

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B. BENZERDJEB - TLEMCCEN



وزارة التعليم العالي
والبحوث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

MEMOIRE DE FIN DES ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE

THÈME :

Etats des lieux de prescriptions, de gestion et de consommation des
psychotropes en pharmacie d'officine du mois d'octobre 2019 - Wilaya
de Tlemcen

Présenté par :
MEDJAHED Soraya Ihssen

CHAREF Yamina

Soutenu le 28/06/2020

Le Jury

Président :

Pr. H. BOUCIF

Chef de service de Psychiatrie

Membres :

Dr. S. GUENDOZ

Maître assistante en Pharmacologie

Dr. B. BOUKLI HACEN

Pharmacien d'officine

Encadreur :

Dr. N. BORSALI

Maître de conférence en Pharmacologie

TABLE DES MATIERES

I ETAT DE L'ART

Introduction	1
Objectifs de l'étude	3
Définitions	4
1 Législation.....	4
1.1 La réglementation Algérienne	4
1.2 La Réglementation internationale.....	7
1.3 La Réglementation Marocaine.....	9
1.4 La Réglementation Française	10
1.5 La Réglementation Canadienne.....	12
2 Listes des médicaments psychotropes	12
2.1 Liste des médicaments psychotropes autorisés en Algérie.....	12
2.2 Liste des psychotropes autorisés au Maroc	13
2.3 Liste des psychotropes et leurs préparations mise en vigueur en France	14
3 Classification des psychotropes	16
3.1 La classification de Delay et Deniker.....	16
3.2 La classification de Lewin	16
3.3 Classification de Pelicier et Thuiller	17
3.4 Classification de Peters.....	17
4 Rappels pharmacologiques	18
4.1 Les antidépresseurs.....	18
4.2 Les stabilisateurs de l'humeur.....	19
4.3 Les antipsychotiques.....	20
4.4 Les anxiolytiques	21

5	Usage et mésusage	22
5.1	Qu'est-ce qu'un mésusage ?	22
5.2	Impact du mésusage des psychotropes sur la santé	22
6	Pharmacovigilance et addictovigilance.....	31
6.1	La pharmacovigilance.....	31
6.2	L'addictovigilance	32
7	Implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la maladie psychiatrique ..	33
7.1	Pharmacien et détection précoce du trouble mental	34
7.2	Pharmacien et optimisation des résultats du traitement avec diminution des interactions médicamenteuses	35
7.3	Pharmacien et amélioration de l'observance	35
7.4	Pharmacien et éducation thérapeutique du patient	36
7.5	Pharmacien et prévention de l'addiction	36
7.6	Pharmacien et analyse pharmaceutiques des prescriptions	36
8	Programmes d'amélioration de la santé mentale	37
8.1	Le Programme « BLOOM ».....	37
8.2	Le programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en France	38

II PARTIE PRATIQUE

I	Matériels et méthode.....	41
1	Matériels	41
2	Méthodologie	41
3	Résultats.....	44
3.1	Données relatives aux pharmacies.....	44
3.2	Profil de consommation des psychotropes	62
3.3	Résultats de l'entretien avec les patients	69
3.4	Analyse pharmaceutiques des prescriptions	87
4	Discussion	90
	Conclusion.....	97
	Perspectives	98
	Références	99

TABLE DE FIGURES

Figure 1. Région d'installation des pharmacies.....	44
Figure 2. Début d'exercice des pharmaciens.....	45
Figure 3. Répartition des pharmacies en fonction du nombre de salariés.....	45
Figure 4. Répartition des pharmacies selon le domaine d'instruction des salariés.....	46
Figure 5. Répartition des pharmacies selon la spécialités des médecins installés à proximité (200 mètres)	47
Figure 6. Proximité d'une structure de santé publique : CHU, EPSP, EHS... (500 mètres).....	48
Figure 7. Les classes de psychotropes les plus rétrocedées selon le personnel officinal	49
Figure 8. Y a -t- il des associations appropriées sur les prescriptions de psychotropes que vous recevez ?.....	50
Figure 9. Types d'associations appropriées sur les prescriptions de psychotropes selon le personnel officinal	51
Figure 10. Y a -t- il des associations inappropriées de psychotropes sur les prescriptions que vous recevez?.....	51
Figure 11. Est-ce que vous recevez ces patients dans un espace spécialement conçu pour cet objet?	52
Figure 12. Est-ce que les patients préfèrent être servis par un salarié particulier ?	53
Figure 13. Fréquence de réception de prescriptions suspectes en officine.....	54
Figure 14. L'âge des patients « suspectés » de mésusage des psychotropes.....	55
Figure 15. Répartition des psychotropes suspectés de détournement d'usage	56
Figure 16. Profil des patients suspectés de détournement d'usage des psychotropes.....	58
Figure 17. Souhait du personnel officinal quant à la formation sur les psychotropes.....	59
Figure 18. Les thématiques concernées par la formation au sein des officines	60
Figure 19. Lieu de rangement des psychotropes.....	61

Figure 20. Répartition selon le sexe des patients sous psychotropes	62
Figure 21. Répartition des patients selon le lieu d'habitation.....	62
Figure 22. Les classes de psychotropes les plus consommées	64
Figure 23. Spécialités des médecins prescripteurs de psychotropes	67
Figure 24. Répartition des médecins prescripteurs selon le secteur d'exercice.....	68
Figure 25. Répartition des patients selon le sexe	69
Figure 26. Répartition des patients selon l'âge	69
Figure 27. Répartition des patients selon la région d'habitation.....	70
Figure 28. Répartition des patients en fonction du statut matrimonial.....	70
Figure 29. Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction	71
Figure 30. Répartition des patients en fonction du statut socioprofessionnel	71
Figure 31. Taux de patients assurés.....	72
Figure 32. Date de début du traitement psychotrope.....	72
Figure 33. Ressenti des patients sous traitement psychotropes	73
Figure 34. Etat de connaissance des patients sur leurs pathologies psychiatriques	74
Figure 35. Etat de connaissance des patients sur la dose journalière prescrits	75
Figure 36. Etat de connaissance des patients sur les effets indésirables de leur traitement psychotrope	75
Figure 37. Les effets indésirables connus par les patients	76
Figure 38. Etat de connaissance des patients sur les signes de toxicité	76
Figure 39. Les sources d'informations des patients concernant leurs maladies et traitements.....	77
Figure 40. Fréquence de visites chez le médecin traitant pour le renouvellement des du traitement psychotrope	78
Figure 41. Répartition des médecins renouvelant les prescriptions des patients sous psychotropes	79
Figure 42. L'autonomie des patients sous psychotropes.....	80
Figure 43. Tentative d'arrêt du traitement psychotrope.....	81
Figure 44. Les motifs d'arrêt du traitement sans avis médical	82
Figure 45. Réduction des doses	82
Figure 46. Ressenti des patients après la réduction de dose.....	83
Figure 47. Taux de tentative d'augmentation de dose de psychotropes.....	84

Figure 48. Taux de désir irrésistible de prendre son psychotrope.....	84
Figure 49. Approches alternatives au traitement psychotropes.....	85
Figure 50. Evaluation de l'observance des patients sous psychotropes.....	86
Figure 51. Problèmes pharmaco-thérapeutiques relevés des prescriptions analysées.....	87
Figure 52. Les niveaux de contraintes des interactions médicamenteuses relevées des prescriptions analysées.....	88
Figure 53. Les classes de psychotropes sources de problèmes pharmaco-thérapeutiques	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. La liste des psychotropes de 1996 fixée par le ministère de la santé et population algérien.....	13
Tableau 2. Liste des psychotropes autorisés en France.....	15
Tableau 3. Les points communs entre dépendance et addiction (36).....	26
Tableau 4. Les points de différence entre dépendance et addiction(34)	26
Tableau 5. Les benzodiazépines les plus consommées à Marseille. France	31
Tableau 6. Les effets indésirables des psychotropes récemment notifiés en pharmacovigilance.	33
Tableau 7. Les médicaments non psychotropes susceptibles d'un détournement d'usage	57
Tableau 8. Caractéristiques de la population consommatrice de psychotropes à Tlemcen	64
Tableau 9. Les antidépresseurs rétrocédés en officine.....	65
Tableau 10. Les antipsychotiques dispensés en officine.....	65
Tableau 11. Les anxiolytiques rétrocédés en officine	65
Tableau 12. Les antiépileptiques dispensés en officine	66
Tableau 13. Les antiparkinsoniens rétrocédés en officine	66

LISTE DES ABREVIATIONS

SPA : Substance Psychoactive

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OMS : Organisation Mondiale de Santé

BZD : Benzodiazépines

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie

EIM : Effets Indésirables Médicamenteux

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

FPI : Fédération Pharmaceutique Internationale

DAI : Drug Attitude Inventory

ROMI : Rating of Medication Influence

ETP : Education Thérapeutique du Patient

PPT : Problème pharmaco-thérapeutique

ETAT

DE

L'ART

Introduction

Les médicaments psychotropes, communément appelés en Algérie « médicaments pour les nerfs » par la population, sont souvent prescrits par les professionnels de santé car ils revêtent une importance croissante vu leur caractère médical et social particulier. Cette classe thérapeutique couvre des indications riches et variées comme la nervosité, l'insomnie, la dépression et la psychose (1) ainsi que les douleurs neuropathiques et les vomissements en oncologie (2). Aussi, ces médicaments sont recommandés pour traiter des patients en situation de toxicomanie et d'addiction à des « drogues ».

La santé mentale représente un enjeu primordial pour les systèmes de santé à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), près de 10% de la population mondiale souffrent de troubles mentaux (3). Ce qui place ces psychotropes en tête de liste des indications médicales en psychiatrie. Ce constat est confirmé en Algérie par une enquête nationale menée par l'institut national de santé en 2005 et qui a montré que les maladies mentales figurent parmi les dix premières maladies chroniques.(3)

Plusieurs actions ont été menées dans les pays industrialisés (4) afin de promouvoir la santé mentale tout en mettant en place différents programmes d'amélioration de la prise en charge des patients. A titre d'exemples, des programmes d'éducation thérapeutique, ou de psychoéducation afin d'améliorer l'observance des patients vis-à-vis de leur traitement(5),(6),(7).

En Algérie, la recherche bibliographique concernant le sujet des psychotropes est très peu documentée quant à l'utilisation de cette classe médicamenteuse par les professionnels de santé du secteur privé et plus particulièrement en pharmacie d'officine.

Les seuls sujets qui sont traités dans cette thématique, psychotropes et officines ou médecins de ville, c'est essentiellement des affaires liées aux mésusages ou aux détournements d'usage des psychotropes à des fins de toxicomanies. Il en découle une addiction à ces produits causant des dégâts sociaux importants.

Il ne se passe pas un jour où n'éclate une affaire impliquant des acteurs de la santé, comme des pharmaciens d'officine ou des médecins, qui se retrouvent régulièrement confrontés

aux lacunes de la législation Algérienne concernant les psychotropes. Le pharmacien est l'acteur de santé le plus exposé à de lourdes sanctions comme un arrêt d'exercice, des mandats de dépôts et des mises sous contrôle judiciaire voir des incarcérations.

Entre 2017 et 2018, une cinquantaine de pharmaciens d'officine ont été soumis au contrôle judiciaire et quatre ont écopé quelques années de prison(8),(9). Les seules ressources que nous avons pu trouver sont des articles de journaux grands publics. Donc ce chiffre est à confirmer auprès des autorités judiciaires, choses pas simple à avoir.

En raison de ces sanctions, les officinaux sont devenus très irritables, révoltés et retissant quant à la dispensation et le conseil des psychotropes pour leurs patients.

Notre étude se veut un « zoom » ou une « mise en lumière » sur un sujet tabou relatif aux psychotropes dans les pharmacies d'officine et ce à travers un état des lieux de la consommation de ces molécules par des patients qui ont des spécificités particulières et leur rétrocession.

Enfin, notre étude tentera d'établir un certain nombre de recommandations pour nos collègues officinaux et notre tutelle par rapport aux points d'améliorations que nous relèverons ainsi les pistes de réflexions sur la manière de sécuriser la dispensation de ses médicaments psychotropes.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude sont double avec un objectif primaire et des objectifs secondaires.

Objectif primaire :

L'objectif primaire de notre étude est d'effectuer un état des lieux concernant la consommation des psychotropes et leur rétrocession dans les pharmacies d'officine de la wilaya de Tlemcen tout en relevant les situations de mésusage de cette classe thérapeutique.

Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de notre étude se déclinent selon les grands points suivants

- Identifier le profil et évaluer l'observance des patients sous psychotropes autour d'un entretien pharmaceutique,
- Analyser, à postériori, les prescriptions qui contiennent des psychotropes afin d'identifier les principaux problèmes pharmaco-thérapeutiques et les classes incriminées.

Définitions

Les psychotropes sont définis comme des substances psycho-actives qui ont un tropisme cérébral et qui modifient le psychisme et le comportement de l'homme (10).

Et selon la Loi No 4-18 du 25 Décembre 2004, les psychotropes sont toute substance qu'elle soit d'origine naturelle ou de synthèse ou tout produit naturel du Tableau I, II, III, IV de la convention de 1971 sur les substances psychotropes(11).

Enfin, les stupéfiants sont toutes substances, qu'elle soit d'origine naturelle ou de synthèse, figurant dans le Tableau I et le Tableau II de la convention unique sur les stupéfiants de 1971 telle que modifiée par le protocole de 1972(11).

1 Législation

Plusieurs lois régissent l'utilisation des substances psychoactives(SPA), un tour sur la législation dans différents pays permet d'en tirer les points communs et d'en connaître les lacunes. Nous nous intéresserons bien évidemment à notre réglementation puis celle des pays qui ont des réglementations sanitaires qui se rapprochent au nôtre comme le Maroc, la France et un pays un peu plus lointain qu'est le Canada

1.1 La réglementation Algérienne

Notre réglementation a évolué dans le temps depuis l'indépendance et ce à travers des lois et des arrêtés. Ces réglementations définissent ce que c'est un psychotrope et les différents acteurs dans la prescription, la possession et la distribution de ces médicaments.

Nous avons approfondi les questions relatives à la prévention et la répression de l'usage et du trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes ainsi que la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments à bases de substances vénéneuses dans les établissements de santé. Aussi, nous abordons les textes régissant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances psychotropes et médicaments ayant des propriétés psychotropes

1.1.1 Prévention et répression de l'usage et du trafic illicite des stupéfiants et substances psychotropes :

Cette partie de la réglementation comporte 4 chapitres et 39 articles. La Loi N°04-18 du 25 Décembre 2004(11) qui se trouve en annexe, publiée dans le Journal Officiel de La République Algérienne Démocratique et Populaire, vise à prévenir et réprimer l'usage illicite des SPA en se basant sur les lignes directrices résumées dans les points suivants :

- L'éligibilité de prescription et consommation de ces produits ainsi que des dispositions préventives et curatives (de l'article 6 à l'article 11) à l'égard des consommateurs qu'ils soient patients à traitement temporaire ou permanent ou toxicomanes ;
- Des dispositions pénales à l'encontre de toute personne qui en détient l'usage, la fabrication, la production, l'approvisionnement, le transport ou le stockage illicite sont représentées dans la suite d'articles du 21^{ème} au 38^{ème}.
- Toute personne auteur d'une ou plusieurs de ces opérations est menacée d'un emprisonnement allant de deux mois (l'usage en est un exemple) à 20 ans (pour les opérations d'approvisionnement), et d'un endettement de 5000 DA jusqu'à 50 millions de dinars si personne physique, et 250 millions de dinars si personne morale.
- Dans tous les cas d'usage illicite dans ces différents types de produits, la juridiction procède à la saisie de toutes les substances, argent, équipements, installations et toute autre bien et leur remise à un organisme habilité en vue de leur utilisation licite.
- Les auteurs de ces infractions peuvent rester en garde à vue, être poursuivis et condamnés qu'ils soient algériens ou étrangers.
- Dans son article 16, cette loi stipule que c'est au pharmacien qu'incombe la responsabilité en cas de délivrance d'une ordonnance de complaisance et lui écope à cet effet jusqu'à 15 ans de prison et une amende de cinq cent milles à un million de dinars.

1.1.2 Prescription, dispensation et administration des médicaments à bases de substances vénéneuses dans les établissements de santé

Cette partie détaillée dans l'arrêté N° 069 du ministère de la santé et population du 16 Juillet 1996 régit la dispensation des médicaments à substances vénéneuses au sein de structures de soins(12), et porte sur les points suivants :

- Les médicaments contenant des substances vénéneuses doivent être prescrits uniquement par les médecins et chirurgiens-dentistes, sur des ordonnances individuelles ou collectives avec toutes les mentions d'identification du prescripteur, du patient et médicament
- La dispensation à partir de la pharmacie de l'établissement est assurée par le pharmacien ou une autre personne désignée par ce dernier avec archivage des ordonnances pendant trois ans.

1.1.3 Modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances psychotropes et médicaments ayant des propriétés psychotropes

C'est le décret exécutif n°19-379 qui gère cette partie et il a été publié au journal officiel le 5 janvier 2020(13).Ce texte met le point sur les modalités de gestion des psychotropes de la production jusqu'à la dispensation au niveau hospitalier ou officinal assurant ainsi la traçabilité de ses médicaments.

Une nouvelle disposition réglementaire concernant la procédure de prescription et de dispensation est par ailleurs définie avec précision :

- La commande des psychotropes doit être formulée séparément des autres médicaments avec signature du pharmacien, sa griffe et son numéro d'inscription au organe chargé de déontologie des pharmaciens, et faire l'objet d'une facture séparée ;
- Le rangement doit se faire dans une armoire fermée à clé.
- Lors des inspections périodiques des pharmacies, tout manquement ou infraction fait l'objet de rapports ;
- Les médecins sont les seuls autorisés à prescrire les psychotropes, la prescription doit être rédigée sur une ordonnance en trois exemplaires : blanche, jaune et rose, les deux premiers sont remis au patient tandis que le dernier est conservé par le médecin pour une durée de deux ans ;
- Sur l'ordonnance doivent être mentionnés le numéro de série de l'ordonnance, identification de la structure, griffe et signature et numéro d'inscription au conseil de l'ordre, les informations du patient (nom, âge, sexe, adresse, taille et poids, le nom du médicament et sa posologie et forme, et la durée du traitement ;

- Les médecins du secteur privé sont dans l'obligation d'enregistrer l'ordonnance sur un registre coté et paraphé, de même que ceux exerçant dans le secteur public, le registre est conservé pendant 5 ans
- La dispensation par le pharmacien est subordonnée à la présentation obligatoire des deux exemplaires de l'ordonnance jaune et blanche, cette la première est conservée par le pharmacien et l'autre remise au patient avec mention de la quantité servie
- La durée de validité de l'ordonnance ne peut dépasser 3 mois ;
- Le pharmacien d'officine doit posséder un ordonnancier et un registre des entrées, qui peuvent être informatisés tout en gardant la facilité d'accès pour les autorités, et doivent être conservés pendant 5 ans.

1.2 La Réglementation internationale

Nous nous sommes intéressés à la réglementation internationale qui a servi et qui sert toujours de référence pour nos hommes de lois afin d'établir et de mettre à jours des recommandations et les lois de notre pays. Il est à noter que les médicaments psychotropes sont réglementés principalement par des conventions établis avec l'Organisation des nations unies (ONU) visant le contrôle et la répression de toute opération illicite

1.2.1 Le contrôle des substances psychotropes

Concernant le contrôle des substances psychotropes, une loi a été adoptée en 1971 avec une convention des Nations Unis met en place un système de contrôle des substances psychotropes à l'échelle mondiale, comportant un ensemble d'articles dont les plus importants sont résumés dans ce qui suit :

- La préparation des substances psychotropes inscrites au Tableau I est soumise à des contrôles rigoureux, de même que le principe actif et toute autre substance qui entre dans leurs compositions ;
- Pour les substances autres que celles figurant dans le Tableau I, les parties de la Convention peuvent en autoriser le transport, l'emploi, et l'utilisation à condition que ceux-ci soient soumis à des contrôles conformes exigeant une licence pour l'exécution de ces activités ;

- Toutes les substances du Tableau I sont strictement réglementées avec interdiction de quelconque activité qu'y soit liée sauf à des fins médicales ou scientifiques ;
- La prescription, dispensation et publicité sur ces substances sont notamment régies par des dispositions réglementaires ;
- Mise en place de dispositions régissant l'importation, l'exportation et le commerce international des substances psychotropes.

1.2.2 Lutte contre le trafic illicite des stupéfiants et psychotropes

Les psychotropes et les stupéfiants sont souvent liés dans les réglementations car elles sont source de trafic illicite et de détournement d'usage(14),(15). Pour cela, une loi a été adoptée par la Conférence le 19 Décembre 1988, la convention des Nations Unis vise à réprimer le trafic illégal des substances psychotropes et stupéfiantes.

Comportant quelques définitions et obligations des Parties dans l'exécution des lois relatives à cet intérêt, elle stipule :

- La sanction de tout acte visant la production, fabrication, extraction, préparation, offre, vente, distribution, possession, importation et exportation, détention ou conversion de biens et équipements, selon la gravité, chaque pays suivant ses lois internes ;
- Les sanctions sont représentées par des endettements peines privatives de liberté, ou confiscation ;
- Ces sanctions peuvent être remplacées par des mesures de prise en charge pour les personnes toxicomanes ;
- Cette convention peut servir de base légale pour l'extradition des auteurs d'infractions étrangers ayant commis un acte criminel relative aux traits mentionnés dans ces articles, si leurs pays d'origine le demandent ;
- L'autorisation aux différentes de s'entraider en vue d'étendre le terrain des enquêtes, conformément aux procédures établies dans la présente convention ;
- Les parties peuvent proposer l'ajout d'une nouvelle substance aux tableaux I et II s'il y a preuve de sa dangerosité, ladite substance figurera dans les tableaux si deux tiers des parties le décident ;

- Mise en place des mesures de limitation de culture des plantes à stupéfiants.

Ces conventions servent, généralement, de référence aux gouvernements du monde entier pour instaurer leurs lois et une législation réglementant la prescription, la détention et la dispensation des psychotropes.

1.3 La Réglementation Marocaine

1.3.1 Importation, commerce, détention et usage des substances vénéneuses

La seule loi qui régit les psychotropes est très ancienne et elle a été publiée le 2 Décembre 1922(16),elle s'intéresse aux substances inscrites aux différents tableaux

- L'emploi et la détention de ses substances doivent être déclarés et autorisés par les autorités compétentes ;
- Cette loi met en place les différentes modalités d'entreposage, conditionnement, étiquetage et circulation de ses substances, ainsi que la procédure de prescription et de dispensation et enregistrement.
- Les contraventions aux articles de la présente loi relative à l'emploi, l'achat et la vente des dites substances sont soumis à des sanctions financières (amendes) ou privatives de liberté qu'elles soient commises par une personne physique ou morale, adaptée selon la gravité de l'acte et ses conséquences.
- Qu'elle soit sous ordonnance fictive ou sans ordonnance, la délivrance de ses substances est punie par les mêmes sanctions susdites.
- Le tribunal peut envisager la confiscation des substances saisies.
- La fermeture de l'officine où a été exécuté d'acte illégal de dispensation ne sera prononcée que si le propriétaire avait fait preuve de complicité.

1.3.2 Code du médicament et de la pharmacie

Le Dahir n° 01-06-151 du 22 novembre 2006 portant la promulgation de la loi n° 17-04 du code du médicament et de la pharmacie, comporte des articles relatifs aux psychotropes et stupéfiants qui stipulent :

- L'interdiction du déconditionnement d'une spécialité pharmaceutiques régie par la loi relative aux substances vénéneuses en vue de l'incorporer dans une préparation magistrale ;
- L'interdiction de remettre des échantillons de ces produits aux pharmaciens et établissements de santé en vue d'une publicité
- L'obligation d'enregistrer l'ordonnance dans un ordonnancier avec un numéro d'ordre, le nom et l'adresse du prescripteur, la date de délivrance, le nom du médicament et la quantité délivrée.
- L'obligation de remettre au patient une copie certifiée de l'ordonnance portant le timbre de la pharmacie et le numéro d'enregistrement dans l'ordonnancier
- L'obligation des inspections périodiques des officines afin de veiller à l'application des dispositions relatives aux substances vénéneuses.

1.4 La Réglementation Française

La législation Française privilégie d'abord les bonnes pratiques de prescriptions des psychotropes car ils ont des bénéfices thérapeutiques certains(17),(18). Par contre, elle réserve aux trafiquants où aux patients qui détournent l'usage de ces médicaments des sanctions pénales et ce dans un but d'optimisation de la gestion des psychotropes.

1.4.1 Lutte contre la toxicomanie et répression du trafic et usage illicite des substances vénéneuses

La loi qui traite de la lutte contre la toxicomanie et répression du trafic et usage des substances vénéneuses est composée de 4 chapitres répartis en deux parties et 11 articles.la Loi Française du 31 Décembre 1970(19), publiée dans le Journal Officiel de la République Française le 3 Janvier 1971 promulgue :

- La lutte contre la toxicomanie dans sa première partie, des mesures curatives ont été élaborées au profit des personnes susceptibles d'être usagers des substances toxicomanogènes.

- Dans sa deuxième partie, cette loi énumère des dispositions pénales applicables aux auteurs d'infractions relatives à l'usage préparation, fabrication, production et transport ou toute autre opération visant la provision des substances vénéneuses au public.
- Ces dispositions incluent des emprisonnements et des endettements, de même que pour les personnes ayant mis des diapositifs ou locaux facilitant les opérations susmentionnées, ou toute personne qui essaie de se procurer ces substances par ordonnance falsifiée et celle qui la délivre.
- Des procédures de mise en garde à vue, de confiscation et saisie d'argent, locaux, équipements ayant servi aux opérations susdites sont mise en place.

1.4.2 Circulaire du 9 février 2008

Cette circulaire publiée dans le Bulletin Officiel le 9 février 2008 et entrée en vigueur immédiatement, a été consacrée à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. Elle porte sur l'aggravation des sanctions pénales dans certains cas et privilégie la prise en charge médicale du toxicomane dans d'autres. Modalités de prescription et de renouvellement des psychotropes.

1.4.3 Modalités de prescription et renouvellement

Le Décret n2007-157 du 24 février 2007 relatif aux substances vénéneuses régit les modalités de prescription, dispensation, enregistrement de ces substances.

Les articles R5132-21 et R5132-22 figurant dans le Code Français de la santé publique détaillent les règles de prescription dont la durée ne peut excéder 12 mois, les pharmaciens ne peuvent délivrer une prescription que sur une ordonnance datée de moins de 3 mois et ne peut la renouveler qu'après indication écrite du prescripteur.

Les médecins, chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont les professionnels de santé habilités à prescrire les substances vénéneuses y compris les psychotropes, selon l'article R5123-6.

L'article R1532-3 exige a mention sur les ordonnances de la date de prescription, nom, spécialité et signature du prescripteur, nom et prénom du patient ainsi que son âge, sexe, le cas échéant sa taille et son poids ;

La dispensation de ces produits fait l'objet d'enregistrement sur un registre ou tout autre système approprié qui ne permet aucune modification de données après leur validation avec pour chaque médicament un numéro d'ordre, nom et adresse du prescripteur et du malade, la date de dispensation, quantité dispensée.

1.5 La Réglementation Canadienne

1.5.1 Loi Canadienne réglementant certaines drogues et autres substances

Cette partie de la législation canadienne régit la production, le commerce et la possession de certaines drogues ou leurs précurseurs, elle a été adoptée le 20 juin 1996, cette loi(20) réglemente certaines drogues et leurs précurseurs ainsi que d'autres substances abrogeant par conséquent la loi sur les stupéfiants, elle porte sur :

- L'autorisation de la production, le commerce, la possession de certaines substances dans un but médical curatif ou de recherche scientifique.
- La criminalisation des activités illégales (possession, production, trafic, importation et exportation, vente illicite) liées aux substances inscrites dans les annexes jointes à cette loi.
- Toute infraction de cette loi expose son auteur à des sanctions pénales de type emprisonnement et endettement.
- Le blocage des biens locaux ou se trouvant à l'étranger ayant servi à l'infraction, ou encore leur prise en charge par un administrateur nommé par le juge ou bien leur destruction ou confiscation.

2 Listes des médicaments psychotropes

2.1 Liste des médicaments psychotropes autorisés en Algérie

L'arrêté N° 097 du ministère de la sante et population du 1^{er} Octobre 1996 fixe la liste des substances psychotropes autorisées dans la nomenclature algérienne des médicaments(12), cette liste extraite de la liste figurant dans la Convention de 1971 des Nations Unis inclut les spécialités inscrites dans le Tableau 1 :

Tableau 1. La liste des psychotropes de 1996 fixée par le ministère de la santé et population algérien

Psychotropes inclus dans le Tableau III de la convention de 1971	Psychotropes inclus dans le Tableau IV de la convention de 1971
Buprénorphine	Chlordiazépoxideclonazépam
Flunitrazépam	Clorazépate diazépam
	Lorazépam méprobamate
	Midazolamnitrazépam
	Phénobarbital vinylbital

Cette liste a été modifiée par l'arrêté N°41 du ministère de la santé et population du 21 Avril 1997, une autre substance a été introduite « Tétrazépam », le vinylbital retiré.

Une nouvelle liste plus exhaustive a été proposée dans l'arrêté du 09 juillet 2015 mais elle n'a pas été publiée.

2.2 Liste des psychotropes autorisés au Maroc

Avec princeps psychotropes autorisés au Maroc, la législation nationale exige l'entreposage de ses substances dans des armoires à clef, ainsi la tenue d'un ordonnancier au sein de l'officine(21).

Les médicaments psychotropes listés et autorisés au Maroc(2008) sont les suivants :

Sulpiride, alprazolam, clormipramine, bromazépam, trihexyphénidyle, hydroxyzine, miansérine, valproate de sodium, sertraline, paroxétine, diazépam, phénytoïne, méprobamate, fluoxamine, fluoxétine, phénobarbital, haloperidol, midazolam, zopiclone, milnacipran, lévétiracétam, lamotrigine, chlorpromazine, amitriptyline, clozapine, bromure de clindinium, prazépam, lévodopa, olanzapine, thioridazine, fluphénazine, tétrazépam, flunitrazépam, propériciazine, gabapentine, levomépromazine, pipotiazine, mirtazapine, risperidone, escitalopram, amisulpiride,

tianeptine, zolpidem, etifoxine, trimipramine, carbamazépine, lorazépam, lithium, imipramine, clorazébate, oxcarbazépine, clobazam, ziprasidone.

2.3 Liste des psychotropes et leurs préparations mise en vigueur en France

La liste des psychotropes autorisés en France comporte trois parties(22) et a été fixée par l'arrêté du 22 Février 1990 et consolidée le 2 Février 2007 par le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, elle regroupe les spécialités suivantes

Tableau 2. Liste des psychotropes autorisés en France

Première partie	
Tableau III de la Convention de Vienne	Tableau IV de la Convention de Vienne
<p>Amobarbital/Buprénorphine/Butalbit al/ Cathine/Cyclobarbital/Flunitrazépam /Glutéthimide/Pentobarbital/</p>	<p>Allobarbital /Alprazolam/Aminorex/ Barbital/Bromazépam/Brotizolam/ Butobarbital//Clobazam/Clorazépate/Clotiazépam/ Cloxazolam/Délorazépam/Diazépam/Estazolam/Ethinam ate//Kétazolam/Loprazolam/ Lorazépam/Lormétazépam//Mazindol/ Médazépam/Méprobamate//Nimétazépam/Nitrazépam/O xazépam/Oxazolam/Pémoline/Phénazépam/ Phénobarbital/Pinazépam/PipradrolPrazépam/Secbutabar bital//Tétrazépam/ Triazolam/Zolpidem</p>
Deuxième partie	
<p>- Préparations autres qu'injectables renfermant les benzphétamines ou ses sels ; Préparations autres qu'injectables renfermant du méfénorex ou ses sels ; Préparations injectables renfermant l'acide gamma-hydroxybutirique ou ses sels.</p>	<p>- -</p>
Troisième partie	
<p>-Butorphanol, à l'exception de ses préparations injectables</p> <p style="margin-left: 40px;">-Zoléplone -Zopiclone</p>	

3 Classification des psychotropes

Cette famille de médicament est classée selon leur mode d'action et les effets qu'ils provoquent et une des classifications connues c'est celle de Delay et Deniker

3.1 La classification de Delay et Deniker

Proposée en 1957, la classification de J. Delay et P. Deniker est la plus adaptée, elle classe les médicaments psychotropes en quatre classes(23) :

3.1.1 Les psycholeptiques ou sédatifs psychiques

- Hypnotiques ou dépresseurs de la vigilance : ce sont des inducteurs de sommeil (benzodiazépines et apparentés) ;
- Anxiolytiques ou tranquillisants : (benzodiazépines) ;
- Neuroleptiques ou antipsychotiques : réduisent les symptômes tels que l'agitation et l'angoisse.

