

## 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

Zoubir Benmebarek<sup>1</sup>, Hanane Benaldjia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> EHS psychiatrie, El Madher, Batna - Algérie

<sup>2</sup> Service d'épidémiologie, CHU Batna, Batna - Algérie

#### Correspondance à :

Zoubir BENMEBAREK  
zoubirbenmeb@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2016.3102>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

#### RÉSUMÉ

**Objectifs :** Décrire et analyser les modalités de prescription de psychotropes chez des patients suivis en ambulatoire à l'hôpital psychiatrique. **Méthodes :** Etude descriptive transversale sur la prescription de psychotropes chez 509 patients, suivis à la consultation externe de l'EHS (Etablissement hospitalier spécialisé) psychiatrique d'El Madher, durant une période de trois mois (du 10 février 2015 au 10 Mai 2015). **Résultats :** Sexe ratio H : F 3,1 : 1. Age moyen : 40,7 ans, 67% avaient des antécédents d'hospitalisation. Les troubles avaient duré plus de 5 ans pour 69,7% des patients. Le diagnostic le plus fréquent était la schizophrénie (64,2%) suivi par les troubles anxieux (11,1%), les troubles bipolaires (3,7%) et les troubles dépressifs (2,9%). Uniquement 10,6% des patients étaient sous monothérapie ; le nombre moyen de médicaments par patient était de 2,8. Les antipsychotiques étaient les médicaments les plus prescrits (88,2%) suivis des anxiolytiques (38,3%) puis des antidépresseurs (26,5%). Un antiparkinsonien de synthèse est retrouvé chez 26,1% des cas et un thymorégulateur chez 16,6%. Les neuroleptiques à action prolongée étaient prescrits chez 19,1% de patients. Les antipsychotiques de première génération étaient prescrits chez 85,6% des patients schizophrènes et les antipsychotiques de seconde génération chez 62,1%. La majorité des patients recevaient une bithérapie antipsychotique (65%). Comparés aux tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine étaient plus prescrits dans les troubles dépressifs (60% vs 40%) et les troubles anxieux (54,4% vs 36,8%). Les thymorégulateurs étaient prescrits dans les troubles bipolaires dans 63,1% des cas et dans la schizophrénie dans 13,7%. Les benzodiazépines étaient associées aux antidépresseurs dans les troubles dépressifs dans 86,7% des cas et dans les troubles anxieux dans 93%. **Conclusions :** On note une tendance vers la prescription des nouveaux médicaments antipsychotiques et antidépresseurs. La polymédication reste élevée. Il y a une utilisation importante de benzodiazépines dans les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

**Mots clés :** Psychotropes ; prescription ; polymédication, ambulatoire

#### ABSTRACT

**Objectives:** To describe, analyse and examine psychotropic drugs prescription in an outpatient department of a psychiatric hospital. **Methods:** A cross sectional study is carried out during a three-month period from 10 february through 10 may 2015 involving 509 patients attending a teaching hospitals in eastern Algeria. **Results:** Men represent 75.6% of patients, the mean age was 40.7 years; 67% had a past history of hospitalization and illness was lasting more than 5 years for 69.7%. Schizophrenia was the most frequent diagnosis (64.2%) followed by anxiety disorders (11.1%), bipolar disorder (3.7%) and depressive disorders (2.9%). Only 10.6 % of patients were undergoing monotherapy. The mean number of drugs prescribed per patient was 2.8. Antipsychotics were the more prescribed drugs (88.2%) followed by anti-anxiety (38.3%) then antidepressant drugs (26.5%). Prescription of Antiparkinsonian agent was found in 26.1% of patients. Schizophrenic patients were prescribed first generation antipsychotics in 85.6% cases and second generation antipsychotics in 62.1 %. Selective serotonin reuptake inhibitors were more prescribed than tricyclics in depressive disorders (60 % vs 40 %) and in anxiety disorders (54.4 % vs 36.8%). Benzodiazepines were combined to antidepressants in depressive and anxiety disorders respectively in 86.7 and 93% cases. Mood stabilizers were prescribed in bipolar disorder up to 63.1% and in schizophrenia up to 13.7% patients. **Conclusions:** There is a trend toward prescribing newer antipsychotics and antidepressant drugs. Polymedication rate was high. Benzodiazepines were frequently used in anxiety and depressive disorders.

**Keywords:** psychotropic drug, prescribing practice, polypharmacy, outpatient

#### طبيعة وصف المؤثرات العقلية لعينة من المرضى الخارجيين في المصحة النفسية المعذر باتنة : استقصاء مقطعي لمدة ثلاثة أشهر.

