescription des antidépresseurs souligne que cette dernière repose sur une combinaison de facteurs cliniques, organisationnels et contextuels, renforçant la nécessité d'un renforcement structuré et continu de la formation en santé mentale en médecine générale.

Tableau XVII: Comparaison du besoin exprimé en formation en santé mentale chez les médecins généralistes

Auteur	Pays / Année	Besoin exprimé en formation (%)
Tabril et al.	Maroc / 2017	88,0 %
Aouaq S.	Maroc / 2023	91,0 %
Gaddour N. et al.	Tunisie / 2020	89,6 %
Johnson CF et al.	Royaume-Uni / 2017	76,0 %
Notre étude	Maroc – Marrakech / 2025	96,7 %

E. Facteurs externes influençant la prescription :

Dans notre étude, les principaux facteurs externes influençant la prescription des antidépresseurs étaient la disponibilité des soins spécialisés (60,0 %), le manque de formation en santé mentale (57,8 %), les attentes du patient (48,9 %) et les difficultés diagnostiques (40,0 %). Ces résultats soulignent le poids déterminant de facteurs organisationnels et systémiques dans la prise de décision thérapeutique en médecine générale.

Des données nationales marocaines rapportent des résultats comparables. Dans l'étude de **Tabril et al.** l'insuffisance de l'offre de soins spécialisés et le déficit de formation continue figuraient parmi les principaux freins à une prise en charge optimale des troubles psychiques en première ligne (60). De même, la thèse d'**Aouaq S.** menée à la FMPM montre que la faible accessibilité aux psychiatres et le sentiment d'insuffisance de compétences influencent directement le recours aux psychotropes par les médecins généralistes (65).

Sur le plan international, plusieurs études confirment ces observations. **Johnson et al.** au Royaume-Uni ont montré que les médecins généralistes exerçant dans des contextes de faible accessibilité aux soins spécialisés étaient plus enclins à initier eux-mêmes un traitement antidépresseur, parfois en dehors d'un cadre strictement protocolisé (68). En Tunisie, **Gaddour et al.** rapportent que plus de la moitié des médecins généralistes considèrent le manque de formation spécifique et la pénurie de psychiatres comme des déterminants majeurs de leurs pratiques de prescription (84).

Par ailleurs, les attentes du patient constituent un facteur non négligeable. La littérature internationale souligne que la demande explicite de traitement médicamenteux, souvent motivée par la souffrance fonctionnelle ou l'insomnie, peut influencer la décision du médecin généraliste, en particulier dans des contextes où le temps de consultation est limité (98). Cette pression est d'autant plus marquée dans les pays du Maghreb, où les troubles anxiodépressifs s'expriment fréquemment sous forme de plaintes somatiques.

Ainsi, les facteurs externes identifiés dans notre étude s'inscrivent pleinement dans les données nationales et internationales. Ils traduisent une pratique de prescription fortement conditionnée par les contraintes structurelles du système de santé, l'accès limité aux soins spécialisés et les besoins non couverts en formation continue, soulignant la nécessité d'interventions organisationnelles et formatives ciblées.

F. Analyse des commentaires libres :

Les commentaires libres recueillis auprès des médecins généralistes apportent un éclairage qualitatif essentiel, venant compléter et approfondir les résultats quantitatifs du questionnaire. Ils témoignent d'une réflexion critique des praticiens sur leurs pratiques et sur les limites rencontrées en médecine générale.

Un premier thème récurrent concerne le besoin de formation continue renforcée en santé mentale. De nombreux médecins expriment le sentiment que la formation initiale reste insuffisante face à la complexité croissante des troubles anxiodépressifs, et soulignent l'absence d'actualisation régulière de leurs connaissances, notamment en matière de prescription sécurisée des antidépresseurs.

Un second thème met en évidence le rôle central du médecin généraliste, mais aussi ses limites. Plusieurs praticiens identifient clairement les situations nécessitant une orientation vers un psychiatre, telles que la présence d'idées suicidaires, la suspicion de trouble bipolaire, les tableaux sévères ou résistants, ou encore les troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Ces remarques traduisent une conscience professionnelle des limites du champ de la médecine générale.

Les médecins évoquent également des obstacles systémiques impactant la qualité de la prise en charge, notamment le manque de coordination entre généralistes et spécialistes, certaines interférences dans la continuité thérapeutique (arrêt injustifié de traitements), le rôle parfois délicat des pharmaciens, ainsi que le manque de temps en consultation.

Enfin, plusieurs commentaires insistent sur l'importance de l'alliance thérapeutique, de l'écoute et du soutien psychologique, considérés comme des éléments indissociables de la prise en charge médicamenteuse. Ces témoignages soulignent que la prescription d'un antidépresseur ne peut être dissociée d'une relation thérapeutique de qualité.

Ainsi, l'analyse des commentaires libres met en évidence une convergence forte entre les données quantitatives et le vécu des médecins, et souligne les enjeux organisationnels, formatifs et relationnels de la prise en charge des troubles anxiodépressifs en médecine générale.