3.1.2 Les psychoanaleptiques ou stimulants psychiques

- Thymoanaleptiques ou antidépresseurs : ils dressent l'humeur déprimée ;
- Nooanaleptiques : ils stimulent la vigilance.

3.1.3 Les psychodysleptiques

C'est les perturbateurs de l'activité mentale ou hallucinogènes et stupéfiants, à l'origine de diverses psychopathologies.

3.1.4 Les psychoisoleptiques

Régulent l'humeur tel que le sel de lithium et les carbamates.

3.2 La classification de Lewin

En 1924, L. Lewin a établi une classification des psychotropes selon leur effets et a distingué donc cinq classes(24) :

- Les euphorisants –Euphorica : drogues qui calment l'activité psychique par la diminution de la perception des sensations ; les opiacés et la cocaïne sont des exemples.

- Les hallucinogènes – Phantastica : produits hallucinogènes tels le chanvre indien, la mescaline, les solanaceae.
- Les déprimants – Inebriantia : Produisent une dépression pouvant mener jusqu' à la perte de conscience. Exemple : l'alcool, l'éther, le chloroforme.
- Les stimulants –Exitantia : Ils sont essentiellement d'origine végétale et induisent un état d'excitation sans pour autant altérer l'état de conscience. Le café, le thé, le Khat ou lanoix de cola sont des exemples.
- Les somnifères-Hypnotica ; ce sont des calmants et des somnifères tels que les barbituriques.

3.3 Classification de Pelicier et Thuiller

Cette classification a été proposée en 1991 par deux médecins français(25), et distingue les psychotropes en trois classes :

- Les dépresseurs du système nerveux : ils ralentissent le fonctionnement du système nerveux, cette classe englobe l'alcool, les hypnotiques, les tranquillisants, les neuroleptiques et les analgésiques.
- Les stimulants du système nerveux : ils stimulent l'activité du système nerveux à savoir le tabac, les antidépresseurs, les amphétamines, cocaïne.
- Les hallucinogènes : ils perturbent l'activité du système nerveux à savoir le cannabis et certains solvants.

3.4 Classification de Peters

Elle a été proposée par un professeur suisse en 1991, elle regroupe quatre classes de psychotropes (25):

- Les psychostimulants : ils stimulent le fonctionnement du système nerveux
- Les psychoédéliques : ils perturbent l'activité cérébrale
- Les psychosédatifs : ils ralentissent l'activité du système nerveux
- Les antidépresseurs : ils ralentissent le fonctionnement cérébral après une excitation.

4 Rappels pharmacologiques

Il est primordial avant toute prescription ou délivrance des psychotropes d'en connaître leurs principales propriétés pharmacologiques afin de mieux les prescrire, de les gérer et les conseiller auprès des patients.

4.1 Les antidépresseurs

Cesont des médicaments qui traitent la dépression on en dénombre cinq sous classes(26):

4.1.1 Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine

Les ISRS ont pour action comme l'indique leur nom,le blocage de la recapture de la sérotonine.

Ils s'absorbent et se distribuent bien dans l'organisme, métabolisés par le foie puis ils sont excrétés dans les urines sous forme de métabolites n'ayant aucune importance clinique sauf pour la norfluoxétine ;

Leurs effets indésirables se manifestent par des troubles digestifs (nausées, vomissements diarrhée), un syndrome neurologique (sommolence ou insomnie, céphalées,anxiété) et un syndrome sérotoninergique ;

L'arrêt brutal du traitement provoque un syndrome de sevrage, ce dernier est moins fréquent avec la fluoxétine à cause de la longueur de sa demi vie qui lui assure une élimination progressive de l'organisme.

4.1.2 Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de noradrénaline

C'est une classe moins importante, ces médicaments sont métabolisés dans le foie par la CYP3A4, ayant pour principaux effets indésirables :

- Sur le système digestif : une sécheresse buccale, constipation, nausées
- Sur le système nerveux central : une agitation, insomnie, vertige

4.1.3 Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et noradrénaline

Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et noradrénaline sont représentés principalement par la venlafaxine et duloxétine.

Métabolisées au niveau hépatique par deux cytochromes différentes (CYP2D6 pour la première et CYP1A2 pour la deuxième). Leur action est semblable aux antidépresseurs mais avec moins d'effets indésirables.

4.1.4 Les antidépresseurs tricycliques et apparentés

Les antidépresseurs tricycliques et apparentés sont des molécules médicamenteuses qui traitent la dépression en inhibant la recapture de la sérotonine et noradrénaline.

Leur absorption est bonne et régulière avec un effet de premier passage hépatique, et une distribution large dans l'organisme, ils sont par la suite métabolisés par le foie et excrétés dans les urines.

Ils présentent des effets indésirables multiples(27) :

- Effets atropiniques (anti cholinergiques) : sécheresse buccale, constipation, troubles de l'accommodation, tachycardie, rétention urinaire et mydriase.
- Effets centraux : insomnie, anxiété, confusion, tremblements.
- Effets cardiovasculaires : hypotension orthostatique, arythmie, bouffées de chaleur.

En cas d'arrêt brutal, un syndrome de sevrage peut être observé.

4.1.5 Les inhibiteurs de la monoamine oxydase

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase sont représentés par deux groupes selon que l'action soit réversible ou irréversible.

Les IMAO réversibles, à titre d'exemple le moclobémide, sont moins sélectifs à la monoamine oxydase A ayant donc comme avantage l'absence d'interactions avec les aliments contenant la tyramine à l'opposé des IMAO irréversibles.

4.2 Les stabilisateurs de l'humeur

Les stabilisateurs de l'humeur sont indiqués pour le traitement des troubles bipolaires, on cite principalement(26):

4.2.1 Lithium

Le lithium est le régulateur de l'humeur de premier choix dans les troubles bipolaires, il est bien absorbé, son élimination rénale est sodium dépendante ;

Ses effets indésirables se manifestent sur le plan neurologique par des tremblements, gastro-intestinal par des nausées et vomissements, une hypothyroïdie, prise de poids, polyurie et polydipsie peuvent notamment être observées, ainsi que des troubles cardiovasculaires et des signes dermatologiques.

4.2.2 **Lamotrigine**

Cette molécule est préconisée pour le traitement des épisodes dépressifs chez les patients bipolaires, elle est bien absorbée après administration par voie orale et est métabolisée par glucoro-conjugaison au niveau hépatique ;

Des manifestations neurologiques (agitation, somnolence ou insomnie), dermatologique, nystagmus, ainsi que la prise de poids sont les principaux effets indésirables de lamotrigine.

4.2.3 **Valproate**

Après administration orale, le valproate est bien absorbé et subit par la suite un métabolisme hépatique puis excrété dans les urines ;

Ses effets indésirables sont principalement une thrombopénie, troubles gastro-intestinaux, paresthésie et sédation.

4.2.4 **Carbamazépine**

La carbamazépine est un médicament antiépileptique ayant obtenu par la suite l'indication de traitement de maintien dans les troubles bipolaires

Elle est métabolisée dans le foie par la CYP3A4 et éliminée par les reins.

Elle peut provoquer des hallucinations, confusions, éruption cutanée, troubles hématologiques, gastro-intestinaux, cardiovasculaires et endocriniens (hyponatrémie) ainsi qu'une insuffisance rénale et une impuissance.

4.3 **Les antipsychotiques**

Les antipsychotiques peuvent être classés selon la structure chimique (benzamide, butyrophénones, dibenzothiazépines, phénothiazines), ou selon leurs cibles pharmacologiques ou encore leur configuration d'effets cliniques.

Selon cette dernière, on distingue les antipsychotiques typiques (l'halopéridol et la lévomépromzine en sont les principaux exemples) et les antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération (clozapine) qui présentent l'avantage d'avoir moins d'effets indésirables extrapyramidaux.

Ils traitent la schizophrénie, ce sont des antagonistes dopaminergiques de récepteurs D2. Leur pharmacocinétique est différente d'un médicament à l'autre

Les effets indésirables sont différents d'une molécule à l'autre et se manifestent sur plusieurs plans(28) :

- *Effets centraux* : sédation, effets anticholinergiques (sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, tachycardie), syndrome extrapyramidal.
- *Effets endocriniens* : gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée, prise de poids, hyperglycémie, hypercholestérolémie.
- *Effets cardiovasculaires* : tachycardie, hypotension orthostatique, torsades de pointe.
- *Effets spécifiques* : agranulocytose (Clozapine), photosensibilité (phénothiazines).

4.4 Les anxiolytiques

Ce sont des médicaments qui traitent l'anxiété, agonistes GABAergiques représentés principalement par les benzodiazépines, zolpidem, zopiclone, barbituriques.

4.4.1 Les benzodiazépines

Ayant des propriétés multiples (sédatives, myorelaxantes, hypnotiques, anxiolytiques, anticonvulsivants et amnésiantes), les BZD agissent par agonisme GABAergique augmentant ainsi la conductance du chlore en se liant sur leur récepteur spécifique.

- Zolpidem et zopiclone

Distincts chimiquement des BZD, ils présentent le même mécanisme d'action et sont utilisés comme hypnotiques seulement. Ils sont nommés BDZ apparentés.

Les BZD, zolpidem et zopiclone sont tous les trois métabolisés dans le foie et majoritairement éliminés par les reins.

Les effets indésirables des BZD (29) se manifestent différemment d'un patient à l'autre, et sont en fonction des posologies, des voies d'administration, des molécules administrées, et de la co-administration d'autres médicaments. Les plus fréquents étant :

- Effets centraux : somnolence, confusion, amnésie antérograde, troubles cognitifs et psychomoteurs, effets paradoxaux (insomnie, instabilité, agression).
- Effet rebond en cas d'arrêt brutal.
- Une dépendance et une tolérance.

En cas de surdosage, l'intoxication se traduit par une dépression respiratoire et un coma.

5 Usage et mésusage

Il est question de cette notion dans la plupart des réglementations établies par les autorités sanitaires afin de réglementer la prescription, la détention et la dispensation des psychotropes. En connaître les tenants et les aboutissants de cette notion, ça nous aidera à mieux appréhender cette classe thérapeutique.

5.1 Qu'est-ce qu'un mésusage ?

Le mésusage se définit par une utilisation non conforme aux recommandations du résumé des caractéristiques des produits(30).

5.2 Impact du mésusage des psychotropes sur la santé

Les psychotropes et plus particulièrement les stupéfiants causent des dépendances, de l'accoutumance, de la tolérance et surtout entraînent des abus d'utilisation avec des addictions certaines.

5.2.1 Dépendance

Selon le Comité d'Experts De La Pharmacodépendance De l'OMS, la dépendance est un état psychique, quelques fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion de prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation.

La dépendance peut se manifester physiquement ou psychiquement ou les deux à la fois :

On entend par Dépendance physique, un état résultant de la consommation excessive et répétée d'une SPA de telle sorte que l'organisme s'y adapte physiologiquement. Tout arrêt brusque ou baisse de l'apport de cette substance au-dessous d'une certaine concentration engendre l'apparition de symptômes physiques appelés « syndrome de sevrage ».

La dépendance psychique, en outre, s'exprime par un état de besoin de retrouver les sensations de plaisir procurées par la SPA ou au contraire réprimer la sensation de malaise induite par le manque de celle-ci, les deux cas amènent donc le consommateur à la recherche compulsive de la substance considérée.

5.2.2 Abus

De nombreux travaux se sont intéressés à l'abus et l'usage nocif des médicaments, cependant il n'y a pas une définition exhaustive et complète de ce terme dans le domaine médical, quelques-unes ont été étayées qu'elles soient sociales ou médicales ;

Selon JAFFE en 1980, l'abus reflète à l'usage de toute drogue habituellement par automédication d'une manière telle qu'il dévie de normes médicales ou sociales propres à une culture donnée(31).

Dans le contexte médical, l'abus est l'utilisation excessive et volontaire ,permanente ou intermittente d'une ou plusieurs SPA ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique et psychique(30).

Selon le DSM-IV, l'abus d'une substance engendre une souffrance cliniquement significative par la présence d'au moins un des signes suivants au cours d'une période de 12 mois (32) :

- Utilisation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures,
- Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance ;

- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Et que les symptômes pour cette substance n'ont jamais atteint les critères de la dépendance.

5.2.3 **Accoutumance**

L'accoutumance est caractérisée par l'usage régulier d'un produit provoquant le désir d'en répéter la consommation sans tendance à augmenter la dose, entraînant un certain degré de dépendance psychologique sans dépendance physique ni syndrome de sevrage(33).

5.2.4 **Tolérance**

C'est un état d'hyperactivité de l'organisme se traduisant par une diminution de la réponse au psychotrope et par la capacité de supporter, sans manifester des symptômes d'intoxication, des doses habituellement toxiques pour le néo-type. Elle se manifeste donc par une diminution de l'efficacité et de la toxicité du psychotrope(31).

5.2.4.1 **Mécanismes de tolérance**

Il existe deux mécanismes principaux :

la tolérance métabolique et la tolérance fonctionnelle(31), qui agissent simultanément lorsqu'une tolérance s'installe ;

- La tolérance fonctionnelle, pharmacodynamique ou neurologique : elle se caractérise par une perte de la sensibilité des neurones à l'action des psychotropes à la suite d'une administration chronique, l'effet du psychotrope diminue malgré la présence de concentration identique du médicament dans le cerveau ;
- La tolérance métabolique : c'est l'augmentation de la vitesse de métabolisation d'un psychotrope à la suite d'une consommation répétée. Il en résulte que l'élimination du psychotrope est plus rapide et donc sa durée d'action et même son pic d'intensité sont réduits.

5.2.4.2 Types de tolérance :

Il existe trois types de tolérance, selon qu'elle se manifeste au cours de la première administration, ou après consommation répétée. Nous distinguons :

- Tolérance naturelle ou innée : Elle se manifeste lors de la première administration d'un psychotrope et elle est expliquée par des facteurs génétique ;
- Tolérance acquise : Elle s'observe après administration répétée et elle se caractérise par le besoin d'augmenter continuellement la dose pour obtenir le même effet ;
- Tolérance aigue ou tachyphylaxie : Elle apparait rapidement au cours de la consommation et elle se caractérise par la réduction rapide de la réponse à un psychotrope(31).

5.2.5 Addiction :

Un comportement addictif est un comportement caractérisé par l'échec de son contrôle et la répétition de sa réalisation en dépit de la connaissance de ses conséquences.

On en distingue deux types ;

- L'addiction aux substances (toxicomanie) : qui se définit comme étant un trouble neuropsychiatrique caractérisé par un désir récurrent de continuer à prendre la drogue malgré les conséquences néfastes(34).
- Les addictions autres que la toxicomanie (addictions comportementales) : couvre le jeu pathologique, la dépendance alimentaire, la dépendance à internet et la dépendance au téléphone. Leur définition est similaire à celle de la toxicomanie mais ils diffèrent les uns des autres dans des domaines spécifiques(34).

5.2.5.1 Addiction versus Dépendance :

Jusqu'à un certain temps, les scientifiques avaient tendance à utiliser les deux termes « addiction » et « dépendance » pour désigner un même état, toutefois, les études ont permis récemment de distinguer entre les deux en se référant à un certain nombre de différences mais également de similarités représentées dans les Tableaux 3 et 4

Tableau 3. Les points communs entre dépendance et addiction (36)

Similarités entre « Addiction » et « Dépendance »
Les deux sont des états physiologiques ;
Les deux peuvent avoir une composante psychologique ;
Les deux entraînent un syndrome de sevrage après arrêt brutal ;
Les deux peuvent développer une activité secondaire à la consommation de drogues sédatives et hypnotiques ;
Certaines personnes sont plus susceptibles de développer ces deux états que les autres.

Tableau 4. Les points de différence entre dépendance et addiction(35)

Addiction	Dépendance
Implique un usage non médical	Conséquence normale de l'action pharmacologique de la substance
Implique un usage en quête d'une sensation de plaisir	Survient avec de nombreux médicaments
Fait généralement partie d'un modèle de polyconsommation	N'inclut pas nécessairement le désir psychologique

5.2.5.2 Mécanisme neurobiologique de l'addiction

C'est les propriétés pharmacodynamiques et cinétiques de la molécule qui lui confère son pouvoir addictogène.

Les addictions font intervenir les systèmes de récompense cérébraux (système méso cortico-limbique), avec comme neurotransmetteur clé « la dopamine » entraînant une hyperdopaminergie suite à une autostimulation via la libération de ce neurotransmetteur ce qui va générer une sensation de besoin de répéter la consommation de la substance.

À la suite de prises répétées de drogues d'abus, les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques se découplent. Ce découplage, qui est observé chez les animaux sensibilisés et qui existe vraisemblablement chez les toxicomanes, entraîne une autonomisation des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques qui réagissent de façon indépendante aux stimuli externes. Reprendre de la drogue permettrait un recouplage artificiel de ces neurones, créant ainsi un soulagement temporaire susceptible d'expliquer la rechute(36).

Vient s'ajouter le rôle du cortex préfrontal dont le dysfonctionnement est à l'origine des conduites impulsives-compulsives.

5.2.5.3 Critères diagnostiques de l'addiction

L'addiction peut être diagnostiquée en se référant à un certain nombre de critères établis dans le DMS-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)(34), à savoir :

1. Prendre des quantités plus importantes ou sur une période plus large que prévu ;
2. Un désir persistant ou un effort infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation du médicament ou la substance ;
3. Consacrer beaucoup de temps aux activités nécessaires pour obtenir ou utiliser le médicament ou la substance ou se remettre de ses effets ;
4. Craving ou désir fort ou envie d'utiliser le médicament ou la substance
5. Utilisation récurrente entraînant le non-respect des principales obligations du travail, de l'école ou du domicile ;

6. Utilisation continue malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la drogue ;
7. Des activités sociales, professionnelles et récréatives importantes sont abandonnées ou réduites en raison de la consommation des drogues ou substances ;
8. Utilisation récurrente dans des situations dans lesquelles il est physiquement dangereux ;
9. Usage de drogues ou de substances est poursuivi malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est probablement dû ou exacerbé par la drogue ;
10. Tolérance, définie par l'un des éléments suivants :
 1. Nécessité d'augmenter considérablement les quantités du médicament ou substance pour obtenir l'intoxication ou l'effet recherché ;
 2. Un effet nettement réduit avec l'utilisation continue de la même quantité du médicament ou substance.
11. Retrait, qui se manifeste par l'un des éléments suivants :
 1. Le syndrome de sevrage caractéristique du médicament ou de la substance ;
 2. Le médicament ou la substance est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

5.2.5.4 Les facteurs de risque et de vulnérabilité

L'addiction est la résultante d'un ensemble de composantes liées aux produits addictogènes, des facteurs individuels et d'autres environnementaux, le repérage de ces éléments constitue la première étape dans la prise en charge de l'addiction et sert d'outil diagnostique et pronostique très important.

Les facteurs individuels de vulnérabilités :

Ce sont des facteurs liés à la personne addictive et diffèrent d'un patient à l'autre, on peut citer :

- Les facteurs génétiques : diffèrent d'une personne à l'autre et conditionnent la réponse de l'organisme à la substance ainsi que la vitesse d'installation de la dépendance ou l'addiction.

- Le tempérament : c'est un ensemble d'attitudes stables dans le temps pouvant prédire la survenue de troubles liés aux substances, on retrouve (37) :

- Un niveau élevé de recherche de sensations ou de nouveautés ;
- Un faible évitement du danger ;
- Une hyperréactivité émotionnelle ;
- Sous-estime de soi, autodépréciation, difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels et établir des relations stables et satisfaisantes.

- Les comorbidités psychiatriques : association de maladies psychiatriques.

Les facteurs liés à l'environnement

- Les facteurs socioculturels et familiaux interviennent dans la régulation des consommations et l'exposition aux produits.

- Le rôle des pairs : le groupe de pairs que fréquente la personne addictive ou dépendante joue un rôle important dans l'initiation de la prise de drogue complété par le rôle renforçateur dans le choix du groupe dans lequel circule la substance.

Les facteurs de risques liés au produit consommé :

Le produit est d'autant plus addictogène s'il présente un potentiel de dépendance, s'il engendre un risque de complications somatiques, psychologiques et sociales.

Outre ces caractères, le statut social du produit qu'il soit licite ou illicite potentialise son pouvoir addictogène.

5.2.5.5 Les médicaments psychotropes impliqués dans les conduites addictives

En France, les médicaments psychotropes principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale occupent le troisième rang en terme de fréquence de consommation des SPA, principalement par les jeunes, 15,1 millions en ayant fait l'usage au moins une fois au cours de leur vie et 8,7 millions au moins une fois dans l'an 2005(38).

- *Données épidémiologiques en France*

L'action sédatrice et hypnotiques des BZD est d'autant plus importante que la demi vie est courte ,ces effets sont recherchés par les toxicomanes en quête d'une potentialisation des effets d'autres sédatifs (alcool, opiacées) : soit la toxicomanie aux BZD entre dans le cadre d'une polytoxicomanie soit elle est isolée ,attestée par un usage contrôlé, prolongé, à des posologies supra-thérapeutiques, avec des répercussions sociales(23).

L'utilisation des BZD est estimée à 10% dans l'ensemble de la population européenne et aux Etats Unis(39) malgré la diminution de leur prescription, le problème d'abus est significatif résultant de l'utilisation médicale prolongée ou la vente des BZD comme drogue de rue.

Une enquête récente menée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) dans la région du Sud de la France sur les fréquences et nouvelles tendances d'usage des médicaments psychotropes vient assigner les résultats des précédentes, les BZD occupent une place importante dans la consommation médicamenteuse illicite des psychotropes, illustrés dans le tableau 5(40).

Tableau 5. Les benzodiazépines les plus consommées à Marseille. France

Principales BZD consommées	Pourcentage
Oxazepam	29%
Diazépam	17%
Zopiclone	11%
Bromazépam	11%
Clonazépam	8%
Lormétazépam	8%
Zolpidem	7%
Prazépam	4%
Alprazolam	2%
Lorazépam	1%

Un autre produit vient marquer les faits, la prégabaline consommée principalement par les toxicomanes pour ses effets euphorisants a fait l'objet d'une émergence importante dans la même région, en parallèle l'usage dans le cadre de toxicomanie du méthylphénidate et trihexyphénide reste faible(41).

Parmi les barbituriques, les produits les plus utilisés avec un pouvoir addictogène sont ceux ayant une action rapide ou intermédiaire à titre d'exemple : Immenoctal, Eunoctal, Nembutal, Soneryl. Quant aux non-barbituriques, on cite les dérivés de la Mecloqualone (Nubarene), et la Methacalone (Mandrax), Glutéthimibe (Doridène) et le Meproamate(33).

- *Données épidémiologiques en Algérie*

Le Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Population et le développement a mené en 2010 une enquête épidémiologie sur tout le territoire algérien concentrée sur la prévalence de l'usage des drogues, les psychotropes se placent en deuxième position en terme de consommation illicite avec une prévalence de 0,615% de l'ensemble des substances utilisées dans le cadre de la toxicomanie(42).Néanmoins, peu d'études en ont détaillé les classes concernées par cette conduite.

6 Pharmacovigilance et addictovigilance

6.1 La pharmacovigilance

La pharmacovigilance est une notion importante et plus particulièrement dans l'usage des psychotropes. Elle permet un meilleur suivi de l'impact de ces médicaments sur la population et l'éventuelle dépendance, accoutumance, tolérance et addiction qui découlent d'un usage démesuré de cette classe thérapeutique.

6.1.1 Définition

La pharmacovigilance se définit selon l'OMS comme la science et l'activité relative à la détection, l'évaluation, la compréhension, et à la prévention des effets indésirables médicamenteux ou tout autre problème lié aux médicaments(43).

Elle se base sur la notification et la déclaration des effets indésirables médicamenteux (EIM) par le personnel de santé aux centres de pharmacovigilance. En Algérie elle se fait auprès du centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance (CNPM).

6.1.2 Pharmacovigilance en psychiatrie

Plusieurs EIM relatifs à l'usage des médicaments psychotropes ont été déclarés malgré toutes les étapes de développement, essais et analyses qui précèdent sa mise sur le marché.

Les nouveaux effets indésirables notifiés après commercialisation des psychotropes(26) ainsi que les classes incriminées sont détaillés dans le tableau 6

Tableau 6. Les effets indésirables des psychotropes récemment notifiés en pharmacovigilance

Effets indésirables médicamenteux	Médicaments ou classe médicamenteuses
Risque hémorragique	Antidépresseurs sérotoninergiques
Acné	Antiépileptiques (barbituriques, hydantoïnes), lithium, antidépresseurs sérotoninergiques
Aggravation des symptômes positifs de la schizophrénie	Antipsychotique (aripiprazole)
Troubles glycémiques	Antidépresseurs sérotoninergiques

6.2 L'addictovigilance

L'addictovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention, et la gestion du risque des cas d'abus, de dépendance, et d'usage détourné liés à la consommation, qu'elle soit médicamenteuse ou non, de tout produit, substance ou plante ayant un effet psychoactif, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac(44).

6.2.1 Différents systèmes d'évaluation de l'addictovigilance

Il existe différents systèmes d'évaluation de l'addictologie dans le monde. Nous nous sommes intéressés aux systèmes référents comme celui de la France et des Etats Unis d'Amérique.

6.2.1.1 Le modèle français

Un système d'évaluation de la pharmacodépendance a été mise en place en 1990, la France étant le seul pays européen à posséder ce genre de dispositif servant d'une source d'information sur le potentiel d'abus et d'addiction(45).

Ce système est constitué d'un réseau de centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et addictovigilance répartis sur le territoire français .L'évaluation des cas d'abus repose sur leur déclaration à ces centres(46).

Les signaux rapportés peuvent avoir pour raison un décès inhabituel, hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, pratiques de consommation (nouveaux modes de consommation, nouvelles substances détournée, voie d'administration).

Lorsqu'un centre est alerté, il procède à l'évaluation des signaux strictement définis avec description des notifications initiales et analyse des données antérieures, toutes ces informations seront présentées par la suite aux autres centres permettant ainsi d'évaluer l'étendue géographique du phénomène considéré.

6.2.1.2 Modèle Américain :

Aux Etats Unis, précisément à New York, les autorités ont mis en place un programme de surveillance et de contrôle de prescription basé sur des ordonnances tripliquées afin de maîtriser la consommation et l'abus aux benzodiazépines, ce système repose sur l'obligation de réaliser les prescriptions sur des ordonnances comportant trois parties, une partie dédiée au médecin prescripteur, une deuxième pour le pharmacien et la troisième partie doit être envoyée au Département Santé de l'Etat par le pharmacien, la durée de traitement étant limitée à 30 jour non renouvelable(46).

En plus de ce système, des programmes de gestion de risque ont été élaborés regroupant la coordination entre l'évaluation du potentiel d'abus et de détournement en amont de l'AMM, la prise de mesures réglementaires pour limiter le maximum le risque d'abus identifié et les systèmes de surveillance et de génération de signal post AMM(47).

7 Implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la maladie psychiatrique

Les psychotropes ont des indications riches et variées mais les plus importantes sont celles recommandées dans les maladies psychiatriques.

Ainsi, l'offre de soins aux patients souffrant de maladies mentales est en pleine mutation visant à améliorer leur qualité de vie en supprimant les habitudes et les comportements contraignants. A ce propos et compte tenu du nombre de médicaments psychotropes utilisés et

l'évolution de la psychopathologie, le pharmacien d'officine est amené à établir une relation de confiance avec ce type de patient pour assurer une prise en charge pharmaceutique optimale.

Un rapport récent de la Fédération Pharmaceutique Internationale (FPI)(48) a étayé les grandes lignes des mesures interventionnelles du pharmacien d'officine à l'égard des patients souffrant d'affections psychiatriques, toutes ayant un impact bénéfique sur la promotion de la santé mentale, à savoir :

7.1 Pharmacien et détection précoce du trouble mental

Les pharmaciens d'officine occupent une place importante dans le système de santé, vu leurs compétences et leur accessibilité aux citoyens. Ils peuvent détecter précocement les symptômes d'un trouble mental et ceci en entretenant une relation privilégiée et de mise en confiance avec les patients ou leurs familles.

Le dépistage et l'évaluation des risques aux sein de la pharmacie sont des moyens efficaces pour accroître la reconnaissance précoce du trouble mental. Pour se faire, le pharmacien est assisté par le registre des prescriptions qui lui permet de consulter l'historique du patient et détecter les éléments favorables à l'apparition du trouble, ainsi que la conception d'un bureau ou d'un espace séparé pour une consultation gratuite par le pharmacien.

7.2 Pharmacien et optimisation des résultats du traitement avec diminution des interactions médicamenteuses

La réponse de l'organisme aux psychotropes diffère d'un patient à un autre et la dose thérapeutique et tolérable est difficile à définir. Les connaissances pharmacologiques du pharmacien permettront d'anticiper les risques d'interactions que peut rencontrer un officinal lors de la dispensation des psychotropes au comptoir.

7.3 Pharmacien et amélioration de l'observance

L'observance est définie comme étant l'adhésion du patient au traitement elle est aussi appelée en anglais compliance. Elle montre l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique(49).

Il existe de nombreuses difficultés concernant les recherches sur l'observance qui reposent sur des preuves indirectes du fait d'une absence de mesures réellement objectives et de la multiplicité des stratégies thérapeutiques. L'attitude des patients par rapport au traitement semble plus importante que la présence d'effets indésirables. Plusieurs études prennent en compte la satisfaction du patient par rapport à son traitement. L'adhésion au traitement dépend aussi de la qualité de l'insight (connaissance ou conscience du patient de son trouble) et de la relation médecin-patient (26).

Nous pouvons dire que l'observance évalue l'attitude des patients à s'approprier leur traitement. Pour se faire, deux outils ont été créés :

- ✓ Le Drug Attitude Inventory (DAI) qui a montré son efficacité dans 89% (50),
 - ✓ Le Rating of Medication Influence (ROMI) développé pour évaluer l'observance des patients souffrant de la schizophrénie et qui est principalement basé sur les informations et retours des patients eux-mêmes, leur familles ou leurs médecins, relatives à l'adhérence de ces patients à leur traitement(50),(51).

7.4 Pharmacien et éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique est définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour «comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie »(52).

En France, les programmes d'ETP se sont multipliés mais la psychiatrie n'est concernée que par 2% de la totalité soit 19 programmes dont deux pour l'addiction et un pour la santé mentale(53).

Les pharmaciens jouent un rôle incontournable dans l'éducation thérapeutique du patient concernant son traitement. L'échec thérapeutique précoce, ou encore le refus de médication par le patient, sont des problèmes fréquents auxquels l'officiel est confronté si bien qu'il soit possible de les résoudre et même de les éviter. Promouvoir le soin pharmaceutique pour les patients psychiatriques est sous la responsabilité du pharmacien dans son officine, à cet effet de dernier doit contribuer à l'éducation thérapeutique en informant le patient sur son traitement, suivre son observance et les résultats cliniques et indésirables du traitement(54).

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face(55). La prévention des rechutes est l'un des axes de la psychoéducation qui vise à diminuer le taux de ré-hospitalisation notamment dans la schizophrénie(56).

7.5 Pharmacien et prévention de l'addiction

Le suivi et la sensibilisation des patients dans le cadre de leur consommation de psychotropes est une responsabilité du pharmacien afin d'en prévenir le mésusage et l'abus, il peut également détecter une addiction médicamenteuse soit au cours des entretiens avec le patient soit en se référant à son comportement suspect.

7.6 Pharmacien et analyse pharmaceutiques des prescriptions

Qu'il soit dans le secteur public ou privé, le pharmacien est toujours confronté à des problèmes pharmaco-thérapeutiques qui peuvent entraver l'observance et le bien-être du patient, pour cela il est amené à analyser les prescriptions et les valider avant de les dispenser.

L'analyse pharmaceutiques des prescriptions consiste à repérer les problèmes pouvant y exister en s'appuyant sur des documents référentiels(57), à titre d'exemple la base de données médicamenteuses Thériaque® (35), Vidal(58), Stabilis(59), Drugs(60), Martindale(61) ainsi que d'autres bases de données.

A cet effet, l'analyse pharmaceutique des prescriptions impacte la clinique du patient par la détection des erreurs médicamenteuses sources d'effets négatifs qui peuvent être évitées par les interventions pharmaceutiques qu'émettent les pharmaciens auprès des médecins prescripteurs et/ou des patients. Cette analyse de prescription contribue aussi l'amélioration de la qualité rédactionnelle des prescriptions tout en respectant les référentiels de chaque pathologie(62).