##### المخلص :

**الهدف:** دراسة وتحليل وصف الادوية المهدنة لعينة من المرضى الخارجيين في مصحة نفسية بالمعذر باتنة. **المنهجية:** استقصاء مقطعي لـ 509 مرضى خارجيين ارتادوا مصلحة المعائنات الخارجية لمستشفى الامراض العقلية بالمعذر بباتنة (الجزائر) بين 10 فبراير و 10 مايو 2015. **النتائج:** مثل الرجال 75.6 % من مجموع المرضى، متوسط السن كان 40.7 سنة. 67. % من العينة تم استشفائهم من قبل. التشخيصات الاكثر انتشارا هي الفصام (64.2%)، اضطرابات القلق (11.1%)، الاضطراب الثنائي القطبي (3.7%) و الاكتئاب (2.9%). استقدا 10.6% من وصف دواء واحد وكان معدل عدد الادوية لكل وصفة 2.8. كانت المضادات للذهان الاكثر وصفا (88.2%) متبوعة بمضادات القلق (38.3%) ثم المضادات للاكتئاب (26.5%). وتم وصف المضادات داء الباركنسون لـ 26.1% من مجموع المرضى. تناول المرضى الفصاميون 85.6% مضادات الالتهاب التقليدية و 62.1% مضادات الالتهاب الغير نمطية. كانت المضادات للاكتئاب من نوع المثبطات لاسترجاع السيروتونين اكثر وصفا من الثلاثية الحلقات لدى مرضى الاكتئاب (60% مقابل 40%) و لدى مرضى اضطراب القلق (54.4% مقابل 36.8%). تناول 86.7% من مرضى الاكتئاب و 93% من الذين لديهم اضطراب قلق بنزوديازيبينات. **الخلاصة:** هناك اتجاه لوصف الادوية الحديثة المضادة للذهان و المضادة للاكتئاب. يبقى وصف اكثر من دواء ممارسة شائعة عند الأطباء ، كما أن استعمال البنزوديازيبينات سلوك متكرر في اضطرابات القلق و الاكتئاب. **الكلمات المفتاحية :** المؤثرات العقلية ، طبيعة وصف الادوية، تعدد المعالجة، معاينة خارجية.

#### Pour citer l'article :

Benmebarek Z, Benaldjia H. La prescription ambulatoire des psychotropes à l'hôpital psychiatrique El Madher Batna : étude transversale sur trois mois. *Batna J Med Sci* 2016;3(1):2-8. <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2016.3102>

## INTRODUCTION

L'introduction des psychotropes dans les années 50 du siècle dernier a révolutionné l'approche thérapeutique des troubles psychiatriques. Ces médicaments sont devenus, avec le temps, la pierre angulaire de la prise en charge multimodale des pathologies mentales et leur prescription une pratique courante à travers les différents pays et systèmes de soins [1]. La prescription des psychotropes a fait l'objet de nombreuses recherches et publications et des guidelines sont régulièrement publiés ou mis à jour afin de fournir aux praticiens des recommandations basées sur des preuves scientifiques afin de promouvoir l'utilisation rationnelle de ces médicaments [2]. Il existe cependant une grande variation dans les modalités de prescription à travers le monde [3,4]. Cette variation peut naître d'une différence entre les recommandations [5] ou d'une différence entre les variables socioéconomiques, culturelles et psychologiques qui façonnent l'attitude thérapeutique et guident les choix des médecins et/ou des patients [6].

Jusqu'à présent, peu d'études ont été publiées sur la prescription des psychotropes en Algérie et les rares données qui existent sont tirées d'études traitant d'autres sujets. Avec l'introduction des antipsychotiques de seconde génération (ASG), des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et de la noradrénaline (ISRNA) et leurs remboursement par la sécurité sociale, un changement dans les habitudes de prescription est en train de s'opérer au dépend des molécules anciennes. L'absence de recommandations nationales en matière de prescription a donné une grande latitude aux psychiatres dans le choix des médicaments et leurs indications suivant plus leur formation et leur expérience personnelle que des algorithmes décisionnels bien définis.

L'objectif de cette étude était de décrire et d'analyser les modalités de prescription chez les patients suivis en ambulatoires et d'évaluer le choix des molécules dans le traitement des différents troubles.

## MATERIELS ET METHODES

C'est une étude descriptive transversale sur la prescription des psychotropes chez 509 patients suivis à la consultation externe de l'EHS (Etablissement hospitalier spécialisé) psychiatrique d'El Madher, parmi 2554 patients ayant consulté durant trois mois (du 10 février 2015 au 10 Mai 2015).

La disponibilité des médecins, le degré d'affluence des malades et la charge du travail ont conditionné la sélection des patients et rendu impossible le recrutement de tous les patients qui ont consulté ; tous les médecins résidents assurant quotidiennement la consultation externe ont participé au recueil des données.

A chaque consultation le médecin remplissait un questionnaire où étaient inscrites les données sociodémographiques, les antécédents, la durée de la maladie, le diagnostic et le traitement. Les diagnostics ont été codés suivant la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10). Les patients hospitalisés étaient exclus de l'étude et le dossier du malade était consulté pour pallier aux données manquantes.

### Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur Excel Starter 2010 puis exportés sous un format analytique vers Epi Info 7.1.5.2. Les variables catégorielles ont été décrites en terme pourcentage

et les variables continues en termes de moyenne, déviation standard, médiane et étendue.

