

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2017

THESE N°: 125

LE MESUSAGE DE LA CYPROHEPTADINE
ET DES CORTICOÏDES AU MAROC

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : 14 Novembre 2017

PAR

Mlle. Nafissa ARRAGHRAGHI

Née le 14 Octobre 1992 à Nador

Pour l'Obtention du Doctorat en Pharmacie

MOTS CLES : Cyproheptadine – Corticoïdes – Obésité – Anorexie –
Mésusage.

JURY

Mr. M. HASSAR

Professeur de Pharmacologie Clinique

Mr. Y. CHERRAH

Professeur de Pharmacologie

Mr. S. DERRAJI

Professeur de Pharmacologie

Mr. M. MEIOUET

Professeur de Droit Pharmaceutique

Mr. A. BELAÏCHE

Analyste des Marchés Pharmaceutiques

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNIAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib

Chirurgie Pédiatrique

Pr. DAFIRI Rachida

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Pr. CHAD Bouziane

Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid

Pr. HACHIM Mohammed*

Pr. KHARBACH Aïcha

Pr. MANSOURI Fatima

Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Pr. AZZOUZI Abderrahim

Pr. BAYAHIA Rabéa

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif

Pr. BENSOUHA Yahia

Pr. BERRAHO Amina

Pr. BEZZAD Rachid

Pr. CHABRAOUI Layachi

Pr. CHERRAH Yahia

Pr. CHOKAIRI Omar

Pr. KHATTAB Mohamed

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed

Pr. BENSOUHA Adil

Pr. BOUJIDA Mohamed Najib

Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza

Pr. CHRAIBI Chafiq

Pr. DEHAYNI Mohamed*

Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Pr. FELLAT Rokaya

Pr. GHAFIR Driss*

Pr. JIDDANE Mohamed

Pr. TAGHY Ahmed

Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine

Radiologie

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**

Pathologie Chirurgicale

Neurologie

Pathologie Chirurgicale

Médecine-Interne

Gynécologie -Obstétrique

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**

Néphrologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Pharmacie galénique

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Biochimie et Chimie

Pharmacologie

Histologie Embryologie

Pédiatrie

Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**

Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Gastro-Entérologie

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Neurochirurgie

Cardiologie

Médecine Interne

Anatomie

Chirurgie Générale

Microbiologie



Radiothérapie

Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badreddine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAoui Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAoui Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPA**

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie



Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 Pr. BEN SLIMANE Lounis
 Pr. BIROUK Nazha
 Pr. ERREIMI Naima
 Pr. FELLAT Nadia
 Pr. HAIMEUR Charki*
 Pr. KADDOURI Nouredine
 Pr. KOUTANI Abdellatif
 Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 Pr. TAOUFIQ Jallal
 Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
 Pr. BENOMAR ALI
 Pr. BOUGTAB Abdesslam
 Pr. ER RIHANI Hassan
 Pr. BENKIRANE Majid*
 Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
 Pr. AIT OUMAR Hassan
 Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
 Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 Pr. EL FTOUH Mustapha
 Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 Pr. ISMAILI Hassane*
 Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 Pr. TACHINANTE Rajae
 Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
 Pr. AJANA Fatima Zohra

Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
 Urologie
 Neurologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
 Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
 Chirurgie Générale
 Oncologie Médicale
 Hématologie
 Cardiologie

Pneumophtisiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
 Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne



Pr. BENAMR Said
 Pr. CHERTI Mohammed
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 Pr. EL HASSANI Amine
 Pr. EL KHADER Khalid
 Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 Pr. MAHASSINI Najat
 Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouda
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser

Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique



Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloïhab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique

Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Noureddine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun

Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique



(mise en disponibilité)

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation

Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima

Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie



Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie

Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr. ZOUBIR Mohamed*
 Pr. TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *

Hématologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie



Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOU MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed

Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique

Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne



Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

****Enseignants Militaires***

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

**Enseignants Militaires*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem

Tahri latifa

Dermatologie

Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE

EL ASRI FOUAD

ERRAMI NOUREDDINE

NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale

Ophtalmologie

O.R.L

O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia

Pr. ALAMI OUHABI Naima

Pr. ALAOUI KATIM

Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma

Pr. ANSAR M'hammed

Pr. BOUHOUCHE Ahmed

Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz

Pr. BOURJOUANE Mohamed

Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia

Pr. DAKKA Taoufiq

Pr. DRAOUI Mustapha

Pr. EL GUESSABI Lahcen

Pr. ETTAIB Abdelkader

Pr. FAOUZI Moulay El Abbes

Pr. HAMZAOUI Laila

Pr. HMAMOUCHE Mohamed

Pr. IBRAHIMI Azeddine

Pr. KHANFRI Jamal Eddine

Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med

Pr. REDHA Ahlam

Pr. TOUATI Driss

Pr. ZAHIDI Ahmed

Pr. ZELLOU Amina

Physiologie

Biochimie – chimie

Pharmacologie

Histologie-Embryologie

Chimie Organique et Pharmacie Chimique

Génétique Humaine

Applications Pharmaceutiques

Microbiologie

Biochimie – chimie

Physiologie

Chimie Analytique

Pharmacognosie

Zootechnie

Pharmacologie

Biophysique

Chimie Organique

Biologie moléculaire

Biologie

Chimie Organique

Chimie

Pharmacognosie

Pharmacologie

Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*



Dédicaces

A mon cher père, et à ma chère famille

Je vous remercie pour vos sacrifices, éducation et pour tous ce que vous avez fait pour me rendre unique. Merci papa, merci ma tante, merci à Zoubir et à Hafssa.

A mes chères amies

A ma meilleure amie Sanae, et à mes chères amies Fadma, Zineb et Kenza, et Asmae. Chaleureux remerciements.

Aux assistants en pharmacie

A Yassine et Jamila, à Loubna et Mhemed, à Youssef et Ghita, je vous remercie pour votre hospitalisation, votre confiance, et pour tout ce que vous m'avez appris de votre expérience.

A Docteur Abderrahim Derraji

Nous vous remercions pour votre aide au choix du sujet, et à faire nos investigations, et pour tous vos services. Sincères respects.

A Docteur Zitouni Imounachen

Nous vous remercions pour votre aide au choix du sujet, et à planifier le travail, et pour votre agréable accueil. Notre reconnaissance sera éternelle.

A Docteur Rachid Lamrini

*Nous vous remercions pour votre accueil, et votre collaboration.
Veuillez agréer nos sincères respects.*

A Docteur Karima El Yamani

*Nous vous remercions pour le grand service que vous nous avez
rendu, de nous accepter à mener notre enquête chez vous. Veuillez
agréer, Madame, nos sentiments les plus respectueux.*

A Docteur Hicham Ziani

*Nous vous remercions pour votre offre, et votre service qui nous a
permis de compléter notre enquête dans les meilleures conditions.
Veuillez agréer notre considération la plus distinguée.*

A mes maîtres de stage

*A Dr.Mohamed Benchelal, à Dr.Mohamed Arji, et à professeur
Mustapha El Ouennas. Veuillez agréer nos respects et notre profonde
reconnaissance.*

Remerciements

A notre maître et président du jury Professeur Mohammed Hassar

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse Professeur Cherrah Yahia

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter l'encadrement de notre travail, pour votre disponibilité, et pour vos corrections. Veuillez agréer nos sincères respects.

A Monsieur Abdelmajid Belaiche

Nous vous remercions pour votre collaboration, et votre disponibilité et de nous avoir fait l'honneur de juger notre travail. Veuillez agréer nos sincères respects et notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Professeur Soufiane Derraj

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait d'accepter d'être parmi notre jury. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge Professeur Mohamed Meiouet

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter le jugement de notre travail. Veuillez agréer nos sincères respects.

LISTE DES ABREVIATIONS

CH : Cyproheptadine

CP : Comprimé

DDDs : Defined Daily Doses

GC : Glucocorticoïdes

HCP : Haut Commissariat au Plan

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMS : Institut Marocaine des Statistiques

NPY : Neuropeptide Y

SP : Sirop

VM : Valeurs Manquantes

Listes des figures et des tableaux

La liste des figures

Figure 1 : la répartition des patients en fonction de leur sexe.

Figure2 : La répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction

Figure 3 : La répartition des patients selon leur statut familial

Figure 4 : Les sources de recommandations des médicaments à base de la cyproheptadine

Figure 5 : Les raisons d'utilisations des produits à base de la cyproheptadine

Figure 6 : La répartition des patients selon la forme galénique des médicaments à base de la CH utilisés.

Figure 7 : Le mode d'emploi des médicaments à base de la cyproheptadine

Figure 8 : La répartition des patients selon leur connaissance si les médicaments à base de la cyproheptadine sont des antiallergique

Figure 9 : la satisfaction des utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine des résultats obtenus.

Figure 10 : la répartition des patients selon leur arrêt d'utilisation aux médicaments à base de la cyproheptadine

Figure 11 : La répartition des patients selon l'effet eu après l'arrêt des médicaments à base de la cyproheptadine.

Figure 12 : La répartition des patients selon l'utilisation ou non des alternatives

Figure 13 : La répartition des patients selon leur utilisation ou non des stimulants d'appétit à base du fenugrec.

Figure 14 : La répartition des patients en fonction de leur sexe

Figure 15 : La répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction

Figure 16 : La répartition des patients en fonction de leur statut familial

Figure 17 : les sources de recommandations des corticoïdes pour la prise du poids

Figure 18 : La répartition des patients selon leurs raisons d'utilisation des corticoïdes

Figure 19 : L'accès aux médicaments corticoïdes

Figure 20: La répartition des patients selon la forme galénique des médicaments corticoïdes utilisées

Figure 21 : Les modes d'emploi des corticoïdes pour la prise du poids

Figure 22: La répartition des patients en fonction de leur connaissance sur les effets indésirables des corticoïdes

Figure 23 : la répartition des patients selon leur satisfaction des résultats obtenus après la prise des médicaments corticoïdes pour la prise du poids

Figure 24 : La répartition des patients en fonction de leur arrêt de prise des médicaments corticoïdes.

Figure 25 : La répartition des patients selon leur utilisation ou non des alternatives

Figure 26 : La répartition des réponses de l'équipe officinale

Figure 27 : La répartition des participants en fonction du type de lieu d'exercice

Figure 28 : La description de la délivrance des médicaments à base de la cyproheptadine par conseil.

Figure 29: La description de la délivrance des médicaments à base de la cyproheptadine par demande du patient

Figure 30 : La répartition des participants selon s'ils s'avouent ou non des patients de l'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine

Figure 31 : La description de la délivrance des médicaments corticoïdes par demande du patient.

Figure 32: La répartition des participants selon s'ils s'avouent ou non des patients de l'utilisation des médicaments à base de la CH.

Figure 33 : La description de la délivrance des médicaments corticoïdes par demande du patient.

Figure 34 : La répartition des participants selon les patients s'ils avouaient ou non l'indication d'utilisation des médicaments corticoïdes.

Figure 35 : Evolution de la consommation annuelle des médicaments à base de la CH en Millions de Defined Daily Doses (DDDs), au Maroc, entre 2002 et 2016.

Figure 36 : Evolution de la consommation des médicaments à base de la CH en DDDs/ jour pour 1000 habitants, au Maroc entre 2002-2016

Figure 37 : Evolution des dépenses annuelles des patients liées à l'achat des médicaments à base de la CH, au Maroc, en millions de Dirhams entre 2002 et 2016.

Figure 38 : Evolution de la consommation annuelle des corticoïdes systémiques oraux, en millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016

Figure 39 : Evolution de la consommation des corticoïdes systémiques oraux en DDDs /Jour pour 1000 habitants, au Maroc entre 2002-2016

Figure 40: Evolution de la consommation annuelle de l'ORADEXON (dexaméthasone), en millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016.

Figure 41 : Evolution de la consommation annuelle du DECADRON (Dexaméthasone), en Millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016.

Figure 42 : Evolution de la consommation de l'ORADEXON (dexaméthasone) en DDDs/Jour pour 1000 habitants, au Maroc, entre 2002 et 2016.

Figure 43 : Evolution de la consommation du DECADRON (dexaméthasone) en DDDs/Jour pour 1000 habitants, au Maroc ,entre 2002 et 2016

La liste des tableaux

Tableau 1 : La répartition des patients en fonction de leur âge

Tableau 2 : La corpulence des patients en fonction de l'indice de masse corporelle

Tableau 3 : Les noms des produits à base de la cyproheptadine utilisés par les patients

Tableau 4 : La posologie d'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine

Tableau 5 : La durée d'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine

Tableau 6 : les causes d'arrêt temporaire des médicaments à base de la cyproheptadine

Tableau 7 : Les alternatives utilisées par les patients

Tableau 8: La répartition des patients en fonction de l'âge

Tableau 9 : La répartition des patients en fonction de leur corpulence

Tableau 10 : Les noms des médicaments corticoïdes utilisés par les patients

Tableau 11 : La posologie d'utilisations des médicaments corticoïdes pour la prise du poids.

Tableau 12 : La durée d'utilisation des médicaments corticoïdes pour la prise du poids

Tableau 13 : les alternatives utilisées par les patients

Tableau 14 : Les noms de spécialités des médicaments corticoïdes concernés par le mésusage pour la prise du poids.

Sommaire

Introduction	1
Aspect socioculturel du phénomène	3
Les propriétés pharmacologiques des médicaments	7
I- Les propriétés pharmacologiques de la cyproheptadine	8
1- Définition	8
2- Mécanisme d'action.....	8
3- Propriétés pharmacologiques	8
3.1- Propriétés pharmacodynamiques.....	8
3.2- Propriétés pharmacocinétiques.....	8
4- Indications thérapeutiques.....	9
5- Contre-indications	9
6- Effets indésirables	9
7- Surdosage.....	10
8- Les produits sur le marché marocain	10
II- Les propriétés pharmacologiques des glucocorticoïdes	11
1- Définition	11
2- Mécanisme d'action.....	11
3- propriétés pharmacologiques:	11
3.1- Propriétés pharmacodynamiques	11
3.2- Propriétés pharmacocinétiques	12
4- Indications.....	13
5- Contres- indication	13

6- Effets indésirables	13
Matériels et Méthodes	15
1-Type d'étude :.....	16
2-Lieu d'étude :.....	16
3-Population d'étude :.....	16
3.1-Critères d'inclusion :	16
3.2-Critères d'exclusion :	17
4-Outils de collecte de données :	17
4.1-Questionnaires destinés aux patients:	17
4.2-Questionnaire destiné à l'équipe officinale :	18
Résultats	19
I. Résultats de l'enquête réalisée avec les patients.....	20
A- L'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine.....	20
1- Caractéristiques démographiques des patients	20
1.1-Le sexe.....	20
1.2- L'âge.....	21
1.3-La corpulence	21
1.4-Le niveau d'instruction	22
1.5-Le statut familial.....	23
2- L'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et mode d'emploi.....	23
2.1- la source de recommandation.....	23
2.2-Les raisons d'utilisation du produit	24
2.3-L'accès au médicament.....	24

2.4-Le nom du produit utilisé.....	25
2.5-La forme galénique.....	26
2.6-La posologie.....	27
2.7-La durée	28
2.8-Mode d'emploi	29
3- La satisfaction et la connaissance du médicament.....	30
3.1-la connaissance si c'est un médicament antiallergique.....	30
3.2-La satisfaction du résultat obtenu	30
3.3-L'arrêt du médicament.....	31
3.4-Les causes d'arrêt du médicament.....	31
3.5- L'effet après l'arrêt du médicament	32
3.6-L'utilisation d'alternative.....	33
3.7-Les alternatives utilisées	33
3.8-Les raisons de l'utilisation d'alternatives.....	34
3.9-Les raisons du non utilisation des alternatives	34
3.10-l'utilisation des stimulants de l'appétit à base du fenugrec	35
3.11-Les raisons du non utilisation des stimulants d'appétit à base du fenugrec	35
B-L'utilisation des médicaments corticoïdes.....	36
1- Données démographiques	36
1.1- Le sexe	36
1.2- L'âge.....	36
1.3- La corpulence	37
1.4-Le niveau d'instruction	38

1.5-Le statut familial.....	38
2- L'utilisation des médicaments corticoïdes	39
2.1-La source de recommandation du médicament	39
2.2-La raison d'utilisation des médicaments corticoïdes	39
2.3-L'accès au médicament.....	40
2.4-Le nom du médicament.....	40
2.5-La forme galénique.....	41
2.6-La posologie.....	41
2.7-La durée	42
2.8-Le mode d'emploi	42
3- La satisfaction et la connaissance du médicament.....	43
3.1-La connaissance si un médicament a effets indésirables multiples	43
3.2- La satisfaction	43
3.3-L'arrêt du médicament.....	44
3.4-Les causes d'arrêt du médicament.....	44
3.6-L'utilisation d'alternatives	45
3.7- Les alternatives utilisées	45
3.8-Les raisons de l'utilisation des alternatives.....	46
3.9- Les raisons du non utilisation des alternatives	46
3.10- Les avantages que présentent les corticoïdes	46
3.11- Les effets eus suite à la prise du médicament.....	46

II. Résultats de l'enquête réalisée avec l'équipe officinale	47
1- Informations générales.....	47
1.1- Ville d'exercice.....	47
1.2- Type de lieu d'exercice	48
1.3- Ancienneté d'exercice.....	48
2- L'usage des médicaments à base de la cyproheptadine	48
2.1- La délivrance.....	48
a- La délivrance par ordonnance	48
b- La délivrance par conseil	49
c- La délivrance par demande du patient	50
3- L'usage des médicaments corticoïdes.....	51
3.1- La délivrance.....	51
3.2- Les patients et le mésusage.....	52
3.3- Les noms de spécialités des médicaments corticoïdes concernés.	53
4- L'expérience de l'équipe officinale.....	54
5- Conseils pour les patients.....	54
6- L'attitude.....	54
7- Recommandations	55
III. Résultats de l'IMS.....	56
1-Evolution de la consommation privée des médicaments à base de la cyproheptadine ,au Maroc, entre 2002 et 2016.....	56
2- Evolution de la consommation privée des corticoïdes systémiques par voie orale.....	58
3-Evolution de la consommation privée de 2 spécialités corticoïdes largement utilisés pour augmenter le poids corporel : Oradexon et Decadron	59

Discussion	62
1-Analyse sociodémographique du phénomène	63
1.1-Répartition géographique du phénomène	65
1.2-L'IMC et la perception de l'image corporelle	66
2-L'ampleur du phénomène	68
2.1- La cyproheptadine, une molécule à usage détourné et non contrôlé	68
• Le mésusage de la CH	68
• Automédication élevée	69
• Dépendance psychique	70
2.2- Usage abusif	70
• La vente des produits à base de CH	70
• Le prix adéquat des produits à base de CH	71
• Satisfaction des patients	71
2.3-Les corticoïdes comme des alternatives ou des adjuvants à la cyproheptadine	72
• Analyse de vente des corticoïdes systémiques par voie orale	73
• La vente illégale des corticoïdes : cas de la dexaméthasone	74
2.4-Le double risque de l'utilisation des corticoïdes pour la prise de poids	75
2.5-L'association CH-GC et les troubles du comportement alimentaire	75
3- Les alternatives	76
• Le fenugrec	76
• Recettes hypercaloriques	77
• Dardak	77
• D'autres médicaments utilisés pour la prise de poids	78

• Des suppositoires utilisés pour la prise de poids	78
4-Le problème de l'éducation thérapeutique	79
5-Le problème de la concurrence pharmaceutique	79
6-L'anorexie, un problème de santé sous-estimé.....	79
7-Recommandations.....	81
8-Les limites de l'étude.....	82
Résumés	1
Annexes	5
Références	10

Introduction

L'obésité est un grave problème de santé dans le monde. C'est un facteur de risque pour divers problèmes de santé chronique comme les maladies cardiovasculaires, le diabète [1], l'ostéoarthrite [2] et le cancer [3]. La "World Obesity Federation" estime que l'obésité doit être considérée comme une maladie chronique [4].