8 Programmes d'amélioration de la santé mentale

Plusieurs programmes impliquent des pharmaciens pour améliorer la santé mentale de patients recevant des psychotropes. Nous nous sommes intéressés à deux programmes celui de « Bloom » au Canada et celui en établissement de santé mentale en France qui ont montré l'intérêt clinique du pharmacien.

8.1 Le Programme « BLOOM »

Au Canada, un programme de partenariat pharmaceutique en santé publique a été lancé sous le nom de « BLOOM programme » dans le but d'optimiser les soins pharmaceutiques offerts aux patients souffrant de problèmes de santé mentale et dont les composantes essentielles sont la sensibilisation, l'établissement de liens avec les services de psychiatrie et addictologie ainsi que la collaboration avec les médecins psychiatres et familles de patients(63).

Ce programme a pour finalité d'intégrer le pharmacien d'officine dans l'offre de soins et la prise en charge de la pathologie psychiatrie et de l'addiction.

Pour qu'un pharmacien d'officine soit en mesure d'offrir le programme aux patients, un processus de demande doit être accompli avec comme critère supplémentaire exigé la conception d'une salle de consultation privée au sein de la pharmacie dédiée spécifiquement à ces patients, avoir un centre de ressources sur la santé mentale et l'addiction au sein de la pharmacie, former le personnel officinal sur la santé mentale en établissant des procédures et politiques au sein de l'officine(63).

8.2 Le programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en France

Ce programme implique souvent les pharmaciens exerçant dans un établissement spécialisé de santé mentale, cependant même le pharmacien officinal peut être sollicité par le promoteur du projet ETP. Ce dernier peut demander aux structures de soins, s'il existe un programme d'ETP, s'il peut adhérer et s'impliquer dans le cadre d'une coordination avec les centres médico-psychologiques(4).

L'éducation thérapeutique des patients souffrant de la schizophrénie, par exemple, est un modèle ayant démontré son efficacité, il engage essentiellement le rapport patient-pharmacien, qui pour être constructif doit se baser sur la communication adaptée du pharmacien avec son patient. Se montrer concerné, suivre le discours du patient, être attentif et avoir une attitude favorisant la communication sont la clé d'une bonne relation pharmacien-patient schizophrène.

Le programme Pharmation(4) par ailleurs, est un programme à visée éducative qui intègre des méthodes interactives au patient psychotique. Il est destiné à des groupes de 6 à 8 patients réunis autour d'un pharmacien et est déroulé en 15 séances.

Les thèmes abordés lors des réunions permettent d'améliorer la prise de conscience de l'intérêt du traitement, ses effets indésirables, ses complications, ainsi que l'implication du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie et son traitement et donc améliorer son observance. Il favorise aussi les échanges interactifs entre les patients et avec les professionnels de santé ce qui leur aide à interagir avec leur entourage et s'intégrer dans la société.

Un autre programme sous le nom de « Unité Transversale pour l'Education Thérapeutique du patient » basé sur la valorisation de l'ETP et l'évaluation de ses résultats tout en accompagnant les professionnels de santé. Ce programme peut être sollicité par toute personne voulant s'informer ou se former, qu'elle soit du domaine médical ou non(64).

PARTIE PRATIQUE

I. Matériels et méthodes

1 Matériels

1. Physique : Il y a eu besoin de logiciel de traitement de données (Excel)
2. Humains : équipes officinales
3. Questionnaire (Annexes)
4. Base de données médicamenteuses Thériaque®

Il a fallu pour notre étude l'intervention de plusieurs personnes comme les pharmaciens d'officine, leurs préparateurs, vendeurs ainsi que les patients sous psychotropes.

2 Méthodes

Notre étude a consisté à effectuer un état des lieux de la consommation des psychotropes dans les pharmacies d'officine de la wilaya de Tlemcen.

Ce projet a débuté au mois de juillet 2019 et il s'est étalé au mois de janvier 2020. Nous avons récolté les données concernant la gestion des médicaments psychotropes auprès des pharmaciens et/ou de leurs équipes officinales. S'en ai suivi des entretiens pharmaceutiques avec les patients concernés.

-Critères d'inclusion

Pour les pharmacies : ont été incluses dans notre étude, les pharmacies de la wilaya de Tlemcen (ville et périphérie) tirées au sort dans le tableau Excel où figurait l'ensemble des officines de la wilaya et ayant accepté de participer à notre étude.

Pour les patients : L'ensemble des patients, tout âge et sexe confondu, se présentant auprès des pharmacies ayant accepté de participer à notre étude avec une prescription où figuraient au moins un psychotrope. Aussi, avec une autorisation du titulaire et du patient pour mener un entretien pharmaceutique.

Pour les prescriptions : toutes les ordonnances dispensées en mois d'octobre de l'année 2019 sur lesquelles figurent un ou plusieurs psychotropes, seuls ou en associations avec d'autres médicaments.

-Critères de non inclusion

Sont exclus de notre étude,

- Tous les prescriptions ne contenant pas de psychotropes
- Tous les pharmacies n'ayant pas voulu participer à cette étude
- Tous les patients refusant de répondre à nos questions

2.1 Nature de l'étude

Notre travail est une étude descriptive et transversale.

2.2 Durée de l'étude

Notre étude s'est faite du mois de juillet 2019 à fin janvier 2020.

2.3 Déroulement de l'étude

Notre travail s'est déroulé en plusieurs étapes afin d'aboutir aux résultats escomptés.

2.3.1 Etape 1

La première étape a été de choisir les pharmacies d'officine qui ont été incluse à l'étude et ce du mois de juillet à fin septembre 2019. Le sujet étant très sensible voire litigieux pour la plupart des officinaux, il a fallu plusieurs vas et vient pour dissuader les pharmaciens titulaires afin de nous recevoir dans leur pharmacie.

Le choix de ces pharmacies d'officine a été fait en premier lieu par échantillonnage aléatoire, selon les régions d'installation (ville et périphérie), en utilisant la fonction « alea » dans Excel et en fonction de la disponibilité des pharmaciens et de leur collaboration en deuxième lieu.

2.3.2 Etape 2

La seconde étape a été la collecte de données auprès des équipes officinales. Pour effectuer l'état des lieux sur la consommation des psychotropes nous avons procédé au recueil des données en ayant accès aux ordonnanciers après avoir eu l'accord des pharmaciens d'officine tout en respectant la confidentialité des patients et les règles de travail propres à chaque officine. Durant cette étape, un questionnaire patient a été établi pour s'entretenir avec les clients des officines afin de procéder à la fin de l'entretien à une évaluation de leur observance en utilisant le questionnaire de GIRERD.

2.3.3 Etape 3

C'est l'étape de l'analyse pharmaceutique à postériori car nous n'avions pas la possibilité ni l'autorisation d'analyser les prescriptions contenant un psychotrope sur place en face du patient. Ces ordonnances ont été analysées en consultant les rétrocessions du mois d'octobre 2019.

Au total 290 prescriptions possédant au moins un psychotrope, avec ou sans autres traitements. La confidentialité des dossiers patients a été respectée en vue de leur analyse pharmaceutique. Cette analyse pharmaceutique s'est faite par le biais de la base de données Thériaque®.

Nous nous sommes intéressés uniquement à la détection des interactions médicamenteuses et les situations de surdosage puisqu'il nous était impossible d'émettre des interventions auprès des patients ou des prescripteurs.

2.4 Analyse statistique

Les données collectées ont été reportées sur Excel pour une analyse descriptive.

3 Résultats

3.1 Données relatives aux pharmacies

La localisation des officines visitées (50), (62%) pharmacies sont installées à Tlemcen ville et 38% en périphérie de Tlemcen. Pour ce qui est de l'année d'installation de ces pharmacies, 2% d'entre elles datent des années 70, 10% depuis les années 80, et plus de la moitié (52%) datent entre les années 90 et 2010 Enfin, un tiers (30%) se sont installés récemment et donc ont moins de 10 ans de présence.6% des pharmaciens n'ont pas voulu répondre à cette question.

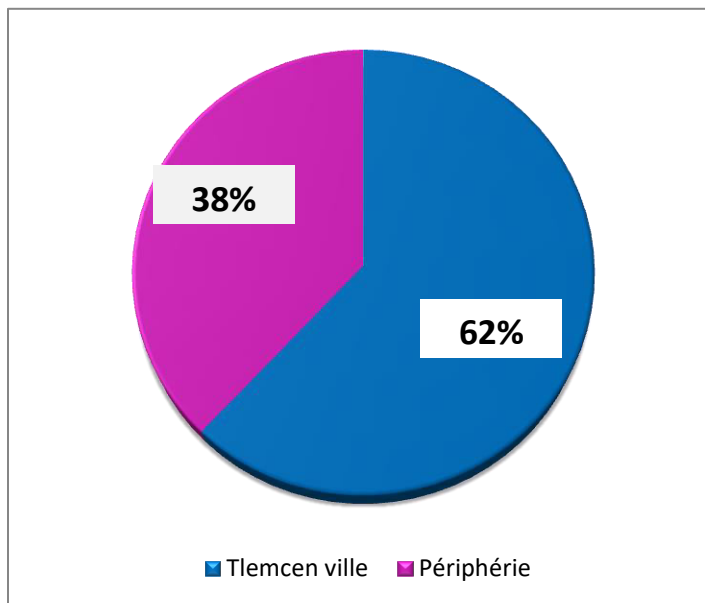


Figure 1. Région d'installation des pharmacies

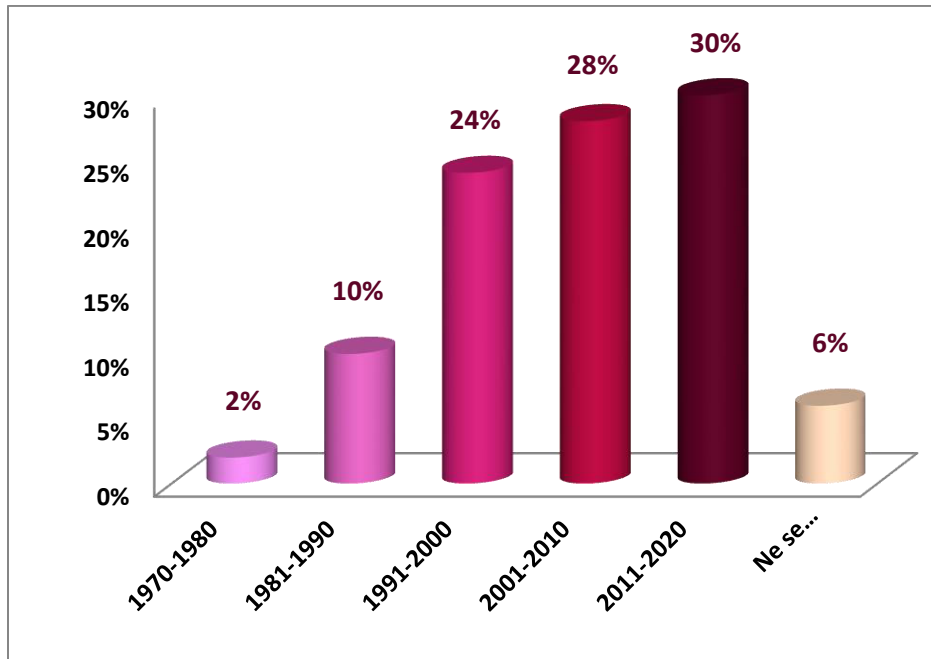


Figure 2. Début d'exercice des pharmaciens

1 sur 2 pharmaciens (48%) recrutent au moins trois salariés, 1 sur 3 (30%) recrutent deux salariés, et dans une pharmacie sur 5 (22%) un seul salarié est recruté, répartis selon leur domaine d'instruction en pharmacien assistant dans 12% des cas, employé ayant fait des études médicales dans 39% des cas et les 49% restant sont des employés hors domaine médical.

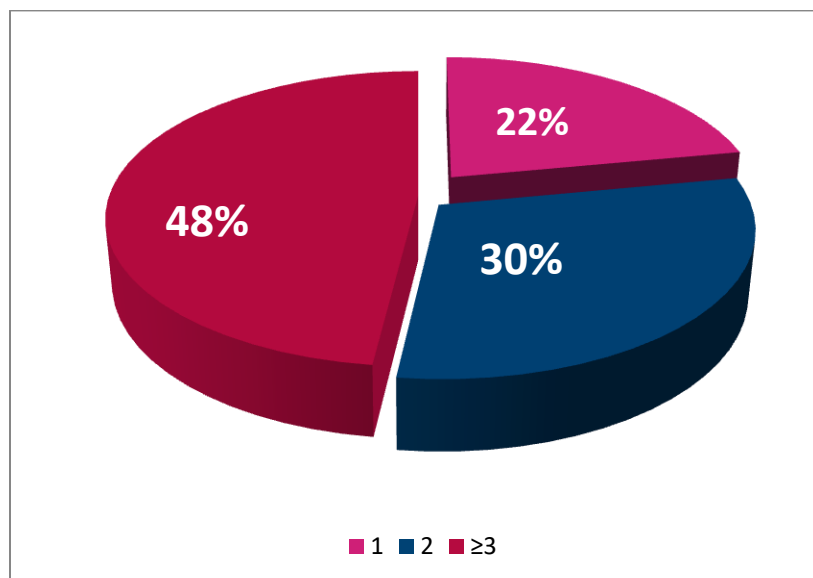


Figure 3. Répartition des pharmacies en fonction du nombre de salariés

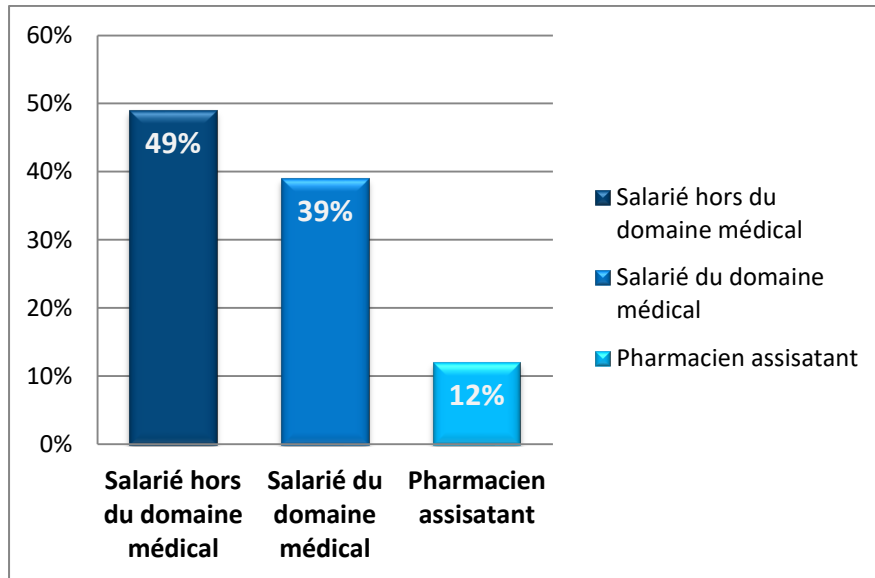


Figure 4. Répartition des pharmacies selon le domaine d'instruction des salariés

84% des pharmacies (42) sont installées à proximité des cabinets médicaux privés (au alentour de 200 mètres), 6 sur 10 près des médecins généralistes (60%), 4% à proximité des psychiatres et neurologues, les 36% des pharmacies restantes sont entourées de médecins de spécialités autres les susmentionnées (pédiatrie, médecine internes, hépato-gastro-entérologie, dermatologie, traumatologie...)

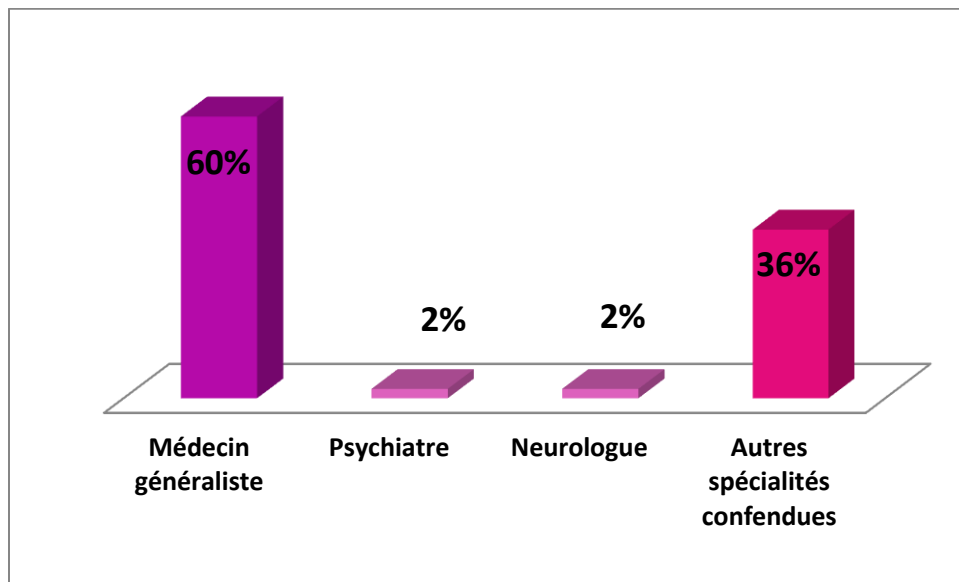


Figure 5. Répartition des pharmacies selon la spécialité des médecins installés à proximité (200 mètres)

En parallèle, 70% des officines sont installées à proximité des structures de santé publiques (aux alentours de 500 mètres) dont (77%) près des EPSP, (17%) près du CHU et 6% près des salles de soins publiques.

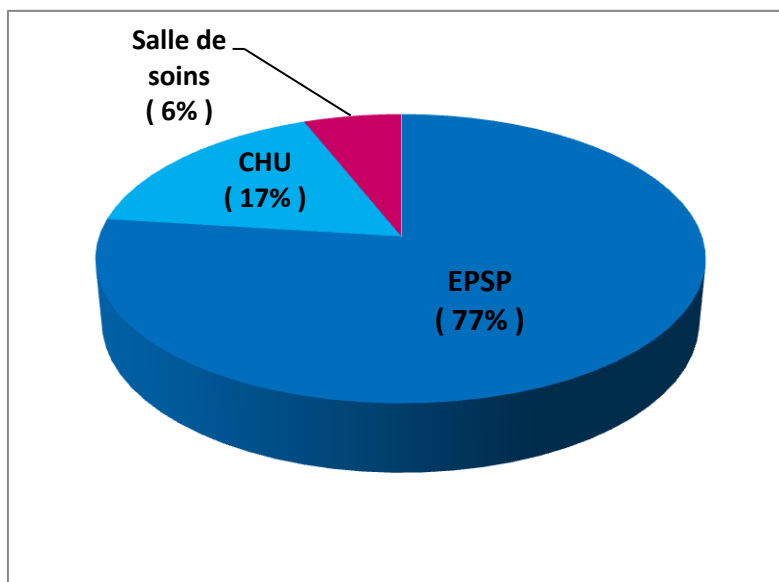


Figure 6. Proximité d'une structure de santé publique : CHU, EPSP, EHS... (500 mètres)

Selon les constats des équipes officinales quant à la rétrocession des médicaments psychotropes, les antidépresseurs représentent le 1/3 des classes de psychotropes rétrocedées en pharmacie d'officine avec un taux de 36%, suivis par les anxiolytiques à 26% puis les antipsychotiques à 18% et les antiépileptiques à un taux de 15%. A moindre échelle, les hypnotiques et les régulateurs de l'humeur (3%, 2% respectivement).

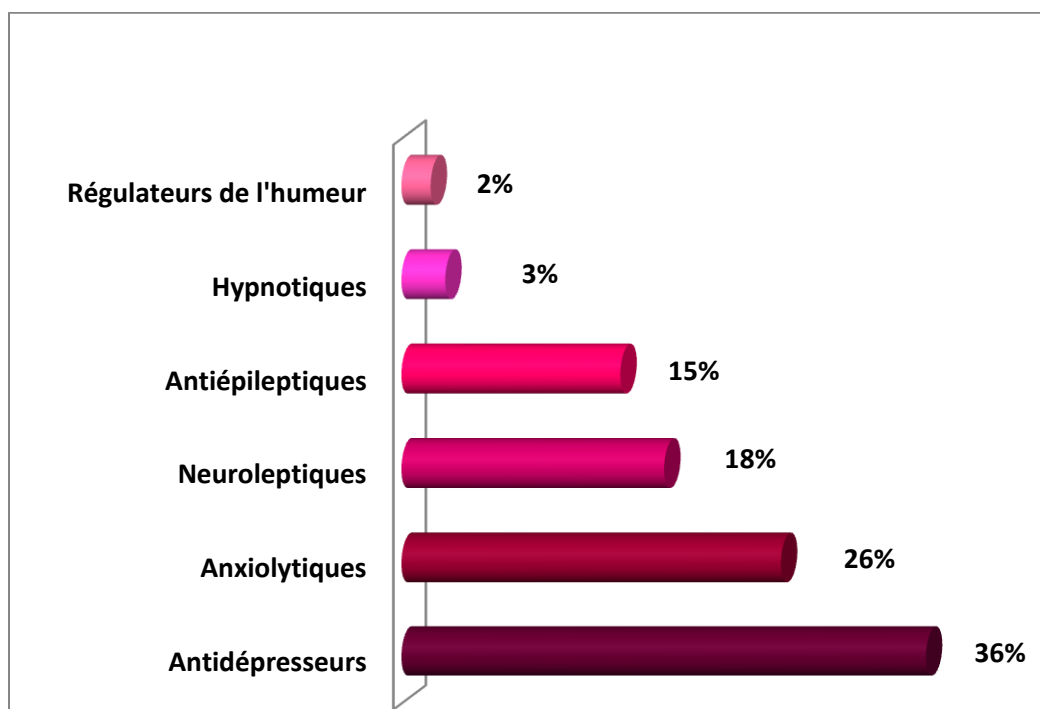


Figure 7. Les classes de psychotropes les plus rétrocedées selon le personnel officinal

38% des pharmaciens entrevus affirment l'existence d'associations de psychotropes qu'ils jugent appropriées dont la majorité sont des associations d'antidépresseurs-anxiolytiques (64%), 22% associations d'antipsychotiques-antidépresseurs et des anxiolytiques associés aux antiépileptiques à 14%.

60% disent ne pas savoir reconnaître les associations appropriées et 2% nient leur existence.

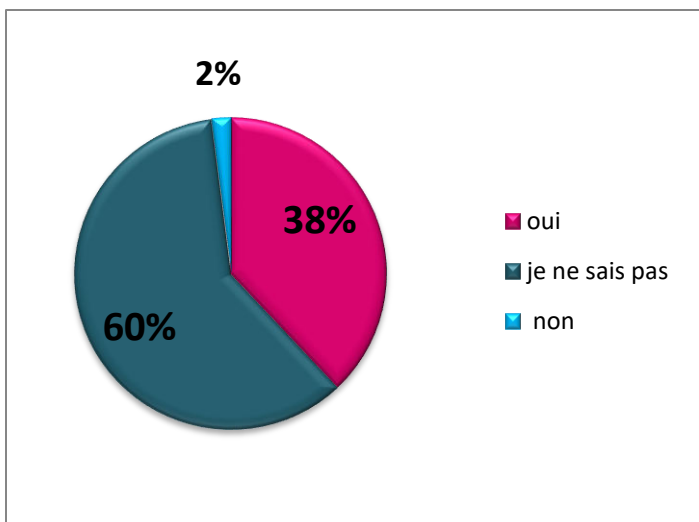


Figure 8. Y a -t- il des associations appropriées sur les prescriptions de psychotropes que vous recevez ?

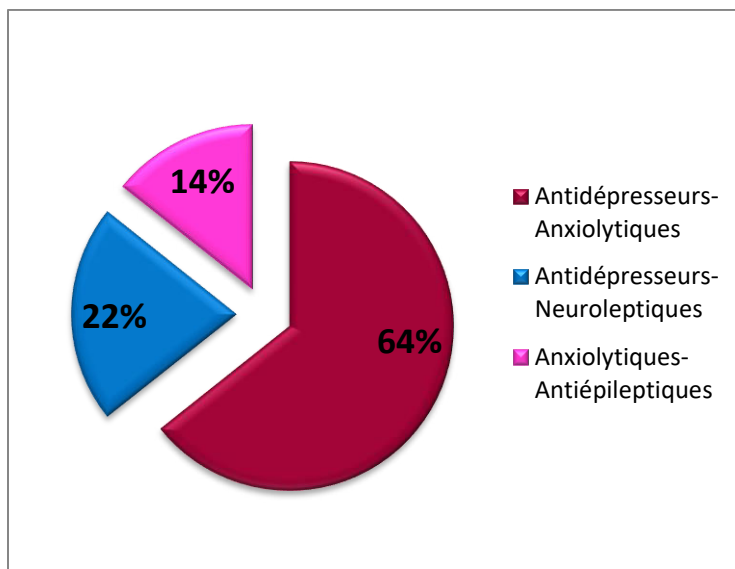


Figure 9. Types d'associations appropriées sur les prescriptions de psychotropes selon le personnel officinal

En outre, plus de la moitié des pharmaciens et personnel officinal (56%) rapportent qu'ils reçoivent rarement une prescription sur laquelle figure des associations inappropriées de psychotropes, 30% n'en ont jamais constatées et 8% affirment en avoir reçues fréquemment.

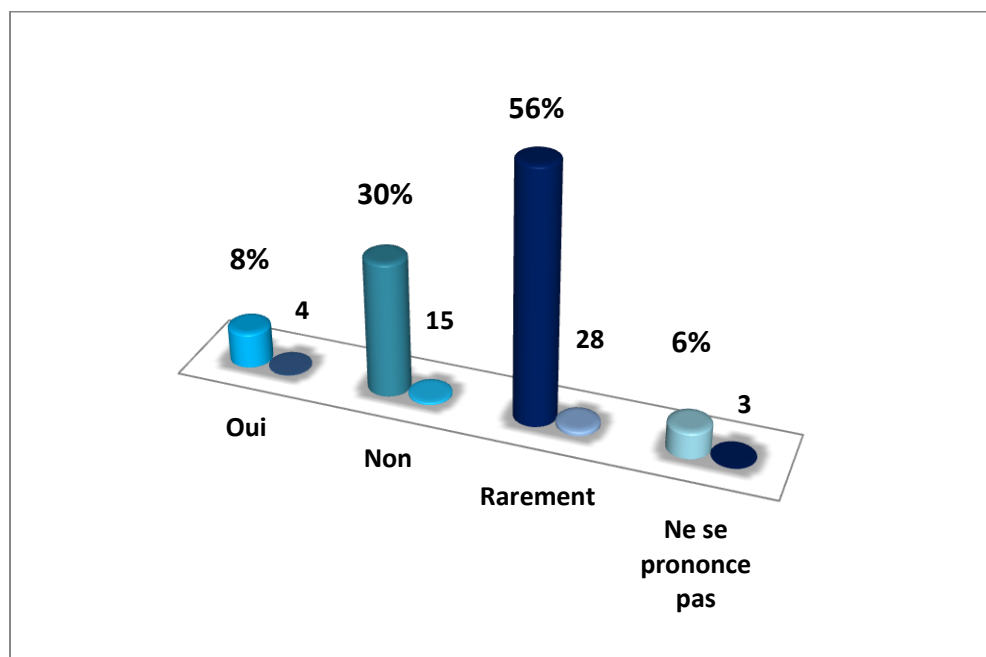


Figure 10. Y a -t- il des associations inappropriées de psychotropes sur les prescriptions que vous recevez?

Une majorité des pharmaciens titulaires (90%) ne pouvaient pas matériellement réaliser des conseils dans un espace dédié pour faute de place. Par contre, 08 % d'entre eux le font systématiquement en isolant le patient prenant des psychotropes et en le recevant dans un endroit à l'écart des autres patients. Les autres 02% sont indifférents quant à cette notion de discrétion dans le conseil.

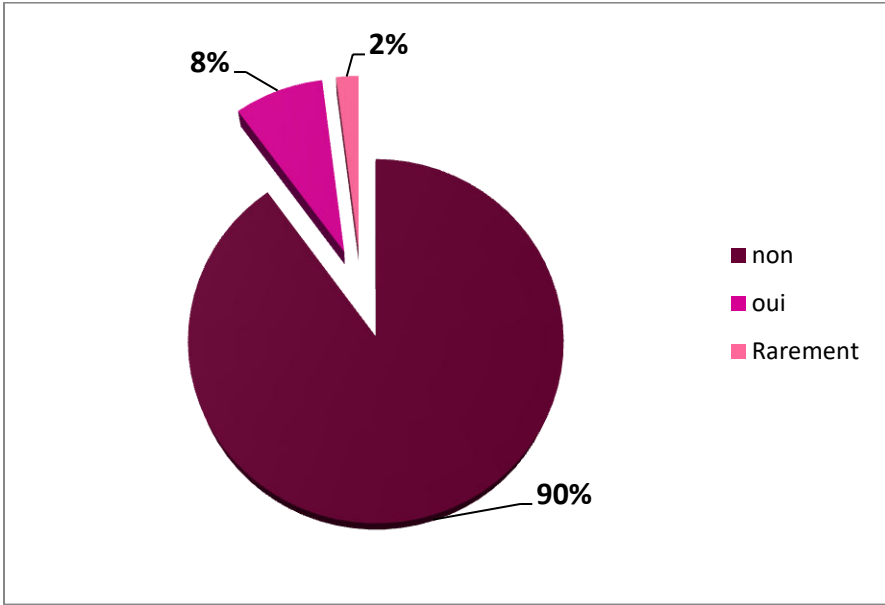


Figure 11. Est-ce que vous recevez les patients dans un espace spécialement conçu pour cette objet ?

Dans près de la moitié des pharmacies (46%), le personnel est confronté à des patients qui n'ont de préférence pour aucun conseiller de la pharmacie, 1/3 affirment le contraire et 1/5 en sont indifférents à cette exigence.

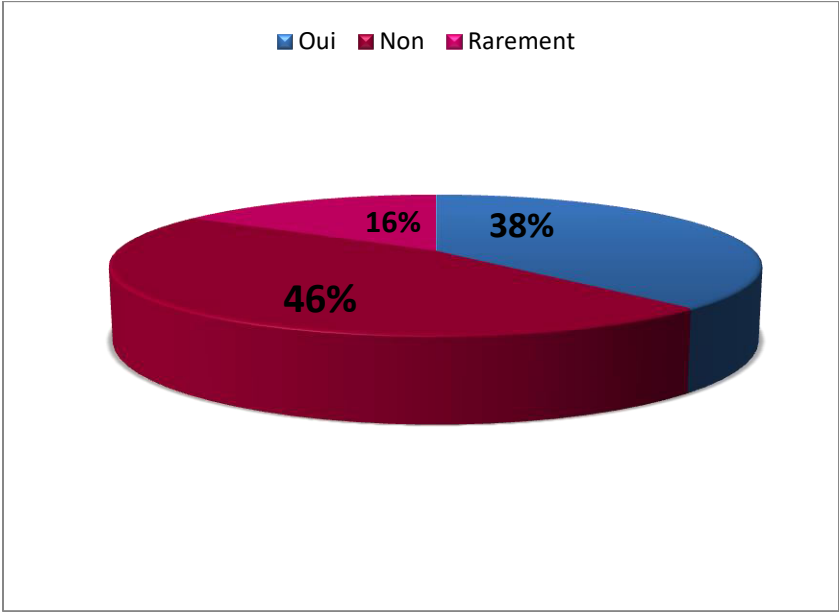


Figure 12. Est-ce que les patients préfèrent être servis par un salarié particulier ?