CONCLUSION



La prescription des antidépresseurs en médecine générale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, en raison de la prévalence croissante des troubles anxieux et dépressifs et du rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins. Cette étude confirme la complexité de cette pratique et montre que, malgré leur volonté d'assurer une prise en charge adéquate, les médecins généralistes demeurent confrontés à plusieurs obstacles : limites de formation initiale, absence de protocoles standardisés, difficulté diagnostique et accès inégal aux soins spécialisés.

Ces résultats rejoignent les constats formulés dans d'autres travaux menés au Maroc et à l'international, et soulignent la nécessité de renforcer les compétences des médecins généralistes dans l'évaluation, la prescription et le suivi des patients souffrant de troubles anxiodépressifs. La mise en place de programmes de formation continue, la diffusion de recommandations actualisées et l'amélioration de la collaboration avec les psychiatres apparaissent comme des pistes essentielles pour optimiser la qualité des soins.

La santé mentale ne peut reposer uniquement sur les spécialistes, et le généraliste occupe une place stratégique dans le dépistage précoce, l'instauration du traitement et l'accompagnement des patients. Consolider son rôle, l'outiller davantage et soutenir ses pratiques représentent des priorités pour renforcer la prise en charge en première ligne.

Par ce travail, nous souhaitons contribuer à une meilleure compréhension des réalités de terrain et encourager la mise en place d'actions concrètes pour optimiser la prescription des antidépresseurs au Maroc.

Ce travail met en lumière l'importance stratégique du médecin généraliste dans la santé mentale et souligne la nécessité d'un renforcement ciblé des compétences, d'un accès facilité aux ressources spécialisées et d'une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de soins.

Nous espérons qu'il constituera une base utile pour le développement de programmes de formation continue, l'élaboration de protocoles adaptés au contexte national, et qu'il ouvrira la voie à d'autres recherches visant à approfondir la compréhension des pratiques de soins en première ligne.

Au-delà des chiffres, notre ambition est de contribuer à une prise en charge plus cohérente, plus humaine et davantage orientée vers les besoins réels des patients souffrant de troubles anxiodépressifs.



La lumière des résultats de notre étude et des données issues de la littérature internationale, plusieurs axes d'amélioration peuvent être proposés afin d'optimiser la prescription des antidépresseurs en médecine générale au Maroc. Ces recommandations visent à renforcer les compétences des médecins généralistes, améliorer la continuité des soins et soutenir une prise en charge plus cohérente et intégrée des troubles anxio-dépressifs.

1. Renforcer la formation initiale et continue en santé mentale

1.1. Consolider l'enseignement universitaire

- Augmenter le volume horaire consacré à la psychiatrie dans le cursus médical.
- Mieux orienter la formation vers les pathologies les plus fréquentes en soins primaires : dépression, TAG, troubles somatoformes, troubles paniques.

1.2. Développer des programmes de formation continue ciblés

- Mettre en place des formations régulières en santé mentale (actualisation des pratiques, nouveautés thérapeutiques, stratégies de suivi).
- Encourager la participation à des ateliers pratiques sur : évaluation clinique, choix de la molécule, gestion des effets secondaires, dépistage du trouble bipolaire.
- S'inspirer des modèles ayant fait leurs preuves, tels que la **Gotland Study** ou les programmes de renforcement des compétences en soins primaires recommandés par l'OMS.

2. Améliorer la qualité du diagnostic et de la prescription

2.1. Diffuser des protocoles standardisés

- Établir des guides nationaux de prescription adaptés au contexte marocain.
- Harmoniser les pratiques : choix de la molécule, posologie, durée minimale du traitement, stratégies en cas de non-réponse.

2.2. Encourager l'utilisation d'outils d'évaluation validés

- PHQ-9 pour le suivi de la dépression (99).
- GAD-7 pour l'anxiété généralisée (100).
- Échelles simples de suivi de l'observance et de tolérance.

3. Renforcer la relation médecin-patient

- Promouvoir une approche centrée sur l'écoute, l'empathie et la communication thérapeutique.
- Informer clairement le patient sur le mécanisme, les objectifs, les délais d'action, les effets secondaires et la durée minimale du traitement.
- Sensibiliser les patients à l'importance de l'observance et à la nécessité d'un suivi régulier.

4. Optimiser la collaboration entre médecine générale et psychiatrie

- Développer un réseau de soins partagés, facilitant l'accès rapide à l'avis spécialisé.
- Encourager la création de circuits de référence courts entre généralistes et psychiatres.
- Promouvoir des réunions de concertation ou consultations conjointes dans les cas complexes.

5. Former les autres acteurs du système de santé

- Sensibiliser les pharmaciens au bon usage des antidépresseurs afin d'éviter les interruptions inappropriées ou la désinformation des patients.
- Impliquer les spécialistes d'autres disciplines (cardiologues, neurologues, internistes) dans des programmes de formation ciblés, compte tenu des interactions médicamenteuses et des tableaux mixtes.

6. Sensibiliser la population générale

- Mettre en œuvre des campagnes nationales d'information :
 - ✓ réduction de la stigmatisation,
 - ✓ explication du rôle du médecin généraliste,
 - ✓ clarification du fonctionnement des antidépresseurs.
- Renforcer l'éducation en milieu scolaire, universitaire et professionnel sur la santé mentale.