Le Maroc n'a pas échappé à ce fléau mondial. Selon l'enquête nationale sur l'anthropométrie réalisée en 2011 par le Haut Commissariat au Plan(HCP), 10.3 millions des marocains adultes dont 63.1% des femmes sont en situation d'obésité ou préobésité. En 10 ans, l'obésité grave et morbide a augmenté de 7.3% par an entre 2001 et 2011 [5]. Le mode de vie sédentaire, les aliments hypercaloriques, et l'urbanisation rapide sont des facteurs qui s'ajoutent à la prédisposition génétique, qui participe à cette transition nutritionnelle au Maroc [6]. Aussi que des croyances socioculturelles dans lesquelles l'obésité et le surpoids sont des traits admirés et par conséquent volontairement recherchés. C'est pour cela que les femmes ont recours à des recettes traditionnelles pour la prise du poids ou à des médicaments de la cyproheptadine et des corticoïdes.

Dans ces dernières décennies, l'utilisation des produits à base de la cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise du poids a augmenté. La cyproheptadine est un antihistaminique H₁ qui traite l'allergie, et qui a l'effet orexigène comme effet indésirable. L'efficacité de cette molécule dans la stimulation de l'appétit dans les cas d'anorexie sévère, a été prouvée [7]. Mais le problème c'est quand des gens en bonne santé, et qui ne souffrent pas de véritable anorexie utilisent ces produits pour avoir des rondeurs. Le même problème qui se pose aux corticoïdes, qui sont des anti-inflammatoires stéroïdiens et qui ont un effet immunosuppresseur. Ce sont des médicaments à effets indésirables graves, et qui ne doivent être utilisés que sous justification et surveillance médicale.

Vu le nombre de patients utilisateurs de ces produits que nous avons remarqué, durant nos périodes de stages à l'officine, vu le nombre de vidéos sur les réseaux sociaux qui conseillent ces produits, vu l'effet néfaste de ces médicaments sur la santé, nous avons décidé de mener cette étude descriptive sous forme d'enquête via des questionnaires destinés aux patients utilisateurs et aux équipes officinales.

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques de l'utilisation des produits à base de la cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise du poids, comprendre les raisons de cette utilisation, et proposer des solutions pour remédier à ce phénomène.

Aspect socioculturel du phénomène

Les concepts de beauté changent d'une population à l'autre, et d'une époque à l'autre. Avant le 20ème siècle, les Européens et les Nord Américains admiraient les femmes les plus fortes, que l'on croyait plus aptes à porter des enfants. Les photographies de femmes de l'époque victorienne prouvent la popularité des silhouettes galbées. La coutume chinoise était de bander les pieds des filles pour les empêcher de grandir [8]. Il y a eu l'apparition des femmes girafes chez les Padang, ethnies brimaniques en Thaïlande, qui mettaient sur le cou des filles une spirale métallique dès l'âge de 5 ans pour allonger leur cou [9]. Chez les Égyptiens c'était les yeux noirs et larges, c'est pour cela qu'ils ont créé le khôl (poudre noire pour les yeux), et chez les Arabes c'était la blancheur et l'obésité.

Les Arabes ont souvent admiré la beauté de la femme obèse. Ils l'ont appelée 'El Khadija', la femme aux gros bras et grosses jambes, 'Albirmada' la femme qui tremble grâce à sa rondeur [10]. Les poètes de la période pré-islamique chantaient la beauté de la femme ronde. La plus fameuse de ces poésies est celle du poète Al-Mutanabbi, dans le poème de 'Alkafour' où il a parlé des critères de la femme idéale, dont l'obésité en était le principal, il a exprimé en même temps son mécontentement de la femme mince qu'il a considérée comme laide. Cheikh Nefzaoui dans son livre érotique 'Le jardin parfumé' a expliqué comment la femme obèse était un plaisir pour l'homme, et que l'obésité était le premier critère à chercher chez la femme ; il a également qualifié la femme mince de méprise [11].

En Mauritanie, les mères devaient préparer les jeunes filles au mariage précoce et pratiquaient le gavage; la fille doit ingérer 20 L de lait par jour, elle doit peser 120 kg pour être prête au mariage. Les mères obligent leurs filles et les forcent, parce qu'une fille mince ne se marie que rarement chez eux, et si la fille est restée mince la maman aura échoué à sa mission [12]. Le gavage se pratiquait même dans certains pays de l'Afrique subsaharienne. En Egypte toujours, il y avait une ressemblance entre le boucher et l'homme, puisque les deux cherchaient la viande même si ce n'est pas pour la même finalité.

Au Maroc, l'obésité était un critère de beauté, de richesse et de bonne santé, surtout dans les régions du sud. De nos jours il y en a qui gardent ces croyances. Les femmes avaient recours à l'engraissement et à des recettes traditionnelles à base de plantes comme : le fenugrec, fruit de l'arganier(zakmouna), la sagine(serghina) [13], et la gomme adragante (lktira). En Inde et en Afrique du sud, la femme mince était également dévalorisée.

L'obésité comme la blancheur représentait chez les Arabes une sorte de caste. Chez eux, les femmes blanches étaient les plus belles, et si une jeune fille pouvait rester enfermée et blanchir, à condition qu'elle soit de race blanche, cela signifiait que sa famille était assez riche pour ne pas l'envoyer aux champs. Les rondeurs représentaient à peu près la même caste. Dans la mémoire très ancienne où la famine était le principal ennemi de l'Homme, le fait d'avoir des réserves pour allaiter ou pour procréer allait dans le sens de la vie [14].

La femme représentait l'humanité. L'Homme depuis toujours a exprimé cette idée. Dans l'art paléolithique, l'homme préhistorique a laissé des figurations dans ce sens. D'après un compte-rendu de l'ouvrage 'L'image de la femme dans l'art préhistorique', on a retrouvé des figurations féminines. Ces figurations mettaient en évidence les caractéristiques féminines. Ces figurations étaient les seules représentantes de l'être humain, les masculines étaient absentes, et à côté il y avait des figurations de l'espèce animale. L'auteur du compte-rendu a conclu que l'homme paléolithique avait eu conscience de la dualité femme-mère ou femme-plaisir, et que l'association femme-animal serait la traduction de leurs ressemblances qui est le renouvellement de l'espèce [15].

La valeur sociale des femmes était traditionnellement liée à leur corps du fait de leur capacité à répondre tant aux besoins physiques qu'aux besoins émotifs des enfants et des hommes (Brown et Jasper) [16]. La femme est sensible à son image corporelle dès son jeune âge, puisque la fille est qualifiée par sa beauté et le garçon par sa force [8], et la notion du poids est très importante dans la beauté de la femme [16].

Ces concepts nous appellent à parler de la notion de l'image corporelle, fondée par le psychanalyste Paul Schilder qui la définit, dans son livre 'L'image du corps' par 'L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.' ; cette image corporelle a des dimensions psychologiques, sociales et biologiques. De même, elle a des dimensions fantasmatiques et la libido a un rôle très important dans cette construction. Bob Price, un auteur, a divisé l'image corporelle en corps réel, corps idéal et apparence. Le corps réel est le corps existant, le corps idéal est influencé par les notions culturelles et l'apparence est la grosseur, la minceur, la coiffure... [17]. Donc la femme, pour arriver au corps idéal qui dépend de sa société, va se lancer dans certaines pratiques même si c'est aux dépens de sa santé, en fonction de sa culture. La femme occidentale va se lancer dans les chirurgies plastiques, l'exercice physique, et tout ce qui a une relation avec la minceur. Et la femme

dans les sociétés qui considèrent l'obésité comme un critère de beauté, va se lancer dans des pratiques qui vont satisfaire ses besoins comme : l'engraissement, le gavage, et des prises médicamenteuses comme dans notre cas.

Les représentations historiques du corps, la maigreur, la grosseur, montrent bien comment l'effet socioculturel a un impact sur la perception de l'image corporelle. Les populations ayant aujourd'hui accès à une nourriture abondante (sociétés industrialisées) construisent des modèles corporels intégrant le contrôle du corps, désignant la maigreur comme un élément de distinction et la grosseur comme un signe socialement négatif. Dans les sociétés où la nourriture est limitée, l'embonpoint devient la marque de la richesse et de la bonne santé [18].

Les propriétés pharmacologiques des médicaments

I- Les propriétés pharmacologiques de la cyproheptadine

1- Définition

La cyproheptadine (CH) est un antihistaminique H₁ de première génération à usage systémique.

2- Mécanisme d'action

La CH agit en s'opposant aux effets de l'histamine, par antagonisme compétitif, au niveau des récepteurs H₁, sur la peau, les vaisseaux et les muqueuses conjonctivales, nasales, bronchiques et intestinales.

La CH possède une activité anticholinergique et une activité antisérotoninergique.

3- Propriétés pharmacologiques

3.1- Propriétés pharmacodynamiques

La cyproheptadine est un antihistaminique H₁ qui se caractérise par :

- Un effet sédatif marqué aux doses usuelles, liés à une activité antihistaminique, anticholinergique et adrénolytique centrale,
- Un effet anticholinergique à l'origine d'effets indésirables,
- Un effet adrénolytique, pouvant retentir au plan hémodynamique (risque d'hypotension orthostatique).

La CH a un effet antisérotoninergique à l'origine de l'effet orexigène et utérotonique.

3.2- Propriétés pharmacocinétiques

Le temps pour atteindre une concentration plasmatique maximale en cyproheptadine après administration par voie orale est de 6 à 9 heures.

La demi-vie d'élimination est comprise entre 10 et 15 heures.

Le métabolisme consiste en une déméthylation suivie d'une oxydation et d'une hydroxylation, puis d'une sulfoconjugaison.

L'élimination par voie rénale représente 2/3 à 3/4 de la clairance totale. Environ 5 % de la quantité de cyproheptadine administrée est retrouvée sous forme inchangée dans les urines.

L'élimination étant diminuée chez les insuffisants rénaux, il existe un risque de surdosage chez ces patients.

4- Indications thérapeutiques

Traitement symptomatique des manifestations allergiques diverses:

- Rhinite (saisonnière ou perannuelle),
- Conjonctivite,
- Urticaire.

5- Contre-indications

- Risque de glaucome par fermeture de l'angle,
- Risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatiques,
- Antécédent d'agranulocytose,
- Enfants de moins de 2 ans.
- Grossesse
- Allaitement

6- Effets indésirables

Affections de la peau et du tissu sous cutané :

- Erythèmes, purpura.

Affection du système immunitaire :

- Urticaire, œdème, plus rarement œdème de Quincke,
- Choc anaphylactique.

Affections du système nerveux :

- Sédation ou somnolence, plus marquée en début de traitement,
- Incoordination motrice, tremblements,
- Troubles de l'équilibre, vertiges plus fréquents chez le sujet âgé,
- Hypotension orthostatique,
- Effets anticholinergiques périphériques : (sécheresse des muqueuses, constipation, troubles de l'accommodation, mydriase, palpitations cardiaques, rétention urinaire, tarissement de la sécrétion lactée)
- Baisse de la mémoire ou de la concentration plus fréquente chez le sujet âgé.

Affections hématologiques et du système lymphatique :

- Leucopénie, neutropénie, agranulocytose,
- Thrombocytopénie,
- Anémie hémolytique.

Affections hépatobiliaires :

- Anomalies du bilan hépatique,
- Insuffisance hépatique,
- Ictère,
- Hépatite cholestatique et/ou cytolytique.

Affections psychiatriques :

- Excitation, nervosité, insomnie, agitation, comportement agressif,
- Confusion mentale, hallucinations.

Troubles du métabolisme et de la nutrition :

- Augmentation de l'appétit/prise de poids.

7- Surdosage

Symptômes d'un surdosage en cyproheptadine:

- Syndrome anticholinergique central et périphérique
- Convulsions, arrêt respiratoire et cardiaque (surtout chez l'enfant),
- Troubles de la conscience, coma.[19]

8- Les produits sur le marché marocain

Sur le marché marocain, il existe 9 produits à base de la CH :

Apétine*,Antinorex*,Aractine*,Pernabol*,

Pervital*,Nuravit*,Nurabol*,Tresorix*,Periactine*

II- Les propriétés pharmacologiques des glucocorticoïdes

1- Définition

Les glucocorticoïdes (GC) sont des anti-inflammatoires stéroïdiens. Sont des dérivés de synthèse du cortisol, principal glucocorticoïde surrénalien.

2- Mécanisme d'action

Les glucocorticoïdes agissent par mécanisme génomique et mécanisme non génomique. ce dernier responsable de leur effet immédiat et il est mal connu.

Pour le mécanisme génomique consiste à l'inhibition de la transcription ou à la répression d'expression de gènes de certaines protéines proinflammatoires. Les GC se fixent sur leurs récepteurs cytosoliques spécifiques et les activent. Les complexes formés peuvent pénétrer le noyau pour interférer avec la transcription de différents gènes cibles, et donc inhibent la synthèse de certaines protéines proinflammatoires.

3- propriétés pharmacologiques:

3.1- Propriétés pharmacodynamiques

- **Effets métaboliques**

- **Métabolisme des glucides**

Les glucocorticoïdes ont une action hyperglycémiante (d'où leur nom) due à une augmentation de la production du glucose par formation de glycogène aux dépens des protides, c'est la néoglycogénèse, et par diminution de la consommation de glucose par les tissus périphériques.

- **Métabolisme des lipides**

Double effets : redistribution de la masse grasse et l'augmentation de la sensibilité des adipocytes aux agents lipolytiques (glucagon, catécholamines et hormone de croissance).

La nouvelle répartition de la masse grasse proviendrait d'une hétérogénéité de réponse des diverses zones de la masse grasse aux stimuli lipolytiques. L'accumulation de graisse au niveau de la nuque est responsable du syndrome de Cushing.

- **Métabolisme des protides**

Les glucocorticoïdes augmentent le catabolisme azoté et provoquent une fonte musculaire avec fatigabilité, atteinte de la trame protéique osseuse (ostéoporose).

- **Eau et électrolytes Na/Ca :**

Les glucocorticoïdes comme le cortisol ont une action minéralocorticoïde . Favorisant la rétention d'eau et de sodium et la fuite de potassium.

Les glucocorticoïdes augmentent l'élimination urinaire de calcium et de phosphore et diminuent l'absorption digestive de calcium, ce qui entraîne un déficit calcique. Ils augmentent la résorption de l'os et ralentissent sa formation.

- **Effet anti-inflammatoire**

Les GC sont anti-inflammatoires par plusieurs mécanismes. Une partie des effets anti-inflammatoires des GC passe par l'inhibition de la production des prostaglandines et des leucotriènes par blocage de la phospholipase A2.

- **Effet immunosuppresseur**
- **Effet antiallergique**
- **Suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien**

3.2- Propriétés pharmacocinétiques

Les glucocorticoïdes sont résorbés par toutes les voies d'administration. Le métabolisme est surtout hépatique. La 1/2 vie plasmatique des substances naturelles (Cortisone ou Hydrocortisone) est plus faible que celle des dérivés de synthèse ; 80 minutes pour le Cortisol, 5h pour la Dexaméthasone.

On divise les glucocorticoïdes en trois paliers :

- D'action courte : 1/2 vie biologique courte. Ex : Cortisol a une durée de freination de l'axe qui est de 8-12h.
- D'action moyenne : ex. Prednisone dont la durée de freination est de 18-36h.
- D'action longue : ex. Dexaméthasone pour qui la durée de freination est de 36-54h. la Bétaméthasone et le cortivazol.

	Activité anti-inflammatoire	Activité minéralocorticoïde	Équivalence de doses	Demi-vie biologique (heures)
Hydrocortisone	1	1	20 mg	8-12
Cortisone	0,8	0,8	25 mg	8-12
Prednisone/Prednisolone	4	0,8	5 mg	12-36
Méthylprednisolone	5	0,5	4 mg	12-36
Triamcinolone	5	0	4 mg	12-36
Bétaméthasone	25	0	0,75 mg	36-54
Dexaméthasone	25	0	0,75 mg	36-54
Cortivazol	60	0	0,3 mg	> 60

4- Indications

- Maladies rhumatismales
- Asthme
- Dermatoses inflammatoires
- Choc anaphylactique
- Maladies néoplasiques et contexte de néoplasie.

5- Contres- indication

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Troubles de la coagulation
- Tuberculose
- Psychose grave

6- Effets indésirables

Désordres hydroélectriques

- Hypokaliémie, rétention hydrosodée
- Hypertension artérielle

Troubles endocriniens et métaboliques

- Diabète
- Syndrome de Cushing
- Blocage parfois irréversible de la sécrétion physiologique d'ACTH.

Troubles musculosquelettiques

- Atrophie musculaire avec faiblesse
- Ostéoporose

Troubles digestifs

- Ulcères gastroduodénaux et leur cortège de complications.

Problèmes cutanés

- Atrophie cutanée, retards de cicatrisation, purpura, acné, hypertrichose.

Anomalies neuropsychiques

- Excitation avec euphorie et troubles du sommeil
- Etats dépressifs[20]

Risque infectieux

Matériels et Méthodes

1-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive.