9 pharmaciens sur 10, soit 94%, affirment avoir reçu dans leurs officines des personnes qui sèment le doute sur la fiabilité de la prescription et ce à raison d'un maximum 02 fois par jour (86% des cas), et 8% des pharmaciens en reçoivent au moins 3 fois par jour ce genre de personne.,

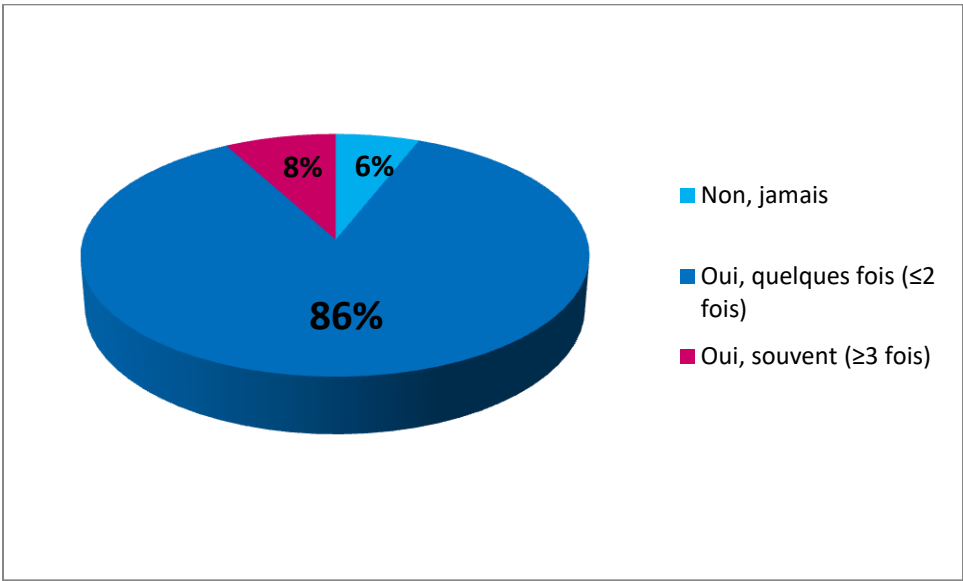


Figure 13. Fréquence de réception de prescriptions suspectes en officine

Il y avait quatre fois plus d'hommes qui venaient demander des psychotropes et qui semaient le doute chez l'équipe officinale. Ils étaient âgés le plus souvent entre 20 et 65 ans (73%), de 19 ans et moins (16%) et 66 ans et plus (11%).

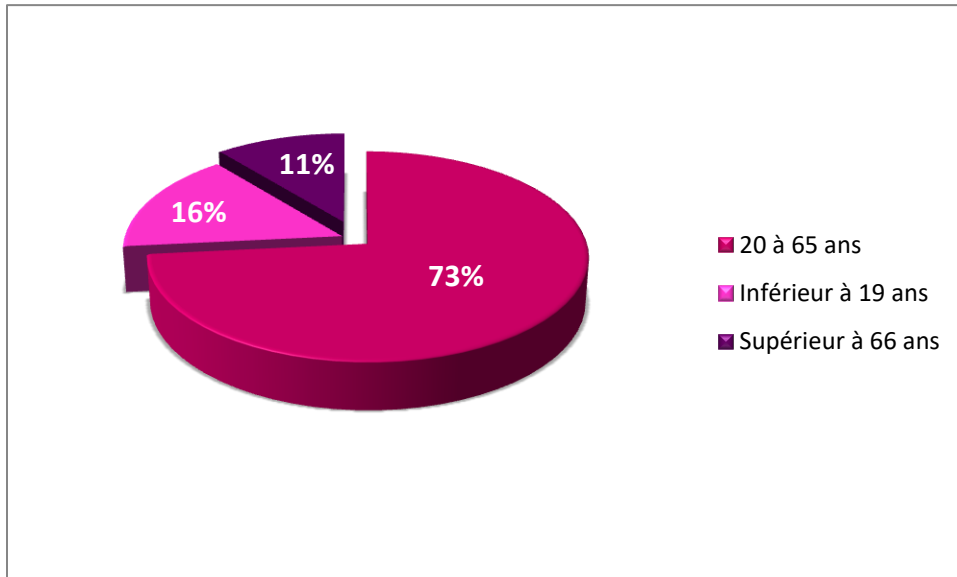


Figure 14. L'âge des patients « suspectés » de mésusage des psychotropes

Les anxiolytiques benzodiazépiniques occupent la première place dans les classes des psychotropes les plus susceptibles d'avoir un usage détourné par les patients. Il y a essentiellement du bromazépam (36%), du prazépam (25%), du clonazépam (14%), du clorazépate (8%) et dulorazépam (4%).

A moindre échelle, les autres médicaments psychotropes, l'amitryptilline (4%), la lévomépromazine et l'olanzapine et la paroxétine (2%). Le phénobarbital, la chlorpromazine et le diazépam à hauteur de 1%.

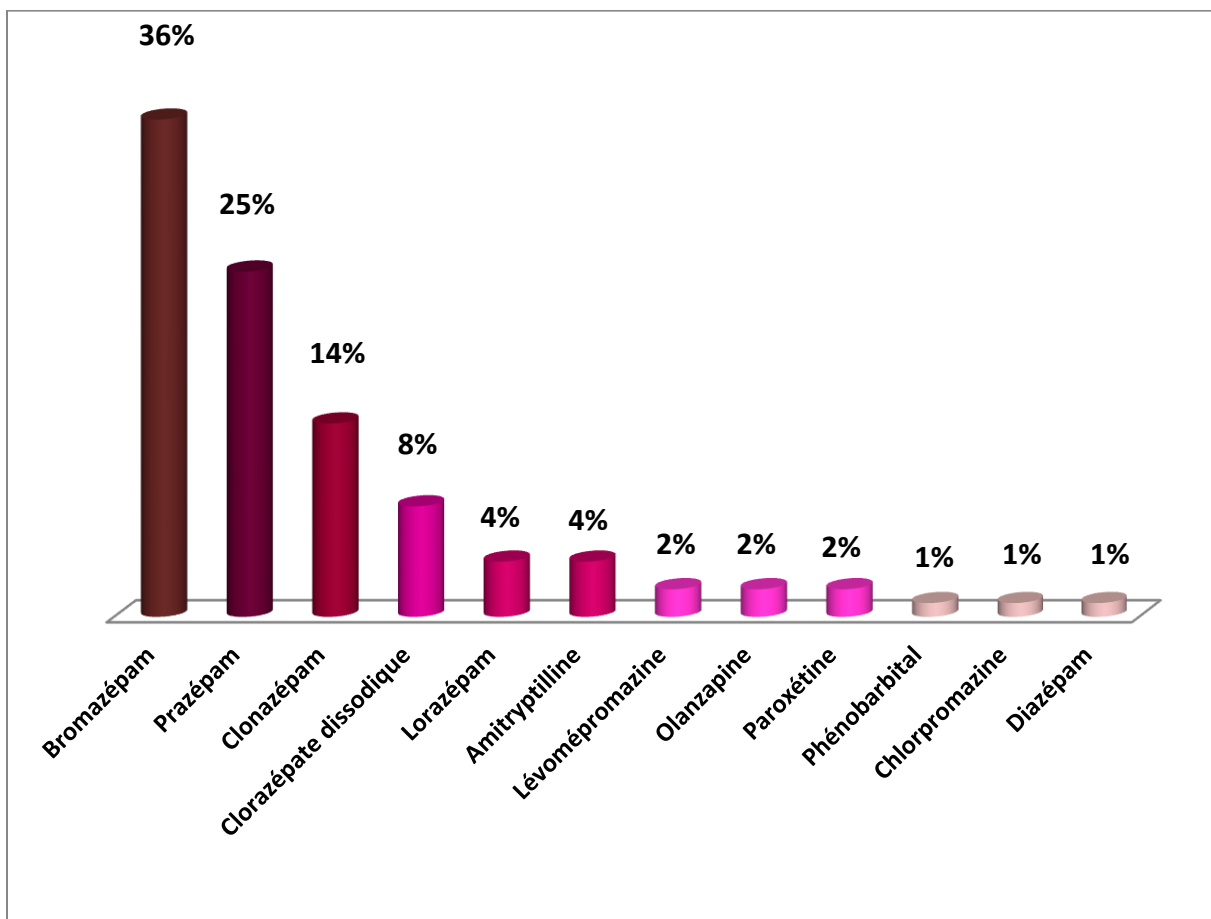


Figure 15. Répartition des psychotropes suspectés de détournement d'usage

Les médicaments non psychotropes, mais considérés comme telle par la justice et la sécurité nationale, sont aussi susceptibles d'un détournement d'usage comme la prégabaline, le tramadol, la trihexyphénidyle et les codéinés.

Tableau 7. Les médicaments non psychotropes susceptibles d'un détournement d'usage

Médicaments	Taux de mésusage
Prégabaline	56%
Tramadol	23%
Trihexyphenidyle	13%
Codéinés	8%

Les principaux motifs du refus de dispensation des psychotropes, par les équipes officinales, sont :

- Profil des patients comme la tenue vestimentaire, leur gestuelle, la façon de parler 35% ainsi que la non-conformité de la prescription (prescription antidatée, posologie exagérée, ordonnance de complaisance, griffe du médecin inapparente) 35% et enfin leur attitude agressive à 8%.
- Les prescriptions établis par des médecins généralistes inconnus par le personnel de la pharmacie (médecins hors wilaya, hors la région d'installation de la pharmacie) pour 12% des pharmaciens.
- Patients étrangers à l'équipe officinale (hors wilaya, hors la région ou de la même région de l'installation de la pharmacie mais inconnus par le personnel) (6%)
- L'absence de la pièce d'identité dans 3% des cas.
- Âge inférieur à 19 ans (1%).

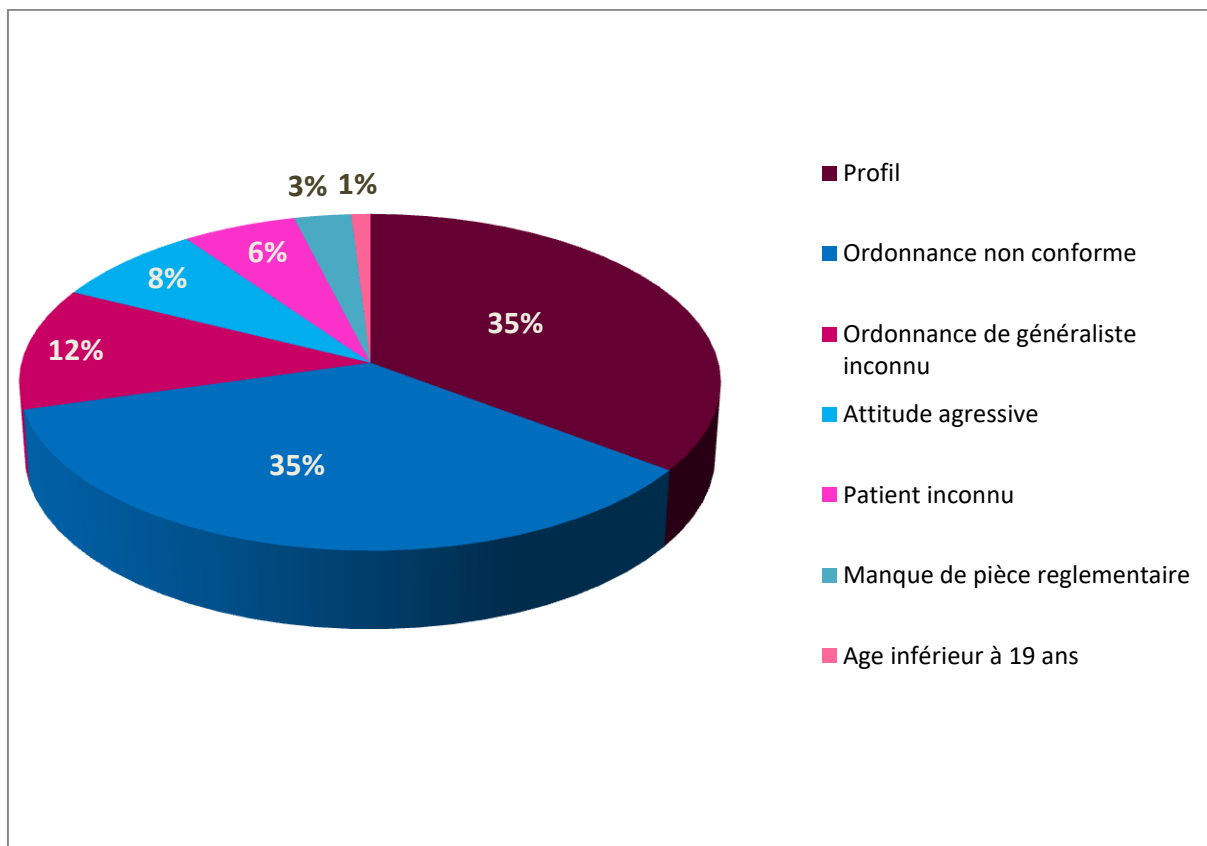


Figure 16. Profil des patients suspectés de détournement d'usage des psychotropes

La majorité des pharmaciens souhaitent que leur personnel suive une formation sur les psychotropes (66%), 28% en refusent et dans 6% des cas la réponse est inconnue.

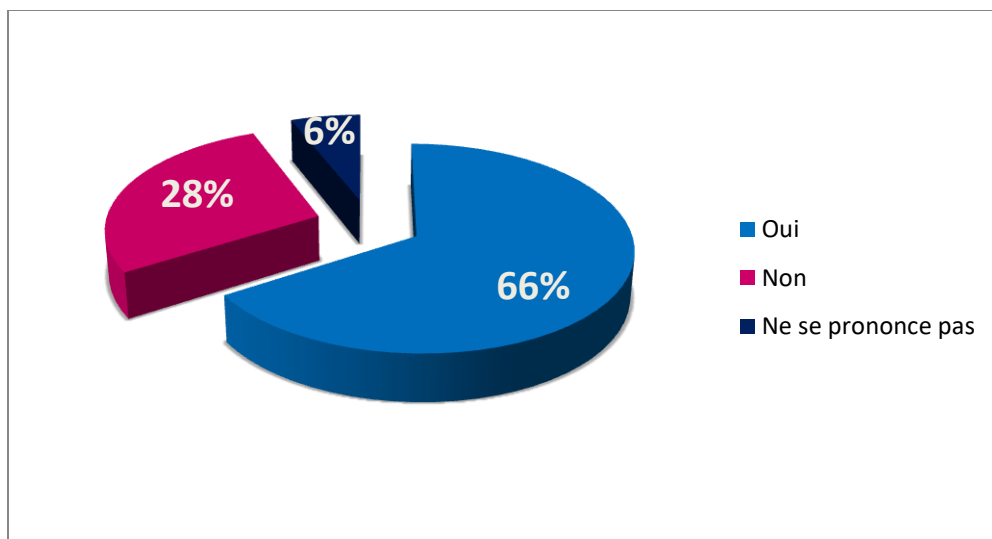


Figure 17. Souhait du personnel officinal quant à la formation sur les psychotropes

Quant aux autres thématiques sur lesquelles souhaiteraient les officinaux que leur personnel suive c'est les produits de conseils et automédication sont leur première préoccupation (20%), sur les antibiotiques avec un taux de 14%, sur les anti-inflammatoires stéroïdiens (9%), sur les associations et les interactions médicamenteuses (9% chacune) et enfin sur le déchiffrage d'ordonnances et sur la réglementation à 6%. Les autres volets (phytothérapie, toxicologie, modernisation de la pharmacie) représentent au total 27%.

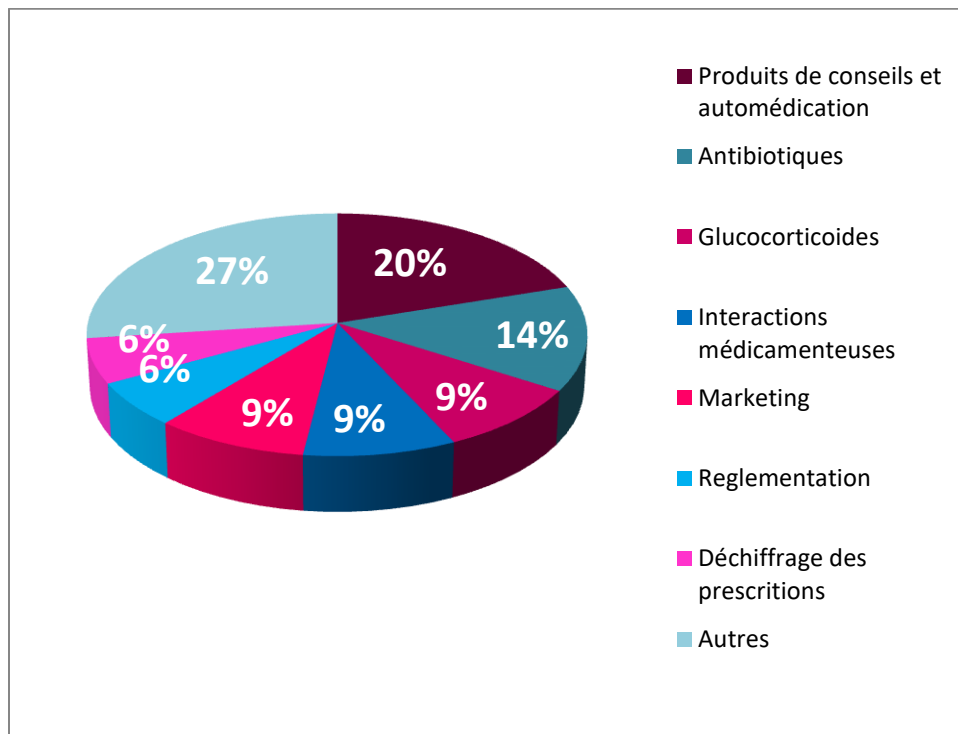


Figure 18. Les thématiques concernées par la formation au sein des officines

Concernant la détention des psychotropes et leur rangement dans l'officine nous avons constaté que dans la plupart des cas ils étaient isolés et sécurisés dans des armoires métalliques fermées à clés dans 82%. Nous avons aussi trouvé que 02% des officines avaient un coffre-fort ; les 16% des officines visitées ont refusés de répondre à cette question.

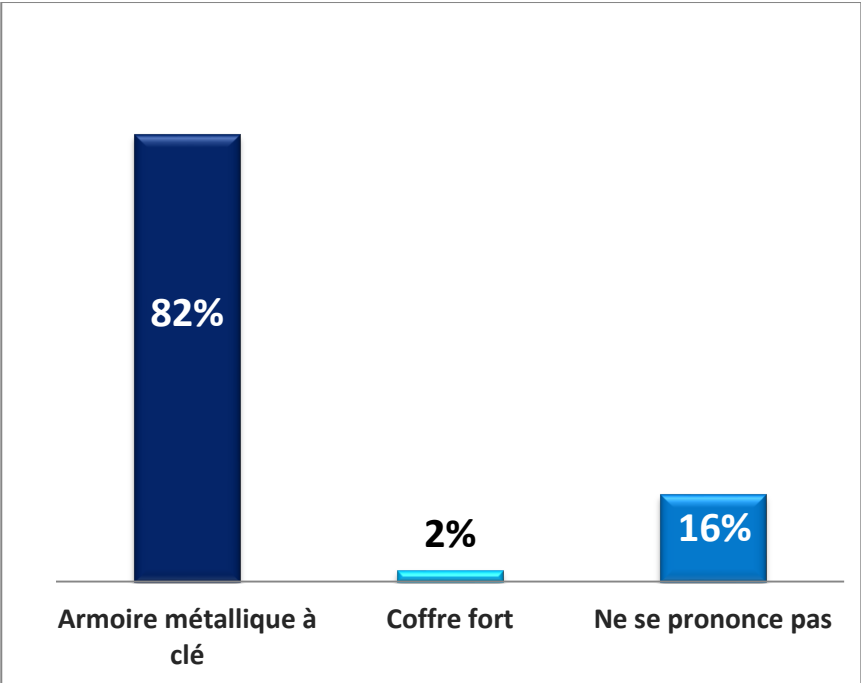


Figure 19. Lieu de rangement des psychotropes

3.2 Profil de consommation des psychotropes

Le profil des patients sous psychotropes est qu'ils ont un âge moyen de 49 ans avec un sexe ratio de 1.18 soit 54% d'hommes et 46 % de femmes. L'âge moyen pour les hommes était de 47 ans et 50 ans pour les femmes.

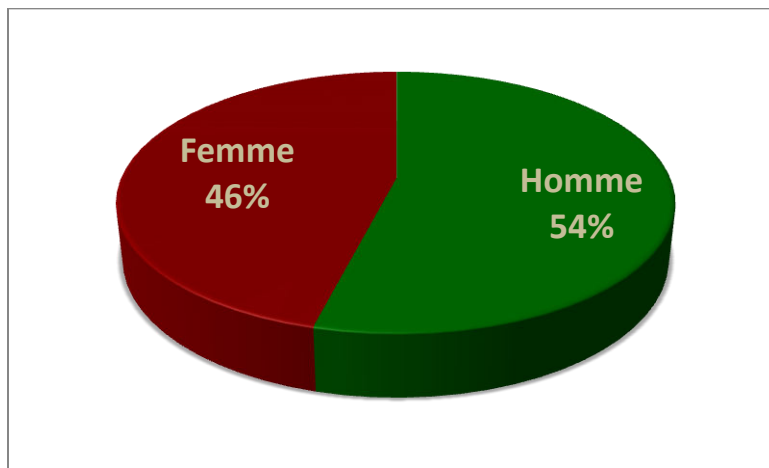


Figure 20. Répartition selon le sexe des patients sous psychotropes

Ces patients habitent pour la plupart en périphérie de Tlemcen 53%, à Tlemcen ville (42%) et 5% viennent d'une autre wilaya.

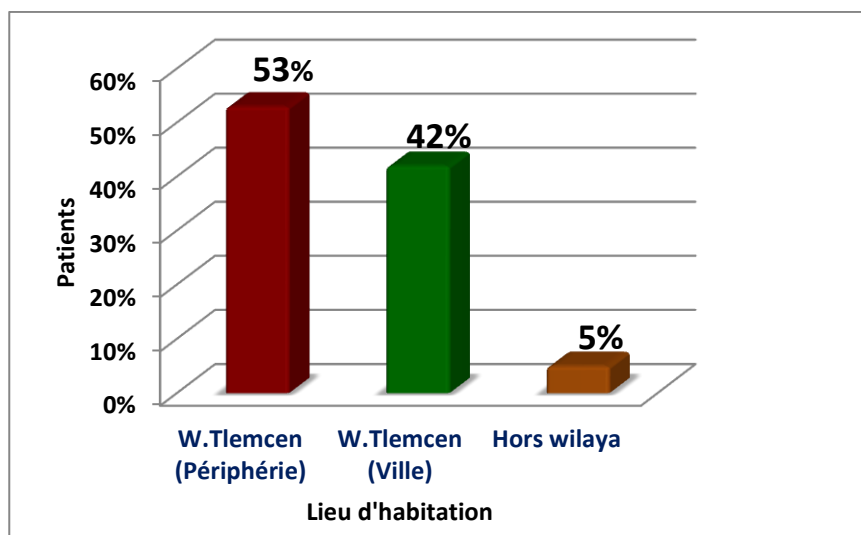


Figure 21. Répartition des patients selon le lieu d'habitation

Le pourcentage moyen de prescriptions, délivrées avec la carte CHIFA, sur lesquelles figurent au moins un psychotrope représente 13% par rapport à l'ensemble des ordonnances servies dans les officines enquêtées.

Quant aux classes les plus consommées de psychotropes, les antidépresseurs occupent la première place avec un taux de 33% pour des patients âgés en moyenne de 49 ans suivis par les antipsychotiques à 22% prescrits pour les patients d'âge moyen de 46 ans. 21% pour les médicaments de l'anxiété, pris par ceux âgés de 51 ans en moyenne, à moindre échelle les antiépileptiques (16%) à une population d'âge moyen de 44 ans et les antiparkinsoniens (6%) pour des patients de 56 ans.

Les hypnotiques, médicaments d'Alzheimer, antimigraineux et médicaments de l'hyperactivité de l'enfant sont moins fréquemment consommés (2% pour la première classe, moins de 1% pour les autres classes). Les pharmaciens ont reconnu enregistrer délibérément les produits des trois dernières classes sur les ordonnanciers pour se protéger de toute contrainte surtout que ces médicaments ont des propriétés psychotropes mais ne sont pas classés comme tel.

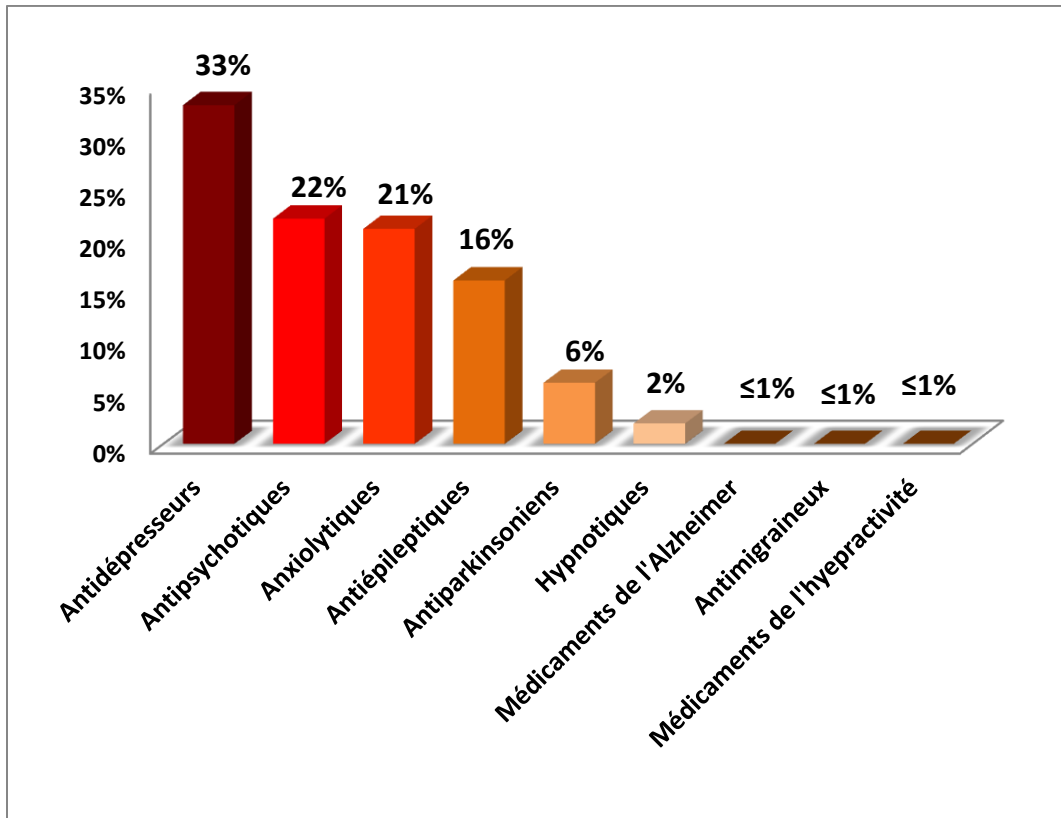


Figure 22. Les classes de psychotropes les plus consommées

Les classes, le sexe et l'âge des patients sont résumés dans le tableau 8 :

Tableau 8. Caractéristiques de la population consommatrice de psychotropes à Tlemcen

Classes	Taux de consommation	Age moyen global	Sexe		Age moyen	
			Femme	Homme	Femme	Homme
Antidépresseurs	33%	49 ans	52%	48%	44 ans	46 ans
Antipsychotiques	22%	46 ans	33%	67%	48 ans	53 ans
Anxiolytiques	21%	51 ans	50%	50%	55 ans	48 ans
Antiépileptiques	16%	44 ans	46%	54%	41 ans	50 ans
Antiparkinsoniens	6%	56 ans	40%	60%	63 ans	51 ans
Hypnotiques	2%	55 ans	52%	48%	48 ans	63 ans

Les médicaments prescrits en fonction de chaque classe de psychotropes sont résumés dans les tableaux suivants :

Tableau 9. Les antidépresseurs rétrocedés en officine

Antidépresseurs	Consommation
Paroxétine	25%
Amitryptilline	24%
Sertraline	12%
Fluoxétine	11%
Clomipramine	11%
Escitalopram	7%
Trimipramine	5%
Venlafaxine	5%

Tableau 10. Les antipsychotiques dispensés en officine

Antipsychotiques	Consommations
Olanzapine	21%
Risperidone	18%
Lévomépromazine	16%
Chlorpromazine	10%
Sulpiride	9%
Halopéridol	9%
Amisulpiride	8%
Aripiprazole	5%
Quétiapine	3%
Loxapine	1%

Tableau 11. Les anxiolytiques rétrocedés en officine

Anxiolytiques	Consommation
Prazépam	36%
Bromazépam	29%
Clorazépate	20%
Hydroxizine	8%
Lorazépam	4%
Etifoxine	2%
Chlordiazépoxyde	1%

Tableau 12. Les antiépileptiques dispensés en officine

Antiépileptiques	Consommation
Acide valproïque	21%
Carbamazépine	18%
Prégabaline	14%
Lamotrigine	10%
Phénobarbital	10%
Lévétiracétam	10%
Clonazépam	8%
Gabapentine	5%
Topiramate	4%

Tableau 13. Les antiparkinsoniens rétrocédés en officine

Antiparkinsoniens	Consommation
Trihexyphénidyle	76%
Lévodopa/Carbidopa	17%
Ropinérole	4%
Entacapone	3%

Dans plus de la moitié des cas, ces médicaments sont prescrits par des psychiatres (58%), 14% par des neurologues, les médecins généralistes en prescrivent à un taux de 12%. Les neurochirurgiens, médecins internistes et neuropsychiatres sont moins fréquemment impliqués dans la prescription de psychotropes (4%, 3%, 3% respectivement). Les cardiologues, les hépatogastroentérologues et les chirurgiens représentent 1% des prescripteurs et 3% pour les autres spécialités médicales (oncologie, pédiatrie, dermatologie, médecine de travail).

Ces prescripteurs exercent pour la plupart dans le libéral (76%) et le reste (soit 24%) dans des établissements de santé publique.

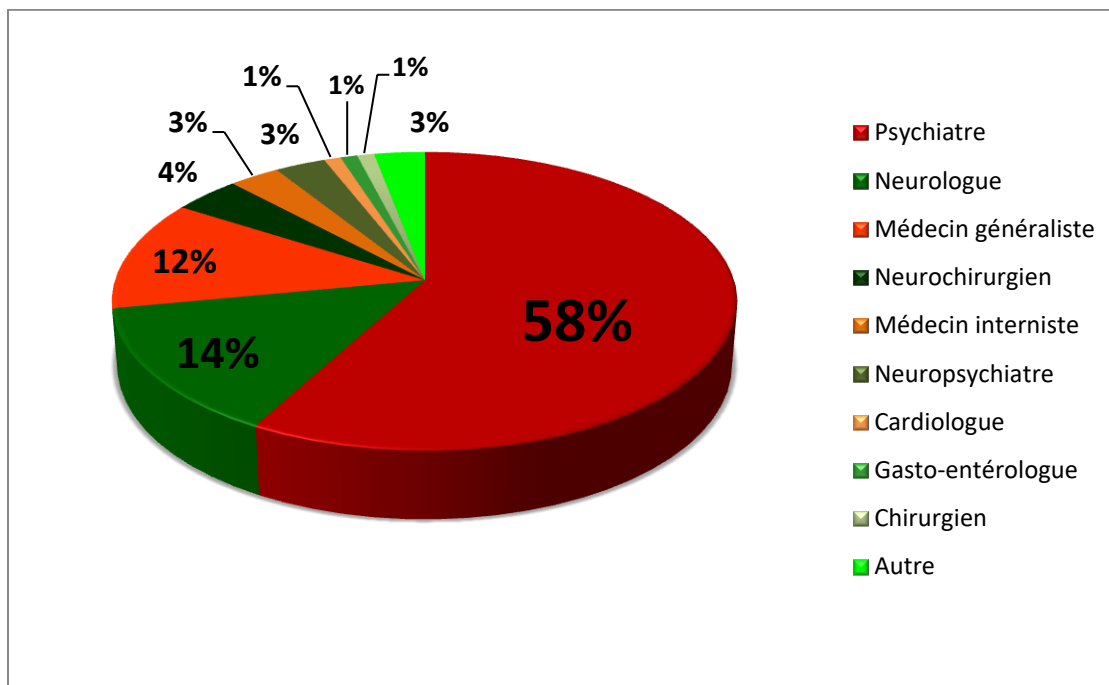


Figure 23. Spécialités des médecins prescripteurs de psychotropes

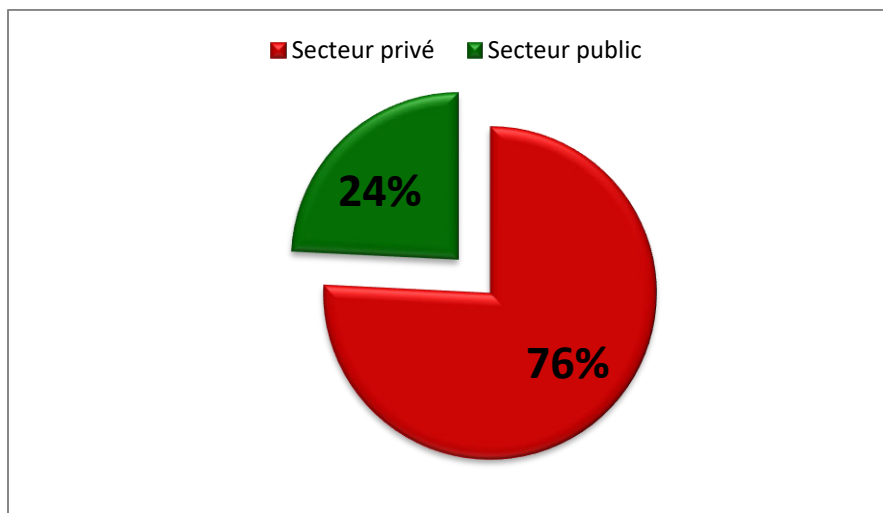


Figure 24. Répartition des médecins prescripteurs selon le secteur d'exercice

3.3 Résultats de l'entretien avec les patients

Nous avons pu mener des entretiens pharmaceutiques avec 60 patients, dont 23 femmes (38%) et 37 hommes (62%), avec un sexe ratio de 1,6, ayant un âge moyen de 44 ans. Ayant pour la majorité soit 78,33% une indication psychiatrique.