Les variables qualitatives ont été comparées par le test de Khi 2 (Pearson ou correction de Yates) avec un risque d'erreur  $\alpha$  fixé à 0,05.

## RESULTATS

### Caractéristiques générales des patients

Les résultats sont résumés au tableau 1. La plupart des patients étaient des hommes avec un sex-ratio H : F (3,1 : 1) ; l'âge moyen était 40,7 ans (DS = 13 ; étendue 18-80 ; 95 % IC : 39,5 – 41,8 ; médiane = 38). Deux cents quatre-vingt-douze patients (57,4%) étaient célibataires et 67% avaient des antécédents d'hospitalisation. L'évolution de la maladie était de plus de cinq pour les deux tiers (69,7%) des patients (moyenne = 12,6 ; DS = 10,8, étendue = 1- 43 ans).

**Tableau 1:** Caractéristiques sociodémographiques, diagnostiques et durée des troubles.

<b>Sexe</b>	<b>n= 509</b>
Masculin	385 (75,6 %)
Féminin	124 (24,4 %)
<b>Age (années)</b>	<b>n= 509</b>
< 20	8 (1,6 %)
20-40	272 (53,4 %)
41-60	181 (35,6%)
>60	48 (9,4%)
<b>Statut marital</b>	<b>n= 509</b>
Célibataire	292 (57,4%)
Marié	159 (31,2%)
Divorcé	32 (6,3%)
Veuf	7 (1,4%)
Non mentionné	19 (3,7 %)
<b>Antécédents d'hospitalisation</b>	<b>n= 509</b>
Oui	341 (67%)
Non	168 (33%)
<b>Diagnostic</b>	<b>n= 509</b>
Schizophrénie	327 (64,2%)
Troubles anxieux	57 (11,1%).
Troubles bipolaires	19 (3,7%)
Troubles dépressifs	15 (2,9%)
Epilepsie	13 (2,5%)
Troubles addictifs	12 (2,4 %)
Troubles psychotiques aigus	10 (1,9 %)
Troubles schizo-affectifs	10 (1,9 %)
Démence	3 (0,5 %)
<b>Durée de maladie (années)</b>	<b>n= 509</b>
<1	35 (6,9%)
[1-5[	98 (19,3 %)
[5-10[	117(23%)
≥10	237(46,6 %)
Non mentionnée	22 (4,3%)

### Diagnostic psychiatrique

Le diagnostic le plus fréquemment retrouvé est la schizophrénie (64,2%) suivi par les troubles anxieux (11,1%). Les troubles thymiques représentent 6,6 % (trouble bipolaire 3,7% et troubles dépressifs 2,9%), et les troubles schizo affectifs 1,9%. Les troubles liés aux substances sont rares et les démences exceptionnelles. Six patients uniquement ont eu un double diagnostic.

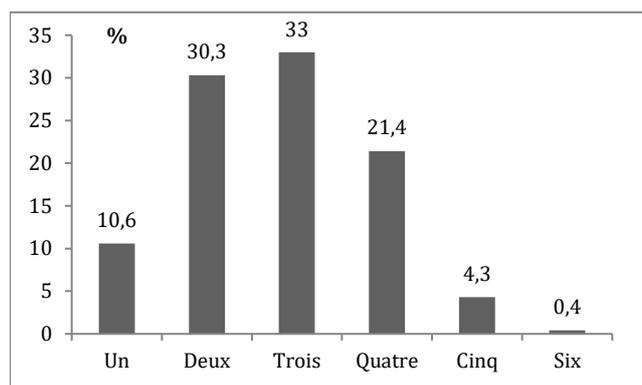
Contrairement aux troubles dépressifs qui étaient plus fréquents chez les femmes, on note une prédominance masculine pour le reste des troubles ( $X^2= 18,86$ , ddl = 4,  $p=0,001$ ).

Les patients schizophrènes et bipolaires étaient plus fréquemment hospitalisés que les patients anxieux ou dépressifs ( $Khi2 = 142.3$  ;  $ddl = 3$  ;  $p < 0.05$ ).

### Nombre de médicaments prescrits

Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient est 2,8 (DS= 1,05 ; IC 95% : 2,7- 2,9 ; médiane = 3 ; min=1, max= 6). La polymédication n'est pas liée au diagnostic, au sexe ou aux antécédents d'hospitalisation (figure 1).

Figure 1 : Nombre de médicaments prescrits



### Caractéristiques générales de la prescription des psychotropes

Les antipsychotiques étaient les médicaments les plus prescrits (88,2%) essentiellement les antipsychotiques de première génération (APG) (76,4 %) suivis par les ASG (49,5%). En tête des APG on retrouve le lévomépromazine (N= 267) suivi par l'halopéridol (N=121) et pour les ASG la risperidone (N=121) puis l'olanzapine (N=91). Les benzodiazépines étaient prescrites chez 37,9% et les antidépresseurs chez 26,5% des patients. Seize pour cents prenaient des thymorégulateurs et un quart un antiparkinsonien de synthèse (APS).