2-Lieu d'étude :

Pour le recrutement des patients, l'étude a été menée sur une période de 6.5mois (période entre Janvier et Août 2017) dans 3 pharmacies d'officines :

- Pharmacie dans un quartier populaire à la municipalité de Selouane ville de Nador, sur une période de 2 mois.
- Pharmacie dans un quartier à l'ancienne médina la ville de Rabat, sur une période de 3 mois.
- Pharmacie à Ain Aouda, sur une période de 1.5 mois.

Pendant notre stage de fin d'étude dans une pharmacie située au centre ville, nous avons observé que les patients ont moins recours à ces produits. C'est pour cela que nous avons ciblé des pharmacies situées dans des quartiers populaires et en milieu rural.

Pour la collecte de données auprès des pharmaciens ou des assistants en pharmacie, nous avons réalisé des entretiens dans des pharmacies d'officine à Nador, Rabat, Casablanca et Temara. Aussi nous avons distribué le questionnaire lors de deux rencontres nationales des associations des aides pharmaciens, l'une à Nador et l'autre à Oujda ,et lors d'un congrès national de pharmaciens d'officine à Rabat. En plus, nous avons envoyé également le questionnaire en ligne via Google Drive pour certains pharmaciens.

3-Population d'étude :

3.1-Critères d'inclusion :

L'étude a concerné les patients qui viennent à la pharmacie à la recherche de l'un des produits à base de la cyproheptadine ou à la demande d'un produit à base de corticoïde sans ordonnance, ou les patients connu d'antécédents utilisateurs de ces produits par l'équipe pharmaceutique.

De même l'étude a concerné les pharmaciens d'officine ou les assistants en pharmacie exerçants au Maroc. Au début on n'a ciblé que les pharmaciens mais vis-à-vis l'indisponibilité de la plupart d'entre eux, on a décidé de cibler également les assistants en pharmacie puisque ils sont en contact quotidien et intime avec les patients.

3.2-Critères d'exclusion :

- Les enfants, et les étrangers.
- Les pharmaciens ou assistants en pharmacie exerçants hors du Maroc.

4-Outils de collecte de données :

- Bases de données de l'IMS
- Questionnaire

Les données sont récoltées par des questionnaires remplis par des patients et par des pharmaciens ou assistants en pharmacie (Annexe 1)

4.1-Questionnaires destinés aux patients:

Deux questionnaires, un concerne l'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et l'autre concerne l'utilisation des médicaments corticoïdes.

Le questionnaire se divise en 3 parties :

- Données démographiques
- L'utilisation du produit
- La satisfaction et la connaissance du produit.

1- Données démographiques

- L'âge
- Le sexe
- Le poids
- La taille
- Le niveau d'instruction
- Le statut familial

2- L'utilisation du produit

- L'indication d'utilisation
- La source de recommandation
- Le nom du médicament utilisé
- La forme galénique
- La posologie
- La durée
- Le mode d'emploi

3- La satisfaction et la connaissance du produit

- La satisfaction de l'effet
- Les arrêts, causes d'arrêt, et l'effet après arrêt
- L'utilisation d'alternatives
- La connaissance du produit : si un médicament antiallergique (cas de la cyproheptadine) et si un médicament à effets indésirables graves (cas des corticoïdes)
- L'effet eu suite à la prise du médicament (cas des corticoïdes)

4.2-Questionnaire destiné à l'équipe officinale :

Ce questionnaire se divise en 4 parties :

- Informations générales
- L'usage des médicaments à base de la cyproheptadine
- L'usage des médicaments corticoïdes
- L'attitude du pharmacien

1- Informations générales

- Ville d'exercice
- Type de lieu d'exercice
- L'ancienneté d'exercice

2- L'usage des médicaments à base de la cyproheptadine

- La délivrance de ces médicaments
- L'indication
- Le comportement des patients vis-à-vis le produit

3- L'usage des médicaments corticoïdes

- La délivrance de ces médicaments
- Le comportement des patients utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids
- Les noms de spécialités des corticoïdes les plus concernés par l'utilisation

4- L'attitude du pharmacien

- L'expérience avec ces patients
- Recommandations

5- Analyse des données

Les résultats ont été étudiés à l'aide d'un tableur Microsoft Excel.

Résultats

I. Résultats de l'enquête réalisée avec les patients

A-L'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine

1- Caractéristiques démographiques des patients

Sur l'ensemble des 3 pharmacies, on a pu avoir un échantillon de 110 patients

1.1-Le sexe

La figure 1 montre que la répartition des sexes était en faveur des femmes qui représentaient 93.6% des patients.

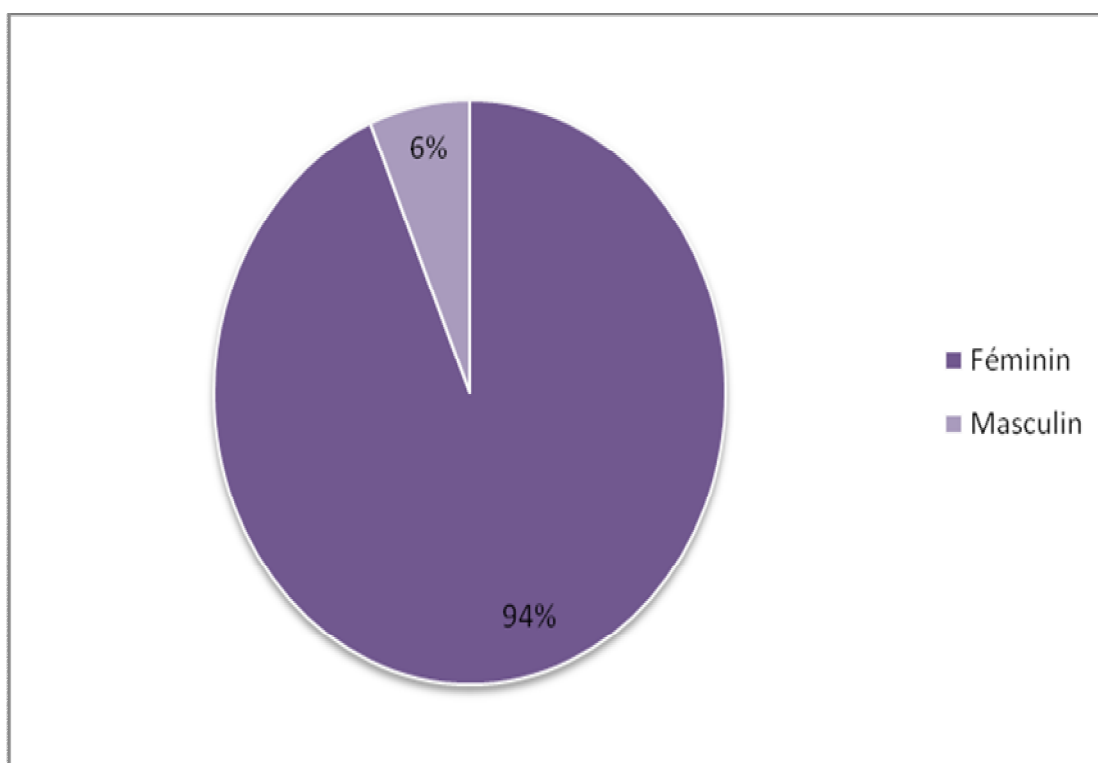


Figure 1 : la répartition des patients en fonction de leur sexe.

1.2- L'âge

Le tableau 1 montre que la tranche d'âge des patients de 25 à 30 ans qui utilisait le plus les médicaments à base de la cyproheptadine (29.1%).

L'âge moyen était de 34.7 (écart-type : 6.8 ans) avec un âge minimum de 13 ans et un âge maximum de 70 ans.

Tableau 1 : La répartition des patients en fonction de l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	%
13-19 ans	9	8.2
20-24 ans	21	19.1
25-30 ans	32	29.1
31-39 ans	24	21.8
40-50 ans	12	10.9
51-54 ans	9	8.2
55-70 ans	3	2.7
Total	110	100

1.3-La corpulence

Le tableau 2 décrit les patients en fonction de leurs corpulence (exprimée par l'indice de masse corporelle (poids /taille 2)).

La moitié des utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine avaient une corpulence normale (50.9%), et 31.8% ne connaissaient pas leur poids ou leur taille.

Tableau 2 : La corpulence des patients en fonction de l'indice de masse corporelle.

Corpulence			Fréquence
%			
Maigre	IMC<18	7	
Normale	IMC de 18-25	56	6.4
			50.9
Surpoids	IMC de 25-30	10	9.1
Obésité	IMC<30	2	1.8
VM *		35	31.8
Total			110
100			

VM* : valeurs manquantes

1.4-Le niveau d'instruction

La figure 2 montre que les patients avec un niveau d'étude secondaire (40%) et les analphabètes (17.3%), utilisaient les médicaments à base de la cyproheptadine plus que ceux avec un niveau d'étude supérieur (14.6%).

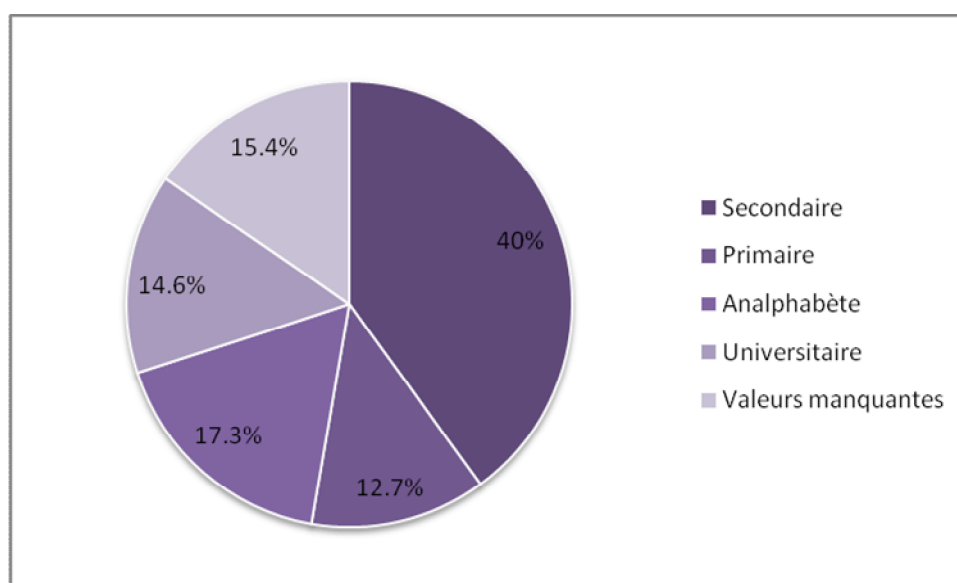


Figure 2 : La répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction

1.5-Le statut familial

La figure 3 montre que les célibataires (46.4%) utilisaient les médicaments à base de la cyproheptadine plus que les mariés (37.3%).

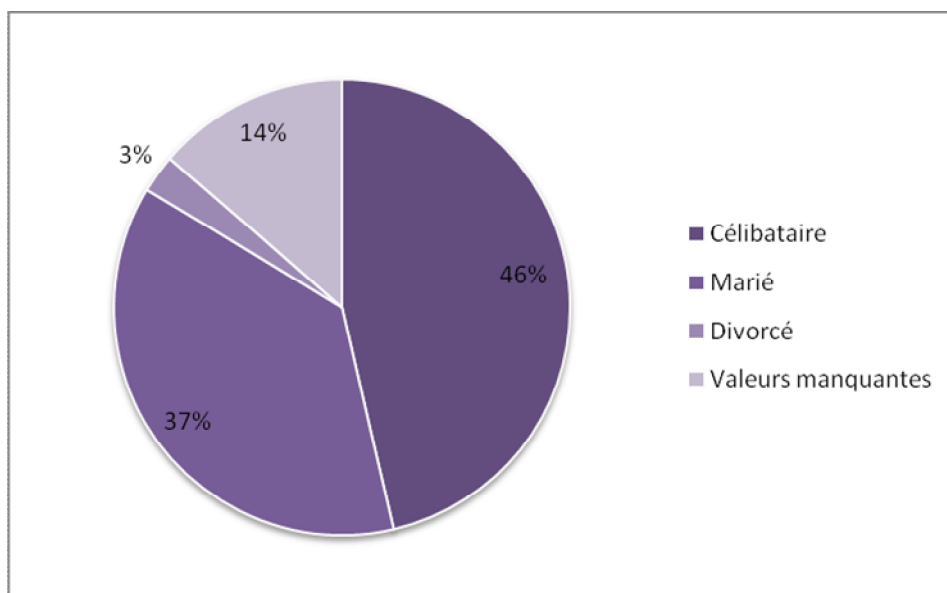


Figure 3 : La répartition des patients selon le statut familial.

2- L'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et mode d'emploi

2.1- la source de recommandation

La figure 4 montre que les sources de recommandations principales des médicaments à base de la CH, étaient les conseils des proches (69.1%).

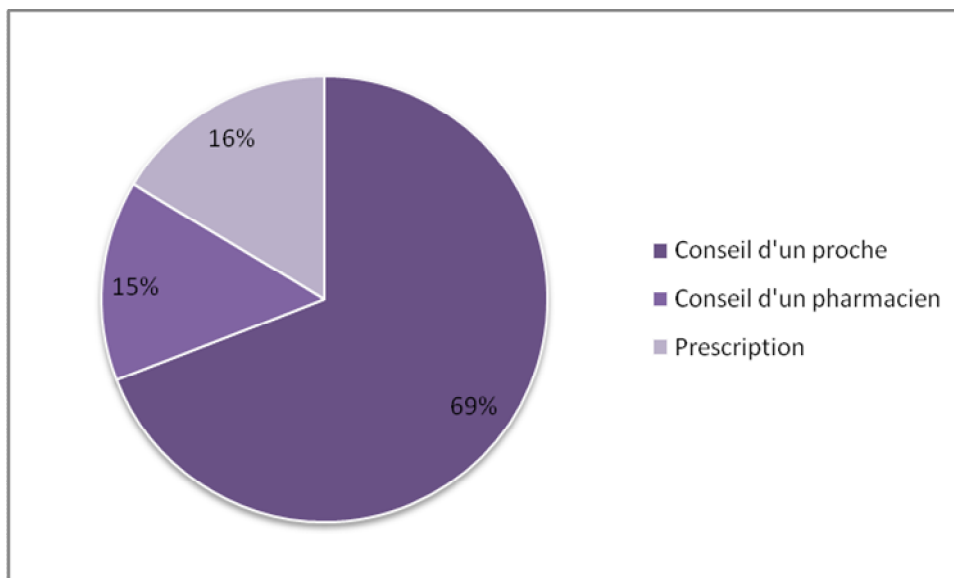


Figure 4 : Les sources de recommandations des médicaments à base de la CH.

2.2-Les raisons d'utilisation du produit

La figure 5 montre que la raison principale de l'utilisation des produits à base de la CH, était la stimulation de l'appétit et la prise du poids (51.8%).

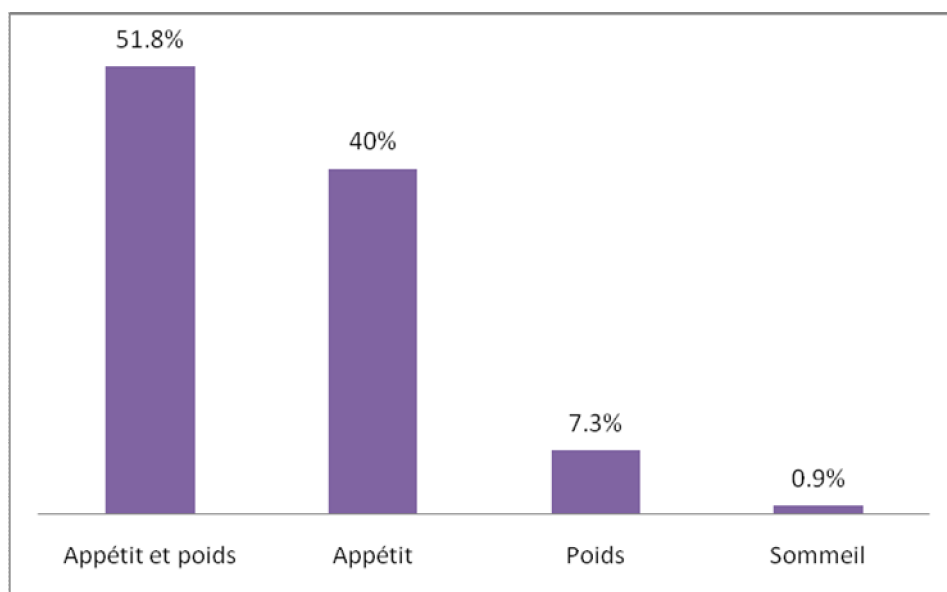


Figure 5 : Les raisons d'utilisations des produits à base de la cyproheptadine

2.3-L'accès au médicament

L'accès aux médicaments à base de la CH était à 100% facile.

2.4-Le nom du produit utilisé

Dans le tableau 3 on observe que le produit à base de la cyproheptadine le plus utilisé était le Pernabol (25%), et le produit le moins utilisé était le Tresorix

Tableau 3 : Les noms des produits à base de la CH utilisés par les patients.

Nom du produit	Fréquence	%	
Pernabol	25	22.7	
Antinorex	21	19.1	
Apetine	19	17.3	
Nuravit	16	14.5	
Pervital	10	9.1	
Nurabol	3	2.7	
Aractine	3	2.7	
Periactine	2	1.8	
Tresorix	1	0.9	
VM	10	9.1	
Total	110	100	

2.5-La forme galénique

La figure 6 montre que la forme sirop était la forme galénique la plus utilisée par les patients (56.4%).