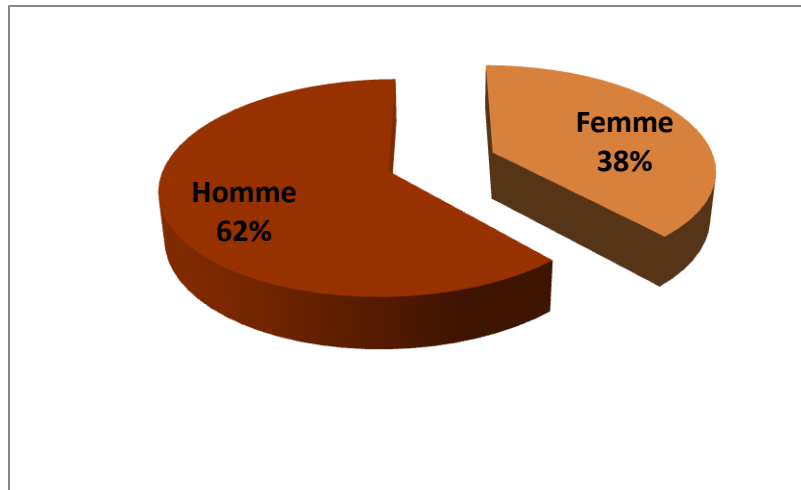


Figure 25. Répartition des patients selon le sexe

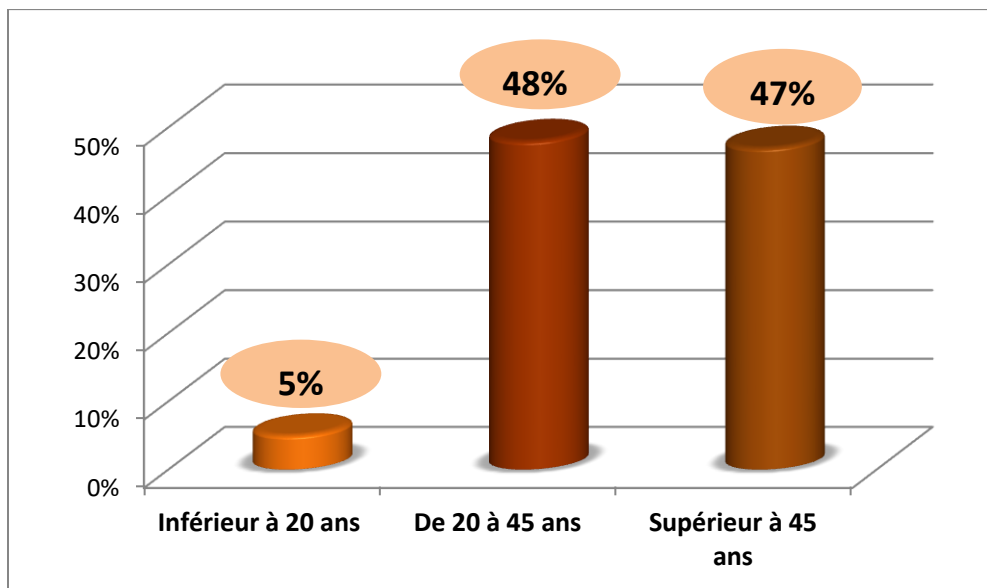


Figure 26. Répartition des patients selon l'âge

58% des patients habitent la ville de Tlemcen (35), 40% en périphérie de Tlemcen (24) et 2% viennent d'une autre wilaya (un seul patient).

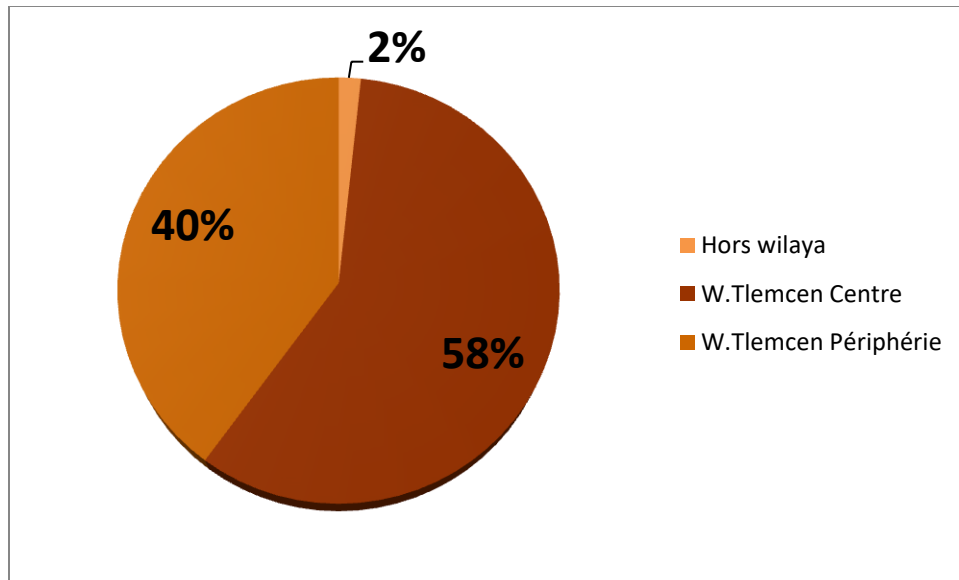


Figure 27. Répartition des patients selon la région d'habitation

Parmi les 60 patients, 29 sont mariés (48%), 24 célibataires (40%), 4 patients veufs (7%) et 3 divorcés (5%).

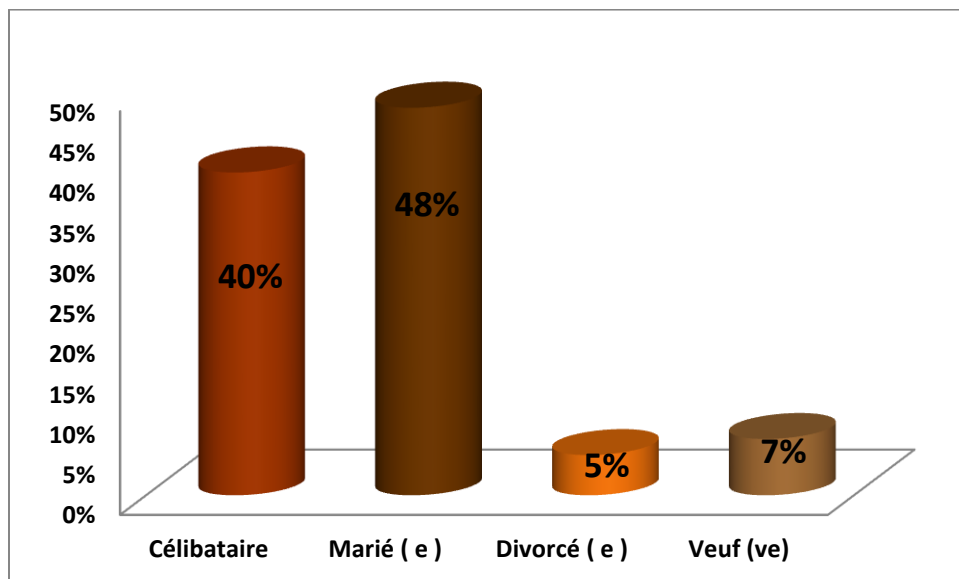


Figure 28. Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Quant à leur niveau d'instruction, plus d'un tiers attestent n'avoir jamais fréquenté l'école (37%), près de la moitié (45%) ont un niveau secondaire et 18% un niveau universitaire.

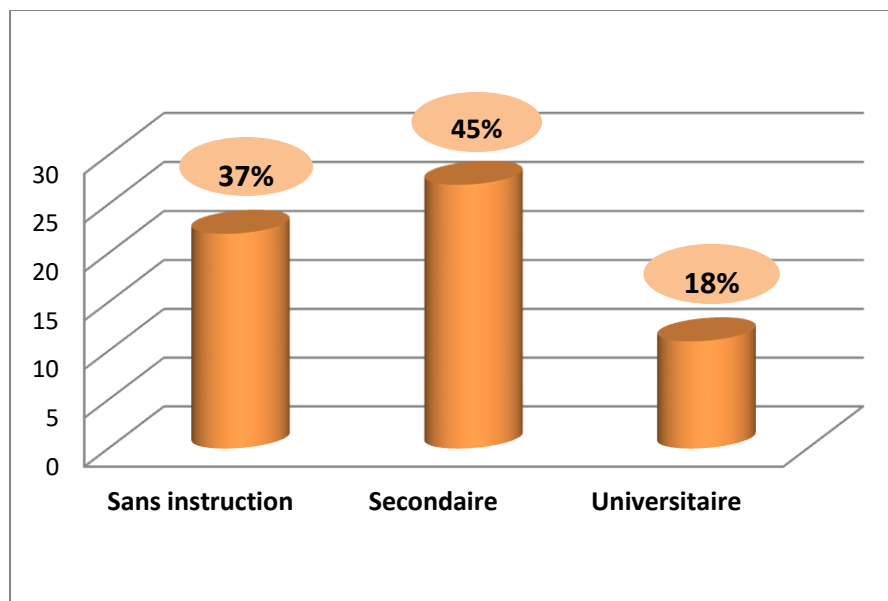


Figure 29. Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

La grande part (65%) n'exerce aucune activité professionnelle, 20% sont des salariés du secteur étatique contre 7% du secteur privé et 8% de retraités.

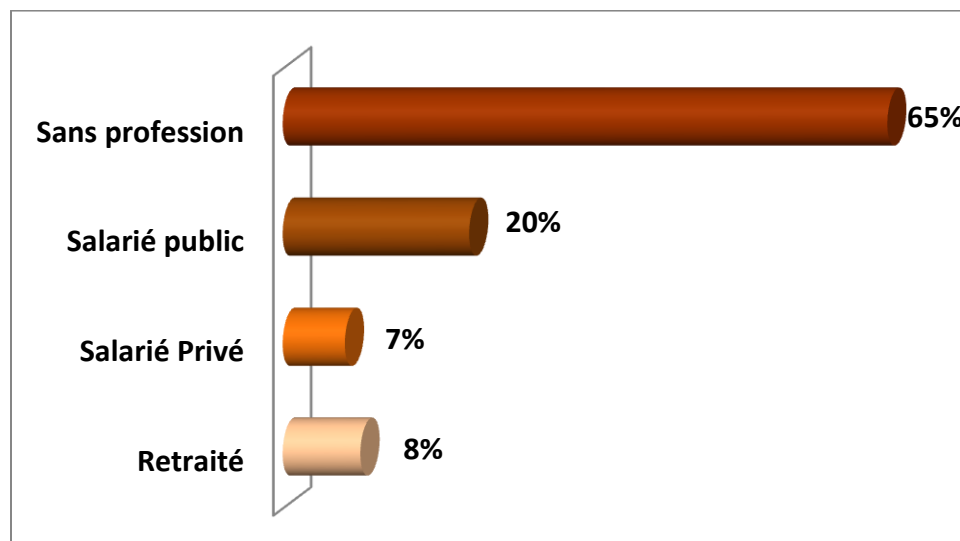


Figure 30. Répartition des patients en fonction du statut socioprofessionnel

9 patients sur 10 bénéficient de l'assurance médicale Carte CHIFA (93%) et 7% d'entre eux ne l'avaient pas.

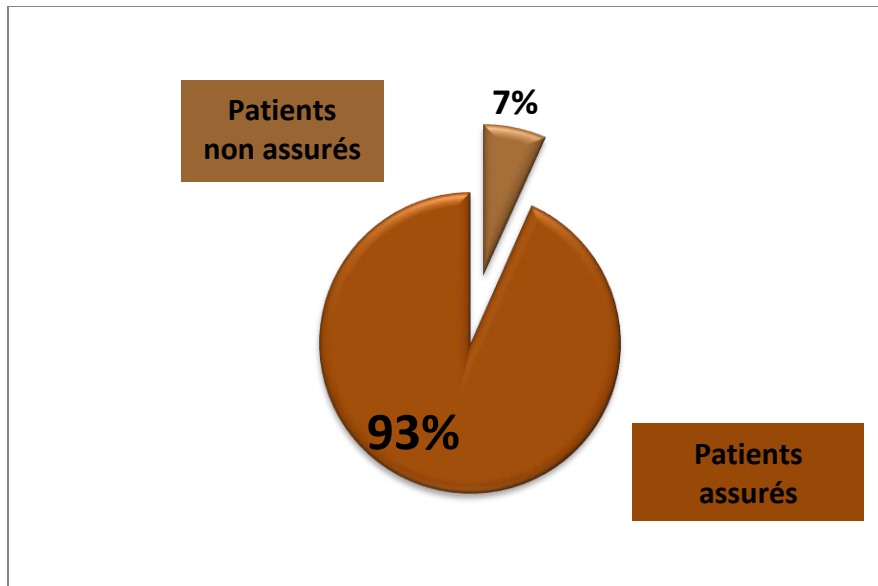


Figure 31. Taux de patients assurés

La majorité des patients ont commencé leur traitement depuis 2010 (60%), 20% entre 2000 et 2009, 14% depuis les années 90, 6% depuis les années 70 et 80.

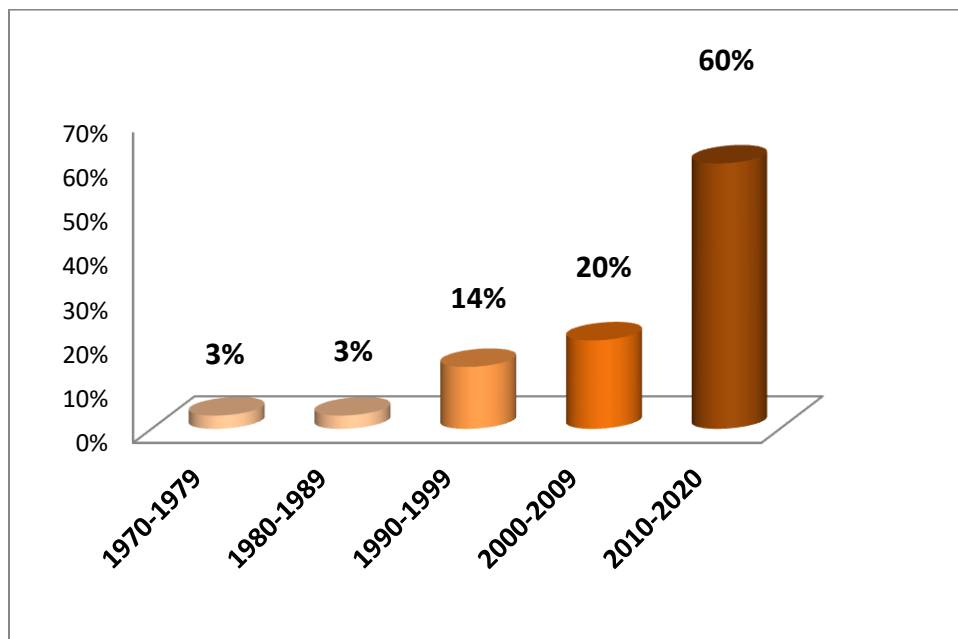


Figure 32. Date de début du traitement psychotrope

Durant l'année écoulée, 78% des patients rapportent une amélioration de leur état de santé, 18% se plaignent toujours de quelques symptômes et seulement 4% disent n'avoir perçu aucune amélioration avec le traitement en cours.

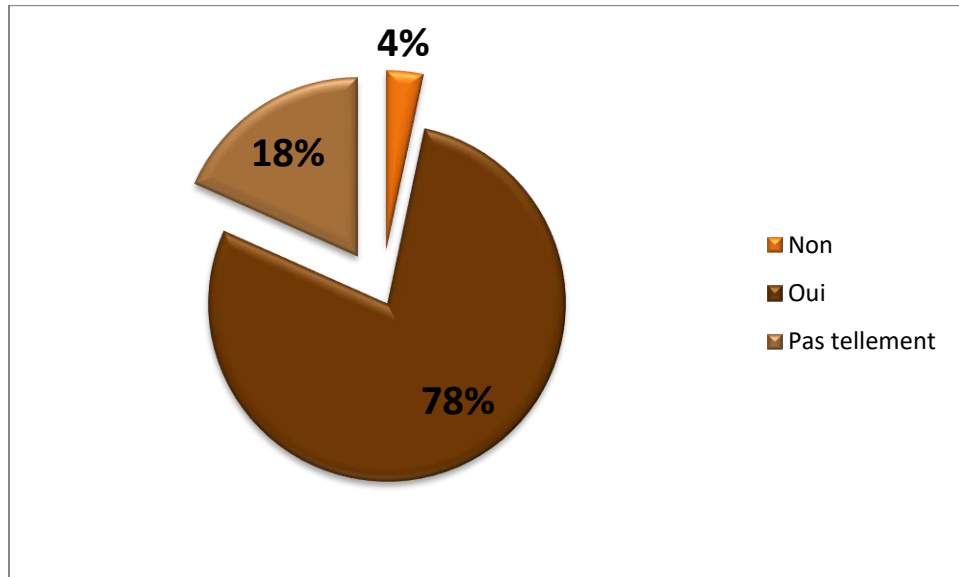


Figure 33. Ressenti des patients sous traitement psychotropes

L'état de connaissance relative aux pathologies psychiatriques révèle que 2/3 des patients connaissent leur maladie et tiers restant n'en n'avait pas.

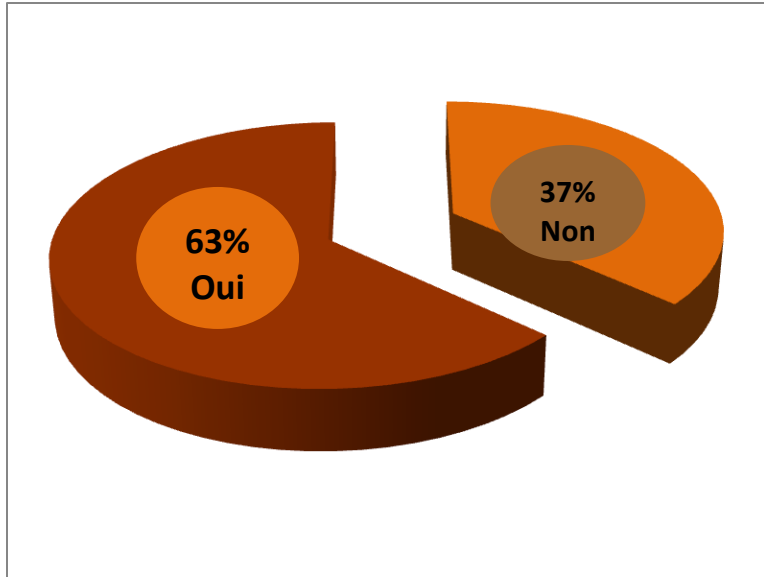


Figure 34. Etat de connaissance des patients sur leurs pathologies psychiatriques

L'identification de la maladie par les patients interrogés étaient regroupées sous « dépression ou nervosité ».

78% de ces patients connaissent la dose journalière prescrite par leur médecin, 37% connaissent quelques effets indésirables de type vertige(25%), engourdissement (21%), dépendance (13%), sédation (8%), tachycardie (4%) quant aux signes de toxicité, la grande majorité des patients disent n'avoir aucune idée (98%), et aucun n'a de pré-requis relatifs aux interactions.

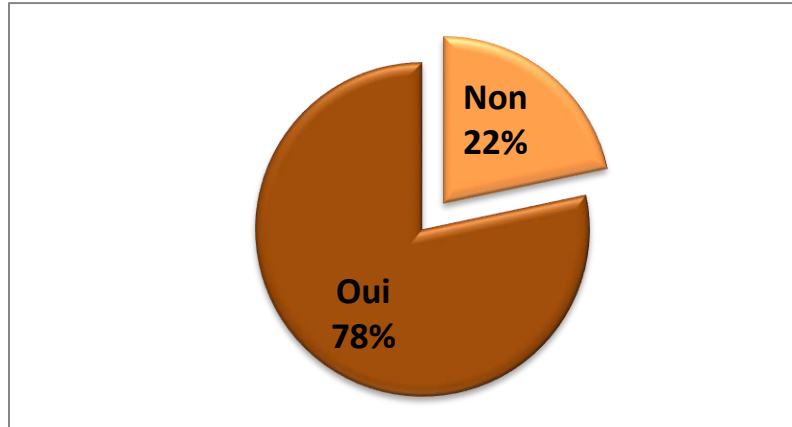


Figure 35. Etat de connaissance des patients sur la dose journalière prescrits

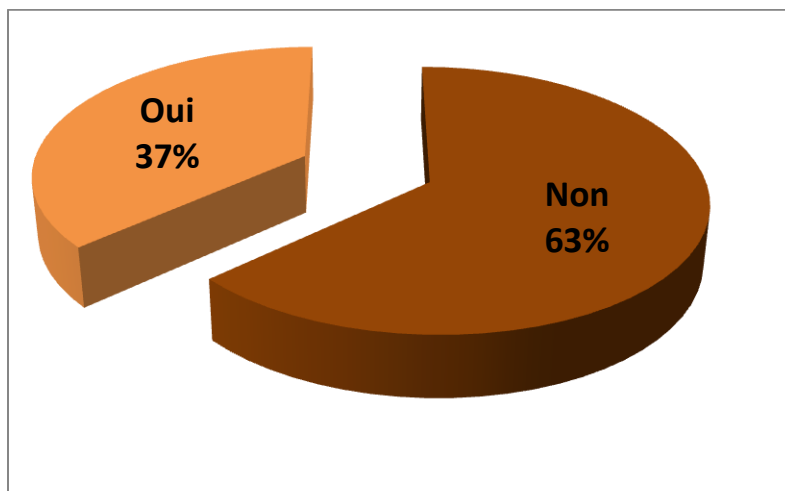


Figure 36. Etat de connaissance des patients sur les effets indésirables de leur traitement psychotrope

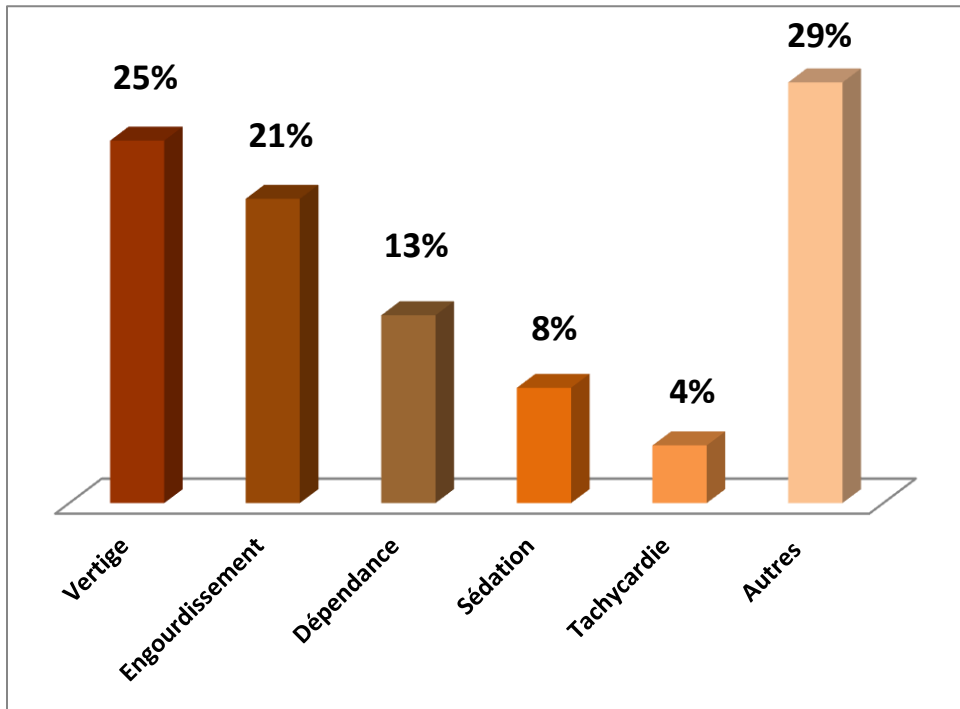


Figure 37. Les effets indésirables connus par les patients

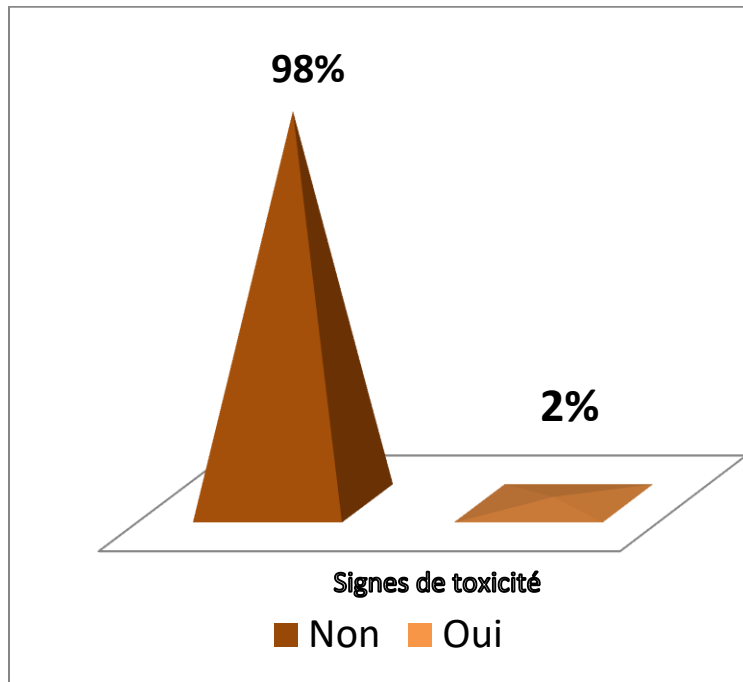


Figure 38. Etat de connaissance des patients sur les signes de toxicité

Les médecins sont, dans 42% des cas, la source d'informations des patients concernant la posologie, les effets indésirables, les signes de toxicité et d'interactions. Les pharmaciens viennent en deuxième position avec un taux de 23%, puis le web constitue aussi une source d'acquisition d'informations (19%), puis l'entourage des patients (12%). 4% acquièrent leurs connaissances concernant leur traitement en lisant les notices des médicaments.

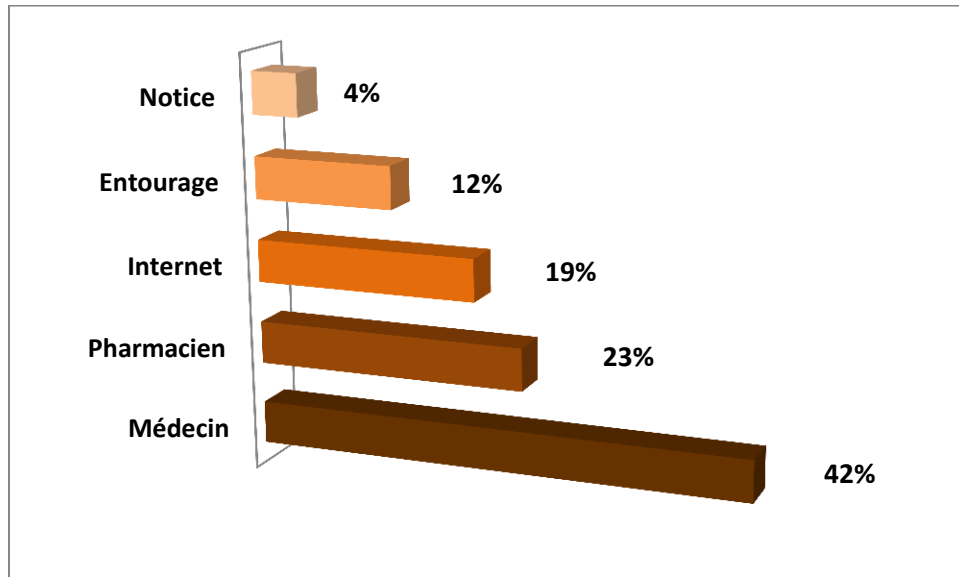


Figure 39. Les sources d'informations des patients concernant leurs maladies et traitements

60% des patients suivent un contrôle médical trimestriel régulier, 8% une fréquence de 6 fois par an, 7% reviennent chaque mois chez le médecin contre 6% qui n'y reviennent qu'une seule fois par an, 5% des patients visitent leur médecin à une fréquence de 3 fois par an, et 2% à une fréquence de 2 ou 5 fois par an, 10% des patients reviennent chez le médecin selon leur nécessité.

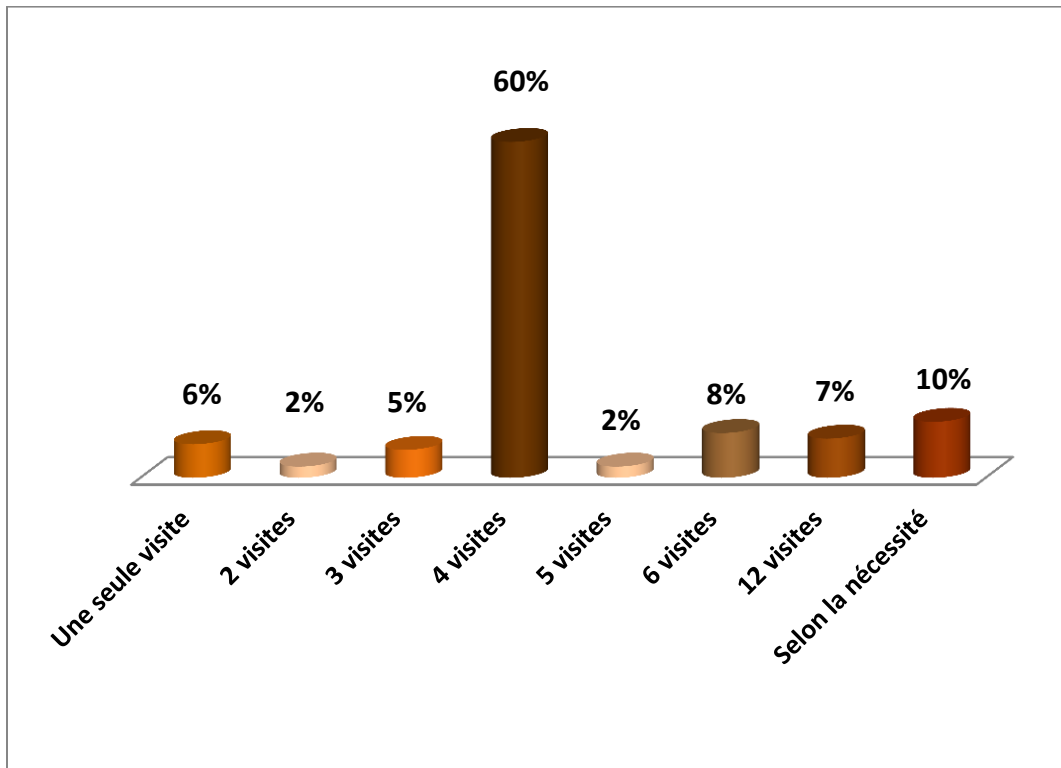


Figure 40. Fréquence de visites chez le médecin traitant pour le renouvellement des du traitement psychotrope

Pour le renouvellement de la prescription, dans 86% des cas c'est le médecin traitant qui s'en charge, 10% des patients renouvellent leur traitement chez un psychiatre du secteur public et 2% chez le même spécialiste du secteur privé, les médecins généralistes s'en occupent dans 2% des cas.