7. Promouvoir une approche communautaire de la santé mentale

- Suivre les recommandations de l'OMS visant à intégrer la santé mentale dans les soins primaires.
- Renforcer l'ancrage communautaire des actions de prévention et de dépistage.
- Favoriser les interventions multiaxiales : MG, psychologues, pharmaciens, familles, écoles, médias.

8. Développer la recherche et les données nationales

- Encourager des études multicentriques marocaines afin de mieux comprendre les pratiques de prescription.
- Créer une base de données nationale sur les troubles anxio-dépressifs en soins primaires.
- Soutenir des travaux de recherche sur l'efficacité des programmes de formation en santé mentale.



Notre travail présente plusieurs limites méthodologiques qu'il convient de reconnaître afin d'interpréter les résultats avec prudence :

- **Nature transversale de l'étude** : notre enquête repose sur un recueil ponctuel des données, ce qui ne permet pas d'établir des relations causales entre les variables observées.
- **Méthode de collecte basée sur un questionnaire auto-administré** : les réponses reposent sur les déclarations des médecins, exposant l'étude aux biais de déclaration (erreurs involontaires), aux biais cognitifs (souvenirs approximatifs) et au biais de désirabilité sociale (tendance à donner des réponses valorisées socialement plutôt que reflétant la réalité).
- **Disponibilité variable des médecins interrogés** : certains praticiens ont exprimé des difficultés à remplir le questionnaire en raison de leur charge de travail, ce qui peut limiter la représentativité de certaines réponses.
- **Cadre géographique restreint** : l'étude a été menée exclusivement auprès de médecins généralistes exerçant dans la ville de Marrakech ; les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble du Maroc.
- **Absence de données issues de sources objectives** : les pratiques rapportées reposent sur les perceptions et déclarations des médecins, sans vérification par des dossiers patients, prescriptions réelles ou audits cliniques.
- **Complexité du phénomène étudié** : un questionnaire, même détaillé, ne permet d'explorer qu'une partie des déterminants de la prescription des antidépresseurs, qui dépend également de facteurs organisationnels, relationnels et contextuels.
- **Comparabilité limitée avec la littérature internationale** : les études disponibles utilisent des méthodologies hétérogènes (diagnostics codifiés, données de prescription réelle, enquêtes populationnelles), ce qui rend les comparaisons parfois difficiles.

- **Manque de statistiques nationales** : l'insuffisance de données marocaines publiées sur la prescription des antidépresseurs réduit les possibilités de situer précisément nos résultats dans le contexte national.



RÉSUMÉ

La santé mentale constitue aujourd'hui un défi majeur au Maroc, marqué par une prévalence croissante des troubles anxieux et dépressifs et une insuffisance persistante de l'offre spécialisée. Dans ce contexte, le médecin généraliste occupe une place centrale, souvent en première ligne du dépistage, de l'initiation du traitement et du suivi des patients souffrant de troubles thymiques et anxieux. La prescription des antidépresseurs en soins primaires représente ainsi un enjeu clinique essentiel, nécessitant une compréhension précise des pratiques, des déterminants décisionnels et des difficultés rencontrées par les praticiens.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les pratiques de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes de la ville de Marrakech, d'identifier les facteurs influençant leurs décisions thérapeutiques, ainsi que les difficultés auxquelles ils sont confrontés, afin de mieux comprendre leurs besoins en formation. Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée auprès de 124 médecins contactés, dont 90 ont répondu au questionnaire (taux de réponse : 72,6 %).

Les médecins interrogés sont majoritairement de sexe féminin (56,7 %), exercent principalement en milieu urbain (82,2 %) et présentent une ancienneté variable allant de moins de 5 ans à plus de 20 ans. La quasi-totalité d'entre eux (94,4 %) déclarent avoir déjà prescrit des antidépresseurs. Les molécules les plus utilisées appartiennent essentiellement aux classes des ISRS, des IRSN et des antidépresseurs tricycliques, avec une nette prédominance de l'escitalopram, de la duloxétine et de l'amitriptyline.

Les principales indications mentionnées sont l'épisode dépressif majeur (82,2 %), les troubles du sommeil (81,1 %), le trouble anxieux généralisé (80 %) et les troubles paniques (51,1 %). Toutefois, la prise en charge de la phase dépressive du trouble bipolaire demeure plus rare (22,2 %), traduisant la prudence des médecins face au risque de virage maniaque.

L'étude met également en évidence une surveillance globalement régulière après l'initiation d'un antidépresseur, mais une hétérogénéité persiste concernant le suivi

structuré, l'utilisation d'outils d'évaluation et le recours aux protocoles. Par ailleurs, 48,9 % des médecins n'ont reçu aucune formation spécifique en prescription d'antidépresseurs et 96,7 % expriment un besoin clair de formation supplémentaire, soulignant un déficit de compétences actualisées en santé mentale.