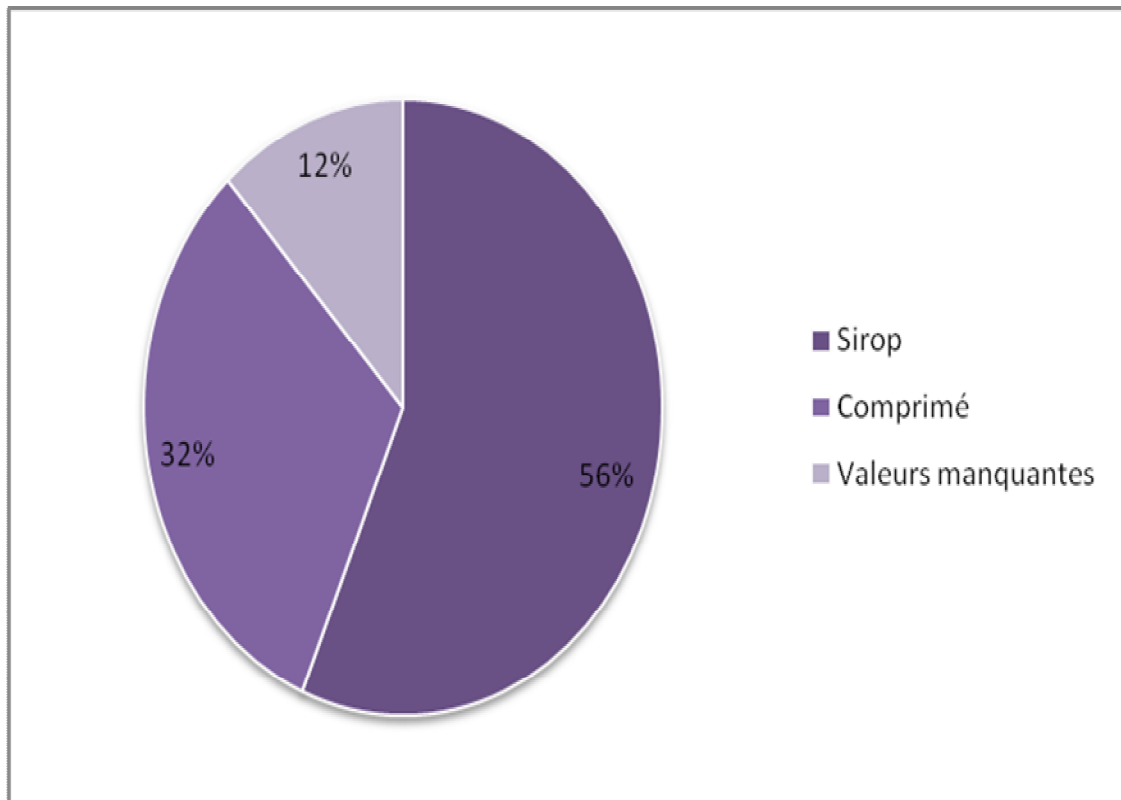


Figure 6 : La répartition des patients selon la forme galénique des médicaments à base de la CH utilisés.

2.6-La posologie

Le tableau 4 montre que 31.8% des utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine prenaient le produit 3 fois par jour.

Tableau 4 : La posologie d'utilisation des médicaments à base de la CH

Posologie Fréquence		%
1 fois par jour	28	25.5
2 fois par jour	26	23.6
3 fois par jour	35	31.8
4 fois par jour	1	0.9
1 fois par semaine	1	0.9
1 fois par 2 jours	2	1.8
1 fois par 3 jours	1	0.9
	1	2.7
		1.8
A partir du flacon	3	
		10.1
½ CP par jour	2	
VM*		
11		
Total	110	100

2.7-La durée

Le tableau 5 montre que 43.7% des utilisateurs des produits à base de la CH l'ont utilisé pour une durée de 1 an à 6 ans.

La durée moyenne est de 8.9 ans. Avec une durée maximale de 20 ans.

Tableau 5 : La durée d'utilisation des médicaments à base de la CH.

Durée	Fréquence	%
<1 mois	5	4.5
1-11 mois	28	25.5
1-6 ans	48	43.7
7-15 ans	9	8.2
16-20 ans	4	3.6
1 ^{ère} fois	9	8.2
Chaque été	2	1.8
VM	5	4.5
Total	110	100

2.8-Mode d'emploi

La figure 7 décrit le mode d'emploi des médicaments à base de la CH. 9% des utilisateurs l'ont associé à un corticoïde (dexaméthasone), 7.3% ont associé deux formes galéniques du même produit.

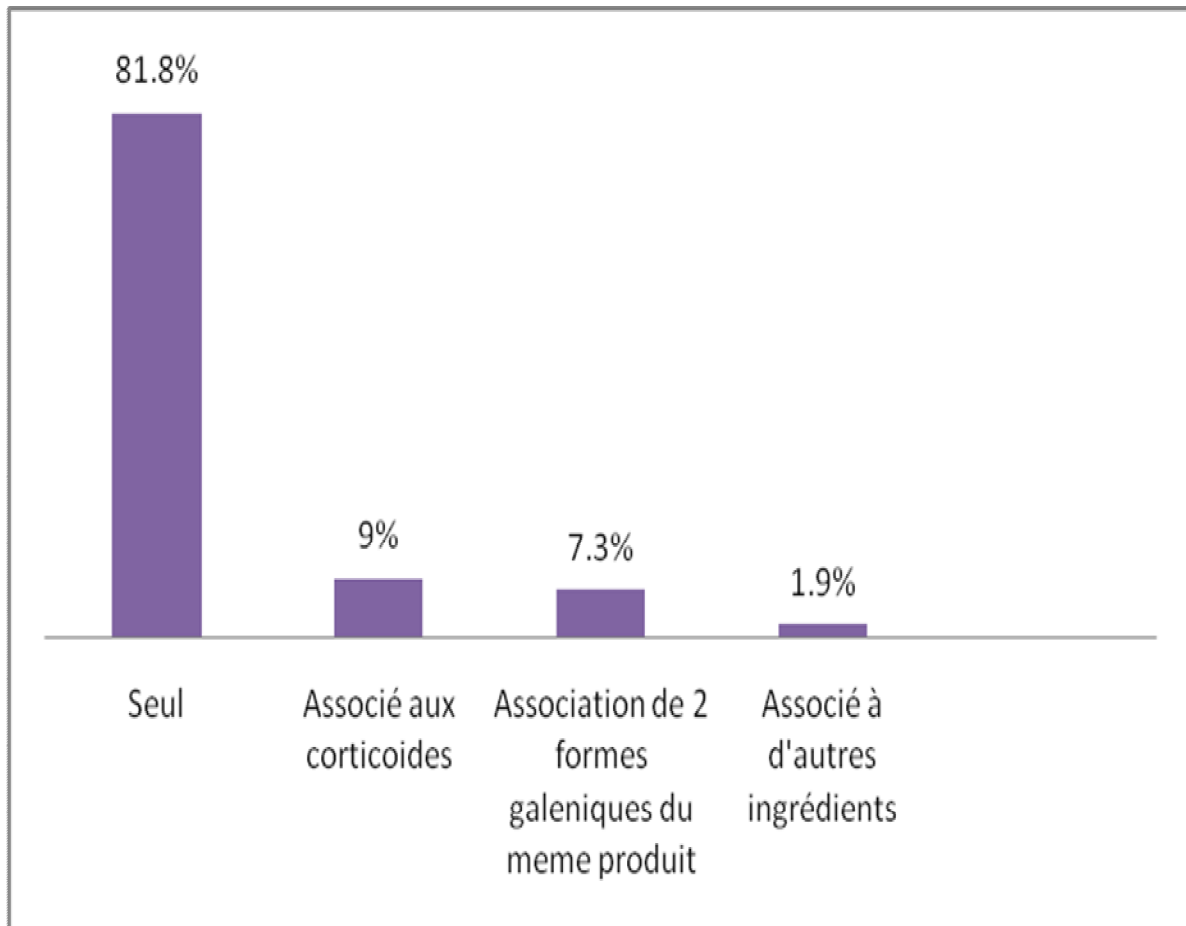


Figure 7 : Le mode d'emploi des médicaments à base de la CH.

3- La satisfaction et la connaissance du médicament

3.1-la connaissance si c'est un médicament antiallergique

La figure 8 montre que 60.9% des utilisateurs des produits à base de la cyproheptadine ne connaissent pas qu'il s'agit d'un médicament antiallergique.

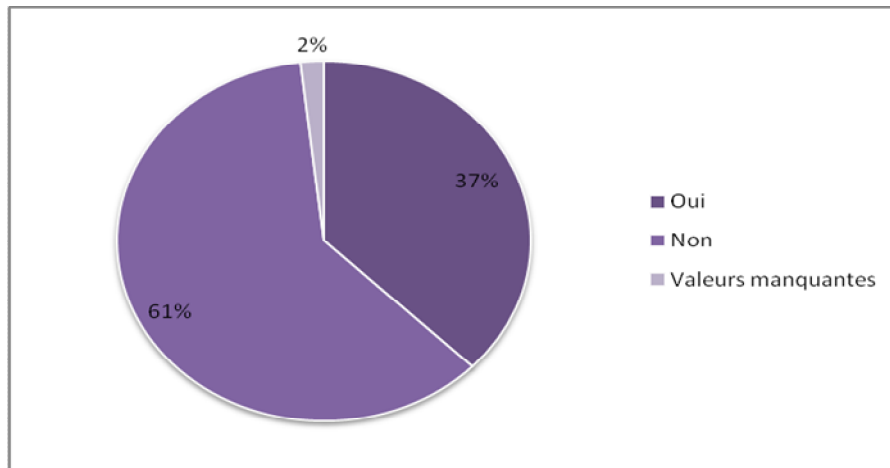


Figure 8 : La répartition des patients selon leur connaissance si les médicaments à base de la CH sont des antiallergiques.

3.2-La satisfaction du résultat obtenu

Dans la figure 9 on observe que les patients satisfaits des résultats obtenus suite à la prise des médicaments à base de la cyproheptadine représentaient 81.8%.

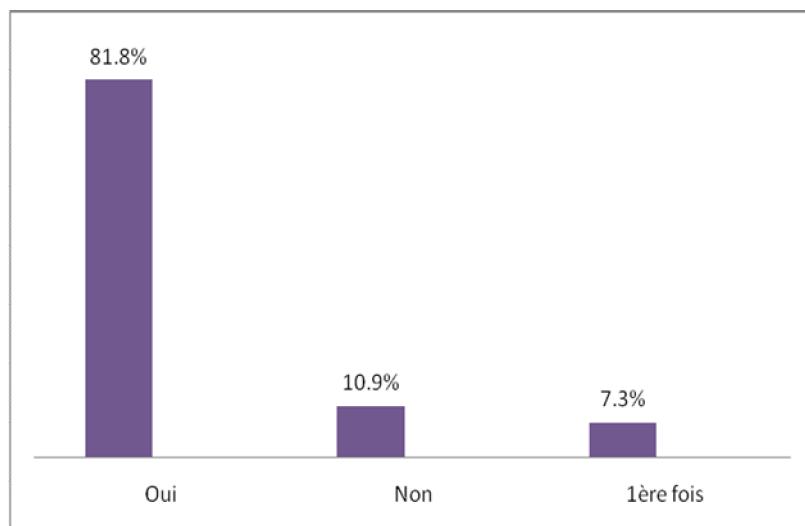


Figure 9 : la satisfaction des utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine des résultats obtenus.

3.3-L'arrêt du médicament

La figure 10 montre que seulement 7.3% des utilisateurs des médicaments à base de la CH qui ont arrêté définitivement l'utilisation.

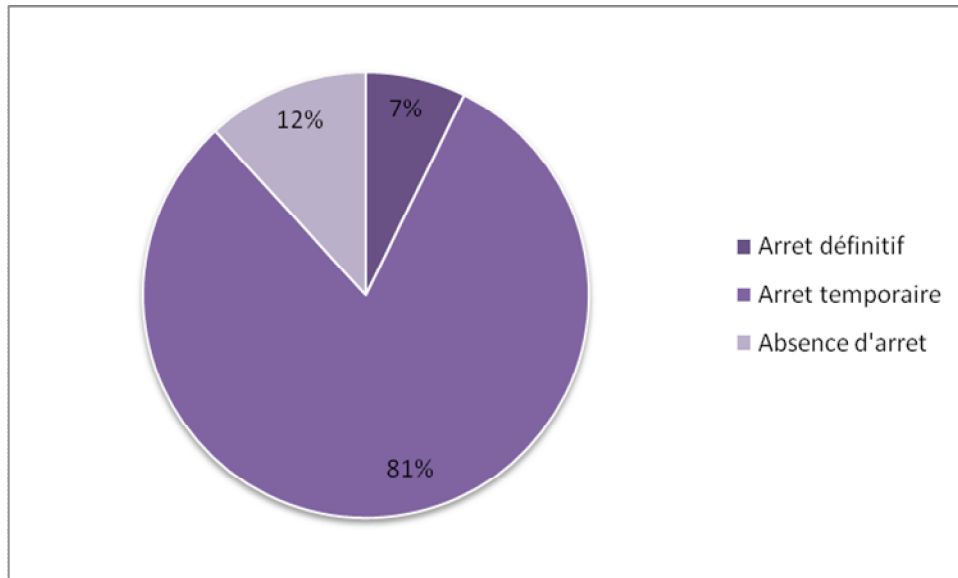


Figure 10 : la répartition des patients selon leurs arrêts d'utilisation aux médicaments à base de la cyproheptadine.

3.4-Les causes d'arrêt du médicament

Dans le tableau 6 on observe que l'effet sédatif des produits à base de la cyproheptadine (10.1%) et la sensation d'amélioration (16.9%) représentaient les principales causes de l'arrêt temporaire de ces produits. Tandis que les utilisateurs qui veulent éviter la dépendance (5.6%) ou l'obésité (3.4%) ne représentaient qu'un faible pourcentage.

Les utilisateurs qui ont arrêté la prise de ces produits, déclaraient les raisons suivantes :

- Apparition de constipation
- Apparition d'arthralgie
- Apparition de varices
- Apparition d'une allergie supposée au produit
- Crainte d'avoir une agranulocytose après lecture de la notice

Tableau 6 : les causes d'arrêt temporaire des médicaments à base de la CH

Causes temporaire	d'arrêt	Fréquence	%
Effet sédatif		9	10.1
Amélioration		15	16.9
Changement du produit		3	3.4
Eviter dépendance		5	5.6
Eviter obésité		3	3.4
Problème d'observance /manque d'argent		8	8.1
Valeurs manquantes		46	51.7
Total		89	100

3.5- L'effet après l'arrêt du médicament

La figure 11 montre que 72.1% des patients sentaient une coupe d'appétit dès qu'ils arrêtaient la prise des médicaments à base de la CH.

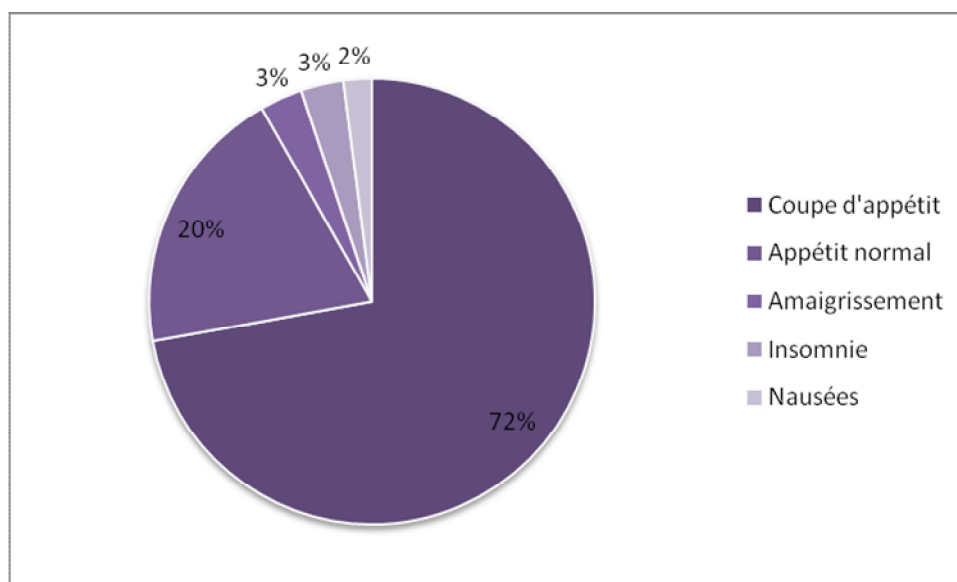


Figure 11: La répartition des patients selon l'effet eu après l'arrêt des médicaments à base de la CH.

3.6-L'utilisation d'alternative

Dans la figure 12 on observe que 52.7% des utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine n'ont essayé aucune alternative.

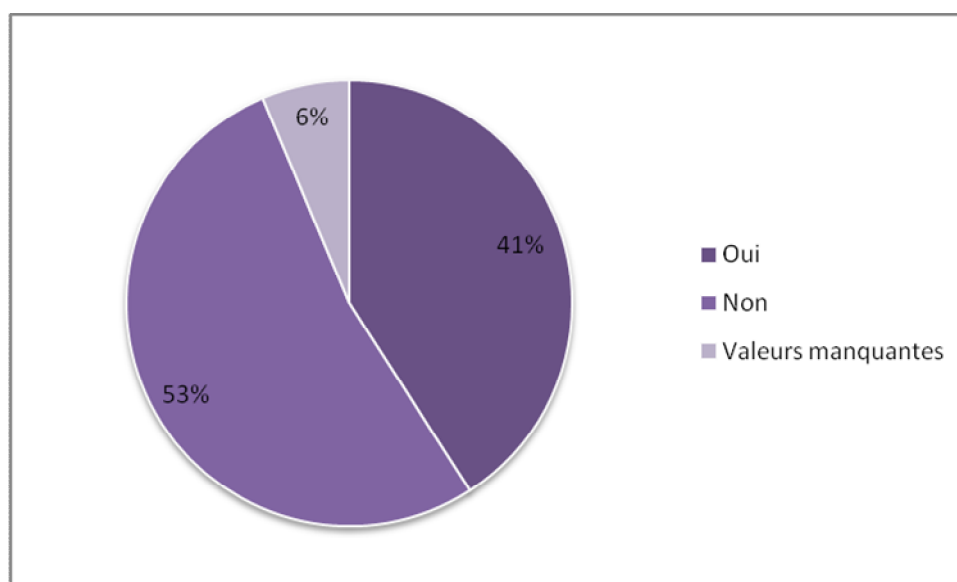


Figure 12 : La répartition des patients selon l'utilisation ou non des alternatives.

3.7-Les alternatives utilisées

Le tableau 7 montre que l'alternative la plus utilisée par les patients était le fenugrec (57.8%), suivie par les recettes traditionnelles (13.4%).

Les compléments alimentaires comme la levure de bière et le germe de blé, la spiruline et les poly vitamines étaient en 3^{ème} rangé avec un pourcentage de 11.2%.

Tableau 7 : Les alternatives utilisées par les patients.

L'alternative	Fréquence	%
Fenugrec naturel		57.8
Recettes traditionnelles	26	13.4
	6	
Compléments	5	11.2
Dexamethasone	2	4.4
Théophylline	2	4.4
Fenugrec synthétique	2	4.4
Dardak *	2	4.4
Total		100
	45	

Dardak : Des comprimés vendus chez l'herboriste utilisés pour la prise du poids.

3.8-Les raisons de l'utilisation d'alternatives

Les utilisateurs des médicaments à base de la CH ont essayé d'autres alternatives pour l'optimisation et l'accélération de la prise du poids.