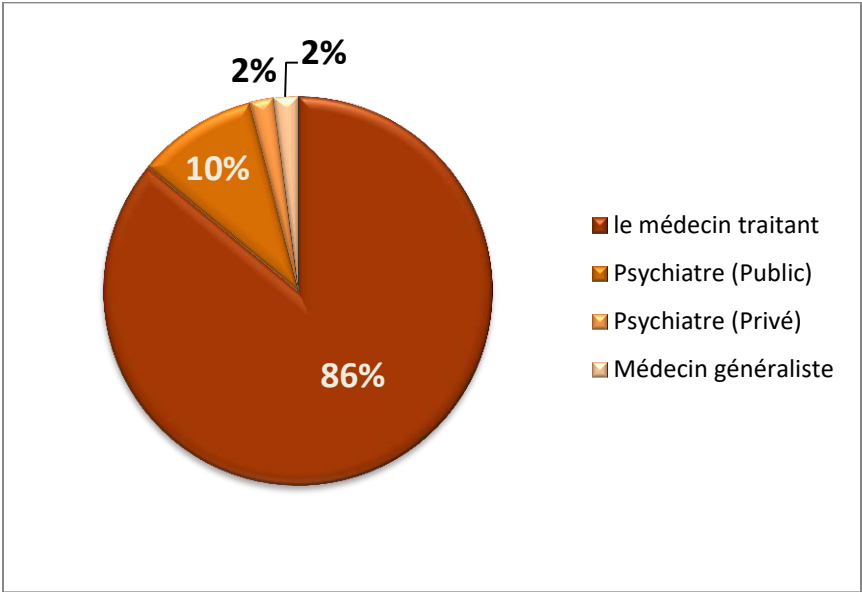


Figure 41. Répartition des médecins renouvelant les prescriptions des patients sous psychotropes

L'aptitude des patients à gérer leur traitement est atteinte dans presque 2/3 des cas (57%), 38% sont pris en charge par un membre de leur famille et 5% n'arrivent pas à le gérer seuls et sont aidés par un tiers (un membre de la famille).

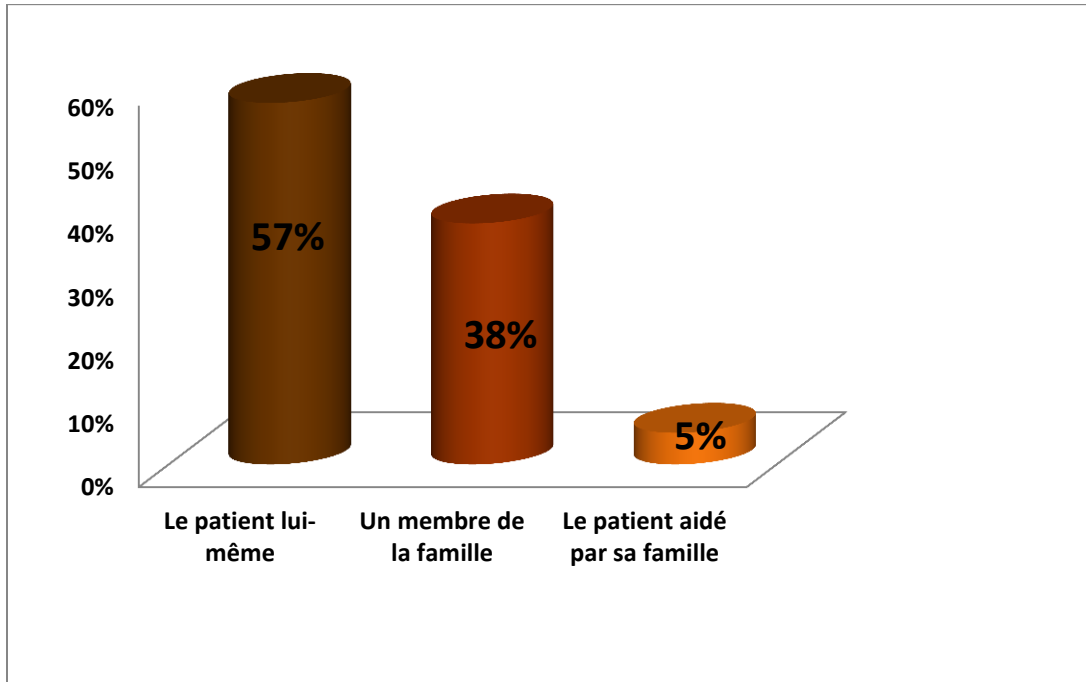


Figure 42. L'autonomie des patients sous psychotropes

Plus du tiers des patients disent avoir tenté d'arrêter leur traitement sans avis médical (37%) et ce pour des raisons liées, dans la plupart des cas, à une amélioration de l'état ou une poly-médication par psychotropes (37% et 32% respectivement), à un conseil d'un tiers dans 10% des cas, 9% des patients tentent de mettre fin à leur traitement en prévention de la dépendance. La non conviction, la prise concomitante d'un autre traitement et les situations d'accouchement ou d'allaitement représentent dans 4% des cas des motifs d'arrêt de traitement.

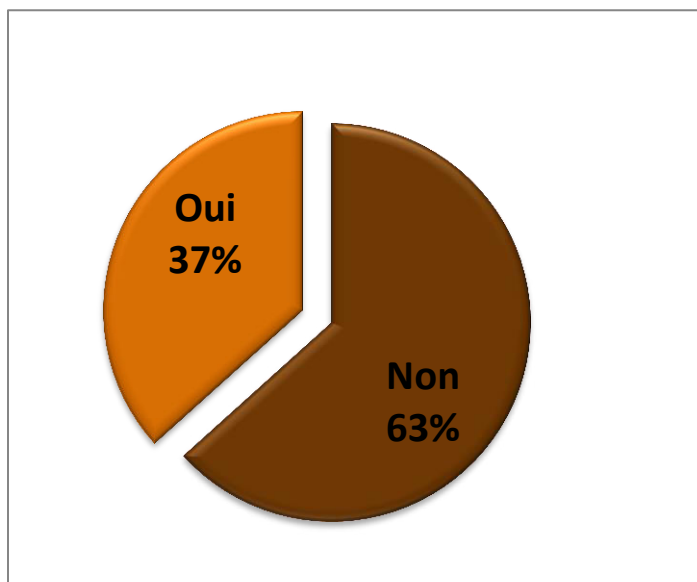


Figure 43. Tentative d'arrêt du traitement psychotrope

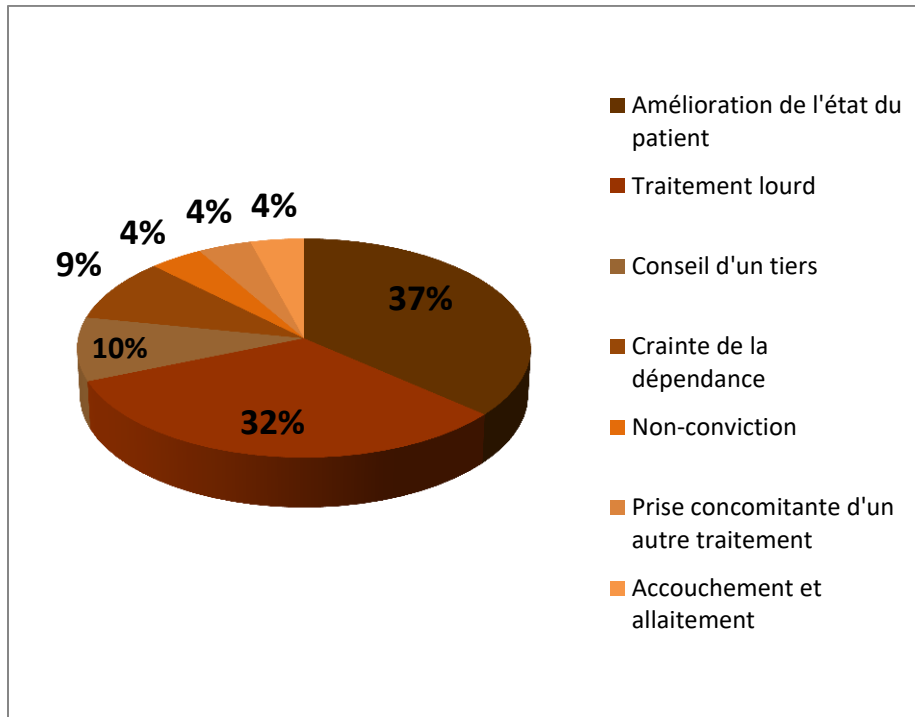


Figure 44. Les motifs d'arrêt du traitement sans avis médical

3 patients sur 4 suivent leur traitement depuis leur première prescription ou ont complètement changer sans que leur médecin ne leur réduise la dose journalière. Aussi, chez un quart des patients, une réduction de dose a été effectuée suivant la cinétique suivante :

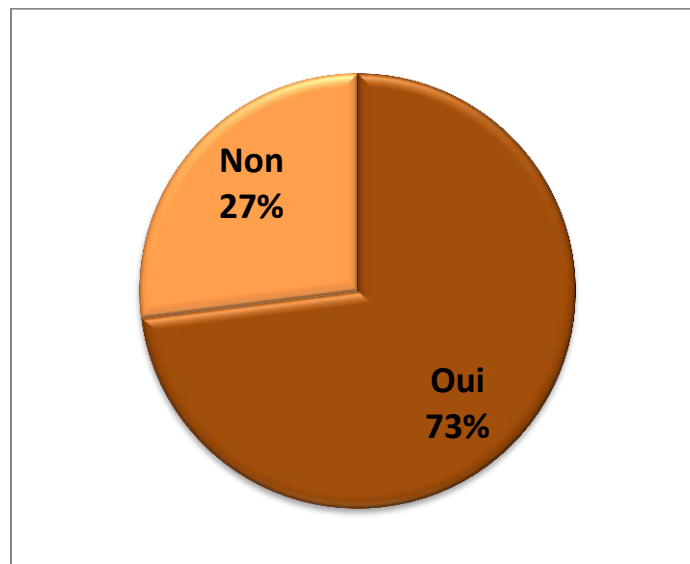


Figure 45. Réduction des doses

Après la réduction de dose, 69% des patients disent n'avoir perçu aucun ressenti de souffrance physique et/ou psychique, 13% affirment le contraire, et 18% rapportent avoir ressenti quelques effets minimes.

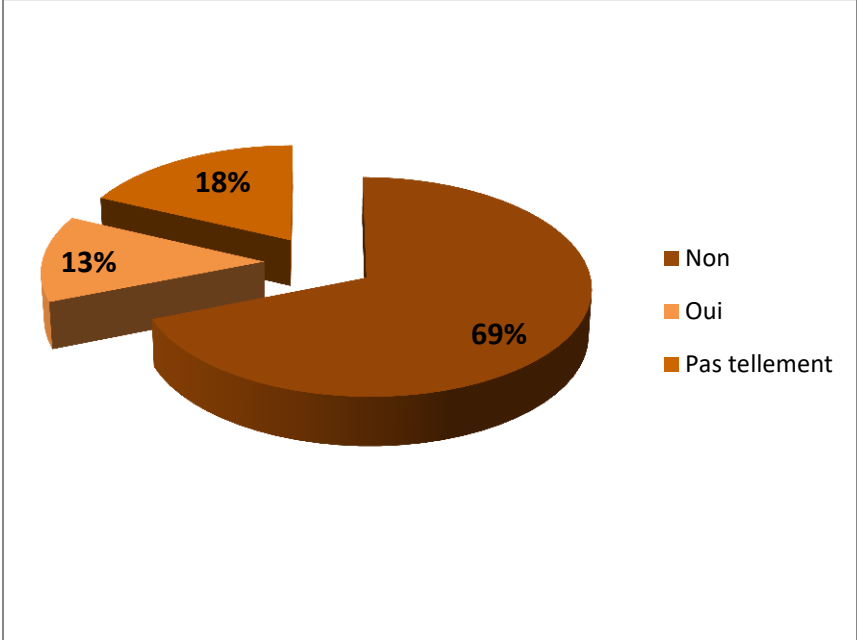


Figure 46. Ressenti des patients après la réduction de dose

Quant à l'acte d'augmentation de dose sans avis médical, la quasi-totalité des patients confirment ne pas l'avoir pratiqué dans 95% des cas. 5% d'entre eux affirment avoir augmenté la dose journalière pour mieux se sentir. En parallèle, 5% témoignent avoir eu l'envie permanente de prendre leur traitement en dehors des recommandations de leur médecin, 20% l'ont parfois désiré et 75% ne l'ont jamais ressentie.

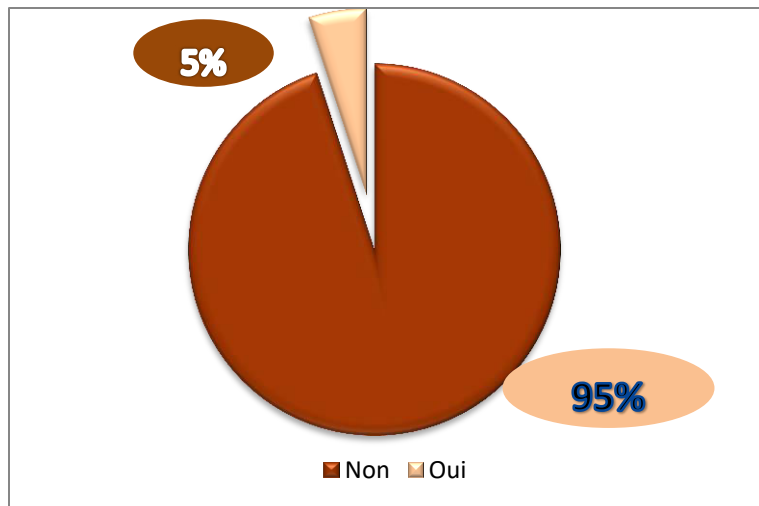


Figure 47. Taux de tentative d'augmentation de dose de psychotropes

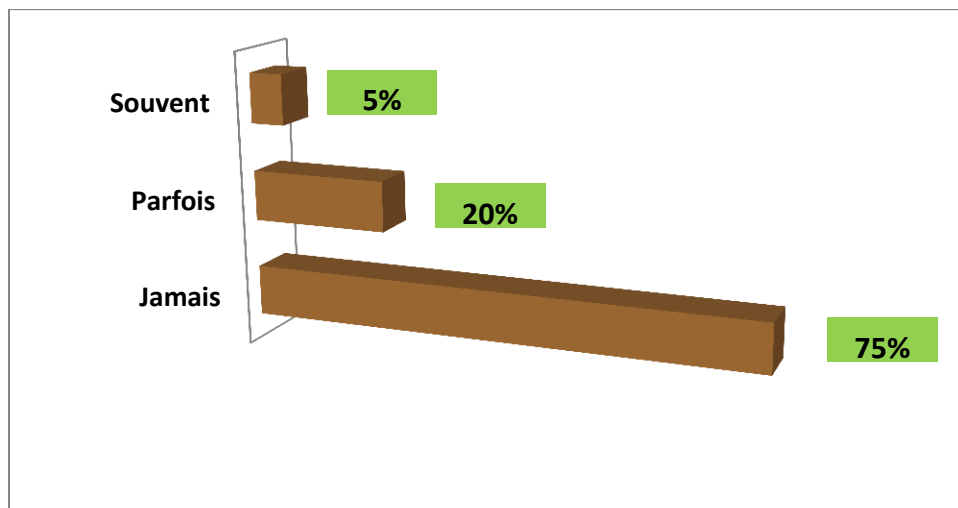


Figure 48. Taux de désir irrésistible de prendre son psychotrope

Parallèlement au traitement médical prescrit, 61% des patients disent avoir essayé des approches alternatives telles que Rokia (34%), la phytothérapie (17%), 8% consultent un psychologue, et 2% pratiquent du sport. Les 39% restant se limitent à leur traitement psychotrope sans aucune autre alternative paramédicale.

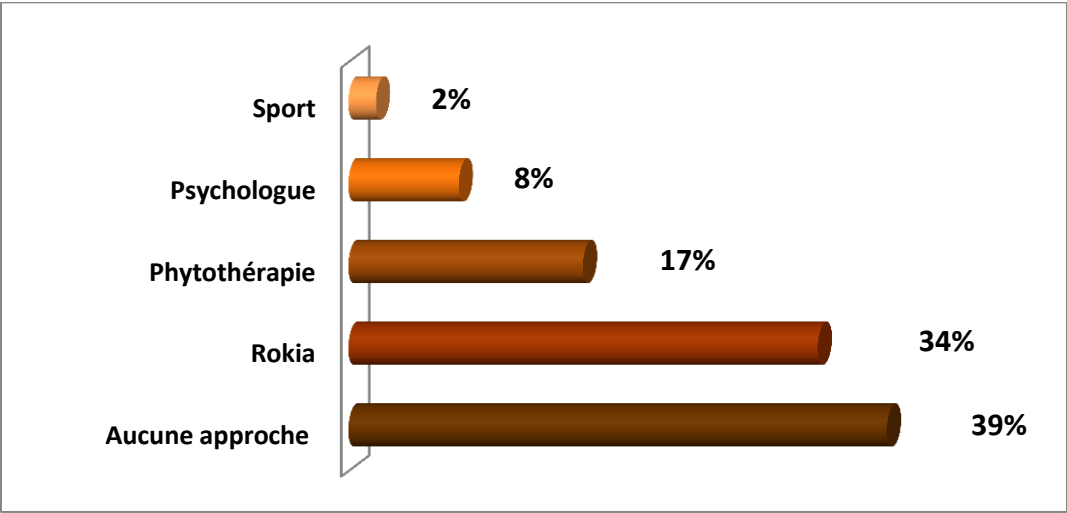


Figure 49. Approches alternatives au traitement psychotropes

L'évaluation de l'observance des patients par rapport à leur traitement, via le questionnaire de GIRERD, indique que 8 patients sur 10 ont des problèmes d'observance qu'ils soient minimes ou sérieux (58% et 19% respectivement) contre 23% qui sont bien observant.

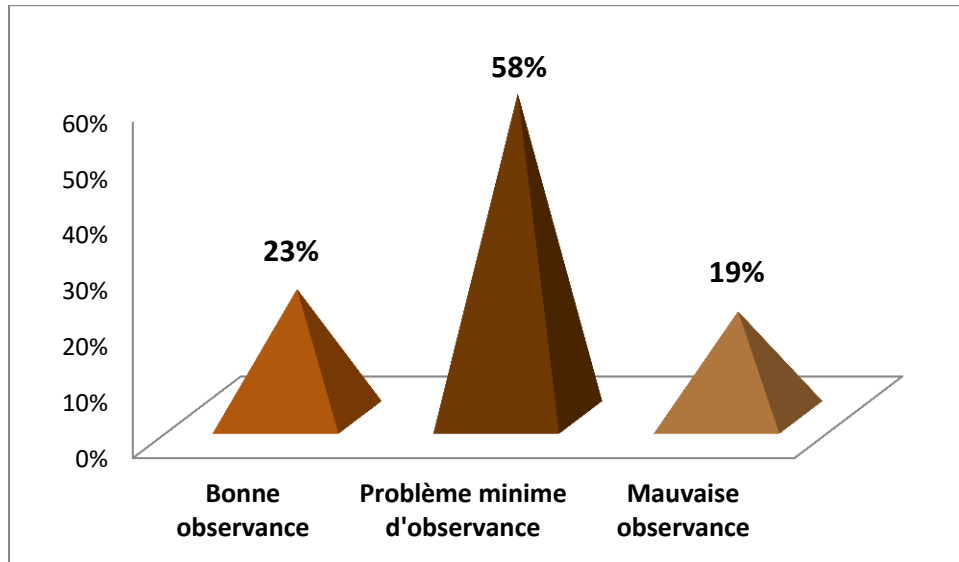


Figure 50. Evaluation de l'observance des patients sous psychotropes

Les prescriptions de ces patients ont fait l'objet d'une analyse pharmaceutique qui révèle la présence de 160 interactions dont 80% associations à prendre en compte, 15% avec précautions d'emploi et 5% d'associations déconseillées.

Les psychotropes sont été les plus impliqués (91%) avec comme classes prédominante les antipsychotiques à 48%, les antidépresseurs à 24%, anxiolytiques (15%), antiépileptiques (8%), les autres psychotropes à 5%.

3.4 Analyse pharmaceutiques des prescriptions

290 prescriptions referment des psychotropes seuls ou associés à d'autres classes médicamenteuses ont été analysées, avec en moyenne 3 lignes (toutes classes confondues) sur 2 lignes (psychotropes).

331 problèmes pharmaco-thérapeutiques ont été relevés dont 95% représentés par des interactions médicamenteuses et 5% par des surdosages.

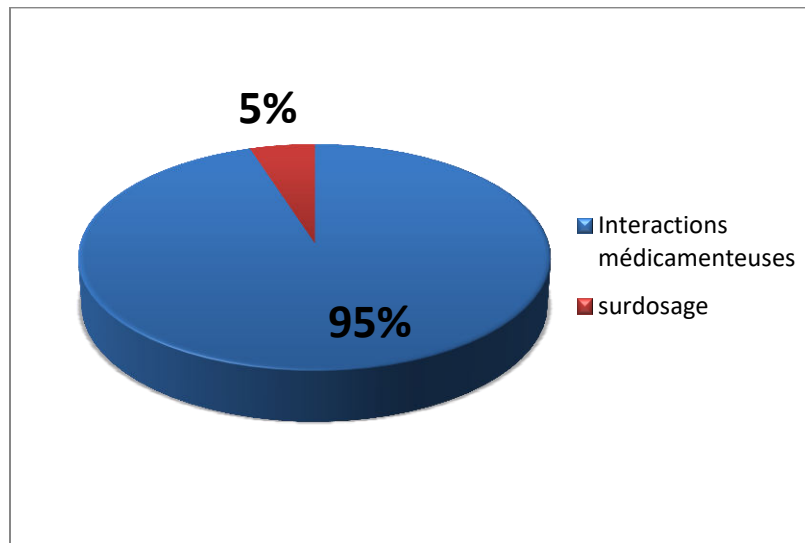


Figure 51. Problèmes pharmaco-thérapeutiques relevés des prescriptions analysées

Les interactions médicamenteuses sont réparties en quatre niveaux de contrainte ainsi les associations à prendre en compte révélées à un taux de 77%, celles exigeant des précautions d'emploi à 15%, 6% d'associations déconseillées détectées, et 2% de contre-indication.

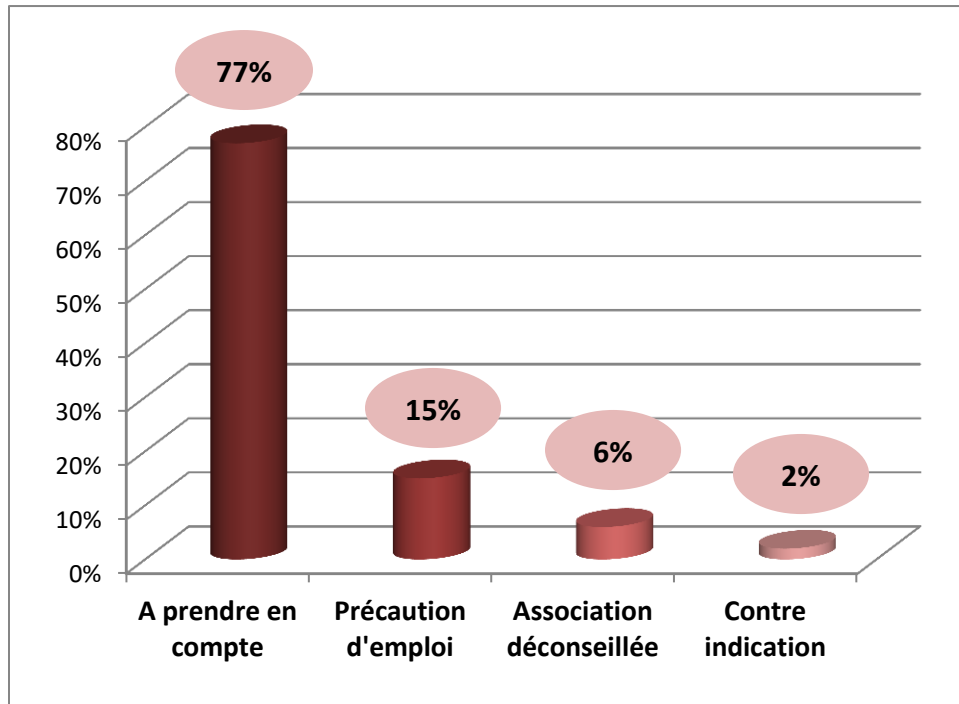


Figure 52. Les niveaux de contraintes des interactions médicamenteuses relevées des prescriptions analysées

Les médicaments psychotropes étant les plus impliquées dans ces Problèmes Pharmaco Thérapeutiques (PPT) avec comme classe prédominante les antipsychotiques (43%), suivis par les antidépresseurs (35%), anxiolytiques (9%) et antiépileptiques (8%), les autres classes de psychotropes sont moins fréquemment impliquées.

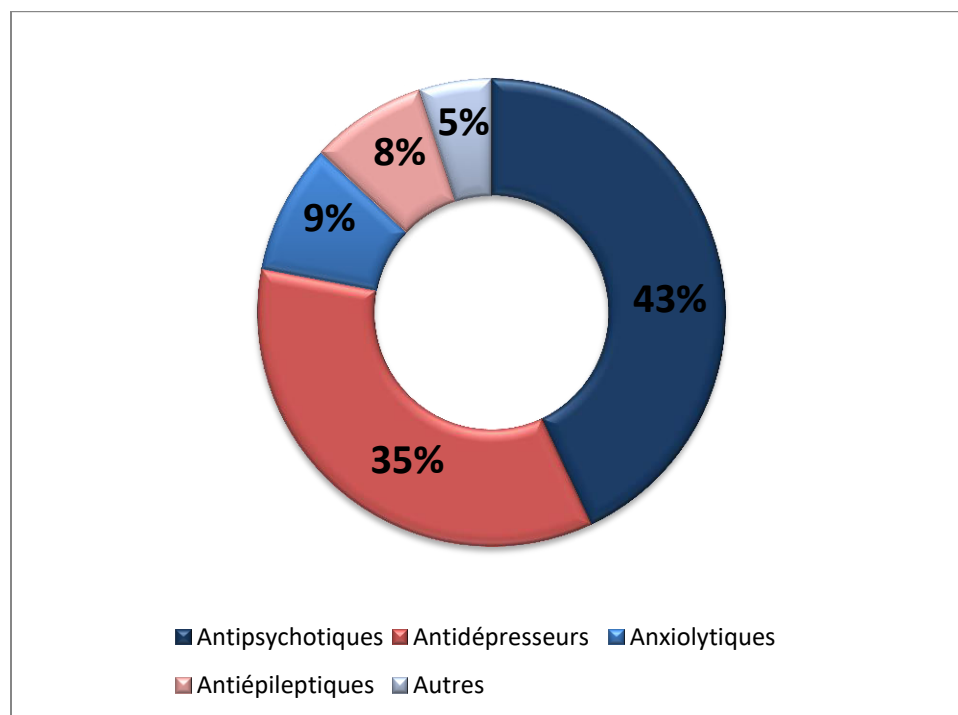


Figure 53. Les classes de psychotropes sources de problèmes pharmaco-thérapeutiques

4 Discussion

Notre étude s'est intéressée à trois volets à savoir la prescription faite par les médecins, la gestion par le pharmacien d'officine (approvisionnement, détention et dispensation) et enfin la consommation des patients des médicaments psychotropes au niveau des pharmacies d'officine de la wilaya de Tlemcen. Cette classe thérapeutique étant essentiellement indiquée en psychiatrie mais pas que, à savoir en neurologie, en diabétologie, en traumatologie ainsi que différentes autres indications.

Environ une pharmacie sur deux sur les 114 visitées (soit 43,86%), majoritairement en centre-ville (62%), ont accepté de participer à notre étude. Ce taux est supérieur à celui obtenu dans une étude Nigérienne qui avait porté sur les psychotropes et les stupéfiants(24).

Les pharmaciens d'officine que nous avons approchés étaient, pour la plupart, « braqués » à l'idée d'aborder le sujet des psychotropes. La réglementation sur les psychotropes et les sanctions qui y sont liées sont parmi les raisons de la non adhésion des pharmacies à notre étude.

Notre travail a mis en avant l'importance de cette classe thérapeutique dans les dispensations de médicaments au sein des pharmacies d'officine en ville. Cela représente plus d'une prescription sur 10 contenant au moins un psychotrope (13%). Un taux se rapprochant d'une étude Française, menée en 2017, qui a estimé ce taux à 15,98%(65).

La consommation des psychotropes est à prédominance masculine, comme ce qui a été trouvé au Maroc chez les patients atteints de pathologies psychiatriques (66), avec un âge moyen de 49 ans (pour les deux sexes) et de 47 ans pour le sexe masculin. Une étude épidémiologique similaire dans les pays de l'Union Européenne a trouvé une tranche d'âge similaire à celle de notre étude mais avec sexe ratio qui est inversé donnant lieu à une prédominance féminine(67),(68),(69),(70).

Nous n'avons pas trouvé d'études bibliographiques expliquant cette différence, de sexe ration, entre les sociétés occidentales et les sociétés arabes. C'est un sujet qui pourrait être intéressant à explorer par des études sociologiques ou psychiatriques.

La population de patients de notre étude habite, en majorité, en périphérie de la ville de Tlemcen (53%). Un résultat qui ne concorde pas avec l'enquête épidémiologique menée par le Ministère Algérien de santé en 2005 où les patients psychiatriques vivant en milieu urbain représentaient le double de ceux vivant en périphérie(71). Les raisons de cette différence pourrait s'expliquer par la définition de rurale de l'étude. Nous nous sommes limité à la sectorisation officielle géographique de la wilaya de Tlemcen. Il y avait des zones rurales (Benimester, Sabra) et d'autres moins (par exemple le secteur de Mansourah, Maghnia)

Par ailleurs, les patients que nous avons interviewés, pour mener des entretiens pharmaceutiques dans notre étude, étaient âgés en moyenne de 44 ans avec un sexe ratio de 1,6. Leur profil sur le plan niveau d'instruction avoisine les 45% (niveau secondaire), statut marital (mariés dans 48% des cas) et de sécurité sociale (une majorité avec une carte Chifa soit à 93%). Ces résultats sont plus ou moins similaires à celles retrouvés dans une étude Européenne (67) hormis les points concernant le sexe ratio et l'âge des patients.

78.33% des patients interviewés prenaient des psychotropes pour une indication psychiatrique et cela a été confirmé par leur réponse en disant que « je les utilise pour les nerfs ». 35 % d'entre eux avaient une activité professionnelle. Il est donc utile de rappeler que l'influence de la pathologie psychiatrique sur le rendement du patient et son intégration socioprofessionnelle est très impactante sur une société.

En effet, l'incapacité socioprofessionnelle des patients sous psychotropes est très prononcée comparativement à ceux atteints d'autres pathologies chroniques. Cette perte de productivité a des répercussions économiques pour le patient, comme pour l'Etat. Par exemple, une étude canadienne, en 2003, a estimé cette perte financière pour l'état à 51 milliards de dollars (72).

Nous avons constaté que les pharmacies installées à proximité d'une structure de santé publique ou privée avaient une forte rétrocession de psychotropes pouvant aller jusqu'à 10 prescriptions par jour.

Quant à notre question liée aux psychotropes les plus dispensés dans leur officine, trois classes se sont dégagées comme les antidépresseurs (36%), les anxiolytiques (26%) et les

antipsychotiques (18%). Ces retours sont différents des classes réellement servies au comptoir et les neuroleptiques sont en seconde position (22 %) et non pas les anxiolytiques.

La question qui découle de ce constat, est ce que l'équipe officinale connaît la classe des neuroleptiques et/ou celle des anxiolytiques ? Il serait peut-être intéressant d'approfondir ce point pour connaître l'état de connaissance liée aux psychotropes avec les différentes classes et leurs propriétés pharmacologiques.

Il est plus qu'intéressant de remarquer que la classe de psychotrope la plus prescrite dans la wilaya de Tlemcen est celle des antidépresseurs alors que dans d'autres études de plusieurs pays européens c'est les anxiolytiques suivi des antidépresseurs et antipsychotiques à moindre échelle(68),(67),(73),(69),(70),(74). Cette différence de pratiques de prescription pourrait s'expliquer par la différence de stratégies thérapeutiques par les médecins algériens. Ils prescrivent de moins en moins les anxiolytiques puisque les benzodiazépines sont considérés comme traitement d'appoint sur une durée limitée (75).

Quant aux raisons de consommation accrue des antidépresseurs et antipsychotiques, il y a une concordance entre nos résultats et ceux de l'enquête nationale sur la promotion de la santé mentale en 2005 où la dépression unipolaire, la schizophrénie et les troubles bipolaires sont les trois pathologies psychiatriques les plus répandues en Algérie. Ce taux élevé serait expliqué par trois faits principaux à savoir la crise économique, la décennie noire et les catastrophes naturelles (séismes, inondations) dont les séquelles psychologiques sont encore visible à ce jour selon la même étude (71).