Plusieurs facteurs externes influencent la décision de prescrire, notamment la disponibilité de soins spécialisés, le manque de formation continue, les attentes des patients et la difficulté diagnostique. Les commentaires formulés par les médecins mettent en avant la nécessité de renforcer la collaboration entre généralistes et psychiatres, d'améliorer la formation continue, de sensibiliser les pharmaciens, et de renforcer l'écoute et l'accompagnement des patients.

Notre étude montre ainsi que, malgré leur rôle incontournable, les médecins généralistes restent confrontés à des obstacles structurels et organisationnels qui limitent parfois la qualité de la prise en charge. Ces résultats appellent à une amélioration du cursus universitaire, au développement de programmes de formation continue dédiés, à la mise en place de protocoles nationaux adaptés au contexte marocain, et à une optimisation de la coordination interprofessionnelle.

ABSTRACT

Mental health currently represents a major challenge in Morocco, characterized by an increasing prevalence of anxiety and depressive disorders and a persistent shortage of specialized mental health services. In this context, general practitioners occupy a central position, often acting as first-line providers in the screening, initiation of treatment, and follow-up of patients suffering from mood and anxiety disorders. Antidepressant prescription in primary care therefore constitutes a key clinical issue, requiring a clear understanding of prescribing practices, decision-making determinants, and the difficulties encountered by practitioners.

The main objective of this study was to assess antidepressant prescribing practices among general practitioners in the city of Marrakech, to identify the factors influencing their therapeutic decisions, as well as the difficulties they face, in order to better understand their training needs. This was a descriptive cross-sectional study conducted among 124 contacted physicians, of whom 90 responded to the questionnaire (response rate: 72.6%).

The surveyed physicians were predominantly female (56.7%), mainly practicing in urban areas (82.2%), with professional experience ranging from less than 5 years to more than 20 years. The vast majority (94.4%) reported having already prescribed antidepressants. The most commonly used medications mainly belonged to the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), and tricyclic antidepressants, with a marked predominance of escitalopram, duloxetine, and amitriptyline.

The main indications reported were major depressive disorder (82.2%), sleep disorders associated with a depressive context (81.1%), generalized anxiety disorder (80%), and panic disorder (51.1%). However, management of the depressive phase of bipolar disorder remained less frequent (22.2%), reflecting physicians' caution regarding the risk of manic switch.

The study also highlighted generally regular monitoring after antidepressant initiation; however, heterogeneity persisted in terms of structured follow-up, use of assessment tools, and adherence to treatment protocols. In addition, 48.9% of physicians reported having

received no specific training in antidepressant prescription, and 96.7% expressed a clear need for additional training, underscoring a lack of up-to-date competencies in mental health care.

Several external factors influenced prescribing decisions, including limited access to specialized care, lack of continuing medical education, patient expectations, and diagnostic difficulties. Physicians' comments emphasized the need to strengthen collaboration between general practitioners and psychiatrists, improve continuing training, raise pharmacists' awareness, and enhance patient listening and support.

Our study shows that despite their essential role, general practitioners continue to face structural and organizational barriers that may limit the quality of patient care. These findings call for improvements in undergraduate medical education, the development of dedicated continuing education programs, the implementation of national protocols adapted to the Moroccan context, and enhanced interprofessional coordination.

ملخص

تُعدّ الصحة النفسية في الوقت الراهن أحد التحديات الكبرى في المغرب، في ظل الارتفاع المتزايد في انتشار اضطرابات القلق والاكتئاب، واستمرار النقص في العرض المتخصص للرعاية النفسية. وفي هذا السياق، يحتلّ الطبيب العام مكانة محورية، إذ يكون غالبًا في الصف الأول للكشف المبكر، وبدء العلاج، ومتابعة المرضى المصابين بالاضطرابات المزاجية والقلق. وتمثل وصف مضادات الاكتئاب في الرعاية الصحية الأولية تحديًا سريريًا مهمًا، يستدعي فهمًا دقيقًا لممارسات الوصف الطبي، والعوامل المؤثرة في اتخاذ القرار العلاجي، والصعوبات التي يواجهها الأطباء.

يهدف هذا العمل أساسًا إلى تقييم ممارسات وصف مضادات الاكتئاب لدى الأطباء العامين بمدينة مراكش، وتحديد العوامل المؤثرة في قراراتهم العلاجية، إضافة إلى رصد الصعوبات التي يواجهونها، من أجل فهم أفضل لاحتياجاتهم في مجال التكوين. وهي دراسة مقطعية وصفية شملت 124 طبيبًا تم الاتصال بهم، استجاب منهم 90 طبيبًا للاستبيان، بنسبة استجابة بلغت (72.6%).

أظهرت نتائج الدراسة أن غالبية الأطباء المشاركين من الإناث (56.7%)، ويزاولون عملهم أساسًا في الوسط الحضري (82.2%)، مع تباين في الأقدمية المهنية يتراوح بين أقل من خمس سنوات وأكثر من عشرين سنة. وأفاد معظم الأطباء (94.4%) بأنهم سبق لهم وصف مضادات الاكتئاب. وتنتمي الأدوية الأكثر استعمالًا أساسًا إلى فئات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ومثبطات استرداد السيروتونين والنورأدرينالين، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، مع هيمنة واضحة للإسيتالوبرام، والدولوكستين، والأميتريبتيلين.