3.9-Les raisons du non utilisation des alternatives

Les utilisateurs des médicaments à base de la cyproheptadine qui n'ont pas essayé des alternatives, avaient les raisons suivantes :

- Plus de confiance au médicament et crainte de l'effet néfaste des plantes et des préparations traditionnelles.
- Probabilité que c'est moins efficace que les médicaments à base de la CH.
- Goût ou odeur désagréables (cas des herbes ...)
- Facilité d'utilisation du médicament et rapidité de l'effet
- On ne connaît pas d'autres moyens

3.10-l'utilisation des stimulants de l'appétit à base du fenugrec

La figure 13 montre que 87.3% des patients n'ont jamais utilisé les stimulants d'appétit à base du fenugrec.

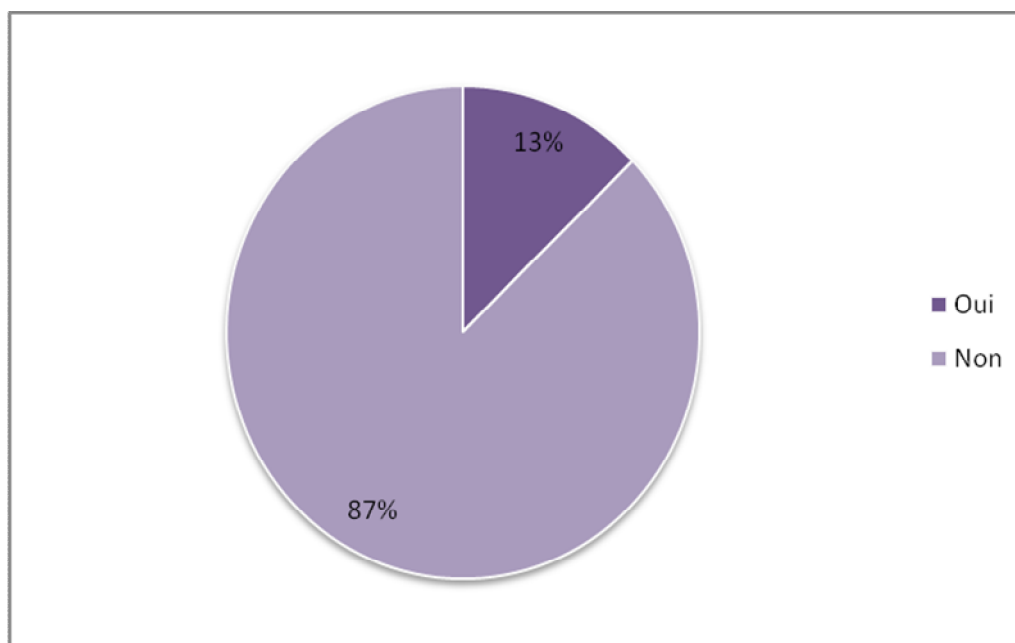


Figure 13 : La répartition des patients selon leur utilisation ou non des stimulants d'appétit à base du fenugrec.

3.11-Les raisons du non utilisation des stimulants d'appétit à base du fenugrec

Les patients qui n'ont pas utilisé les stimulants d'appétit à base du fenugrec avaient les raisons suivantes :

- Le Prix élevé de ces produits.
- Le goût et l'odeur désagréables de ces produits.
- L'inefficacité de ces produits et la lenteur de l'apparition de l'effet.
- L'ignorance de ces produits.

B- L'utilisation des médicaments corticoïdes

1- Données démographiques

1.1- Le sexe

Durant la période d'étude on n'a pu recruter que 23 patients parmi les utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids, dont 1 seul patient était du sexe masculin (figure 14).

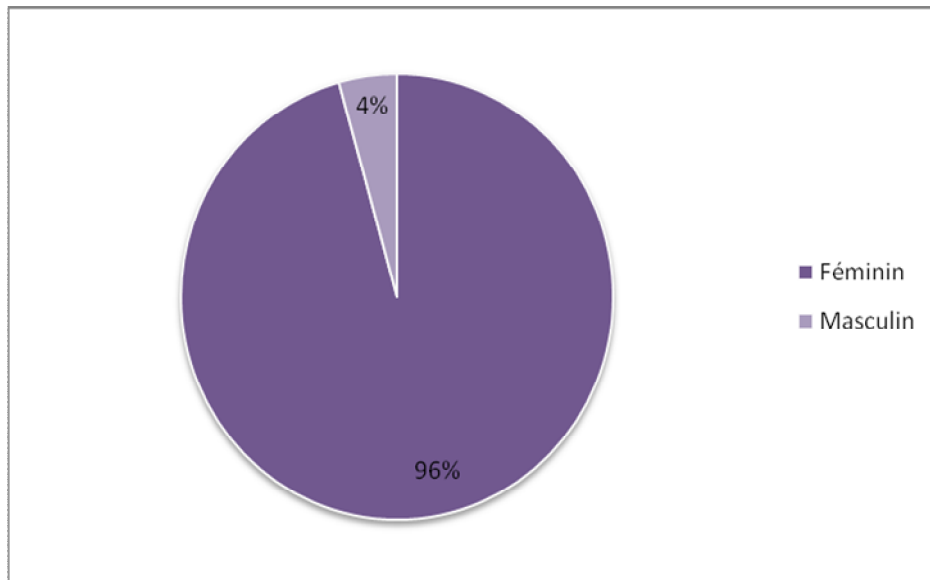


Figure 14 : La répartition des patients en fonction de leur sexe.

1.2- L'âge

Le tableau 1 montre que la tranche d'âge de 27-38 ans est la plus concernée (43.5%) par l'utilisation des GC pour la prise du poids.

L'âge moyen est de 31.2 ans (écart-type 3.3 ans) avec un âge minimum de 19 ans et un âge maximum de 50 ans.

Tableau 8: La répartition des patients en fonction de l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	
		%
19-26 ans	9	
27-39 ans	10	39.1
		43.5
40-50 ans	4	
		17.4
Total	23	
		100

1.3- La corpulence

Le tableau 2 représente la répartition des patients en fonctions de leurs corpulence (exprimée par l'IMC (poids/taille 2)) .

Un pourcentage de 69.6% des patients ne connaissaient pas leur poids ou leur taille.

L'IMC moyen est de 20.7.

Tableau 9 : La répartition des patients en fonction de leur corpulence.

Corpulence		Fréquence	%
Maigre	IMC<18	2	8.7
Normale	IMC de 18-25	4	17.4
Surpoids	IMC de 25-30	1	4.3
VM		16	69.6
Total		2	100

1.4-Le niveau d'instruction

Dans la figure 15 on observe que la majorité des patients utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids étaient analphabètes 30.4%.

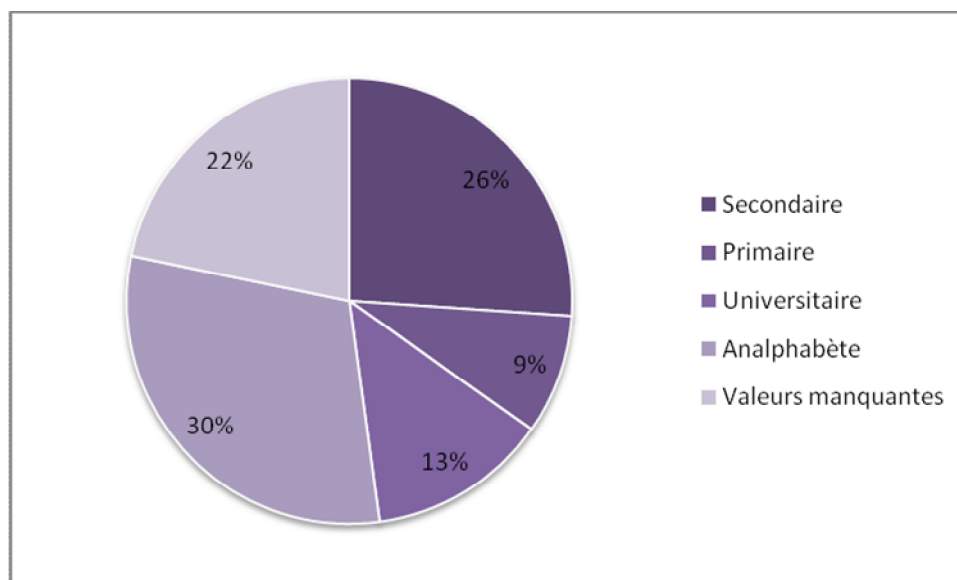


Figure 15 : La répartition des patients en fonction de leur niveau d'instruction.

1.5-Le statut familial

La figure 16 montre que 60.8% des utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids étaient des célibataires.

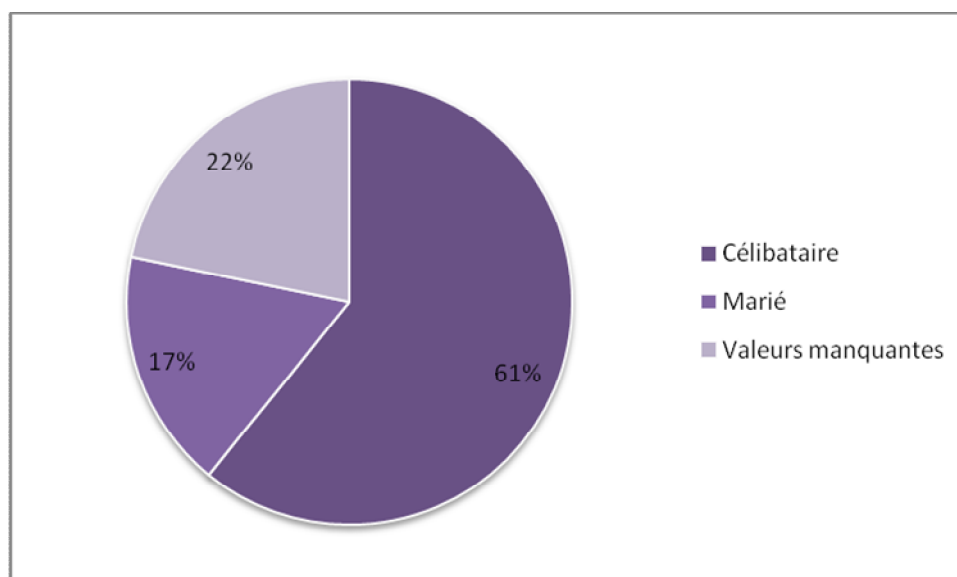


Figure 16: La répartition des patients en fonction de leur statut familial.

2- L'utilisation des médicaments corticoïdes

2.1-La source de recommandation du médicament

Dans la figure 17 on observe que les conseils des proches étaient les principales sources de recommandations de l'utilisation des corticoïdes pour la prise du poids (95.7%).

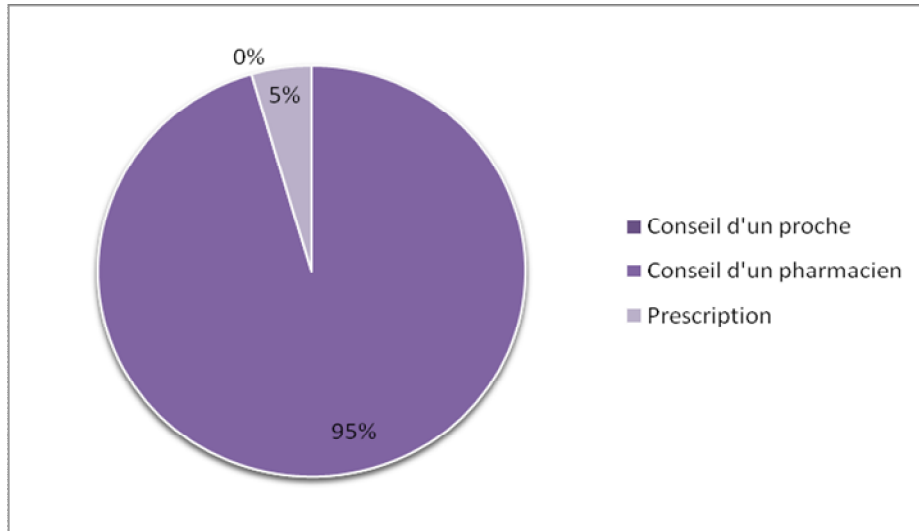


Figure 17: les sources de recommandations des GC pour la prise du poids.

2.2-La raison d'utilisation des médicaments corticoïdes

La figure 18 montre que la majorité des participants utilisaient les corticoïdes uniquement pour la prise du poids (60.8%).

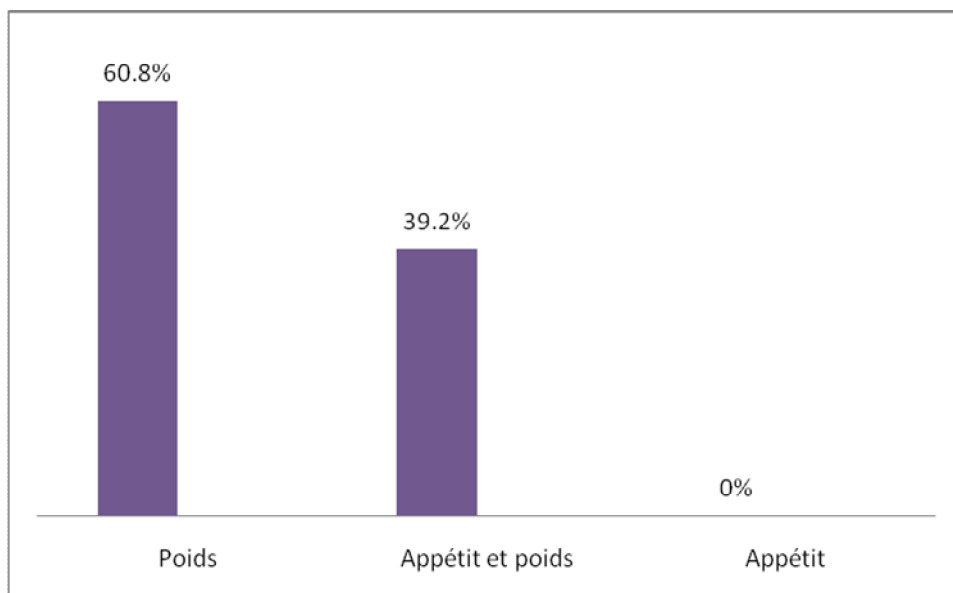


Figure 18 : La répartition des patients selon leurs raisons d'utilisation des corticoïdes.

2.3-L'accès au médicament

Dans la figure 19 on observe que l'accès aux médicaments corticoïdes, était dans 95.7 % des cas facile.

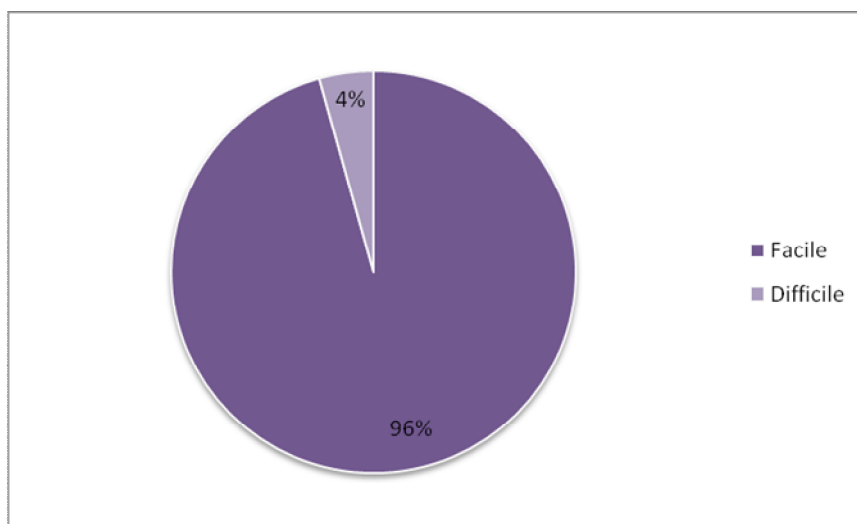


Figure 19 : L'accès aux médicaments corticoïdes.

2.4-Le nom du médicament

Le tableau 10 décrit les produits à base de corticoïdes utilisés par les patients pour la prise du poids.

Oradexon (Dexaméthasone) était le plus utilisé avec un pourcentage de 47.8%, Suivi du Decadron (Dexamethasone) avec un pourcentage de 34.8 %.

Tableau 10: Les noms des médicaments corticoïdes utilisés par les patients.

Nom du médicament	Fréquence	
		%
Oradexon	11	47.8
Decadron	8	4.0
Celestene	4	17.4
Total	23	100

2.5-La forme galénique

La figure 20 montre que la forme comprimé était la forme galénique la plus utilisée, avec un pourcentage de 95.7%.

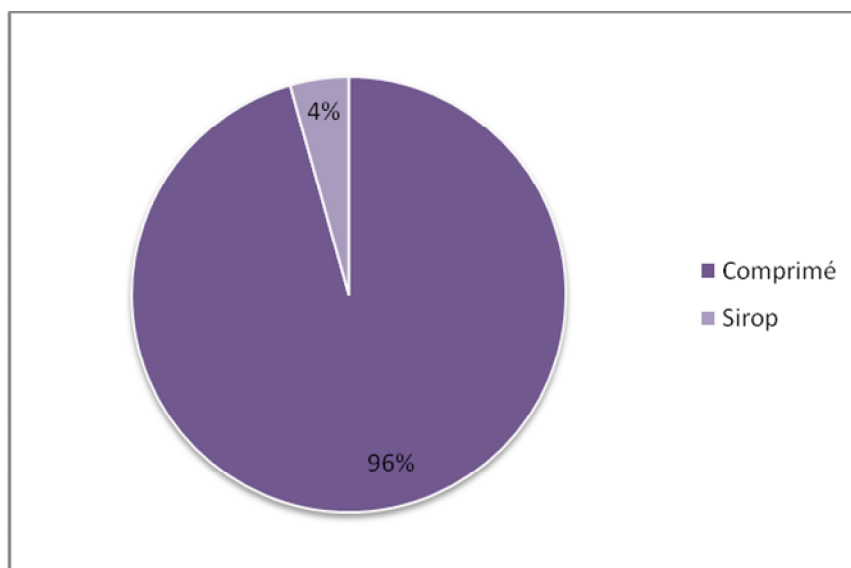


Figure 20 : La répartition des formes galéniques

2.6-La posologie

Le tableau 11 montre que la majorité des patients utilisaient les médicaments corticoïdes à une posologie de 1 comprimé (CP) par jour (26.1%).

Tableau 11 : La posologie d'utilisations des médicaments corticoïdes pour la prise du poids.