Selon une étude Française menée par Gasquet et coll.(68), la consommation d'antidépresseurs et anxiolytiques est à prédominance féminine (12% et 3,8%), de même que pour notre étude, par contre les antipsychotiques sont pris de manière relativement égale par les hommes que par les femmes inversement à nos résultats (prédominance masculine 67%).

Cependant deux autres études épidémiologiques européennes(76),(77) montrent que les hommes sont plus atteints de schizophrénie et de troubles bipolaires avec un sexe ratio respectifs de 1,4 et de 1 d'où la consommations des antipsychotiques à prédominance masculine.

Les deux molécules antipsychotiques les plus prescrits, dans notre étude, sont la rispéridone et l'olanzapine, tandis que les antidépresseurs sont représentés principalement par la paroxétine. Ce qui est de même dans une étude Française menée en 2009 par Gardette et coll. (78). Une évolution positive dans la pratique de prescription facilitée par la disponibilité de ces médicaments et son remboursement par la sécurité sociale (75).

Ces médicaments sont prescrits surtout par des médecins psychiatres contrairement au Maroc où les médecins généralistes sont aussi des sources de prescriptions (74).

Les équipes officinales, dans leur majorité (86%), font confiance aux prescriptions médicamenteuses, alors que les analyses pharmaceutiques, menées à posteriori, montrent qu'il y a des problèmes pharmaco-thérapeutiques causés le plus souvent par les antidépresseurs et neuroleptiques (43% et 35%). Nos résultats sont similaires à une étude Française (79) qui avait comme objectif l'évaluation de la pertinence des analyses et des interventions pharmaceutiques où les neuroleptiques représentaient à eux seuls 90% des molécules concernées par les problèmes relevés.

Selon Parant et coll. (80), suite à des interventions pharmaceutiques, a conclu que l'absence de consensus gérant la prescription de cette classe de psychotropes, constituait une cause hypothétique des PPT, ainsi que l'action pharmacologique ubiquitaire des neuroleptiques mettant en jeu plusieurs mécanismes. Dans notre étude, cela pourrait être une des explications des nombreux PPT retrouvés.

Quatre niveaux de cotation d'interactions médicamenteuses ont été mis en cause à des pourcentages proches de ceux constatés lors de l'étude menée par Chabia et coll. (81). Les associations à prendre en compte présidaient la liste, suivies des précautions d'emploi, les associations déconseillées puis les contre-indications.

Rappelons que le risque iatrogène relatif aux psychotropes est très important. A titre d'exemple, en gériatrie, leur fréquence se situe en 2^{ème} position après les cardiotropes, pour d'autres auteurs en 4^{ème} position après également les anti-inflammatoires et les médicaments à visée endocrinienne (82).

Par conséquent, l'analyse pharmaceutique réalisée par le pharmacien est une des barrières de sécurité permettant aux soignants de diminuer cette iatrogénie médicamenteuses. Cette pratique devenue réglementairement obligatoire en France et au Québec(83) permet d'éviter 20% des effets indésirables graves responsables d'hospitalisation(84).

Pour cela, la pratique de l'analyse pharmaceutique des prescriptions nécessite un engagement particulier des pharmaciens et des caisses d'assurance tout en impliquant les prescripteurs. Au Canada par exemple, le pharmacien peut être membre d'un programme où il peut réaliser une consultation complémentaire à celle faite par le médecin, ou une téléconsultation(85). Cette approche pourrait être appliquée pour les patients psychiatriques, en collaboration avec les sociétés savantes, pour la gestion des effets indésirables, ou encore l'intégration des pharmaciens dans des programmes de santé mentale comme les programmes de l'éducation thérapeutiques (63),(86),(53),(64).

D'autant plus que cette pratique pourrait en partie prévenir la dépendance et l'addiction des patients aux psychotropes, en diminuant le nombre de détournement d'usage (mésusage).

Malheureusement, les pharmaciens d'officine que nous avons interviewés, bien qu'ouverts à cette approche ne peuvent pas la réaliser par manque de ressources humaines et de moyens financiers.

Les pharmaciens que nous avons interrogés ont estimé à au moins 02 passages de patients « suspicieux » par jour dans leur officine et qui demandent de psychotropes. Ils sont souvent des hommes adultes qui réclament dans la majorité des cas les benzodiazépines comme le bromazépam et le prazépam (36% et 25%).

Dans d'autres pays également, cette sous classe d'anxiolytiques est concernée pas les détournements d'usage des psychotropes. En France par exemple, une enquête sur l'usage des drogues et des tendances de toxicomanie(87) a révélé un taux de mésusage accru des anxiolytiques benzodiazépiniques (24,7%) avec comme produits phares deux molécules flunitrazépam et clonazépam et des hypnotiques benzodiazépiniques ou apparentés (25,1%). Une autre dans la région de Marseille sur les phénomènes émergents de consommation de drogues en 2018 a mis le point sur le même problème mais qui concerne des produits différents (40).

Une étude menée par Daveluy et Haramburu entre 2013 et 2017 (88) a montré que les benzodiazépines étaient les molécules les plus détournées de leur usage, suivies par la parkinane (trihexypenidyle) alors que dans notre étude parkinane ne représente que 13% des molécules détournées de leur usage.

Une autre tendance de détournement d'usage ces dernières années concerne la prégabaline, un médicament non classé comme psychotrope mais qui est utilisé à des fins de toxicomanies. Dans un cas sur deux (56%), lors des passages des patients « suspicieux », la prégabaline est recherchée pour ces effets secondaires par rapport aux autres molécules ayant des effets psychotropes comme ce qui a été retrouvé lors d'une enquête menée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie publiée en 2018(41).

Le problème de mésusage et de toxicomanie expose régulièrement les pharmaciens aux agressions verbales et physiques ce qui devrait sensibiliser notre législateur à renforcer ce côté et surtout de donner les moyens aux professionnels de santé pour contrer ce phénomène. Aussi, la réglementation devrait être aux côtés des soignants pour leur permettre de continuer leur mission de santé publique et ne pas « s'interdire de ramener ces médicaments essentiels à de nombreux patients » juste parce que le pharmacien ou le médecin est exposé à des sanctions en cas de détournement d'usage.

Côté patients sous psychotropes, notre étude a montré qu'ils sont peu ou pas observants (77%). Aussi, l'adhérence des personnes souffrant de psychopathologies est qualifiée de médiocre par Baumann et coll. (89).

Certains experts comme Misdrahi et Baylé ont relevés l'émergence de ce problème de non observance en psychiatrie et plus particulièrement lié au caractère chronique de la maladie psychiatrique(90) et à l'attitude du patient vis-à-vis de son traitement en justifiant un manque de motivation, des raisons économiques et aux effets indésirables(91),(92). Toutes ces raisons poussent le patient psychiatrique à interrompre son traitement sans avis médical et ainsi que la consultation chez des médecins généralistes(89) et le recours aux approches religieuses qui précède presque toujours le recours à la médication(93).

Les conséquences majeurs de cette non observance liés à l'usage des psychotropes par les patients peuvent être délétères allant de la rechute, à l'hospitalisation et dans certains cas extrêmes au suicide(90),(94),(95),(96).

Dans notre étude, les causes de la non observance sembleraient être liées également au caractère chronique puisque les patients qui traitaient depuis 10 ans étaient moins impliqués dans leur traitement par rapport à ceux dont le début de traitement était plus récent. De plus, le manque d'informations qu'ont les patients interrogés sur leur maladie et leur traitement les pousse à l'arrêter dès qu'ils perçoivent une amélioration de leur état. Les effets indésirables et l'irrégularité de consultation accentuent ce phénomène de non observance.

Les patients que nous avons interrogés étaient, 80% d'entre eux, très demandeurs d'échanges et d'écoute. Les reproches que nous avons eu de la part de ces patients étaient essentiellement le manque d'attention et d'écoute par l'équipe officinale et par son entourage. Ainsi que l'absence du soutien social qui fait naître un sentiment d'infériorité et de manque de considération, d'injustice et un sentiment de dévalorisation importante(97).

- **Les limites de l'étude**

Les limites de notre étude sont liées à 04 points essentiels :

- 1- Le nombre limité de pharmacies d'officines qui ont voulu participer à notre étude et ce en raison du thème sur les psychotropes qui fait peur aux titulaires ;
- 2- Période relativement courte (1 mois) des relevés de consommation, par officine, des psychotropes ;
- 3- Nombre relativement réduit d'entretiens pharmaceutiques menés avec des patients suite aux refus des pharmaciens titulaires car ils étaient convaincu que leurs clients refuseraient cette démarche ;
- 4- Analyses pharmaceutiques réalisés à postériori ce qui nous a empêché d'émettre des interventions pharmaceutiques auprès des médecins et des patients.

Conclusion

Les pharmacies d'officines ont une présence importante sur l'ensemble du territoire national avec une mission de santé publique d'une grande importance ; celle de détenir, de dispenser, d'analyser et de conseiller des médicaments aux patients. Notre étude a montré que les psychotropes sont des médicaments très fortement prescrits (13% des prescriptions) par les médecins Algériens et qui plus est juridiquement problématique pour les pharmaciens d'officine.

Nous avons identifié les 03 grandes classes de ces psychotropes les plus prescrites et analyser les ordonnances avec une mise en exergues des risques d'interactions médicamenteuses et des risques d'apparition d'effets indésirables. Les patients sous psychotropes, pour la plupart à prescriptions psychiatriques, ont été demandeurs de conseils et d'écoutes afin de mieux gérer leur traitement et d'être plus impliqués dans leur thérapeutique.

Enfin, notre travail a permis de mettre l'accent sur l'importance de maîtriser les propriétés pharmacologiques de cette classe afin d'éviter l'accoutumance et la dépendance pour ces médicaments et par conséquent éviter la toxicomanie.

La confusion entre les classes de psychotropes par les équipes officinales nécessite une formation continue adéquate pour mieux gérer l'analyse pharmaceutique et le conseil aux patients (éducation thérapeutique) pour éviter les risques d'interactions médicamenteuses et conseiller les précautions d'emploi nécessaires.

La non observance des patients sous psychotropes impose un accompagnement particulier de ces patients afin d'améliorer leur adhésion et leur observance vis-à-vis de leur traitement.

Nos résultats devraient être consolidés par une étude nationale afin de les confortés et de permettre aux pharmaciens d'officine d'aller vers notre tutelle pour proposer des modifications du circuit de prise en charge de ces patients sous psychotropes tout en leur accordant une contrepartie en prestations payantes et remboursables.

Perspectives

Les perspectives que nous voyons à notre étude, sous formes de travaux de mémoire de fin d'études ou de recherche, sont cités ci-dessous

- Lancer la même étude à l'échelle nationale et ce en collaboration avec l'ordre des pharmaciens et/ou les structures syndicales afin d'avoir plus adhérence des titulaires à cette approche
- Implémentation au niveau local de programme d'éducation thérapeutique des patients sous psychotropes et évaluation de son impact afin de proposer aux caisses d'assurances de penser à rémunérer ces actes pharmaceutiques.

Références

1. First MB. American psychiatric association diagnostic and statistical manual. Washington DC: APA Press; 1994.
2. Reich M, Bondenet X. Place des psychotropes en oncologie. *Psycho-Oncologie*. 2018;12(2):114.
3. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. Promotion de la Santé Mentale en Algérie : faire face aux nouveaux défis, développer des réponses adaptées [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: http://www.sante.gov.dz/images/Prevention/MH_Policy_Brief.pdf
4. de Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Poupin C. Éducation thérapeutique et schizophrénie: quelles méthodes? *Actualités pharmaceutiques*. 2013;52(524):14–21.
5. Jouet E. Education thérapeutique, approches en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*. 2011;32(273):pp.12-15.
6. Koleck M, Foucaud J. Éducation thérapeutique en psychiatrie et psychoéducation: similitudes, divergences et implications pratiques. *Évolutions sociales, innovations et politiques: Nouveaux enjeux en psychologie de la santé*. 2016;175.
7. De las Cuevas C, Peñate W, Manuel García de Cecilia J, de Leon J. Predictive validity of the Sidorkiewicz instrument in Spanish: Assessing individual drug adherence in psychiatric patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1 mai 2018;18(2):133-42.
8. Condamnés et incarcérés pour vente de psychotropes : Les pharmaciens d'officine exigent la promulgation de la nouvelle loi | El Watan [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.elwatan.com/edition/actualite/condamnes-et-incarceres-pour-vente-de-psychotropes-les-pharmaciens-dofficine-exigent-la-promulgation-de-la-nouvelle-loi-21-05-2019>
9. Nassima D. Alger: arrestation de 7 individus et saisie de plus de 900 comprimés psychotropes à Rouiba [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.aps.dz/regions/69901-alger-arrestation-de-7-individus-et-saisie-de-plus-de-900-comprimes-psychotropes-a-rouiba>
10. Alber H, Dromigny E, Le Hazif L, Nedelec M, Perrus-Lesquibe C, Burgot G. Les troubles du rythme cardiaque liés à la prise de médicaments psychotropes. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2010;29(4):183–209.
11. République Algérienne, Loi No. 04-18 Relative à la Prévention et Répression de l'Usage et du Trafic Illicite des Stupéfiants et Substances Psychotropes.
12. OULD-KADA M. Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé. Vol. 1816. 2010. 403-426-427 p.

13. Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire. Décret exécutif n° 19-379 du 4 Joumada El Oula 1441 correspondant au 31 décembre 2019 fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes. [Internet]. 2020 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2020/F2020001.pdf>
14. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Lahaie E. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances. 2012;78:1–6.
15. Frauger-Ousset E. Détournement d’usage de médicaments psychoactifs: développement d’une approche pharmacoépidémiologique [PhD Thesis]. Aix-Marseille 2; 2010.
16. Dahir du 12 rebia II 1341 (2 décembre 1922) portant règlement sur l’importation, le commerce, la détention et l’usage des substances vénéneuses [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: [http://dmp.sante.gov.ma/upload/textes_legislatifs_et_reglementaires/1Loi/Dahir%20du%2012%20rebia%20II%201341%20\(%202%20d%C3%A9cembre%201922%20\)%20portant%20r%C3%A8glement%20sur%20l%20importation,%20le%20commerce,%20la%20d%C3%A9tention%20et%20l%20usage%20des%20substances%20v%C3%A9n%C3%A9neuses.pdf](http://dmp.sante.gov.ma/upload/textes_legislatifs_et_reglementaires/1Loi/Dahir%20du%2012%20rebia%20II%201341%20(%202%20d%C3%A9cembre%201922%20)%20portant%20r%C3%A8glement%20sur%20l%20importation,%20le%20commerce,%20la%20d%C3%A9tention%20et%20l%20usage%20des%20substances%20v%C3%A9n%C3%A9neuses.pdf)
17. Code de la santé publique - Article R5132-21. Code de la santé publique.
18. CHERKAOUI O. Analyse critique de la législation pharmaceutique au Maroc à la lumière de la promulgation de la loi n° 17-04. 2008;
19. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l’usage illicite des substances vénéneuses | Droit-medical.com [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <http://droit-medical.com/textes/textes-divers/450-loi-701320-31-decembre-1970-toxicomanie>
20. Site Web de la législation (Justice). Loi réglementant certaines drogues et autres substances [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/TexteCompleet.html>
21. Pharmacie.ma : tout savoir sur le médicament et la pharmacie [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://pharmacie.ma/page/130/medicaments___liste_des_neuro-psychoactifs
22. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Liste des substances et préparations psychotropes [Internet]. 2017 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b94bd03bc06ddd545638bb8e88122397.pdf
23. Olié JP, Gallarda T, Duaux E. Le livre de l’interne Psychiatrie. 2e éd. Vol. 442. Paris: Flammarion; 2000. 49-50-345-346 p.
24. HASSANE DICKO F. ETUDE DE LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET STUPEFIANTS DANS LA VILLE DE NIAMEY (NIGER)

[Internet]. 2018. Disponible sur:
<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2018/pharma/pdf/18P44.pdf>

25. ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne [Internet]. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://reseaux-sante-ca.org/?Les-differentes-classifications-des-substances-psycho-actives&reseau=addica>
26. Aubry J-M, Berney P, Besson M, Logos C. Guide pour l'emploi des psychotropes d'usage courant. 2015.
27. Tribolet S, Paradas C. Guide pratique de psychiatrie. 5e éd. Thoiry: Ed Heures de France. 2000;
28. Lambert C, Beaulieu P. Précis de pharmacologie: du fondamental à la clinique. Montréal, Presses de l'Université de Montréal; 2010.
29. Godfryd M. PSYCHIATRIE. Paris;
30. Vandermoere M. L'abus et le détournement à but récréatif des médicaments: comment fait face le pharmacien d'officine? 2017;
31. Amar MB, Léonard L. Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie. PUM; 2002.
32. GASMAN I, ALLILAIRE JF, BARTE HN, CLAUDEL B, GIRAULT N, KARILA L, et al. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent, et de l'adulte. Vol. 407. Paris: Masson; 2003. 179 p.
33. LEMPERIERE T, FELINE A, GUTAMANN A, ADES J, PILATE C. ABREGE DE Psychiatrie de l'adulte. Paris: Masson; 166-175 p.
34. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of Substance and Non-substance Addiction. Adv Exp Med Biol. 2017;1010:21-41.
35. Salzman C. Addiction to benzodiazepines. Psychiatric quarterly. 1998;69(4):251–261.
36. Tassin J-P. Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. Psychotropes. 2008;14(3):11–28.
37. REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In: Traité d'addictologie. 1ère édition. Paris: Flammarion; 2006. p. 9.
38. COSTES J-M. Principales données épidémiologiques concernant les addictions en France. In: Traité d'addictologie. 1ère édition. Paris: Flammarion; 2006. p. 123.
39. GELDER M, MAYOU R, COWEN P. Traité de psychiatrie. Vol. 969. Paris: Flammarion; 2005. 532 p.
40. DUPORT C. Phénomènes émergents liés aux drogues, Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2017. oct 2018; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/mars18.pdf>

41. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie. Drogues et addictions, données essentielles - Edition 2019 [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
42. Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie [Internet]. Plateforme Elsa. 2014 [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://plateforme-elsa.org/enquete-epidemiologique-nationale-et-globale-sur-la-prevalence-de-la-drogue-en-algerie/>
43. [guide_des_psychotropes_2015.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/guide_des_psychotropes_2015.pdf) [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/guide_des_psychotropes_2015.pdf
44. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F82E38CEC33E56173D5031DDB11D64FF.tplgfr34s_3?idSectionTA=LEGISCTA000033897156&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190903
45. Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Addictovigilance: le défi pharmacologique de l'évaluation et de la prévention des substances à risque. EDP Sciences; 2015.
46. Lapeyre-Mestre M. Addiction médicamenteuse : quelles données pour évaluer et prévenir ? Psychotropes. 26 sept 2013;Vol. 19(1):65-80.
47. Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Escots S, Facy F, Lanfumey-Mongredien L, Lapeyre-Mestre M, et al. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM); 2012 mai [cité 6 mars 2020] p. Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences (ISSN : 1264-1782) / 598 pages. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102985>
48. International Pharmaceutical Federation. Focus on mental health :The Contribution of the Pharmacist, 2015 [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.fip.org/files/Focus_on_mental_health_-final.pdf
49. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. Encyclopédie médicochirurgicale. 2003;37-860.
50. Bensasson G. Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie. L'Évolution Psychiatrique. 1 janv 2013;78(1):142-53.
51. Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 1994;20(2):297-310.

52. Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation [Internet]. INPES; 2010 [cité 18 févr 2020]. (Savoirs en action). Disponible sur: <https://hal.univ-reunion.fr/hal-01226685>
53. Guionet E. Développement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein d'un établissement de soins psychiatriques [PhD Thesis]. Université de Lorraine; 2013.
54. van Mil JF. Le pharmacien d'officine et la pathologie psychiatrique, une revue. *Le Pharmacien Hospitalier*. 2010;45(2):79–84.
55. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2015. p. 79–84.
56. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2011;169(3):184-7.
57. Jean-Bart E, Charpiat B, Bourdon O, Grassin J, Bornet C, Dode X, et al. État des lieux des outils documentaires pour l'analyse d'ordonnance accessibles sur Internet: pouvons-nous conjuguer multiplicité avec efficacité? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2013;48(2):95–102.
58. VIDAL - Le site de référence des professionnels de santé [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
59. Stabilis 4.0 [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.stabilis.org/>
60. Drug Interactions [Internet]. Drugs.com. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://www.drugs.com/drug_interactions.html
61. Martindale: The Complete Drug Reference [Internet]. MedicinesComplete. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://about.medicinescomplete.com/publication/martindale-the-complete-drug-reference/>
62. Morice E, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Juste M, Roberge C. Évaluation de la pratique d'analyse d'ordonnance dans les hôpitaux français. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2011;46(3):146–155.
63. Murphy AL, Gardner DM, Jacobs LM. Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program. *BMC Psychiatry* [Internet]. 14 juin 2018 [cité 7 sept 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6000927/>
64. Behra F, Bühler C, Daval A, Mic C, Richelet S. L'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie : l'expérience de la région franc-comtoise. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 déc 2018;12(8):694-8.

65. Malard L, Chastang J-F, Niedhammer I. Évolution des comportements et indicateurs de santé mentale entre 2006 et 2010 dans la population au travail en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2017;65(4):309–320.
66. Sekkat FZ, Ktiouet JE. LES PSYCHOTROPES:(1ÈRE PARTIE) POUR UNE MEILLEURE PRESCRIPTION DES ANXIOLYTIQUES ET DES HYPNOTIQUES. *Maroc Médical*. 26(3).
67. investigators Esem 2000, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109:55–64.
68. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMED/MHEDEA 2000/ (ESEMED) en population générale. *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):195-206.
69. Plancke L, Benoît E, Chantelou M-L, Amariei A, Vaiva G. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord – Pas-de-Calais (France). *Thérapies*. 1 juill 2009;64(4):279-87.
70. Grolleau A, Cougnard A, Bégau B, Verdoux H. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 1 sept 2008;34(4):352-9.
71. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. Promotion de la Santé Mentale en Algérie : faire face aux nouveaux défis, développer des réponses adaptées. 2018.
72. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2008;28(3):103–110.
73. Plancke L, Amariei A, Danel T, Benoît E, Chantelou M-L, Vaiva G. Les facteurs qui influencent la consommation intensive et régulière de médicaments psychotropes. *Thérapie*. 1 nov 2009;64(6):371-81.
74. Verdoux H, Tournier M, Cougnard A, Martin K, Bernard Bégau. Pharmaco-épidémiologie des médicaments psychotropes : utilisation et impact en conditions réelles d'utilisation**Ce travail a été présenté au 9e congrès de la Société Française de Pharmacologie / XXVes Journées françaises de pharmacovigilance, Bordeaux, 26-28 avril 2005. *Thérapies*. 1 janv 2006;61(1):17-22.
75. Benmebarek Z, Benaldjia H. La prescription ambulatoire des psychotropes à l'hôpital psychiatrique El Madher Batna: étude transversale sur trois mois Outpatient Psychotropic Drugs Prescription in El Madher Psychiatric Hospital Batna: a three months cross sectional study.

76. Bourguignon A, Joubert P. 4. Aspects épidémiologiques et évolutifs de la schizophrénie. In: Pathologies schizophréniques. Lavoisier; 2012. p. 37–43.
77. Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2009. p. 793–795.
78. Gardette V, Cestac P, Cantet C, Reynish E, Lapeyre-Mestre M, Andrieu S, et al. Comparaison européenne de la prescription de médicaments spécifiques antidéméntiels: l'étude ICTUS. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2009;57:S92.
79. Analyse pharmaceutique des prescriptions en psychiatrie : étude de pertinence - Posters - 2018 - Actualités - Encephale [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://www.encephale.com/Actualites/2018/Posters/Analyse-pharmaceutique-des-prescriptions-en-psychiatrie-etude-de-pertinence?fbclid=IwAR2sE7Y1apSOlnnVryViFtRP6uTIX3OpNCUTOlcAxRmrUgbVthdNP5A_r5M
80. Parent G, Rose F-X, Bedouch P, Conort O, Charpiat B, Juste M, et al. Interventions pharmaceutiques émises par les pharmaciens sur les médicaments psychotropes. L'Encéphale. 2015;41(4):339–345.
81. Chabia Y, Galveza O, Granetb JP, Mattonc T, Merlina C, Rey P. Évaluations de la qualité rédactionnelle des prescriptions médicamenteuses et des interventions pharmaceutiques al'HIA Legouest aMetz. Med Armees. 2012;40(3):281–8.
82. LE FPI. Effets secondaires des psychotropes chez la personne âgée. La Revue de gériatrie. 2003;28(10):827.
83. Dubois S, Leguelinel-Blache G, Thibault M, Janès A, Bussièrès J-F. Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses en établissement de santé: comparaison France-Québec. In: Annales Pharmaceutiques Françaises. Elsevier; 2019. p. 241–249.
84. Leroy B, Coquet E, Bourdelin M, Renzullo C, Pont E, Bontemps H, et al. Analyse pharmaceutique des prescriptions à haut risque iatrogène: si on commençait par-là? Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 2016;51(2):109–115.
85. Chagnon A, Vandesrasier A. Un service Internet de téléconsultation offert par des pharmaciens: l'influence sur les représentations et les intentions comportementales des patients. Pharmactuel. 2018;51(3):185–191.
86. Brunie V, Rouprêt-Serzec J, Rieutord A. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. Journal de pharmacie clinique. 2010;29(2):90–92.
87. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Lahaie E, Chalumeau M, Coquelin A, Toufik A. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007–2009. St Denis: OFDT. 2010;

88. Daveluy A, Haramburu F. Consommation de substances psychoactives à la Réunion et à Mayotte, départements français de l'Océan Indien. *Thérapies*. 1 oct 2018;73(5):419-27.
89. Baumann M, Baumann C, Alla F. Non observance des psychotropes: Implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste. *La Presse Médicale*. 1 avr 2004;33(7):445-8.
90. Misdrahi D, Baylé FJ. Observance thérapeutique et psychiatrie. *Mise au point: actualité psy*. 2002;
91. Holma IAK, Holma KM, Melartin TK, Isometsä ET. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: A five-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 1 déc 2010;127(1):102-12.
92. Aylaz R, Kılınç G. The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in the East of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1 avr 2017;31(2):157-63.
93. Dorvil H. La maladie mentale comme problème social. *Service social*. 1990;39(2):44–58.
94. Bulloch AG, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(1):47–56.
95. Stip E. Le regard du psychiatre canadien. *L'Encéphale*. 2009;35:S115–S118.
96. Chapman SC, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*. 2013;26(5):446.
97. Tremblay J-M. Michel TOUSIGNANT, L'étiologie sociale en santé mentale. 2005;

Annexes

RECUEIL DES DONNEES RELATIVES AUX OFFICINES

Pharmacie :	<input type="checkbox"/> Centre ville	<input type="checkbox"/> Périphérie
Date de l'entretien :		
Interviewer :		

Dans le cadre d'un projet de fin d'étude portant sur la réalisation d'un état des lieux sur les prescriptions de PSYCHOTROPES, en dehors de celles détournées ou comportant des stupéfiants, merci de bien vouloir collaborer en remplissant ce document !

I- Informations générales

- 1- Quand est ce qu'avez vous commencé à exercer ce métier ?
- 2- Nombre de salariés : 1 2 ≥ 3
-Type de salarié : Pharmacien assistant Préparateur
 Vendeur (domaine médical) Vendeur (autre)
- 3- Ya - t – il des médecins à proximité de votre pharmacie(200 mètres) ?
 Oui Non
-Si oui, précisez la spécialité :
 Médecin généraliste Psychiatre Neurologue
 Autre (oncologie, médecine interne, traumatologie, réduction, neurochirurgie)
- 4- Y a –t- il une structure hospitalière ou un centre de soins public à proximité de votre pharmacie?
 Oui Non
- Si oui, précisez ! CHU EPSP EHS

II- Informations spécifiques

- 1- Quelles sont les classes les plus rétrocedées ?
- Antidépresseurs Anxiolytiques Neuroleptiques
- Antiépileptiques Hypnotiques Régulateurs de l'humeur
- 2- Y a-t-il des associations appropriées sur les prescriptions que vous recevez ?
- Oui Non Je ne sais pas
- *Si oui, quel type d'associations ?*
- 3- Y a-t-il des associations inappropriées de psychotropes sur les prescriptions que vous recevez ?
- Oui Non Rarement
- 4- Est-ce que vous recevez ces patients dans un espace spécialement conçu pour cet objet ?
- Oui Non Rarement
- 5- Est-ce que les patients que vous recevez préfèrent être servis par une personne particulière ?
- Oui Non Rarement

III- Situations de mésusage

- 1- Recevez – vous des prescription ou des personnes qui vous font douter de la fiabilité de l'ordonnance ? Oui Non
- Si oui, combien de fois en moyenne par jour ?*
- Jamais Quelques fois Souvent
- 2- Ces ordonnances étaient-elles présentées souvent par :
- Hommes Femmes
- 3- Agés de : ≤ 19 ans 20 à 65 ans ≥ 66 ans
- 4- Quelles sont les molécules les plus demandées dans cette situation ?

.....
.....
.....

5- Quelles sont les situations qui vous poussent à refuser la délivrance des psychotropes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6- Avez-vous des propositions à la tutelle (ministère, DSP) pour améliorer la sécurisation de rétrocession des psychotropes ?

.....
.....
.....
.....

7- Souhaiteriez-vous que votre personnel suive une formation sur les psychotropes ?

Oui Non

8- Sur quelles autres thématiques souhaiteriez-vous que votre personnel soit formé priorité ?

.....
.....

Merci pour votre collaboration

QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS SUR LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Pharmacie : Centre ville Périphérie

Date de l'entretien :

Interviewer :

1- Sexe : Homme Femme

2- Age : ≤ 20 ans 21 à 45 ans 46 à 65ans

3- Lieu d'habitation Tlemcen ville Périphérie Une autre wilaya

4- Statut marital : Célibataire Marié (e)

Divorcé (e) Veuf (ve)

5- Niveau scolaire : Sans instruction Secondaire Universitaire

6- Situation professionnelle : Sans profession Salarié (publique)

Salarié (privé) Entrepreneur

7- Avez-vous la carte CHIFA ? Oui Non

8- Date du début de traitement :

9- Pour quelle raison avez-vous commencé à prendre ce(s) médicament (s)?

.....

10- Vous sentez-vous bien sous ce traitement ?

Oui Non Pas tellement

11- Avez vous des connaissances concernant votre maladie ? Oui Non

12- Avez vous des connaissances sur votre traitement ? Oui Non

	Médicament 1		Médicament 2		Médicament 3	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Posologie						
Effets indésirables						
Signes de toxicité						
Interactions						

- Si oui, d'où avez-vous acquis ces informations ?

- Médecin Pharmacien Entourage
 Média Internet

13- Combien de visite par an effectuez-vous chez votre médecin traitant ?

14- Est-ce que c'est toujours votre médecin traitant qui vous prescrit votre traitement ?

- Oui Non

- Si non, précisez le médecin qui vous la renouvelle !

15- Qui gère votre traitement ?

- Vous le gérez tout (e) seul(e) Un membre de votre famille
 Un professionnel

16- Avez vous tenté de l'arrêter ? Oui Non

- Si oui, pourquoi ?

17- Est-ce que votre médecin vous a réduit la dose ?

- Oui Non

- Après combien de temps ?

18- La réduction de la dose vous fait-elle souffrir physiquement et psychiquement ?

- Oui Pas tellement Non

19- vous arrive -t- il d'augmenter la dose pour mieux vous sentir ?

- Oui Non

20- Vous arrive –t- il d’avoir le désir irrésistible d’en prendre même si votre état est stable ?

Parfois Souvent Jamais

21- avez-vous tenté d’autres approches thérapeutiques ?

Psychologue Rokia Phytothérapie

Acupuncture Autre

QUESTIONNAIRE DE GIRER

1- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

OUI NON

2- Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?

OUI NON

3- Vous est il arrivé de prendre votre médicament avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

OUI NON

4- Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?

OUI NON

5- Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certain jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus mal que du bien ?

OUI NON

6- Pensez vous que vous avez trop de comprimées à prendre ?