Les neuroleptiques à action prolongée (NAP) étaient prescrits chez 97 patients (19,1%), ils étaient plus prescrits chez les hommes que chez les femmes (22,3 % vs 8,9% ;  $khi 2 = 11.02$ ,  $ddl = 1$ ,  $p = 0.001$ ) et chez ceux qui avaient des antécédents d'hospitalisation (24,8 % vs 7,2 % ;  $khi2 = 22.7$  ;  $p < 10^{-4}$ ). Les NAP étaient associés à un antipsychotique oral dans 27,8 % des cas (N=27) et avec deux antipsychotiques dans 54,6% (N=53). Quatre-vingt pour cents des NAP sont prescrits pour des schizophrènes et 4% pour des patients bipolaires. Le décanoate de fluphénazine était le médicament le plus utilisé (89,6% ; N= 87). Les APS étaient associés à des antipsychotiques dans 26,1 %, particulièrement avec un APG (N=129) ou un ASG (N= 40).

Le clorzépatate dipotassique était le médicament benzodiazépinique le plus prescrit (N=133) suivi par le prazepam (N=30), puis le bromazepam (N=27) et le lorazepam (N=3). Les antidépresseurs tricycliques restaient majoritaires avec de l'amitryptiline (N=42) puis du clomipramine (N=24). Pour les ISRS c'était la paroxétine (N= 27) qui était choisie comme première molécule suivie par la sertraline (N= 12). La carbamazépine était le thymorégulateur le plus prescrit (88%) suivi par l'acide valproïque (12%).

Les patients sous monothérapie prenaient essentiellement

un antipsychotique de première génération (N=24), un neuroleptique à action prolongée (N=13) ou un antidépresseur (N=6).

Les associations médicamenteuses concernent surtout les antipsychotiques (AP) où on retrouve un APG incisif associé à un APG sédatif ou un ASG associé à un APG sédatif ou encore un NAP avec d'autres AP. En cas d'associations entre antidépresseurs c'est surtout entre un ISRS et un tricyclique (TCA). Aucune association n'était retrouvée entre des ISRS, des benzodiazépines ou des ASG (tableau 2).

Les médicaments étaient rédigés en nom générique dans 95,5% des cas; la dénomination commune internationale n'est utilisée que dans 0,4 % des ordonnances.

Tableau 2 : Caractéristiques générales de la prescription des psychotropes

1-Antipsychotiques	452 (88.2%)
a-Antipsychotiques de première génération	389 (76.4%)
b-Antipsychotiques de deuxième génération	252 (49.5 %)
2-Antidépresseurs	135 (26.5 %)
a-Tricycliques	74 (14.5%)
b-Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	59 (11.6%)
c- Autres	11 (2.2%)
3-Anxiolytiques	195 (38.3%)
a-Benzodiazépines	193 (37.9%)
b-Autres	2
4-Thymorégulateurs	85 (16.6%)
5-Antiparkinsoniens de synthèse	133 (26.1%)

### Prescription des psychotropes selon les diagnostics

Tableau 3 : Prescription des psychotropes selon les diagnostics

	Schizophrénie N= 327 N(%)	Troubles anxieux N= 57 N(%)	Troubles bipolaires N= 19 N(%)	Troubles dépressifs N=15 N(%)
<b>1-Antipsychotiques (total)</b>	327 (100 %)	18 (31,6%)	16 (84,2%)	10 (66,7%)
APG	280 (85.6%)	15 (26,3%)	08 (42,1%)	08 (53,3%)
ASG	203 (62.1%)	04 (7%)	05 (26,3%)	03 (20%)
<b>2-Antidépresseurs</b>	47 (14.4%)	52 (91,2%)	05 (26,3%)	14 (93,3%)
TCA	35 (10.7)	22 (38,6%)	01 (5,3%)	06 (40%)
ISRS	12 (3.6 %)	31 (54,4%)	04 (21%)	09 (60%)
Quadricyclique	00	00	00	01 (6,7%)
<b>3-Anxiolytiques</b>	93 (28,4%)	53 (93%)	08 (42,1%)	13 (86,7%)
Benzodiazépines	91 (27.8%)	53 (93%)	08 (42,1%)	13 (86,7%)
<b>4-Thymorégulateurs</b>	45 (13,7%)	03 (5,3%)	12 (63,1%)	00
<b>5-APS</b>	107 (32.7%)	00	03 (15,8%)	01 (6,7%)

#### Prescription des psychotropes dans la schizophrénie (N=327)

Tous les patients schizophrènes avaient reçu au moins un antipsychotique. La molécule la plus prescrite était le lévomépromazine (62,6%) suivie par la risperidone (31,4%) puis l'halopéridol (25,9%) et l'olanzapine (22%)

La monothérapie était prescrite chez 10,3% (N=34) essentiellement un ASG (6,1%, N=20) ou un NAP (3,3% ; N=11). La bithérapie est retrouvée chez 65% de patients et 14,1% recevaient 3 antipsychotiques. La combinaison d'antipsychotiques la plus prescrite était risperidone-lévomépromazine (17,4% ; N=57) suivie par halopéridol-

lévomépromazine (17,1%- N=56). La prescription d'un APS est retrouvée chez 32,7%.