La posologie	Fréquence	%
1CP par jour	6	26.1
2 CP par jour	3	13.0
3 CP par jour	4	17.4
En vrac	1	4.3
VM*	9	39.2
Total	23	100

2.7-La durée

Le tableau 12 décrit la durée d'utilisation des corticoïdes par les patients. La durée maximale était de 20 ans. Avec une durée moyenne de 5.2 ans.

Tableau 12: La durée d'utilisation des médicaments corticoïdes pour la prise du poids.

Durée	Fréquence	%
< 1 Mois	4	17.4
1-11 Mois	6	26.1
1-9 ans	9	39.1
10-20 ans	3	13.0
1 ^{ère} fois	1	4.4
Total	23	
		100

2.8-Le mode d'emploi

La figure 21 montre que plus de la moitié des utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids, les utilisaient en association avec les médicaments à base de la cyproheptadine (56.5%).

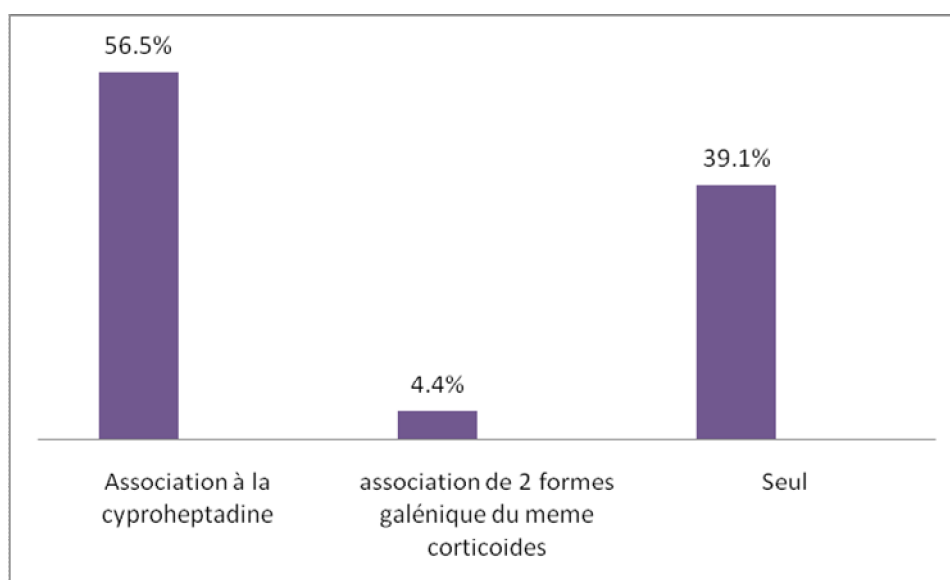


Figure 21 : Les modes d'emploi des corticoïdes pour la prise du poids.

3- La satisfaction et la connaissance du médicament

3.1-La connaissance si un médicament a effets indésirables multiples

La figure 22 montre que 52.2% des utilisateurs des médicaments corticoïdes pour la prise du poids, connaissaient que ce sont des médicaments à effets indésirables graves.

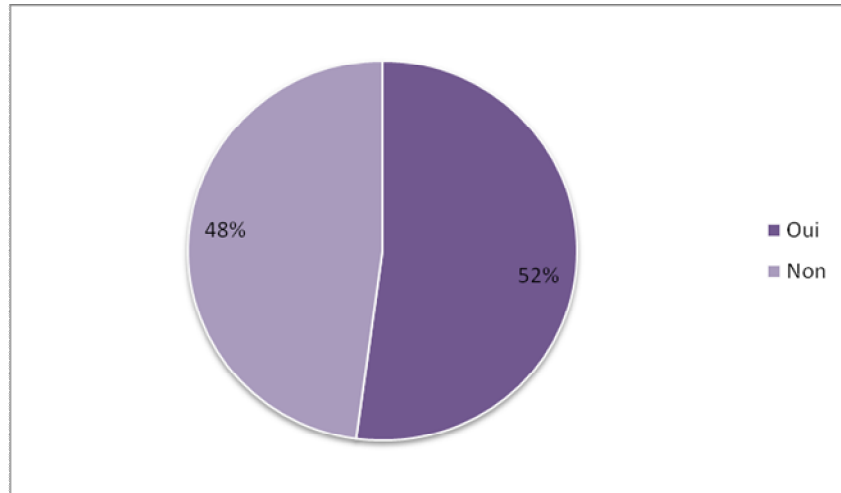


Figure 22 : La répartition des patients en fonction de leur connaissance sur les effets indésirables des corticoïdes.

3.2- La satisfaction

Dans la figure 23 on observe que presque la totalité des utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids (95.7%), étaient satisfaits des résultats obtenus.

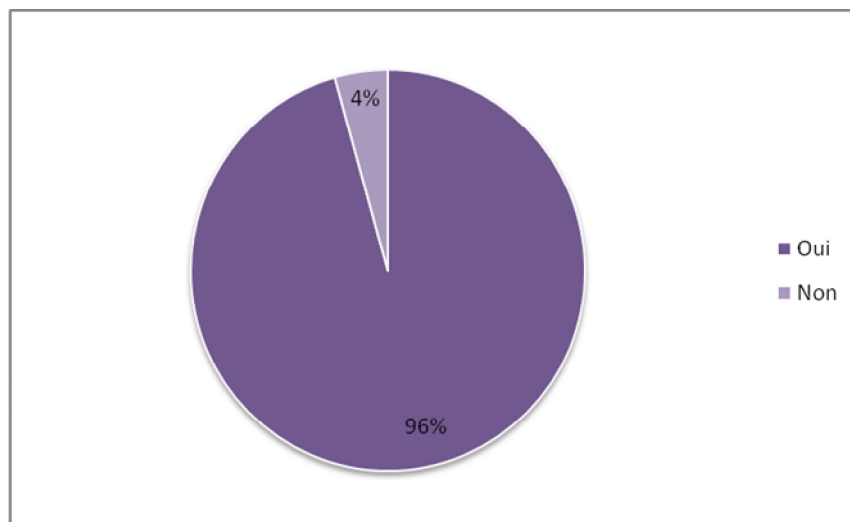


Figure 23 : la répartition des patients selon leur satisfaction des résultats obtenus après la prise des médicaments corticoïdes pour la prise du poids.

3.3-L'arrêt du médicament

Dans la figure 24 on observe que 60.9% des patients continuaient de prendre les médicaments corticoïdes pour la prise du poids, et seulement 39.1% qui ont arrêté.

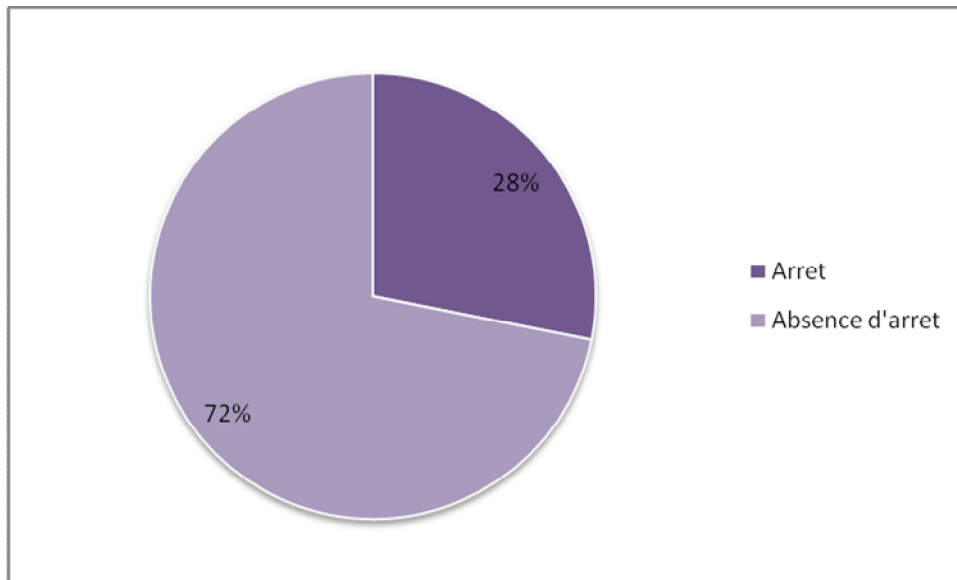


Figure 24 : La répartition des patients en fonction de leur arrêt de prise des médicaments corticoïdes.

3.4-Les causes d'arrêt du médicament

Les patients qui ont arrêté la prise des médicaments corticoïdes pour la prise du poids déclaraient qu'ils avaient les raisons suivantes :

- Connaissance des effets indésirables graves des corticoïdes (lecture de notice, avertissements d'un spécialiste ou d'un proche).
- Apparition de l'un des effets indésirables des corticoïdes
- Sensation de fatigue et anxiété

3.5- L'effet après arrêt du médicament

Les utilisateurs des médicaments corticoïdes pour la prise du poids, qui ont arrêté la prise de ces médicaments, déclaraient qu'ils ont eu les effets suivants :

- Amaigrissement
- Fatigue et asthénie
- Fragilisation de la peau (certains cas)

3.6-L'utilisation d'alternatives

La figure 25 montre que la majorité des utilisateurs des médicaments corticoïdes pour la prise du poids non pas essayé d'autres alternatives, ils représentaient 60.9% des participants.

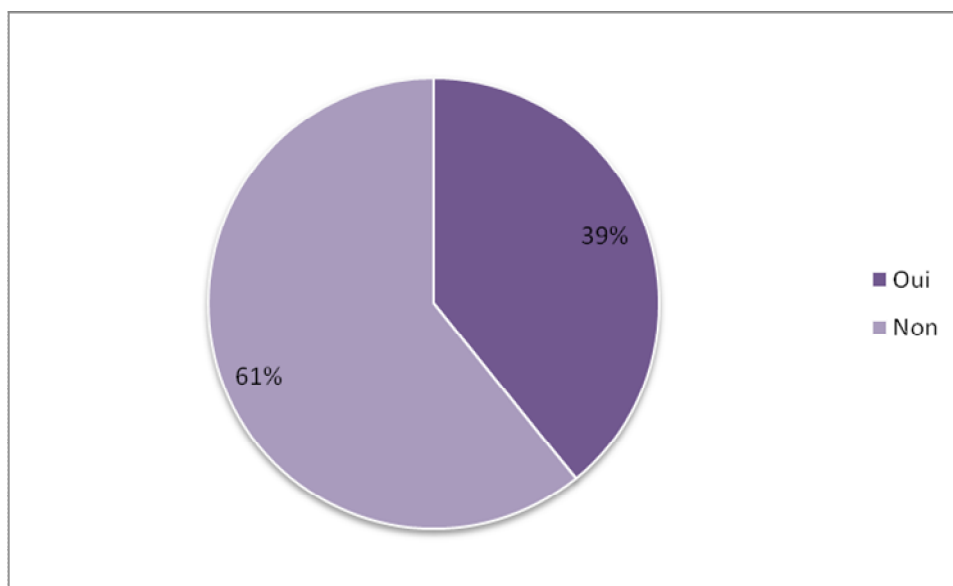


Figure 25 : La répartition des patients selon leur utilisation ou non des alternatives.

3.7- Les alternatives utilisées

Dans le tableau 6 on observe que le Dardak était l'alternative la plus utilisée par les utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids (33.3%).

Tableau 13 : les alternatives utilisées par les patients.

L'alternative	Fréquence	%
DARDAK	3	33.3
Théophylline	2	22.2
cyproheptadine	2	22.2
Fenugrec	1	11.2
synthétique		
Recettes	1	11.2
traditionnelles		
Total	9	100

3.8- Les raisons de l'utilisation des alternatives

Les utilisateurs des corticoïdes ont essayé d'autres alternatives pour l'optimisation et l'accélération de la prise du poids.

3.9- Les raisons du non utilisation des alternatives

Les patients qui n'ont pas utilisé des alternatives aux médicaments corticoïdes pour la prise du poids, rapportaient qu'ils ne font confiance qu'aux médicaments, et dans l'attente qu'il y aura un médicament ou complément alimentaire d'un effet équivalent, ou mieux que celui des corticoïdes.

3.10- Les avantages que présentent les corticoïdes

Les utilisateurs des médicaments corticoïdes pour la prise du poids qui ont comparé l'effet de ces médicaments à d'autres choses déclaraient que les corticoïdes présentent les avantages suivants :

- Effet rapide et optimale
- Energie et vitalité
- Amélioration de l'appétit

3.11- Les effets eus suite à la prise du médicament

Parmi les 23 patients qui ont utilisé les médicaments corticoïdes pour la prise du poids, 5 rapportaient qu'ils ont eu les effets indésirables suivants :

- Arthralgie
- Œdème et arthralgie (admission aux urgences)
- Ulcère gastrique et graisse au niveau de la nuque
- Anxiété, essoufflement
- Hypertension artérielle

II. Résultats de l'enquête réalisée avec l'équipe officinale

On a pu avoir un échantillon de 62, dont 29 étaient des pharmaciens et 33 étaient des assistants en pharmacie (figure 26).

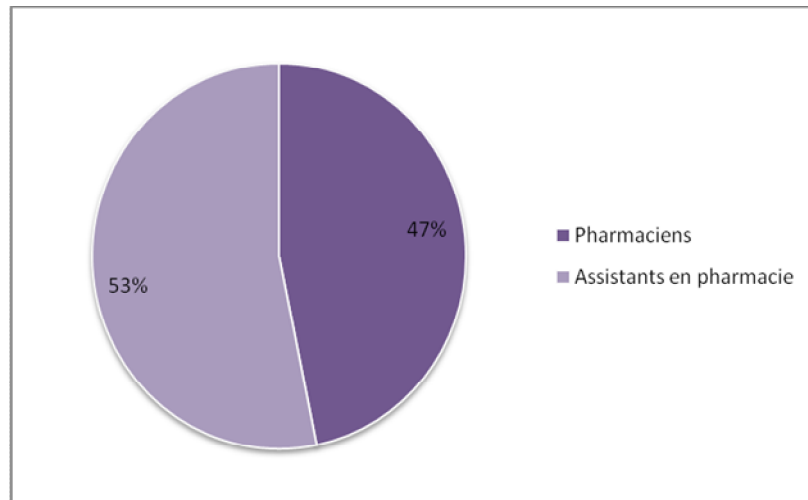


Figure 26 : La répartition des réponses de l'équipe officinale.

1- Informations générales

1.1-Ville d'exercice

On a pu avoir des réponses de la part de pharmaciens et assistants en pharmacie de différentes villes du Maroc (figure 27).

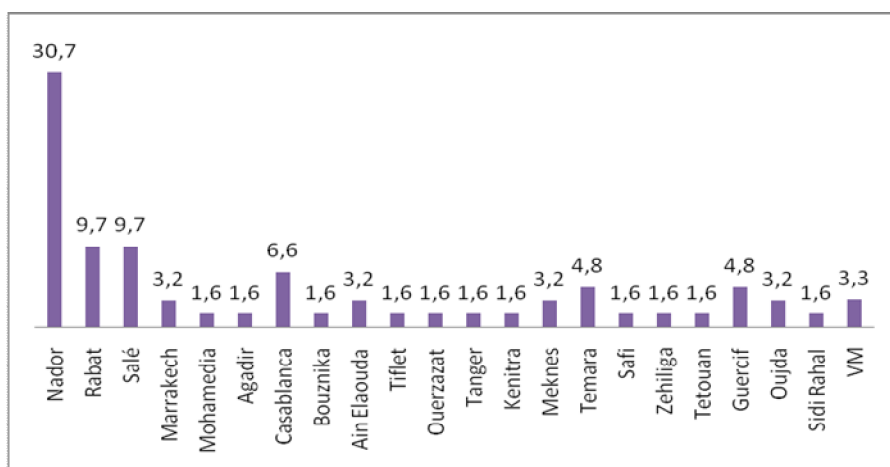


Figure 27 : La répartition des participants selon la ville d'exercice.

1.2-Type de lieu d'exercice

La figure 28 décrit les types de lieu d'exercice des participants.

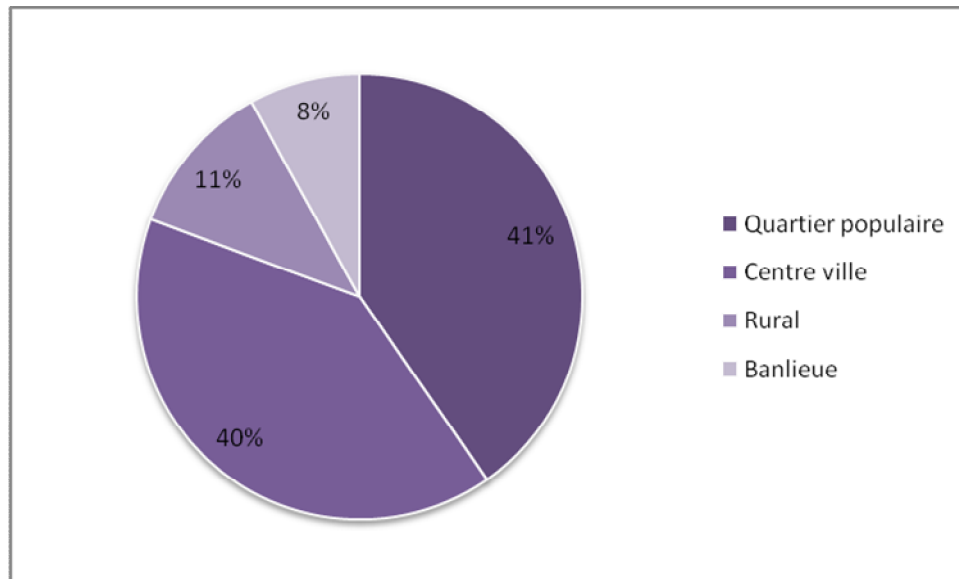


Figure 28 : La répartition des participants en fonction du type de lieu d'exercice.

1.3-Ancienneté d'exercice

Les participants avaient une ancienneté d'exercice moyenne de 17.7 ans. Avec une ancienneté minimale de 1 an et une ancienneté maximale de 35 ans.

2- L'usage des médicaments à base de la cyproheptadine

2.1- La délivrance

a- La délivrance par ordonnance

La figure 29 montre que les médicaments à base de la cyproheptadine étaient rarement prescrits ; la fréquence rare était la plus élevée, avec un pourcentage de 69.4%.