تمثلت أهم دواعي وصف مضادات الاكتئاب في الاكتئاب الشديد (82.2%)، واضطرابات النوم المرتبطة بسباق اكتئابي (81.1%)، واضطراب القلق المعم (80%)، واضطرابات الهلع (51.1%). غير أن التكفل بالمرحلة الاكتئابية من الاضطراب ثنائي القطب ظل محدودًا (22.2%)، مما يعكس حذر الأطباء من خطر التحول الهوسي. كما أبرزت الدراسة وجود متابعة عامة منتظمة بعد بدء العلاج بمضادات الاكتئاب، مع استمرار تباين ملحوظ في المتابعة المنظمة، واستخدام أدوات التقييم، واللجوء إلى البروتوكولات العلاجية. إضافة إلى ذلك، صرّح 48.9% من الأطباء بعدم تلقيهم أي تكوين خاص في وصف مضادات الاكتئاب، في حين عبّر (96.7%) عن حاجة واضحة إلى تكوين إضافي، مما يعكس نقصًا في الكفاءات المحدثة في مجال الصحة النفسية.

تؤثر عدة عوامل خارجية في قرار الوصف الطبي، من بينها محدودية الولوج إلى الرعاية المتخصصة، ونقص التكوين المستمر، وتوقعات المرضى، وصعوبة التشخيص. كما شددت تعليقات الأطباء على ضرورة تعزيز التعاون بين الأطباء العامين والأطباء النفسيين، وتحسين التكوين المستمر، وتوعية الصيادلة، وتعزيز الإصغاء والمواكبة النفسية للمرضى.

تُظهر نتائج هذه الدراسة أنه، رغم الدور الأساسي الذي يضطلع به الأطباء العامون، فإنهم ما زالوا يواجهون عوائق بنيوية وتنظيمية قد تحدّ أحياناً من جودة التكفل بالمرضى. وتدعو هذه النتائج إلى تحسين التكوين الجامعي، وتطوير برامج مخصصة للتكوين المستمر، ووضع بروتوكولات وطنية ملائمة للسياق المغربي، وتعزيز التنسيق بين مختلف المتدخلين في القطاع الصحي.



ANNEXE 1 : Questionnaire utilisé dans l'étude

Section 1 : Données sociodémographiques

1. Âge :

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ 30-40 ans
- ☐ 41-50 ans
- ☐ 51-60 ans
- ☐ Plus de 60 ans

2. Sexe :

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

3. Ancienneté en tant que médecin généraliste :

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 11-20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

4. Lieu de pratique :

- ☐ Zone urbaine
- ☐ Zone rurale

Section 2 : Connaissance et utilisation des antidépresseurs

5. Avez-vous déjà prescrit des antidépresseurs dans votre pratique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Quels sont les types d'antidépresseurs que vous prescrivez le plus souvent ?

(Plusieurs réponses possibles)

- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :**
 - ☐ Fluoxétine
 - ☐ Paroxétine

- ☐ Sertraline
- ☐ Escitalopram
- **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) :**
 - ☐ Venlafaxine
 - ☐ Duloxétine
- **Antidépresseurs tricycliques (ATC) :**
 - ☐ Amitriptyline (Laroxyl®)
 - ☐ Clomipramine

7. Quels critères influencent votre choix d'un antidépresseur pour un patient ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Antécédents médicaux du patient
- ☐ Profil des effets secondaires
- ☐ Âge du patient
- ☐ Comorbidités psychiatriques associées
- ☐ Traitements en cours (risque d'interactions médicamenteuses)
- ☐ Rapidité d'action attendue
- ☐ Sévérité de l'épisode dépressif
- ☐ Coût du médicament et accessibilité
- ☐ Préférences du patient
- ☐ Autre :

8. Quel est votre niveau de confort dans la prescription d'antidépresseurs ?

- ☐ Très à l'aise
- ☐ À l'aise
- ☐ Un peu hésitant
- ☐ Pas à l'aise du tout

Section 3 : Pratiques de prescription

9. Dans quelles situations prescrivez-vous des antidépresseurs ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Épisode dépressif majeur
- ☐ Troubles anxieux généralisés (TAG)
- ☐ Trouble obsessionnel–compulsif (TOC)
- ☐ Troubles paniques
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Trouble bipolaire (phase dépressive)
- ☐ Trouble de stress post–traumatique (TSPT)
- ☐ Autre :

10. Avez–vous des protocoles ou des lignes directrices que vous suivez pour la prescription des antidépresseurs ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. En cas de prescription, avez–vous tendance à assurer un suivi régulier de l’efficacité et des effets secondaires ?