Les benzodiazépines étaient prescrites chez 27,8% (N= 91). Les thymorégulateurs étaient utilisés comme traitement d'adjonction chez 13,7 %. La prescription des benzodiazépines et des thymorégulateurs n'est pas liée à l'âge, au sexe ou aux antécédents d'hospitalisation.

#### *Prescription de psychotropes dans les troubles bipolaires (N=19)*

La majorité des patients bipolaires recevaient une association entre un antipsychotique et un thymorégulateur. La plupart des patients avaient plus de trois médicaments (N= 14). Un seul patient était sous monothérapie. Les benzodiazépines (42,1%) et les antidépresseurs (26,3%) étaient largement prescrits.

#### *Prescription des psychotropes dans les troubles dépressifs (N=15)*

Les ISRS restent les médicaments les plus prescrits (N= 9; 60%) puis les TCA (N=6; 40%). Une benzodiazépine était associée aux ISRS chez 13 patients (86.7%).

#### *Prescription des psychotropes dans les troubles anxieux (N=57)*

Les antidépresseurs étaient prescrits chez 52 patients (91,2%); on y retrouve les ISRS (54,4%) suivis des TCA (38,6%). L'utilisation des benzodiazépines reste prépondérante (93%). La prescription d'antipsychotiques à visée sédatrice (essentiellement la chlorpromazine) se retrouvait chez 31,6% des patients. On retrouve même une prescription de thymorégulateurs bien qu'elle reste une éventualité rare (N=3 ; 5,3%).

## DISCUSSION

L'étude des modalités de prescription des psychotropes est la première étape pour évaluer la pratique de prescription et sa conformité ou non avec les recommandations de bonne pratique. L'absence de guideline national ne devrait pas, *a priori*, entraîner une grande variation dans les prescriptions tant les données scientifiques se rapprochent plus ou moins d'un standard international en matière d'utilisation des psychotropes. Par contre, la disponibilité des médicaments et leur accessibilité peuvent générer des différences notables dans les prescriptions.

Le sex-ratio retrouvé dans l'étude en faveur des hommes est une donnée constante de l'épidémiologie psychiatrique du secteur public (hospitalier ou ambulatoire) en Algérie. Les proportions n'ont pas changé depuis les années 80 et tournent autour de deux hommes pour une femme en moyenne [7,8].

Certains expliquent cette différence par le rôle propre des femmes dans la société traditionnelle où elles sont moins impliquées dans la vie publique que les hommes et les familles hésitent longuement avant d'amener une femme en consultation ou pour hospitalisation [9]. Un autre argument peut être mis en avant concerne l'importance des troubles du comportement et le caractère bruyant de la pathologie psychiatrique chez l'homme plus que chez les femmes ce qui force l'entourage des patients à recourir aux soins psychiatriques plus fréquemment pour juguler ces phénomènes comportementaux.

La schizophrénie et les troubles psychotiques restent les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées bien devant les troubles thymiques ou anxieux; ceci a été retrouvé dans des études locales [7,8] mais contraste avec d'autres études internationales où c'est plutôt les troubles de l'humeur qui prédominent [2, 6, 10, 11] ou que les taux des troubles psychotiques et des troubles thymiques se rapprochent l'un de l'autre [4, 12].

La polymédication définie comme l'utilisation de plus d'un psychotrope de la même classe ou de classes différentes [13] est très fréquente dans notre étude s'élevant à 89,4 %. Ce taux est plus élevé que ce que d'autres études ont retrouvé (41,9% à 65,3 %) [6, 11, 13], alors que Rittmannsberger a relevé des taux de polymédication s'élevant à 92% en Autriche [3]. Le nombre moyen de médicament par patient (2,8) se rapproche beaucoup d'autres travaux qui rapportent des moyennes variait de 1,6 à 3,3 [3, 10, 11, 13].