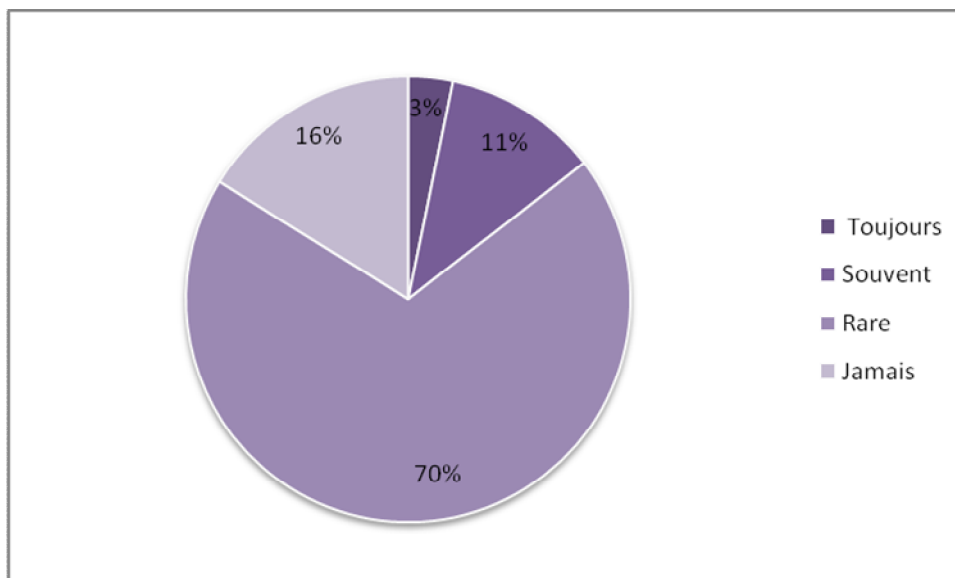


Figure 29 : la délivrance des médicaments à base de la CH par ordonnance.

b- La délivrance par conseil

La figure 30 montre que la délivrance des médicaments à base de la CH par conseil était moins fréquente ; puisque la fréquence rare représentait le pourcentage le plus élevée des réponses (35.5%).

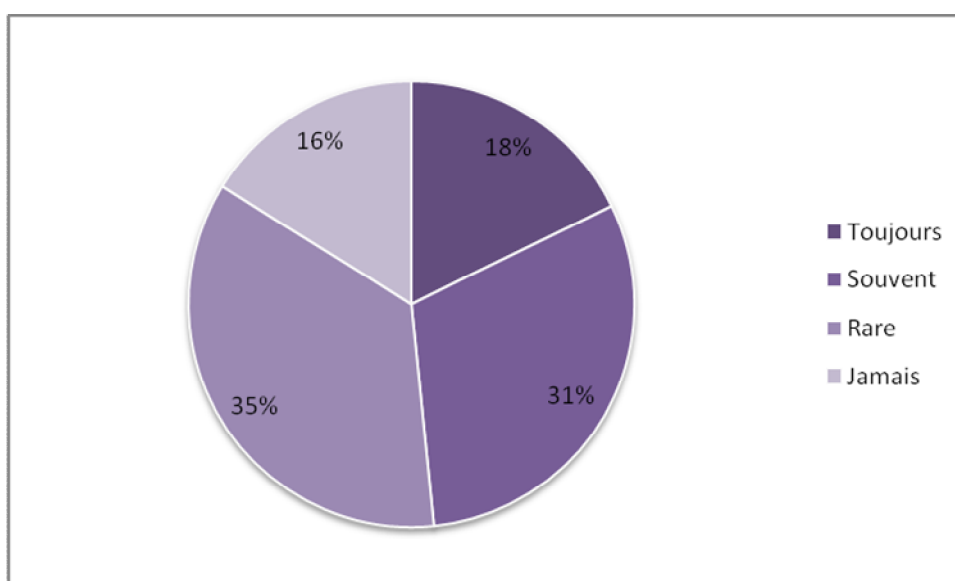
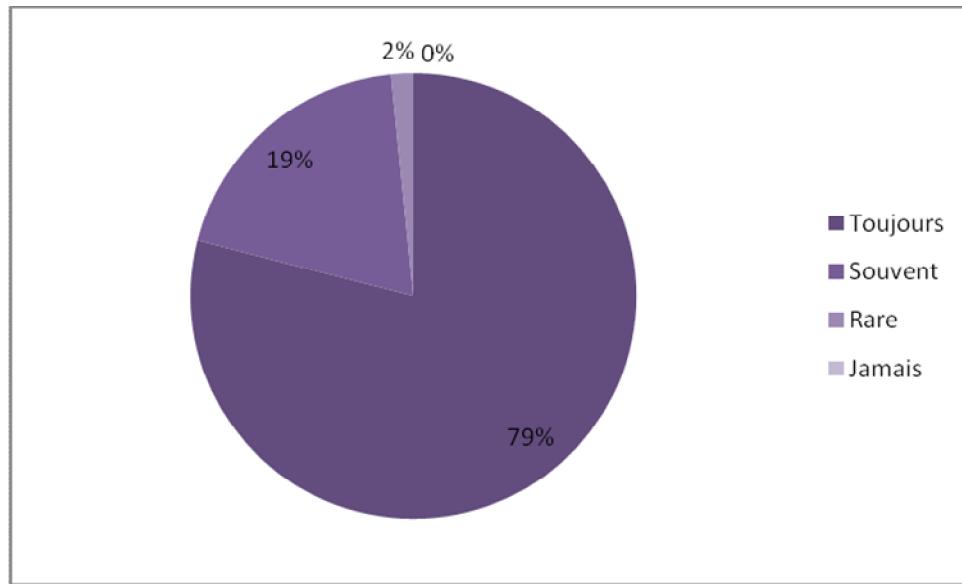


Figure 30 : La description de la délivrance des médicaments à base de la cyproheptadine par conseil.

c- La délivrance par demande du patient

La figure 31 montre que la délivrance des médicaments à base de la cyproheptadine, dans le cadre de l'automédication était très fréquente ; puisque la fréquence toujours représentait 79% des réponses.



**Figure 31 : La description de la délivrance des médicaments
à base de la CH par demande du patient.**

2.2- Les patients et le mésusage

- Dans la figure 32 on observe que la majorité des patients (75.8%), avouaient l'indication pour laquelle ils utilisaient les médicaments à base de la cyproheptadine.

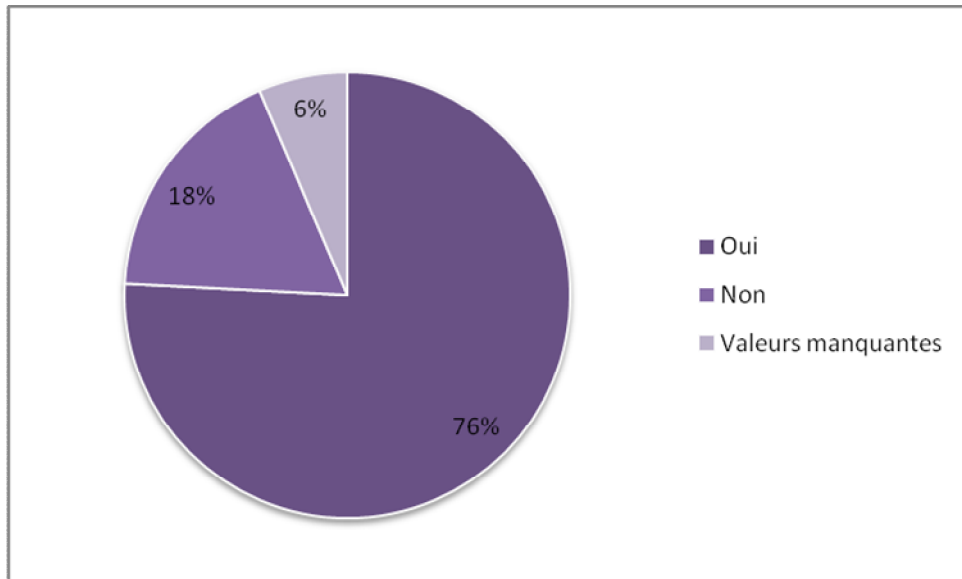


Figure 32 : La répartition des participants selon s'ils s'avouent ou non la raison d'utilisation des médicaments à base de la CH

- 100% des participants déclaraient que l'indication de l'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine, était l'une de ces trois :
 - La stimulation d'appétit
 - La prise du poids
 - L'insomnie.

3- L'usage des médicaments corticoïdes

3.1- La délivrance

Dans la figure 33 on observe que la délivrance des médicaments corticoïdes est assez fréquente ; puisque la fréquence souvent représentait le pourcentage le plus élevé des réponses 45%.

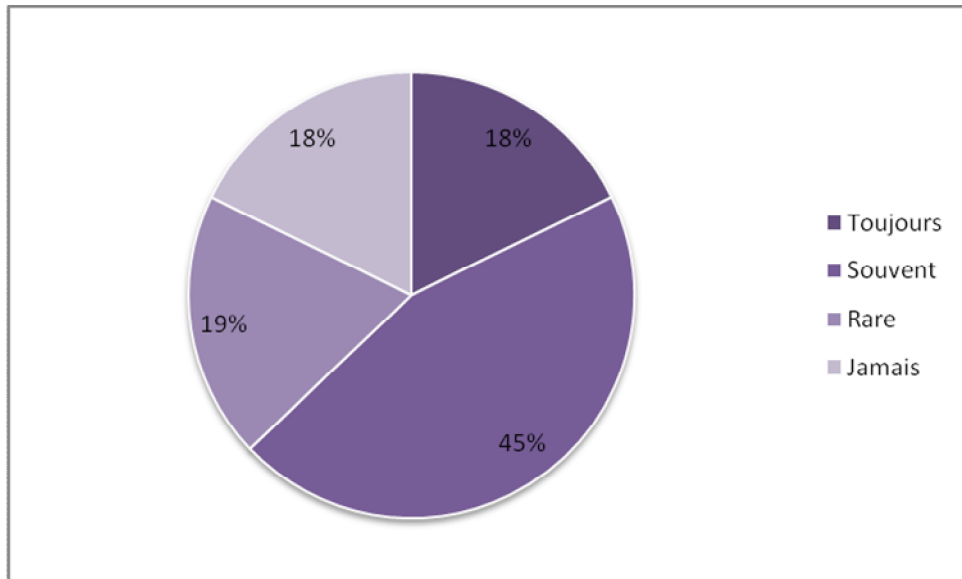


Figure 33 : La description de la délivrance des médicaments corticoïdes par demande du patient.

3.2- Les patients et le mésusage

La figure 34 montre que 61.2% des utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids , n'avouent pas l'indication.

Les participants déclaraient que ces patients refusent d'avouer la raison d'utilisation des médicaments corticoïdes, dans le cadre de l'automédication, pour l'une de ces raisons :

- Crainte d'un refus de délivrance
- Faire tromper le pharmacien
- C'est un sujet d'intimité pour eux.

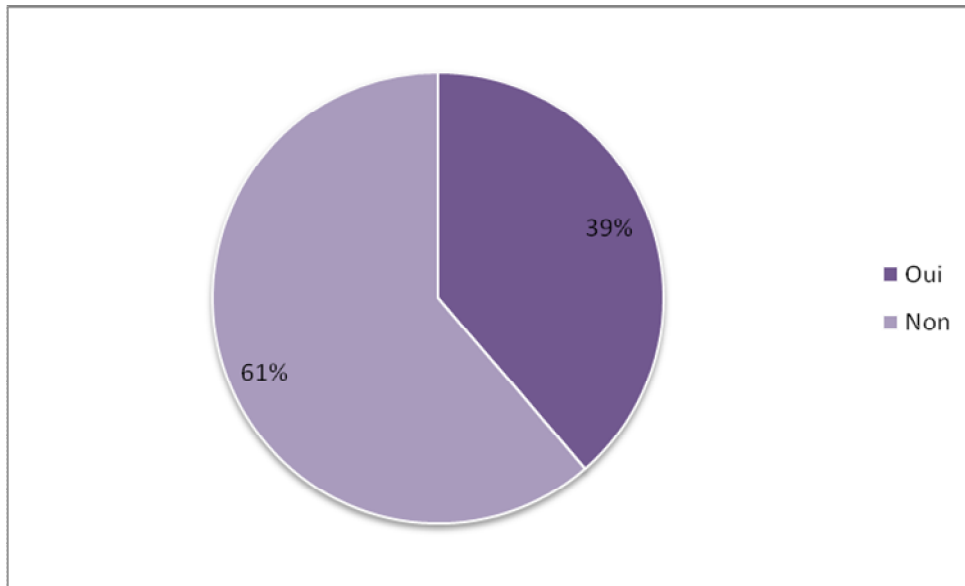


Figure 34 : La répartition des participants selon les patients s'ils avouaient ou non l'indication d'utilisation des médicaments corticoïdes.

3.3- Les noms de spécialités des médicaments corticoïdes concernés.

Le tableau 14 montre que les médicaments nommés : Decadron, Oradexon, Diaster étaient les plus concernés par le mésusage pour la prise du poids (90.3%).

Tableau 14: Les noms de spécialités des médicaments corticoïdes concernés par le mésusage pour la prise du poids.

Nom de spécialité	Fréquence	%
Oradexon-Diaster-Decadron	56	90.3
Celestene-Solupred	4	6.5
Medrol-Cortancyl-Hydracort...	2	3.2
Total	62	100

4- L'expérience de l'équipe officinale

L'ensemble des équipes pharmaceutiques a rapporté, d'après leurs expériences avec les patients utilisateurs des GC ou des médicaments à base de CH pour la prise de poids, que :

- Ce sont des patients difficiles à convaincre, malgré leurs conseils, les pharmaciens finissaient par donner les médicaments demandés.
- Ces patients peuvent utiliser dans le même contexte les produits à base d'indométacine (DI-INDO*) ou à base de théophylline, ou même à base de la desloratadine.
- Quand ils refusent de délivrer l'un des produits à base de corticoïdes, spécialement Oradexon et Decadron dans le cadre de l'automédication, ces patients les prennent chez le voisin et reviennent leur montrer le produit.
- Les médicaments corticoïdes tombent parfois en rupture à cause de ces utilisations.
- Ce phénomène concerne le plus la région du sud du Maroc, surtout l'utilisation des corticoïdes, là où certaines femmes les utilisent avec un régime hypersodé et des lavements rectaux à base d'eau de mer.

5- Conseils pour les patients

La majorité des pharmaciens ou assistants en pharmacie déclarait proposer aux patients demandant un stimulant d'appétit, d'utiliser les stimulants d'appétit à base de fenugrec ou de polyvitamines, ou de pratiquer le sport.

6- L'attitude

Le phénomène de l'utilisation des médicaments à base de cyproheptadine et de corticoïdes pour la prise de poids est vu par l'équipe officinale comme :

- Un problème majeur de santé publique.
- Un problème d'origine culturelle.
- Un problème créé également par les industries pharmaceutiques fabricantes des produits à base de cyproheptadine qui présentent le produit comme un stimulant d'appétit.
- Un problème qui est en relation étroite avec la clientèle; dans le cas du refus de la délivrance, il y a le risque de perdre cette clientèle.

Il y avait également ceux qui ne le considéraient pas comme un problème.

7- Recommandations

Certains pharmaciens proposent pour remédier à ce phénomène les solutions suivantes :

- Faire des conseils diététiques et d'éducation nutritionnelle.
- Gérer les corticoïdes comme on gère les psychotropes.
- Interdire les marchés pour les médicaments à base de cyproheptadine.
- Retrouver des solutions pour permettre à la pharmacie d'officine de rester viable, comme cela il y aura le respect des règles de délivrance des médicaments.

III. Résultats de l'IMS

1-Evolution de la consommation privée des médicaments à base de la cyproheptadine ,au Maroc, entre 2002 et 2016

Les produits à base de la cyproheptadine, représentent 3.1% en unités et 1% en valeur du marché pharmaceutique général.

En 2014, La cyproheptadine a été classé la 4^{ème} molécule, et comme le montreront les figures en dessous, tous les pics de la consommation des produits à base de cette molécule étaient en 2014.

- La figure 35 montre que la consommation annuelle des médicaments à base de la CH, en millions de DDDs, au Maroc, a augmenté de 50 millions à 60.7 millions de DDDs, entre 2002 et 2016. Avec un taux cumulé annuelle moyen de 1.5%.

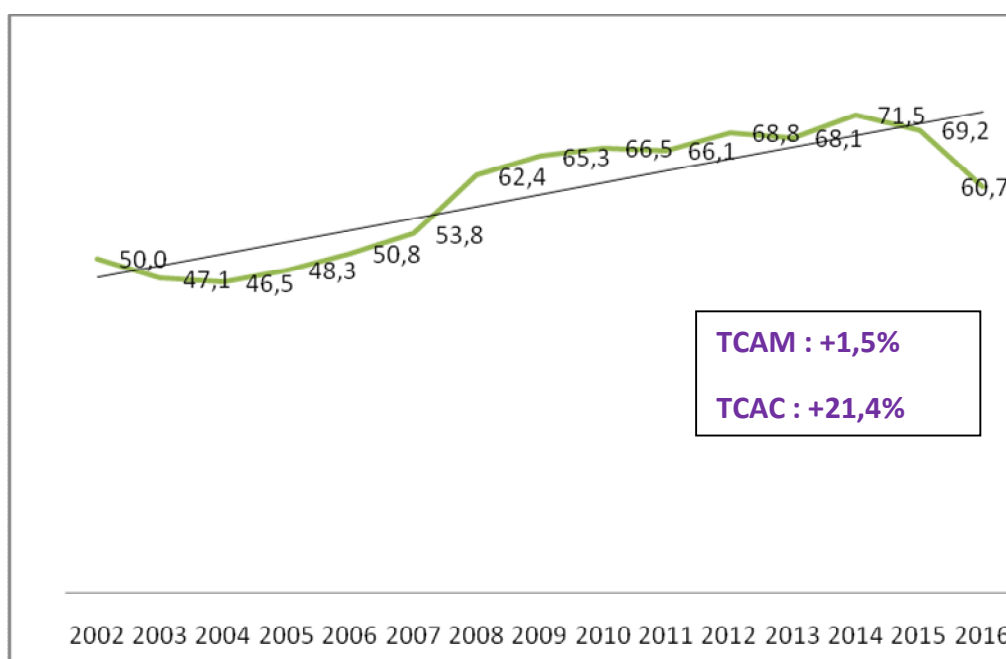


Figure 35 : Evolution de la consommation annuelle des médicaments à base de la CH en Millions de Defined Daily Doses (DDD), au Maroc, entre 2002 et 2016.

- La figure 36 montre que la consommation journalière, en DDDs, des médicaments à base de la CH a également augmenté entre 2002 et 2016. Avec un pic 5.78 millions de DDDs/jour en 2014.