- ☐ Oui, très régulièrement
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, rarement
- ☐ Non, jamais

12. Avez–vous recours à une consultation spécialisée (psychiatre) dans certains cas avant de prescrire des antidépresseurs ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Comment gérez–vous le suivi des patients après la prescription d’un antidépresseur ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Suivi régulier par consultations (toutes les 2–4 semaines)
- ☐ Suivi via bilans de santé ou examens médicaux périodiques
- ☐ Adresser le patient à un psychiatre pour un suivi spécialisé

Section 4 : Formation et impact

14. Avez–vous suivi des formations spécifiques sur la prescription des antidépresseurs ?

- ☐ Oui, des formations régulières
- ☐ Non, formation ancienne

15. Pensez-vous que les médecins généralistes devraient recevoir davantage de formation sur la gestion de la dépression et la prescription des antidépresseurs ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Peut-être

Section 5 : Opinion personnelle

16. Quels sont les facteurs externes qui influencent votre décision de prescrire des antidépresseurs ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Attentes du patient
- ☐ Disponibilité de soins spécialisés (psychiatre, psychologue)
- ☐ Difficulté à poser un diagnostic précis
- ☐ Manque de formation ou de mise à jour des connaissances
- ☐ Autre :

ANNEXE 2 : PHQ-9 – Patient Health Questionnaire–9

Questionnaire standardisé validé permettant l'évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines, largement utilisé en soins primaires.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence
avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) ☐	Assez difficile(s) ☐	Très difficile(s) ☐	Extrêmement difficile(s) ☐
---	---	--	---

ANNEXE 3 : GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7

Échelle validée de dépistage et d'évaluation de la sévérité du trouble anxieux généralisé, adaptée à la pratique de la médecine générale.

GAD-7				
Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
<i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>				
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3
<i>(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)</i>				



BIBLIOGRAPHIE



1. **World Health Organization.**
Depression fact sheet.
Geneva: World Health Organization; **2023**.
2. **Lahlou L, Wakrim S, Mouhadi K, et al.**
Epidemiological study of the prevalence of depressive disorders in Moroccan primary health care.
Pan Afr Med J. **2015**;20:193.
3. **Boulon C, Huo S, et al.**
Antidepressant prescription behaviour among primary care patients.
Prim Care Mental Health. **2023**;21(2):112–119.
4. **Johnson CF, Kipping R, et al.**
‘Doing the right thing’: factors influencing GP prescribing of antidepressants.
BMC Prim Care. **2017**;18:42.
5. **Lahjouji A, Ziouziou I, Abdelnaby A, et al.**
Depression and eating disorders among health-care professionals in Morocco during the COVID-19 pandemic.
Electron J Gen Med. **2022**;19(5):em387.
6. **World Health Organization.**
WHO-AIMS Report on Mental Health System in Morocco.
Rabat, Morocco; **2006**.
7. **Ayadi N, Khallouki Y, et al.**
Prescribing patterns of antidepressants among Moroccan physicians: challenges and perspectives.
Rev Mar Psychiatr Psychol Med. **2021**;12(3):155–162.
8. **Kuhn R.**
The discovery of imipramine: historical and pharmacological perspective.
Am J Psychiatry. **1957**.
9. **Cowen PJ.**
Serotonin and depression: pathophysiological mechanism and therapeutic opportunities.
Br J Psychiatry. **2008**.
10. **Wong DT, et al.**
A new inhibitor of serotonin uptake: discovery and development of fluoxetine (Prozac).
Nat Rev Drug Discov. **2005**.
11. **Mitchell AJ, Vaze A, Rao S.**
Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis.
Lancet. **2009**;374(9690):609–619.

12. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; **2017**.
13. **Kessler RC, Bromet EJ.**
The epidemiology of depression across cultures.
Annu Rev Public Health. **2013**;34:119–138.
14. **Cepoiu M, et al.**
Recognition of depression by non-psychiatric physicians—A systematic literature review and meta-analysis.
J Gen Intern Med. **2008**;23(1):25–36.
15. **Tylee A, Gandhi P.**
The importance of detection and management of depression in primary care.
Br Med Bull. **2005**;79–80(1):113–126.
16. **Katon W, Schulberg H.**
Epidemiology of depression in primary care.
Gen Hosp Psychiatry. **1992**;14(4):237–247.
17. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).**
Depression in adults: treatment and management (NG222).
London: National Institute for Health and Care Excellence; **2022**.
18. **Cipriani A, et al.**
Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis.
Lancet. **2018**;391(10128):1357–1366.
19. **Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al.**
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder.
Can J Psychiatry. **2016**;61(9):540–560.
20. **Stahl SM.**
Mechanism of action of tricyclic antidepressants and their role in the treatment of depression.
CNS Spectr. **2013**;18(6):314–326.
21. **Meyer JH, Cervenka S, Kim MJ, et al.**
Serotonin transporter occupancy of SSRIs and the time course of clinical improvement.
Am J Psychiatry. **2001**;158(11):1843–1849.