La répartition des diagnostics explique le profil général des prescriptions. Les antipsychotiques sont les médicaments les plus prescrits essentiellement des APG. Les antipsychotiques sont des médicaments indiqués essentiellement dans les troubles psychotiques et les troubles bipolaires [14, 15, 16] mais peuvent être prescrits pour d'autres symptômes tels que l'anxiété, l'insomnie et le comportement agressif [17,18]. Les anxiolytiques surtout les benzodiazépines étaient prescrites dans des proportions inférieures à celles retrouvées en Inde [2] ou en Europe de l'Est [4,19]. Les médecins préfèrent les benzodiazépines à demi vie longue ce qui est une bonne pratique vu le potentiel de dépendance élevé pour les médicaments à demi vie courte. Les antidépresseurs sont indiqués dans les troubles dépressifs ou les troubles anxieux mais peuvent être utilisés à faibles doses à visée sédatrice (amitryptiline, miansérine). Bien que cette pratique ne soit pas recommandée, elle constitue une habitude très ancrée parmi les psychiatres. Les antidépresseurs tricycliques sont les plus prescrits en général, suivis par les ISRS. L'analyse de la prescription des thymorégulateurs met en évidence une prescription transnosographique allant des troubles bipolaires à la schizophrénie et des troubles liés aux substances aux comportements agressifs. La prescription des NAP concernait surtout les troubles psychotiques (90%). La prescription des médicaments en dénomination commune internationale était l'exception (0,4%) et traduit l'influence grandissante des compagnies pharmaceutiques dans l'orientation des prescriptions en direction des noms génériques.

L'analyse des prescriptions selon les diagnostics fait ressortir l'utilisation prépondérante des APG dans la schizophrénie. Ceci était retrouvé dans d'autres études [4,17]. Mais il est utile de noter que le médicament le plus prescrit était le lévomépromazine qui est utilisé à visée sédatrice et à des doses faibles. Mais pour les médicaments utilisés à visée antipsychotiques il est intéressant de noter que la proportion des ASG (risperidone) dépasse celle de la molécule de référence des APG (halopéridol); ceci constitue une évolution positive dans la pratique de prescription facilitée par la disponibilité du médicament et sa délivrance gratuite et/ou son remboursement par la sécurité sociale. Les ASG ont une meilleure tolérance et moins d'effets secondaires que les APG et restent largement prescrits en première intention en occident. Il est utile de noter que certaines guidelines ne les recommandent plus en première ligne car il n'a pas été démontré qu'ils étaient plus efficaces que les APG [20]. L'association des antipsychotiques reste élevée (79,1%) et concerne des APG à polarité différente (incisif ou sédatif) ou une association un ASG et un APG à polarité sédatrice. Cette association se fait souvent systématiquement pour essayer

d'obtenir un effet rapide et n'est pas réévaluée régulièrement.

L'association des antipsychotiques, bien que non recommandée, reste une pratique fréquente dans tous les pays avec des taux allant de 12 à 47,5% [5, 12, 19-23]. Si certains pensent qu'associer les antipsychotiques permet d'optimiser leurs effets [24], la plupart des guidelines et avis d'experts recommandent d'éviter systématiquement toute association ; celle-ci doit être justifiée et surtout réévaluée périodiquement [20, 25, 26].

Les benzodiazépines sont prescrites chez les patients schizophrènes (27,8%) comme traitement d'appoint de l'anxiété, de l'insomnie ou de l'akathisie. Il y a une grande variabilité dans la prescription des benzodiazépines avec des taux allant de 5% à 75% [4, 12].

Le taux de patients recevant des NAP est concordant avec les données des pays occidentaux où un tiers à un quart des patients schizophrènes sont traités par NAP [27, 28]. Cependant, l'utilisation des NAP en monothérapie reste rare et dans plus d'un tiers des cas ils étaient co-prescrits avec un ASG ce qui faisait perdre à ces derniers leurs avantages.

Les correcteurs APS étaient prescrits chez 32,7% des patients, ce qui est dans les limites de ce qui est publié sur le sujet ailleurs avec des taux allant de 9,2 à 57,3% [21, 29-31].

Les APS étaient associées aux ASG dans 18,8% des cas; l'utilisation prophylactique des APS au cours d'un traitement par antipsychotiques est controversée. Bien que l'efficacité de ces traitements dans les effets secondaires neurologiques soit établie, le moment de leur prescription et la durée du traitement sont sujets à débat [32].

L'utilisation des thymorégulateurs dans la schizophrénie comme traitement adjuvant dans les états d'excitation reste assez fréquente bien que les données scientifiques justifiant cette attitude surtout au long cours viennent à manquer. Dans la revue de littérature Cochrane il est bien attesté qu'il n'est pas recommandé d'utiliser la carbamazépine comme traitement ou comme stratégie d'augmentation du traitement antipsychotique dans la schizophrénie [33].

Dans les troubles bipolaires les thymorégulateurs étaient toujours associées à des antipsychotiques probablement à cause de la sévérité des tableaux cliniques présentés. L'association est recommandée en cas d'échec d'une monothérapie [16]. L'analyse de la prescription des thymorégulateurs soulève la pertinence de la prescription de la carbamazépine ou de l'acide valproïque en première intention. Une étude comparant les deux molécules a révélé que l'acide valproïque est plus toléré que la carbamazépine en phase aiguë pour le traitement de la manie alors que la carbamazépine est plus adaptée pour l'utilisation au long cours [34].

Une autre revue de la littérature a mis en avant le problème de la tolérance, de l'index thérapeutique étroit et du grand nombre d'interactions médicamenteuses de la carbamazépine. A cet effet l'acide valproïque présente un meilleur profil de sécurité et de tolérance si l'on exclut la femme en âge de procréer [15].