OUI NON

INTERPRETAION

(0) OUI = Bonne observance

(1 ou 2) OUI = Minime problème d'observance

(3 ou plus) OUI = Mauvaise observance

**Loi No. 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 Correspondant au 25 Décembre 2004 Relative à
la Prévention et à la Répression de l'Usage et du Trafic Illicites de Stupéfiants et de
Substances Psychotropes**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 119, 120, 122-7, 126 et 132;

Vu la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 adoptée par décret No. 63-343 du 11 septembre 1963;

Vu la Convention de 1971 sur les substances psychotropes adoptée par décret No. 77-177 du 7 décembre 1977;

Vu le Protocole de 1972 modifiant la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 adopté par décret présidentiel No. 02-61 du 22 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 5 février 2002;

Vu la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, adoptée par décret présidentiel No. 95-41 du 26 Chaâbane 1415 correspondant au 28 janvier 19951;

Vu Ordonnance No. 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale;

Vu l'ordonnance No. 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal;

Vu l'ordonnance No. 66-211 du 21 juillet 1966 relative à la situation des étrangers en Algérie;

Vu la loi No. 79-07 du 21 juillet 1979, modifiée et complétée, portant code des douanes;

Vu la loi No. 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et a la promotion de la santé;

Vu la loi No. 87-17 du 1er août 1987 relative à la protection phytosanitaire2;

Vu la loi No. 01-14 du 29 Joumada El Oula 1422 correspondant au 19 août 2001, modifiée et complétée, relative à l'organisation, la sécurité et la police de la circulation routière;

Vu la loi No. 03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable;

Après adoption par le Parlement;

Promulgue la loi dont la teneur suit:

Chapitre I

Dispositions Générales

Article 1

La présente loi a pour objet de prévenir et de réprimer l'usage et le trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes.

Article 2

Au sens de la présente loi, on entend par:

Stupéfiant: toute substance, qu'elle soit d'origine naturelle ou de synthèse, figurant au tableau I et au tableau II de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le protocole de 1972.

Substance psychotrope: toute substance qu'elle soit d'origine naturelle ou de synthèse, on tout produit naturel du tableau I, II, III ou IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

Précurseurs : toutes les substances chimiques utilisées dans la fabrication de stupéfiants et substances psychotropes.

Préparation: désigne un mélange solide ou liquide, contenant un stupéfiant ou une substance psychotrope.

Cannabis: désigne les sommités florifères ou fructifères de la plante de cannabis (à l'exclusion des graines et des feuilles qui ne sont pas accompagnées des sommités) dont la résine n'a pas été extraite, quelle que soit leur application.

Plante de cannabis: toute plante du genre cannabis.

Pavot à opium: toute plante de l'espèce *Papaver somniferum* L.

Cocaïer: toute espèce d'arbustes du genre érythroxyton.

Usage illicite: utilisation personnelle de stupéfiant ou substance psychotrope placé sous contrôle, hors prescription médicale.

Toxicomanie: état de dépendance psychique ou physique et psychique vis à-vis d'un stupéfiant ou d'une substance psychotrope.

Cure de désintoxication: traitement destiné à faire disparaître la dépendance psychique ou physique et psychique à l'égard d'un stupéfiant ou d'une substance psychotrope.

Culture: désigne la culture du pavot à opium, du cocaïer et de la plante de cannabis.

Production: opération qui consiste à recueillir l'opium, la feuille de coca, le cannabis et la résine de cannabis des plantes qui les fournissent.

Fabrication: toutes les opérations, autres que la production, permettant d'obtenir des stupéfiants et des substances psychotropes et comprenant la purification de même que la transformation de stupéfiants en d'autres types de stupéfiants.

Exportation et importation: le transport matériel de stupéfiants et ou substances psychotropes d'un Etat à un autre.

Transport: le transport des matières placées sous contrôle dans le territoire algérien d'un endroit à un autre ou en transit.

Etat de transit: Etat sur le territoire duquel des substances illicites, stupéfiants, substances psychotropes et substances inscrites au tableau I et au tableau II sont déplacées et qui n' est ni le point d'origine ni la destination finale de ces substances.

Article 3

Toutes les plantes et substances classées comme stupéfiants, psychotropes ou précurseurs sont répertoriées par arrêté du ministre chargé de la santé en quatre (4) tableaux selon leur danger et leur intérêt médical.

Toute modification de ces tableaux se fera dans les mêmes formes. Les plantes et substances sont inscrites sous leur dénomination internationale ou, à défaut, sous leur dénomination scientifique ou commune.

Article 4

L'autorisation de procéder aux opérations visées aux articles 17, 19 et 20 de la présente loi ne peut être délivrée que si l'utilisation des plantes, substances et préparations en cause est destinée à des fins médicales ou scientifiques.

L'octroi de cette autorisation est subordonné à une enquête sociale portant sur les qualités morales et professionnelles du demandeur. Elle ne peut être accordée à une personne condamnée pour les infractions prévues dans la présente loi.

Article 5

L'autorisation, mentionnée à l'article 4 ci-dessus, ne peut être délivrée que par le ministre chargé de la santé.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre II

Dispositions Préventives et Curatives

Article 6

L'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes qui se sont conformées au traitement médical de désintoxication qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

De même, l' action publique n' est pas exercée à l'égard des personnel ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes lorsqu'il est établi qu'elles se sont soumises à une cure de désintoxication ou a une surveillance médicale à compter de la date du délit commis.

Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des substances et des plantes saisies est prononcée, le cas échéant, par ordonnance du président de la juridiction compétente, sur réquisition du ministère public.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Article 7

Les personnes inculpées du délit prévu à l' article 12 ci-dessous, lorsqu'il a été établi par une expertise médicale spécialisée que leur état nécessite un traitement médical, peuvent être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des mineurs, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information et jusqu'à ce que la juridiction compétente en ait décidé autrement.

Article 8

La juridiction compétente peut astreindre les personnes désignées à l' article 7 ci-dessus à subir une cure de désintoxication, en confirmant l'ordonnance visée dans le même article ci-dessus ou en prolongeant ses effets.

Les décisions de la juridiction compétente sont exécutoires malgré l'opposition ou l'appel.

Lorsqu'il a été fait application de l'alinéa premier de l' article 7 ci-dessus et de l'alinéa premier du présent article, la juridiction compétente peut ne pas prononcer les peines prévues par l' article 12 de la présente loi.

Article 9

Les personnes qui se soustraient à exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication sont punies des peines prévues à l' article 12 de la présente loi, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application de l' article 7 ci-dessus.

Article 10

La cure de désintoxication prévue aux articles précédents est suivie soit dans un établissement spécialisé, soit à titre externe sous surveillance médicale.

L'autorité judiciaire est informée périodiquement, par le médecin traitant, du déroulement et du résultat de la cure.

Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des collectivités locales, du ministre de la justice, garde des sceaux et du ministre chargé de la santé fixe les conditions de déroulement de la cure.

Article 11

Lorsque le juge d'instruction ou la juridiction compétente ordonne à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures est soumise aux dispositions des articles 7 à 9 de la présente loi, nonobstant les dispositions de l' article 125 ter 1 (alinéa 2-7) du code de procédure pénale.

Chapitre III

Dispositions Pénales

Article 12

Est punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à deux (2) ans et d' une amende de 5.000 DA à 50.000 DA, ou de l'une de ces deux peines, toute personne qui, d'une manière illicite, consomme ou détient à usage de consommation personnelle des stupéfiants ou des substances psychotropes.

Article 13

Est punie d'un emprisonnement de deux (2) ans à dix (10) ans et d' une amende de 100.000 DA à 500.000 DA, celui qui cède ou offre de manière illicite des stupéfiants ou des substances psychotropes à une personne en vue de sa consommation personnelle.

Le maximum de la peine est porté au double lorsque les stupéfiants ou les substances psychotropes sont offerts ou cédés, dans les conditions définies à l'alinéa précédent, à un mineur, à un handicapé ou à une personne en cure de désintoxication ou dans des centres d'enseignement, d'éducation, de formation, de santé, sociaux ou dans des organismes publics.

Article 14

Est puni d'un emprisonnement de deux (2) ans à cinq (5) ans et d' une amende de 100.000 DA à 200.000 DA, le fait d'entraver ou d'empêcher, sous quelque forme que ce soit, les agents chargés de la constatation des infractions dans l'accomplissement de leurs devoirs ou l'exercice des missions que leur confèrent les dispositions de la présente loi.

Article 15

Est puni d'un emprisonnement de cinq (5) ans à quinze (15) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 DA quiconque:

1) a facilité à autrui l'usage illicite de stupéfiants ou substances psychotropes, à titre onéreux ou gratuit, soit en lui procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen. Il en sera ainsi, notamment, des propriétaires, gérants, directeurs, exploitants, à quelque titre que ce soit, d'un hôtel, d' une maison meublée, d' une pension, d'un débit de boissons, d'un restaurant, d'un club, d'un lieu de spectacles ou d'un lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, qui auront toléré l'usage de stupéfiants dans lesdits établissements ou leurs annexes ou dans lesdits lieux;

2) a ajouté des stupéfiants ou substances psychotropes dans des aliments ou dans des boissons à l'insu des consommateurs.

Article 16

Est puni de cinq (5) ans à quinze (15) ans et d' une amende de 500.000 DA à 1.000.000 DA quiconque:

- a sciemment établi des prescriptions fictives ou de complaisance de substances psychotropes;
- a délivré des substances psychotropes sans ordonnance ou connaît le caractère fictif ou de complaisance des ordonnances médicales;
- a tenté de se faire délivrer ou se fait délivrer, au moyen d'ordonnances médicales fictives, des substances psychotropes pour la vente en fonction de ce qui lui a été offert.

Article 17

Est punie d'un emprisonnement de dix (10) ans à vingt (20) ans et d' une amende de 5.000.000 DA à 50.000.000 DA, toute personne qui, illicitement, produit, fabrique, détient, offre, met en vente, vend, acquiert, achète pour la vente, entrepose, extrait, prépare, distribue, livre à quelque titre que ce soit, fait le courtage, expédie, fait transiter ou transporte des stupéfiants ou substances psychotropes.

La tentative de ces infractions est punie des même peines que l'infraction consommée.

Les actes prévus à alinéa 1er ci-dessus sont punis de la réclusion perpétuelle lorsqu'ils sont commis en bande organisée.

Article 18

Est punie de la réclusion perpétuelle toute personne qui a dirigé, organisé ou financé les activités citées à l' article 17 ci-dessus.

Article 19

Est punie de la réclusion perpétuelle toute personne qui, d' une manière illicite a exporté ou importé des stupéfiants ou des substances psychotropes.

Article 20

Est punie de la réclusion perpétuelle toute personne qui a cultivé d'une manière illicite le pavot à opium, le cocaïer et la plante de cannabis.

Article 21

Est puni de la réclusion perpétuelle celui qui fabrique, transporte, distribue des précurseurs, des équipements ou des matériels, soit dans le but de les utiliser pour la culture, la production ou la fabrication illicites de stupéfiants ou de substances psychotropes, soit en sachant que ces précurseurs ou matériels vont être utilisés à de telles fins.

Article 22

Quiconque, de quelque manière que ce soit, provoque, encourage ou incite à commettre les infractions prévues par la présente loi est puni des peines édictées pour l'infraction ou les infractions consommées.

Article 23

Le complice d' une infraction ou de tout acte préparatoire prévu par la présente loi est puni de la même peine que le coupable.

Article 24

Le tribunal peut prononcer l'interdiction de séjour définitive sur le territoire algérien ou pour une durée qui ne peut être inférieure à dix (10) ans contre tout étranger condamné pour les infractions prévues par la présente loi.

L'interdiction de séjour sur le territoire algérien entraîne plein droit l'expulsion du condamné à la frontière, dès expiration de la peine.

Article 25

Nonobstant les peines prévues à l' encontre de la personne physique, l'infraction ou les infractions prévues aux articles 13 à 17 de la présente loi, commises par une personne morale, sont punies d' une amende qui équivaut à cinq (5) fois celle prévue pour la personne physique. En cas d'infraction aux articles 18 à 21 de la présente loi, la personne morale est passible d'une amende de 50.000.000 DA à 250.000.000 DA.

Dans tous les cas, la dissolution ou la fermeture provisoire de l'établissement pour une durée n' excédant pas cinq (5) ans est prononcée.

Article 26

Les dispositions de l'article 53 du code pénal ne sont pas applicables aux infractions prévues aux articles 12 à 23 de la présente loi lorsque:

- 1 - l'auteur de l'infraction aura fait usage de violence ou d'armes;
- 2 - l'auteur de l'infraction exerce une fonction publique et que le délit aura été commis dans l'exercice de ses fonctions;
- 3 - l'infraction aura été commise par un professionnel de santé ou une personne chargée d'utiliser ou de lutter contre le trafic de stupéfiants;
- 4 - les stupéfiants ou substances psychotropes livrés auront provoqué la mort d' une ou de plusieurs personnes ou entraîné une infirmité permanente;
- 5 - l'auteur de l'infraction aura ajouté aux stupéfiants des substances qui en auront aggravé les dangers.

Article 27

En cas de récidive, la peine encourue par la personne ayant commis les infractions prévues par la présente loi est:

- la réclusion perpétuelle lorsque l'infraction est punie de l'emprisonnement de dix (10)ans à vingt (20) ans;
- la réclusion à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans lorsque l'infraction est punie de l'emprisonnement de cinq (5) ans à dix (10) ans;
- le double de la peine fixée pour les autres infractions.

Article 28

L'incompressibilité des peines prévues par la présente loi s'applique comme suit:

- de vingt (20) ans de réclusion lorsque la peine prévue est la réclusion à perpétuité;

- des deux tiers (2/3) de la peine prévue dans tous les cas.

Article 29

En cas de condamnation pour infraction aux dispositions prévues par la présente loi, la juridiction compétente peut prononcer la peine d'interdiction des droits civiques, civils et de famille pendant une durée de cinq (5) ans à dix (10) ans. Elle peut, en outre, prononcer:

- l'interdiction, pendant une durée qui ne peut être inférieure à cinq (5) ans, d'exercer la profession à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise,
- l'interdiction de séjour suivant les dispositions prévues par le code pénal,
- le retrait du passeport ainsi que la suspension du permis de conduire pour une durée qui ne peut être inférieure à cinq (5) ans,
- l'interdiction de détenir et de porter une arme soumise à autorisation, pour une durée qui ne peut être inférieure à cinq (5) ans,
- la confiscation des objets qui ont servi ou étaient destinés à commettre l'infraction ou des objets qui en sont le produit,
- la fermeture, pour une durée qui ne peut être supérieure à dix (10) ans, des hôtels, maisons meublées, pensions, débits de boissons, restaurants, clubs, lieux de spectacles ou lieux quelconques ouverts au public où utilisés par le public où ont été commises les infractions prévues aux articles 15 et 16 de la présente loi, par l'exploitant ou avec sa complicité.

Article 30

Est exempt de la peine encourue celui qui, avant toute exécution ou tentative d'une infraction prévue par la présente loi, en donne connaissance aux autorités administratives ou judiciaires.

Article 31

Les peines encourues par l'auteur ou le complice des infractions prévues aux articles 12 à 17 de la présente loi sont réduites de moitié, si après le déclenchement des poursuites pénales, il a permis l'arrestation de l'auteur ou complices de la même infraction ou d'autres infractions de même ou d'égale gravité.

Les peines prévues par les articles 18 à 23 de la présente loi sont réduites à la réclusion à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans.

Chapitre IV

Règles de Procédure

Article 32

Dans tous les cas prévus aux articles 12 et suivants de la présente loi, la juridiction compétente ordonne la confiscation des plantes et substances saisies qui n'auront pas été détruites ou remises à un organisme habilité en vue de leur utilisation licite.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Article 33

Dans tous les cas prévus par la présente loi, la juridiction compétente ordonne la confiscation des installations, équipements et autres biens mobiliers et immobiliers utilisés ou destinés à être utilisés pour la commission de l'infraction, quelle que soit la personne à qui ils appartiennent à moins que les propriétaires n'établissent leur bonne foi.

Article 34

La juridiction compétente ordonne, dans tous les cas, la confiscation de l'argent utilisé dans l'accomplissement des infractions prévues par la présente loi, ou obtenu de ces infractions, sans préjudice de l'intérêt d'autrui de bonne foi.

Article 35

Les juridictions algériennes peuvent poursuivre et condamner toute personne qui commet un délit énoncé par la présente loi, qu'il soit algérien, étranger résidant ou se trouvant en Algérie ou toute personne morale de droit algérien, même hors du territoire national, ou ayant commis un des actes constituant une des infractions à l'intérieur du territoire algérien, même si les autres actes ont été commis dans d'autres pays.

Article 36

Outre les officiers de la police judiciaire cités à l'article 12 et suivants du code de procédure pénale, les ingénieurs agronomes et les inspecteurs de pharmacies, légalement habilités par leurs tutelles, peuvent procéder sous l'autorité des officiers de la police judiciaire à la recherche et à la constatation des infractions prévues par la présente loi.

Article 37

Pour les nécessités de l'enquête préliminaire relative à la recherche et à la constatation des infractions prévues par la présente loi, les officiers de la police judiciaire peuvent garder à vue toute personne soupçonnée pendant 48 heures.

Ils sont tenus de présenter la personne en garde à vue au procureur de la République avant l'expiration de ce délai. Après audition de la personne soupçonnée, le procureur de la République, après examen du dossier de l'enquête, peut autoriser par écrit la prolongation de la garde à vue à un délai nouveau n'excédant pas trois (3) fois la durée initiale.

A titre exceptionnel, cette autorisation peut être accordée, par décision motivée, sans que la personne ne soit conduite au parquet.

Article 38

Toutes dispositions contraires à la présente loi sont abrogées notamment les articles 190, 241 à 259 de la loi No. 85-05 du 16 février 1985 susvisée.

Article 39

La présente loi sera publiée au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004

Abdelaziz BOUTEFLIKA

Résumé :

Le pharmacien d'officine en Algérie est souvent exposé, quant à la gestion des psychotropes, à de lourdes sanctions judiciaires comme un arrêt d'exercice, des mandats de dépôt et des mises sous contrôle judiciaires voir des incarcérations. Entre 2017 et 2018, une cinquantaine de pharmaciens d'officine ont été soumis au contrôle judiciaire et quatre ont été éclopé de quelques années de prison ferme (8),(9). Une des raisons principales c'est la dépendance et la toxicomanie que peut engendrer la prescription et la dispensation des psychotropes au sein de la société d'où la plus grande fermeté des autorités.

Objectif : Notre étude a tenté de comprendre le circuit de soins des patients sous psychotropes en ville et plus particulièrement en pharmacie d'officine qui a la responsabilité de gestion et de dispensation de cette classe thérapeutique. Et cela en connaissant l'état de prescription des psychotropes et de leur consommation par les patients ainsi que leur gestion par le personnel officinal au sein de la wilaya de Tlemcen. **Matériels :**Listes des pharmaciens d'officine de la Direction de Santé et de la Population (DSP) Tlemcen ainsi qu'un questionnaire que nous avons établi et validé. Sans oublier la base de données médicamenteuses Thériaque® **Méthodes :** Notre étude est longitudinale, descriptive et multicentrique. Elle s'est déroulée du mois de juillet 2019 à fin janvier 2020. Le critère d'inclusion pour les pharmacies d'officines, tirés au sort, est que le titulaire accepte notre étude. Pour ce qui est des patients, tout âge confondu, c'est les clients des pharmacies participantes à l'étude. Et enfin, les prescriptions analysées sont celles où figurait au moins un psychotrope durant le mois d'octobre 2019. Trois volets ont été analysés : l'équipe officinale et ses spécificités ; la prescription et le patient pour évaluer son besoin en conseil et son niveau d'observance. **Résultats :** 62% des pharmacies visitées se situaient au centre-ville de Tlemcen. La moitié de ces officines étaient composées au minimum de 03 salariés qui n'avaient aucune formation médicale. A la question « quelles classes de psychotropes sont les plus dispensés en officine » la réponse a été antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques (36%, 26% et 18%) ce qui est différents de ce qui a été analysé sur prescriptions à savoir antidépresseurs, antipsychotiques et anxiolytiques (33%, 22% et 21%). 60% d'entre eux reconnaissent ne pas savoir identifier les associations inappropriées. Pour ce qui est des patients sous psychotropes, 13% des prescriptions servies avec la carte CHIFA (93% étaient assurés) contiennent au moins un psychotrope. La paroxétine et l'amitryptiline sont les plus prescrites comme antidépresseurs (25 et 24%). Pour les antipsychotiques c'est l'olanzapine, la rispéridone et la lévomépromazine (21%, 18% et 16%). Les anxiolytiques les plus prescrits sont le prazépan, le bromazépan et le clorazépan (36%, 29%, 20%). 78.33% des patients reconnaissent ne pas pouvoir définir leur maladie. Quant à leur niveau d'instruction, plus du tiers était sans instruction et 65% des patients interrogés (65%) étaient sans profession. Plus du cinquième des patients ne connaissent pas la dose journalière de leur psychotrope avec 37% qui reconnaissent certains effets indésirables en lien avec la prise des psychotropes. Les signes de toxicité qui apparaissent chez certains psychotropes ne sont pas connue par la majorité des patients (98%). Ces patients disent avoir des informations pharmacologiques dans 23% des cas par le pharmacien d'officine et 19% du web. Plus du tiers des patients (42%) sont dépendants de la famille, voire par des tierces personnes. 63% des patients ont déjà eu des tentatives d'arrêt du traitement psychotrope sans avis médical et ce pour amélioration de leur état général (37%) et traitement lourd à gérer (32%). Les tentatives de réduction de doses a engendré une souffrance physique et/ou psychique dans 13% des cas et 19% avec un malaise minime. Il y a eu aussi des tentatives d'augmentation de doses dans 95% des cas. Le désir irrésistible de prendre son psychotrope, souvent ou parfois, s'élève à 25%. 19% ont une mauvaise observance. L'analyse pharmaceutique réalisée sur la base de donnée Thériaque® a relevé, à posteriori, 160 risques d'interactions dont 80% à prendre en compte. Les antipsychotiques (48%), les antidépresseurs (24%) et les anxiolytiques (15%) sont les plus concernés par cette PPT. **Discussion et conclusion :** Notre étude, qui est la première en son genre en Algérie, a montré que les psychotropes sont d'une très grande importance dans les prescriptions et la dispensation des médicaments en officine. Plus d'une ordonnance sur dix concerne cette classe thérapeutique d'où la nécessité de former les équipes officinales, qui reconnaissent leur ignorance, sur ces médicaments. Les classes sur lesquelles nous devrions mettre l'accent, pour former les équipes afin de procurer les meilleurs conseils aux patients, sont les antidépresseurs, antipsychotiques et anxiolytiques (33%, 22% et 21%). Une attention particulière devrait être prise pour les médicaments les plus demandés au comptoir pour un détournement d'usage que sont les anxiolytiques benzodiazépiniques (bromazépan (36%), du prazépan (25%), du clonazépan (14%), du clorazépan (8%) et du lorazépan (4%).

ملخص :

غالبًا ما يتعرض الصيدلي في الجزائر ، فيما يتعلق بإدارة المؤثرات العقلية ، لعقوبات قانونية شديدة مثل وقف التمرين ، وأوامر القيد ، ووضعه تحت المراقبة القضائية أو حتى السجن. بين عامي 2017 و 2018 ، تعرض حوالي 50 صيدليًا للرقابة القضائية وحكمت على أربعة منهم بضيعة سنوات في السجن (7) و (8). أحد الأسباب الرئيسية هو الإمان على المخدرات الذي يمكن أن ينجح عن وصف الأدوية العقلية والمؤثرات العقلية في المجتمع ، وبالتالي الحزم الكبير من السلطات. **الهدف:** حاولت دراسة فهم كيفية رعاية المرضى الذين يتناولون المؤثرات العقلية في المدينة وبشكل خاص في الصيدلية التي تتحمل مسؤولية إدارة وتوزيع هذه الفئة العلاجية. وذلك من خلال معرفة حالة الوصفات الطبية للمؤثرات العقلية واستهلاكها من قبل المرضى وكذلك إدارتها من قبل موظفي الصيدلية في ولاية تلمسان. **المواد:** قائمة الصيدلة بمديرية الصحة والسكان (DSP) تلمسان بالإضافة إلى استبيان قمنا بإبناشها والتحقق من صحته. دون نسيان قاعدة بيانات الأدوية Thériaque® **الطريقة:** دراستنا طولية ، وصفية ومتعددة المراكز. حدث ذلك من يوليو 2019 إلى نهاية يناير 2020. معيار الإدراج للصيدليات ، المسحوبة بالقرعة ، هو قبول الصيدلي لتبني الدراسة. أما بالنسبة للمرضى ، مهما كان عمرهم ، بوجه عملاء الصيدليات المشاركة في الدراسة. وأخيرًا ، الوصفات الطبية التي تم تحليلها هي تلك التي يظهر فيها عقار واحد على الأقل من المؤثرات العقلية خلال شهر أكتوبر 2019. تم التطرق لثلاثة محاور: فريق الصيدلة وخصائصه ؛ الوصفة الطبية والمرضى لتقييم حاجتهم إلى النصيحة ومستوى الامتثال. **النتائج:** 62% من الصيدليات التي تمت زيارتها تقع في وسط مدينة تلمسان. تتكون نصف هذه الصيدليات من 03 موظفين على الأقل لم يتلقوا أي تدريب طبي. بالنسبة إلى السؤال "ما هي فئات المؤثرات العقلية الأكثر انتشارًا في الصيدليات" كان الجواب هو مضادات الاكتئاب ومزيلات القلق ومضادات الالتهاب (36% و 26% و 18%) والتي تختلف عن ما تم تحليله على الوصفات الطبية ، وهي مضادات الاكتئاب ، مضادات الالتهاب ومزيلات القلق (33% و 22% و 21%). يعتبر 60% منهم أنهم لا يستطيعون تحديد الجمعيات غير الالتهاب. فيما يتعلق بالمرضى الذين يتعاطون المؤثرات العقلية ، فإن 13% من الوصفات الطبية التي يتم تقديمها باستخدام بطاقة CHIFA (تم تأمين 93% منهم) تحتوي على مؤثر واحد على الأقل. الباروكستينولامين ومزيلات القلق هما الأكثر استخدامًا كمضادات للاكتئاب (25% و 24%). بالنسبة لمضادات الالتهاب فهو olanzapine ، risperidone ، levomepromazine (21% و 18% و 16%). أكثر مزيلات القلق الموصوفة هي prazepam ، bromazepam و clorazepate (36% و 29% و 20%). 78.33% من المرضى أنهم لا يستطيعون تحديد مرضهم. أما بالنسبة لمستوى تعليمهم ، فكان أكثر من ثلثهم غير متعلمين و 65% من المرضى المستجوبين (65%) كانوا غير مهنيين. أكثر من خمس المرضى لا يعرفون الجرعة اليومية من مؤثراتهم العقلية بنسبة 37% ممن يدركون بعض الآثار غير المرغوب فيها المرتبطة بتناول الأدوية العقلية. إن علامات السمية التي تظهر في بعض المؤثرات العقلية غير معروفة لدى غالبية المرضى (98%). يقول هؤلاء المرضى إن لديهم معلومات دوائية في 23% من الحالات من الصيدلي و 19% من الويب. أكثر من ثلث المرضى (43%) يعتمدون على الأسرة ، أو حتى من قبل أطراف ثالثة. 37% من المرضى لديهم بالفعل محاولات لوقف العلاج النفسي بدون استشارة طبية وذلك لتخسين حالتهم العامة (37%) والعلاج المرغوب للتعديل (32%). تسببت محاولات تقليل الجرعات في معاناة جسدية و / أو نفسية في 13% من الحالات و 18% مع الحد الأدنى من الانزعاج. كما كانت هناك محاولات لزيادة الجرعات في 5% من الحالات. تبلغ الرغبة الشديدة في تناول الدواء النفسي ، غالبًا أو في بعض الأحيان ، 25% و 19% لديهم امتثال ضعيف. كشف التحليل الصيدلاني الذي تم إجراؤه على قاعدة بيانات Thériaque® عن وجود 331 خطرًا للتفاعل ، يجب أخذ 77% منها بعين الاعتبار. مضادات الالتهاب (43%) ومضادات الاكتئاب (35%) ومزيلات القلق (9%) هي الأكثر عرضة. **المناقشة والخاتمة:** لقد أظهرت دراستنا ، وهي الأولى من نوعها في الجزائر ، أن الأدوية ذات التأثيرات العقلية ذات أهمية كبيرة في وصف الأدوية في الصيدليات وصر فيها. هناك أكثر من وصفة طبية واحدة من أصل عشرة تتعلق بهذه الفئة العلاجية ، وبالتالي الحاجة إلى تدريب فرق الصيدلة على هذه الأدوية. الفئات التي يجب أن نركز عليها ، لتقديم أفضل نصيحة للمرضى ، هي مضادات الاكتئاب ومضادات الالتهاب ومزيلات القلق (33% و 22% و 21%). يجب إيلاء اهتمام خاص للأدوية الأكثر طلبًا لغرض الإمان وهي مضادات القلق البنزوديازيبين (bromazepam (36%) ، prazepam (25%) ، clonazepam (14%) ، clorazepate (8%) و lorazepam (4%).

Summary :

With regards to managing psychotropic substances, the pharmacist in Algeria is often subjected to severe legal penalties such as stopping exercise, arrest warrants, and placing him under judicial supervision or even imprisonment. Between 2017 and 2018, about 50 pharmacists were subjected to judicial oversight, and four of them were sentenced to a few years in prison (7) and (8). One of the main causes is drug addiction which can result from prescribing mental medications and psychotropic substances in society, and hence the great bundles of powers.

Objective: Our study attempted to understand how to care for patients who take psychotropic substances in the city, especially in the pharmacy that is responsible for managing and distributing this treatment group. This understanding knowing the state of prescriptions for psychotropic substances and their consumption by patients, as well as their management by pharmacy staff in the province of Tlemcen. **Materials:** The list of pharmacists of the Directorate of Health and Population (DSP) Tlemcen, in addition to a questionnaire that was created and validated. And Thériaque® Medication Compliance database. **Method:** Our study is longitudinal, descriptive and multicenter. It happened from July 2019 to the end of January 2020. The listing criterion for pharmacies, drawn by lot, is the pharmacist's acceptance of our study. As for the patients, whatever their age, are the pharmacy agents participating in the study. Finally, the analyzed prescriptions are those in which at least one of the psychotropic substances appeared during October 2019. Three themes were addressed: the pharmacy team and its properties; Prescription and patient to assess their need for advice and level of compliance. **Results:** 62% of pharmacies visited were located in downtown Tlemcen. Half of these pharmacies were made up of a minimum of 03 employees who had no medical training. To the question "which classes of psychotropic drugs are the most dispensed in pharmacies" the answer was antidepressants, anxiolytics and neuroleptics (36%, 26% and 18%) which is different from what was analyzed on prescriptions, namely antidepressants, antipsychotics and anxiolytics (33%, 22% and 21%). 60% of them admit that they cannot identify inappropriate associations. With regard to patients on psychotropic drugs, 13% of prescriptions served with the CHIFA card (93% were insured) contain at least one psychotropic drug. Paroxetine and amitriptyline are the most prescribed as antidepressants (25 and 24%). For the antipsychotics it is olanzapine, risperidone and levomepromazine (21%, 18% and 16%). The most prescribed anxiolytics are prazepam, bromazepam and clorazepate (36%, 29%, 20%). 78.33% of patients admit that they cannot define their disease. As for their level of education, more than a third were uneducated and 65% of the patients questioned were without profession. More than a fifth of patients do not know the daily dose of their psychotropic drug with 37% who recognize certain undesirable effects linked to the price of psychotropic drugs. The sign of toxicity that appears in certain psychotropic drugs are not known by the majority of patients (98%). These patients do not have pharmacological information in 23% of cases from the pharmacist and 19% from the web. More than a third of patients (43%) are dependent on the family, or even by third parties. 37% of patients have already had attempts to stop psychotropic treatment without medical advice and to improve their general condition (37%) and cumbersome treatment to manage (32%). Dose reduction attempts to cause physical and / or mental suffering in 13% of cases and 18% with minimal discomfort. There have also been attempts to increase doses in 95% of cases. The overwhelming desire to take your psychotropic medication, often or sometimes, amounts to 25%. 19% have poor compliance. The pharmaceutical analysis carried out on the Thériaque® database revealed, a posteriori, 331 risks of interactions, 77% of which should be taken into account. Antipsychotics (43%), antidepressants (35%) and anxiolytics (9%) are the most affected by this PPT. **Discussion and conclusion:** Our study, which is the first of its kind in Algeria, has shown that psychotropic drugs are of great importance in the prescription and dispensing of medicines in pharmacies. More than one prescription in ten concerns this therapeutic class, hence the need to train the pharmacy teams, who recognize their ignorance, on these drugs. The classes we should focus on, to form teams to provide the best advice to patients, are antidepressants, antipsychotics and anxiolytics (33%, 22% and 21%). Particular attention should be paid to the drugs most in demand at the counter for a diversion of use which are the benzodiazepine anxiolytics (bromazepam (36%), prazepam (25%), clonazepam (14%), clorazepate (8%) and lorazepam (4%).