22. **Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, et al.**
Efficacy of duloxetine in patients with major depressive disorder and comorbid painful physical symptoms: a pooled analysis.
Prim Care Companion J Clin Psychiatry. **2006**;8(6):327–334.
23. **McIntyre RS, et al.**
The efficacy of vortioxetine and agomelatine in the treatment of major depressive disorder: mechanisms and clinical evidence.
CNS Drugs. **2020**;34(3):239–256.
24. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; **2017**.
25. **Ait Benhassi A.**
Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression.
Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca; **2021**.
26. **Bensbaa S.**
Clinical assessment of depression and type 2 diabetes in Morocco.
J Rural Neuropsychiatry. **2023**.
27. **Ministère de la Santé du Maroc.**
Plan National de Santé Mentale et des Maladies du Comportement 2022–2026.
Rabat: Ministère de la Santé du Maroc; **2022**.
28. **American Psychiatric Association.**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM–5–TR).
Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; **2022**.
29. **Keller MB.**
Selecting antidepressants: clinical predictors.
J Clin Psychiatry. **2020**.
30. **Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C.**
Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders.
Int J Neuropsychopharmacol. **2011**;14(5):697–710.
31. **Davidson JR.**
Treatment of insomnia associated with depression.
CNS Drugs. **2020**.
32. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).**
Post-Traumatic Stress Disorder: management guideline.
London: NICE; **2022**.
33. **Goodwin GM.**
Evidence-based guidelines for the treatment of bipolar disorder.
World J Biol Psychiatry. **2021**.

34. **Finnerup NB.**
Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults.
Lancet Neurol. 2021.
35. **Llorca PM.**
Choix de l'antidépresseur selon le profil clinique.
L'Encéphale. 2022.
36. **Cipriani A, et al.**
Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder.
Lancet. 2018;391(10128):1357–1366.
37. **Stahl SM.**
Mechanism of action of antidepressants: NaSSA and SNRIs.
CNS Spectr. 2019.
38. **Cipriani A, et al.**
Comparative efficacy and acceptability of antidepressants.
Lancet. 2018.
39. **Haute Autorité de Santé (HAS).**
Recommandations sur la durée du traitement antidépresseur.
Paris: HAS; 2019.
40. **Ait Benhassi A.**
Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression.
Thèse de doctorat en médecine, FMP Casablanca; 2021.
41. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; 2017.
42. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).**
Post-traumatic stress disorder (NG116): guideline and recommendations.
London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 (updated 2025).
43. **Haute Autorité de Santé (HAS).**
Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge thérapeutique et suivi (fiche de synthèse).
Paris: Haute Autorité de Santé; s.d.
44. **AFSSAPS / Haute Autorité de Santé (HAS).**
Bon usage des médicaments antidépresseurs dans les troubles dépressifs et anxieux de l'adulte.
Paris: AFSSAPS; 2006.
45. **Cipriani A, et al.**
Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis.
Lancet. 2018;391(10128):1357–1366.

46. **Bensbaa S.**
Clinical assessment of depression and type 2 diabetes in Morocco: economical and social components.
J Neurosci Rural Pract. **2014**;5(3):250–253.
47. **David DJ.**
Antidépresseurs et tolérance : principaux effets indésirables.
L'Encéphale. **2016**. (*Dossier pédagogique*).
48. **Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE), Maroc.**
La santé mentale et les causes de suicide au Maroc.
Rabat: Conseil Économique, Social et Environnemental; **2023**.
49. **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (Maroc).**
Portail institutionnel – publications et guides (références du plan santé mentale).
Rabat: Ministère de la Santé et de la Protection Sociale; **s.d.** (*rubrique Guides & Manuels*).
50. **Guide pratique (Belgique).**
Choix de l'antidépresseur en première ligne (document de synthèse).
Belgique; **2023**.
51. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; **2017**.
52. **Zine K, et al.**
Prévalence et prise en charge de la dépression dans les soins de santé primaires au Maroc.
East Mediterr Health J. **2019**;25(5):324–331.
53. **Corruble E, Falissard B, Gorwood P.**
Factors influencing antidepressant prescribing practices among general practitioners.
J Affect Disord. **2011**;130(1–2):84–90.
54. **Goudemand M, et al.**
La dépression en médecine générale : diagnostic, prise en charge et obstacles à la prescription des antidépresseurs.
L'Encéphale. **2014**;40(5):435–442.
55. **Bensbaa S.**
Clinical assessment of depression and type 2 diabetes in Morocco.
J Rural Neuropractice. **2023**
56. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; **2017**.
57. **Bensbaa S.**
Clinical assessment of depression and type 2 diabetes in Morocco.
J Rural Neuropractice. **2023**.
58. **World Health Organization.**
Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
Geneva: World Health Organization; **2017**.

59. **Benyamina A.**
Santé mentale dans les pays du Maghreb : enjeux et perspectives.
Maghreb Médical. 2020.
60. **Tabril S, El Hajjaji S, Razine R, et al.**
Prescription des psychotropes par les médecins généralistes au Maroc : facteurs influençant les pratiques.
L'Encéphale. 2017.
61. **Johnson CF, Williams B, MacGillivray SA, Dougall NJ, Maxwell M.**
"Doing the right thing": factors influencing GP prescribing of antidepressants.
BMC Prim Care. 2017.
62. **Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, et al.**
Understanding the prescription of antidepressants: a qualitative study among general practitioners.
BMC Fam Pract. 2011.
63. **Lapeyre-Mestre M, Chaignot C, Begaud B.**
Antidepressant prescribing practices of general practitioners: influence of age and clinical experience.
Eur J Clin Pharmacol. 1998;54(3):233–239.
64. **Corruble E.**
Prescription des antidépresseurs : entre recommandations et expérience clinique.
L'Encéphale. 2015;41(6):462–468.
65. **Aouaq S.**
La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes [thèse de médecine].
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2023.
66. **Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, et al.**
Gender differences in antidepressant prescribing.
BMC Health Serv Res. 2017.
67. **Boulon C, Huo S, et al.**
Antidepressant prescription behaviour among primary care physicians.
Prim Care Ment Health. 2023.
68. **Johnson CF, Williams B, MacGillivray SA, Dougall NJ, Maxwell M.**
"Doing the right thing": factors influencing GP prescribing of antidepressants.
BMC Prim Care. 2017.
69. **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.**
Annuaire Statistique de la Santé 2022.
Rabat: Direction des Ressources Humaines; 2022.
70. **Aouaq S.**
La place des médicaments psychotropes dans la prescription des médecins généralistes [thèse de médecine].
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2023.