La prescription des ISRS était plus importante chez les déprimés comparés aux TCA ce qui est en accord avec la plupart des recommandations [35] bien que certains guidelines ne les recommandent pas comme un traitement de première ligne [36]. Le bénéfice des ISRS sur les TCA est en relation avec des effets secondaires moindres, une meilleure tolérance et une simplicité de la prise. L'association

antidépresseur- anxiolytique vise une anxiolyse rapide mais il n'y a pas de preuves établies qu'une telle association puisse être plus bénéfique que la prescription d'un antidépresseur seul [37].

Les APG sont aussi prescrits dans les troubles dépressifs à visée sédatrice, cette pratique encore fréquente fait partie des habitudes anciennes qui s'avèrent difficiles à changer. Cette classe médicamenteuse n'est recommandée qu'en cas de symptômes psychotiques associés aux troubles thymiques ou en cas de résistance au traitement et dans ce cas il est préconisé d'utiliser un ASG [38].

L'utilisation des benzodiazépines dans les troubles anxieux a toujours été sujette à controverse. Depuis les années 1990 la plupart des guidelines recommandent l'utilisation des ISRS et des ISRNA comme traitement de choix dans les troubles anxieux, les benzodiazépines étant considérées comme un traitement d'appoint pour une durée limitée [39]. On note aussi la prescription APG et d'antidépresseurs sédatifs à faible doses à visée anxiolytique. Cette pratique est retrouvée en Turquie [17] bien que non étayée par des données scientifiques solides. Elle devrait être restreinte vu l'absence de preuves d'efficacité de ces agents dans ces troubles (en dehors des TOC résistants) [40].

## CONCLUSION

L'analyse des données de l'étude montre des résultats mitigés. D'une part un changement dans les habitudes de prescription est en train de s'opérer avec une tendance à prescrire les nouvelles molécules (ASG, ISRS), à efficacité au moins égale aux anciennes molécules et ayant une meilleure tolérance et des effets secondaires moindres. Ceci pourrait encourager l'observance et la compliance thérapeutique. D'autre part certaines habitudes semblent résistantes au changement malgré l'absence de preuves scientifiques les justifiant tel l'association quasi systématique d'antipsychotiques, l'administration quasi systématique de benzodiazépines dans les troubles dépressifs et anxieux, la prescription de thymorégulateurs dans les schizophrénies en absence de troubles thymiques, l'utilisation des antidépresseurs et des neuroleptiques à visée sédatrice chez les anxieux et les déprimés, la préférence de la carbamazépine au dépend de l'acide valproïque... Il est difficile de pallier à ces insuffisances sans l'élaboration de recommandations nationales qui seront basées à la fois sur les données scientifiques mais aussi sur les moyens socio-économiques et les particularités de l'exercice médical dans le pays. Ceci est à même de rationaliser l'utilisation des médicaments et permettrait une meilleure gestion de leur coût et une optimisation de la qualité des prescriptions.

**Remerciements :** Nous remercions les résidents de l'EHS psychiatrique d'El Madher pour leur aide dans le recueil des données.