71. **Bouharrou A.**
Formation continue et pratiques en santé mentale des médecins généralistes à Marrakech [thèse de médecine].
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2021.
72. **Conseil économique, social et environnemental.**
Les inégalités territoriales d'accès aux services de santé au Maroc.
Rabat : CESE ; 2021.
73. **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.**
Plan national de santé mentale 2022–2026.
Rabat. 2022.
74. **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.**
Carte sanitaire du Maroc et répartition des ressources humaines en santé.
Rabat. 2021.
75. **Boutayeb A,** Conseil Économique, Social et Environnemental.
Inégalités territoriales d'accès aux soins et organisation du système de santé au Maroc.
Rabat. 2019.
76. **World Health Organization.**
Mental health atlas 2020.
Geneva: WHO; 2021.
77. **Corruble E.**
Pratiques de prescription des antidépresseurs : évolution et enjeux.
L'Encéphale. 2018.
78. **OECD.**
Health at a Glance: Europe – Antidepressant consumption.
Paris: OECD Publishing. 2020..
79. **Mojtabai R,** Olfson M.
National trends in long-term use of antidepressant medications.
J Clin Psychiatry. 2014.
80. **Peterson K,** et al.
Primary care management of depression: prescribing patterns.
Ann Fam Med. 2016.
81. **Dumesnil H,** Verdoux H.
Antidepressant prescribing in general practice in France.
BMC Fam Pract. 2017.
82. **NHS Digital.**
Prescribing of antidepressants in England.
London. 2021.
83. **Benradia I.**
Prescription des antidépresseurs en médecine générale en Algérie.
Rev Algérienne Psychiatrie. 2019.

84. **Gaddour N, et al.**
Pratiques de prescription des antidépresseurs chez les médecins généralistes en Tunisie.
Tunis Med. 2020.
85. **Lahlou L, Wakrim S, Mouhadi K, et al.**
Troubles anxiodépressifs et présentation somatique en soins primaires au Maroc.
Pan Afr Med J. 2015.
86. **Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al.**
Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis.
Lancet. 2018;391:1357-1366.
87. **Dumesnil H, Verdoux H.**
Antidepressant prescribing in general practice: a critical review.
BMC Family Practice.
2017.
88. **Kennedy SH.**
Antidepressant therapy in primary care.
Primary Care Companion for CNS Disorders.
2013.
89. **Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ.**
Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia.
Cochrane Database of Systematic Reviews.
2014.
90. **Brannan SK, Mallinckrodt CH, Brown EB, et al.**
Duloxetine 60 mg once daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder.
J Psychosom Res. 2005.
91. **Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al.**
Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants.
Ann Intern Med. 2011.
92. **Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al.**
Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities.
Lancet. 2016.
93. **Kendrick T, Peveler R.**
Guidelines for the management of depression: implications for primary care.
British Journal of General Practice.
2010.
94. **Boutayeb A, et al.**
Health system constraints and access to mental health care in Morocco.
Eastern Mediterranean Health Journal.
2016.

95. **Gureje O, et al.**
Mental health care in primary practice: challenges and confidence of physicians.
World Psychiatry. 2021.
96. **Kendrick T, Peveler R.**
Guidelines for the management of depression in primary care.
British Journal of General Practice.
2010.
97. **Ohayon MM, Reynolds CF.**
Insomnia and depression: prevalence and treatment implications in primary care.
Journal of Psychosomatic Research.
2009.
98. **Cape J, et al.**
Patient expectations and antidepressant prescribing in primary care.
Br J Gen Pract. 2010.
99. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.**
The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.
J Gen Intern Med. 2001;16(9):606–613.
100. **Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B.**
A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.
Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097.

قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم

سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة 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 أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين

على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

الأطروحة 107

سنة 2026

ممارسات وصف مضادات الاكتئاب لدى الأطباء العامين بمدينة مراكش أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/02/10
من طرف

الآنسة صفا الورزازي

المزدادة في 1999/06/19 ب مراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

مضادات الاكتئاب - الوصف الطبي - الأطباء العامون - الصحة النفسية - الرعاية الصحية
الأولية

الجنة

الرئيسة

ن. الطاسي

السيدة

أستاذة في طب الأمراض المعدية

المشرفة

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

الحكام

س. ايت بظاهر

السيدة

أستاذة في طب أمراض الجهاز التنفسي