**Déclaration d'intérêts :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

## REFERENCES

- Bertolote J M, De Girolamo G. Essential Drugs in Psychiatry. World Health Organization, Division of Mental Health, 1993. Disponible sur [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62126/1/WHO\\_MNH\\_MN\\_D\\_93.27.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62126/1/WHO_MNH_MN_D_93.27.pdf). Consulté le 10/08/2015.
- Piparva K G, Parmar D M, Singh A P, Gajera M V, Trivedi H R. Drug Utilization Study of Psychotropic Drugs in Outdoor Patients in a Teaching Hospital. *Indian J Pharmacol*. 2013; 45(3): 270–273.
- Rittmannsberger H, Meise U, Schauflinger K, Horvath E, Donat H, Hinterhuber H. Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 1999; 17: 1–8.
- Jordanova V, Maric N P, Alikaj V et al. Prescribing practices in psychiatric hospitals in Eastern Europe. *European Psychiatry* 2011; 26: 414–418.
- Park S-C, Lee M-S, Kang S-G, Lee S-H. Patterns of Antipsychotic Prescription to Patients with Schizophrenia in Korea: Results from the Health Insurance Review & Assessment Service-National Patient Sample. *J Korean Med Sci* 2014; 29: 719-728.
- Moore S, Montane Jaime L K, Maharajh H, Ramtahal I, Reid S, Ramsewak S F, Maharaj M. The prescribing of psychotropic drugs in mental health services in Trinidad. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3): 207-214.
- Bensmail B et al. Profil épidémiologique des urgences psychiatriques à Constantine. *Journal Algérien de Médecine (JAM)* 1993; III (1) : 40-44.
- Boudef M, Labidi S. Etude épidémiologique des urgences psychiatriques dans la région d'Annaba. *Journal Algérien de Médecine (JAM)* 1998; VIII (5) : 242-248.
- Robert Ph, Merdji Y, Touari M, Bensmail B, Souetre E, Darcourt G. Evolution des psychoses en France et en Algérie. *Actualités psychiatriques* 1990; 3 : 6-10.
- Thakkar K B, Jain M J, Billa G, Joshi J, Khobragade A. A Drug Utilization Study of Psychotropic Drugs Prescribed in the Psychiatry Outpatient Department of a Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(12): 2759-2764.
- De las Cuevas C, Sanz E J. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC psychiatry* 2004; 4: 18.
- Davids E, Bunk C, Specka M, Gastpar M. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital in Germany. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30 (6):1109-16.
- Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in Office-Based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(1): 26-36.
- Hasan A, falkai P, Wobrock T et al. WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2013; 14: 2–44.
- Grunze H, Vieta E, Guy M et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2013; 14: 154–219.
- 16-American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Second Edition 2002 ; 1-82. Disponible sur [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site\\_wide/practice\\_guidelines/guidelines/bipolar.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site_wide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf). Consulté le 25/09/2015.
- Atik L, Erdogan A, Karaahmet E, et al.. Antipsychotic prescriptions in a university hospital outpatient population in Turkey: A retrospective database analysis, 2005–2006. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008; 32: 968–974.
- Paton C, Lelliott P, Harrington M, Okocha C, Sensky T, Duffett R. Patterns of antipsychotic and anticholinergic prescribing for hospital inpatients. *Journal of Psychopharmacology* 2003; 17(2): 223–229.
- Voirol P, Robert P.-A, Meister P, Oros L, P. Baumann P. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital. *Pharmacopsychiat* 1999; 32: 29-37.
- NICE. National institute for health and clinical excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management 2014. Disponible sur <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>. Consulté le 10/10/2015.
- Magliano L, Fiorillo A, Guarneri M, Marasco C, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Prescription of psychotropic drugs to patients with schizophrenia: an Italian national survey. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 60: 513–522.
- Shubhra T, Shameem M, Kerwin D M R. A prescription survey of the use of atypical antipsychotics for hospital inpatients in the United Kingdom. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2000; 4(1): 41-6.
- Tapp A, Wood AE, Secrest L, et al. Combination antipsychotic therapy in clinical practice. *Psychiatr Serv* 2003; 54(1): 55-9.
- Freudenreich O, Goff D C. Antipsychotic combination therapy in schizophrenia. A review of efficacy and risks of current combinations. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106; 323–330.
- APA. (American Psychiatric Association.). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition 2004. Disponible sur [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site\\_wide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site_wide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf). Consulté le 10/10/2015.
- Centorrino F, Goren J L, Pharm.D, Hennen J et al. Multiple Versus Single Antipsychotic Agents for Hospitalized Psychiatric Patients: Case-Control Study of Risks Versus Benefits. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 700–706.
- Barnes TR, Shingleton-Smith A, Paton C. Antipsychotic long acting injections: prescribing practice in the UK. *Br J Psychiatry Suppl* 2009; 52 : S37-42.
- Samalina L, Abbarb M, Courtet P, Guillaume S, S. Lancrenon S, Llorca P.-M Recommendations Formalisées d'Experts de l'AFPBN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. *L'Encéphale* 2014; 39 : 189-203.
- Broekema W J, de Groot I W, Harten P N. Simultaneous prescribing of atypical antipsychotics, conventional antipsychotics and anticholinergics—a European study. *Pharm World Sci*. 2007; 29(3): 126–130.
- Xiang Y.-T et al. Use of Anticholinergic Drugs in Patients with Schizophrenia in Asia from 2001 to 2009. *Pharmacopsychiatry* 2011; 44: 114– 11
- Al Khaja K A J, Al-Haddad M K, Sequeira R P, Al-Offi A R. Antipsychotic and Anticholinergic Drug Prescribing Pattern in Psychiatry: Extent of Evidence-Based Practice in Bahrain. *Pharmacology & Pharmacy* 2012; 3: 409-416.
- Lavin MR, Rifkin A. Prophylactic antiparkinson drug use: I. Initial prophylaxis and prevention of extrapyramidal side effects. *J Clin Pharmacol* 1991; 31(8): 763-8.
- Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath J. Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD001258.
- Nasrallah H A, Ketter T A, Kalali A H. Carbamazepine and valproate for the treatment of bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders* 2006; 95: 69–78.
- Nice. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults 2009 Disponible sur <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>. Consulté le 10/10/2015.
- APA Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third edition 2010. Disponible sur [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_7.asp](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.asp) x. Consulté le 10/10/2015.

37. Martin P. L'association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui: bilan et prospective. *L'Encéphale* 2006; 32(5) : 753–766.
38. Thase M E. What Role Do Atypical Antipsychotic Drugs Have in Treatment-Resistant Depression? *J Clin Psychiat* 2002; 63(2): 95-103.
39. Bandelow, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2012; 16: 77–84.
40. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014; 28(5): 403-39.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com)  
ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.com](http://www.batnajms.com)