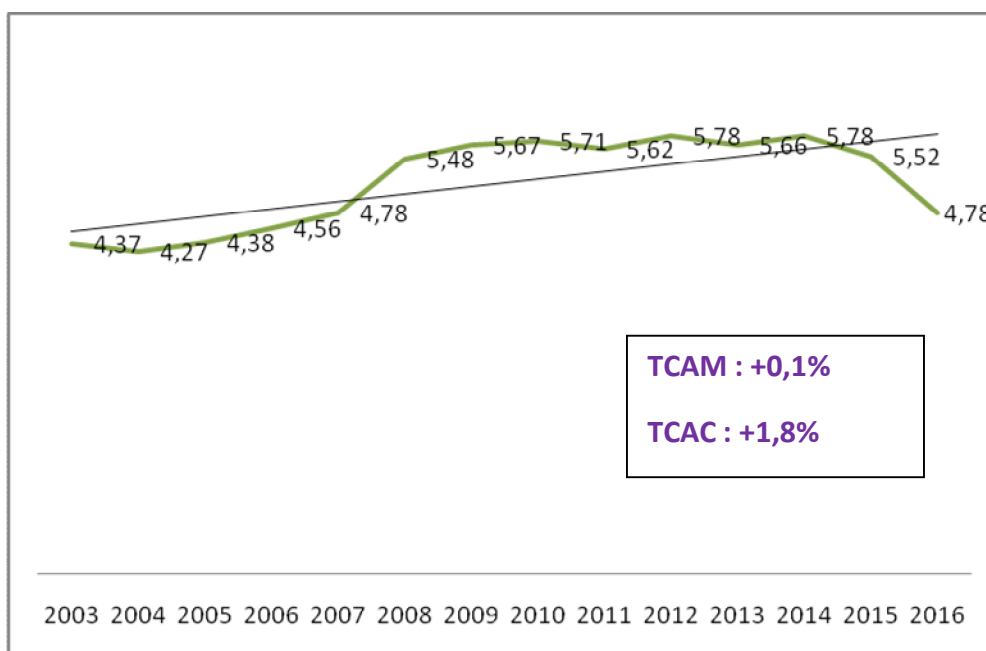


Figure 36 : Evolution de la consommation des médicaments à base de la CH en DDDs/ jour pour 1000 habitants, au Maroc entre 2002-20016

- Dans la figure 37 on observe que les dépenses annuelles des patients liées à l'achat des médicaments à base de la CH, sont très élevées et sont en augmentation entre 2002 et 2016.

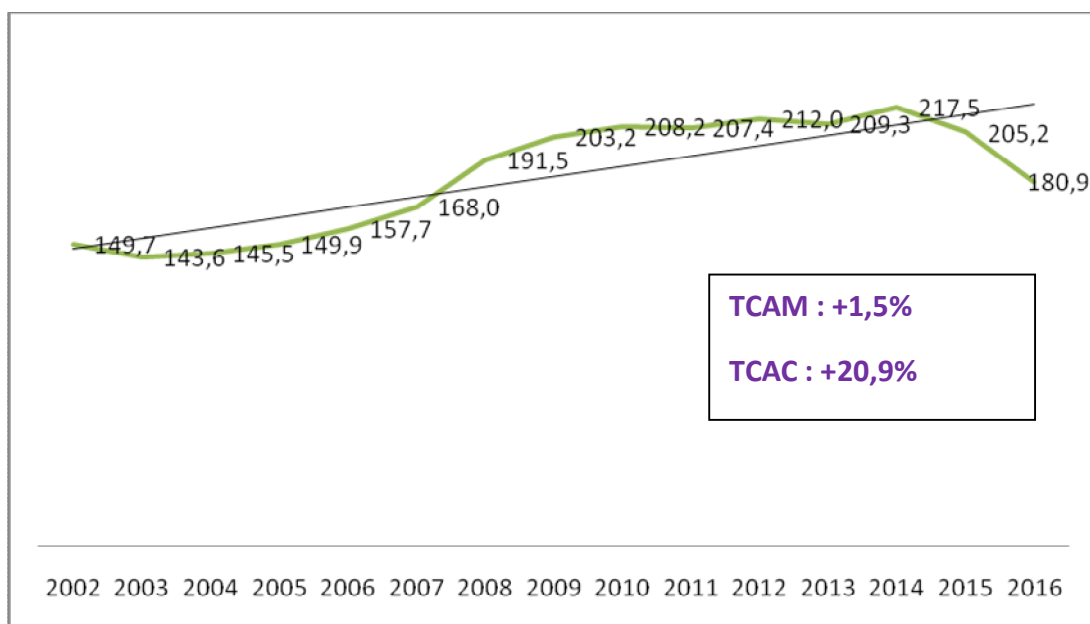


Figure 37 : Evolution des dépenses annuelles des patients liées à l'achat des médicaments à base de la CH, au Maroc, en millions de Dirhams entre 2002 et 2016.

2- Evolution de la consommation privée des corticoïdes systémiques par voie orale

- La figure 38 montre que l'évolution de la consommation des corticoïdes systémiques par voie orale, entre 2002 et 2016, était croissante. Avec un taux de croissance annuelle moyen de 13.4%.

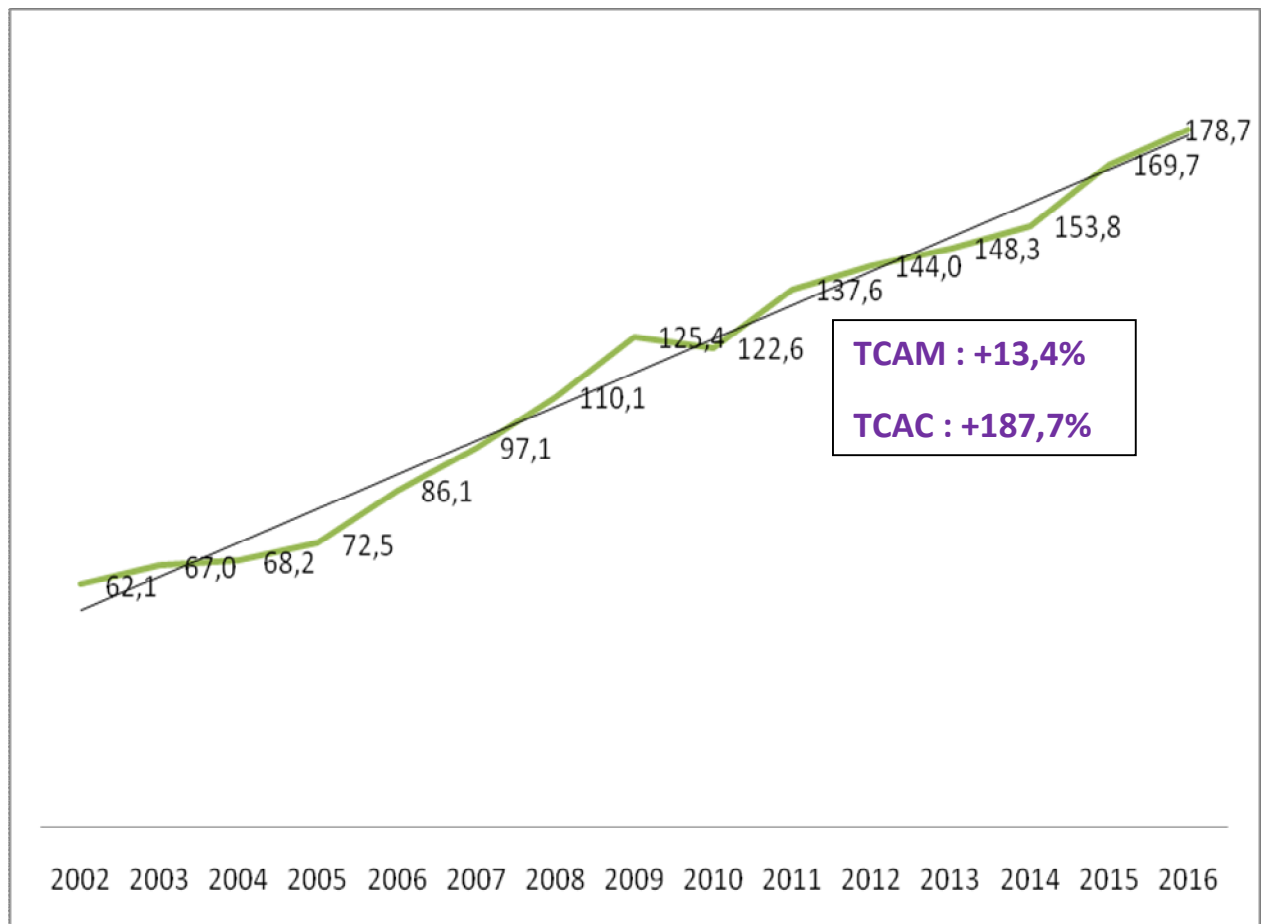


Figure 38 : Evolution de la consommation annuelle des corticoïdes systémiques oraux, en millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016

- La figure 39 montre que l'évolution de la consommation journalière des GC systémiques, en millions de DDDs, entre 2002 et 2016, était croissante.

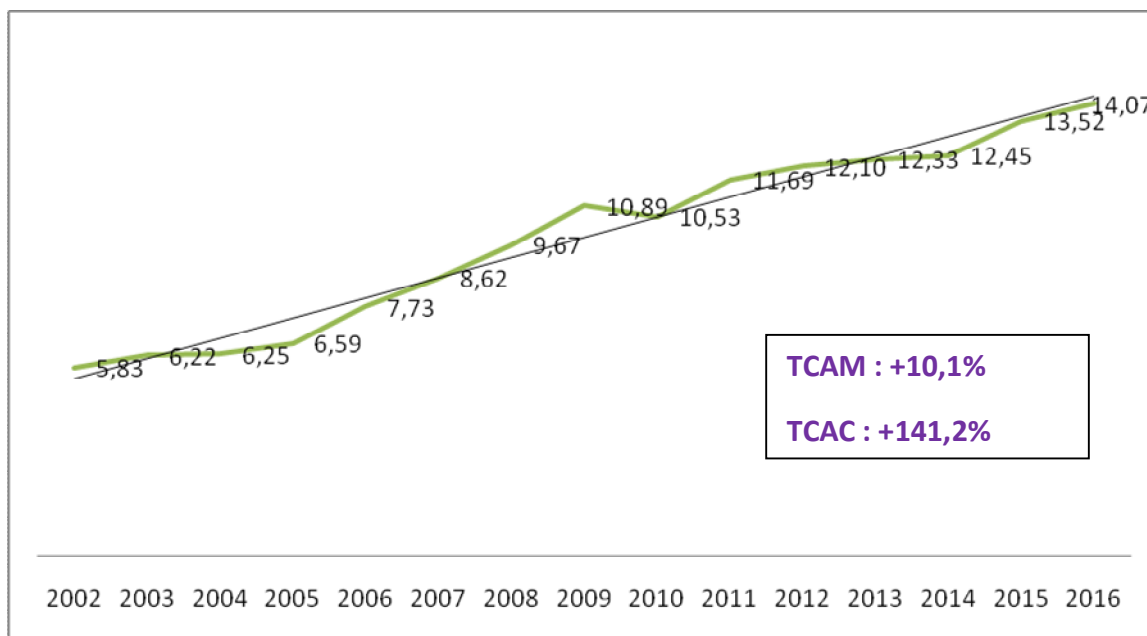


Figure 39 : Evolution de la consommation des corticoïdes systémiques oraux en DDDs /Jour pour 1000 habitants, au Maroc entre 2002-2016

3-Evolution de la consommation privée de 2 spécialités corticoïdes largement utilisés pour augmenter le poids corporel : Oradexon et Decadron

La consommation annuelle et journalière en millions de DDDs des 2 spécialités à base de la dexaméthasone (Oradexon et Decadron), entre 2002 et 2016, était en augmentation. (figure 40 ,41,42,43).

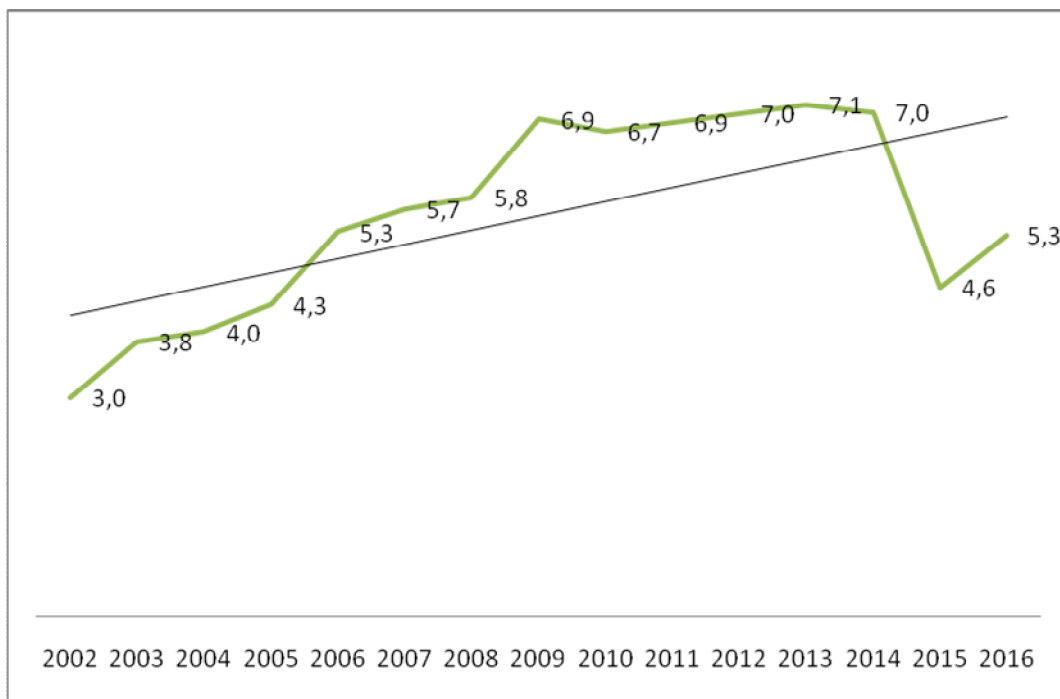


Figure 40: Evolution de la consommation annuelle d'ORADEXON (dexaméthasone) en millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016.

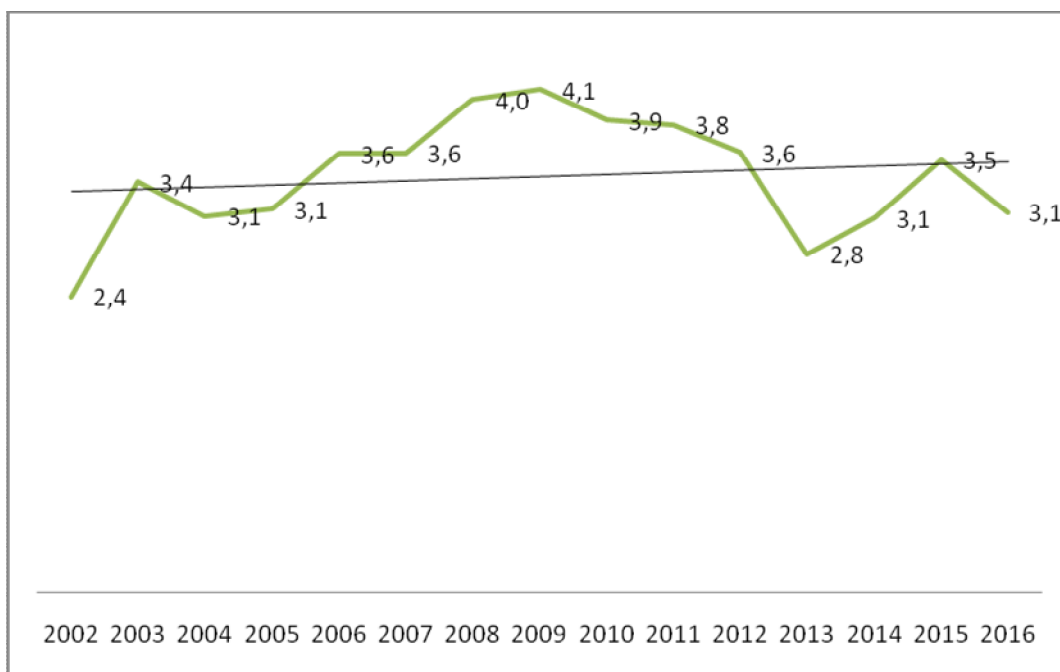
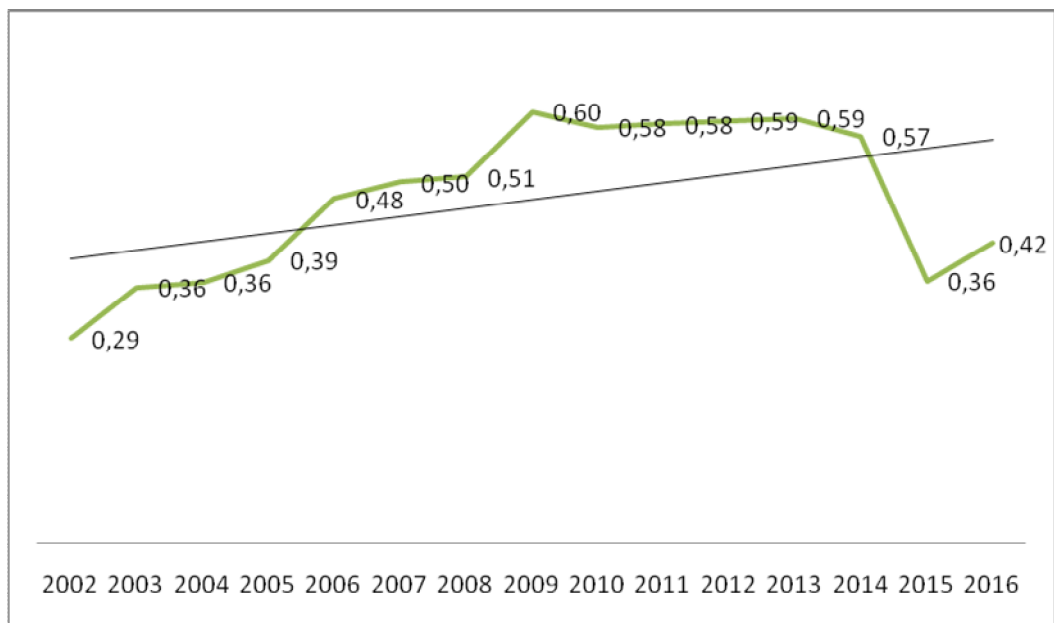
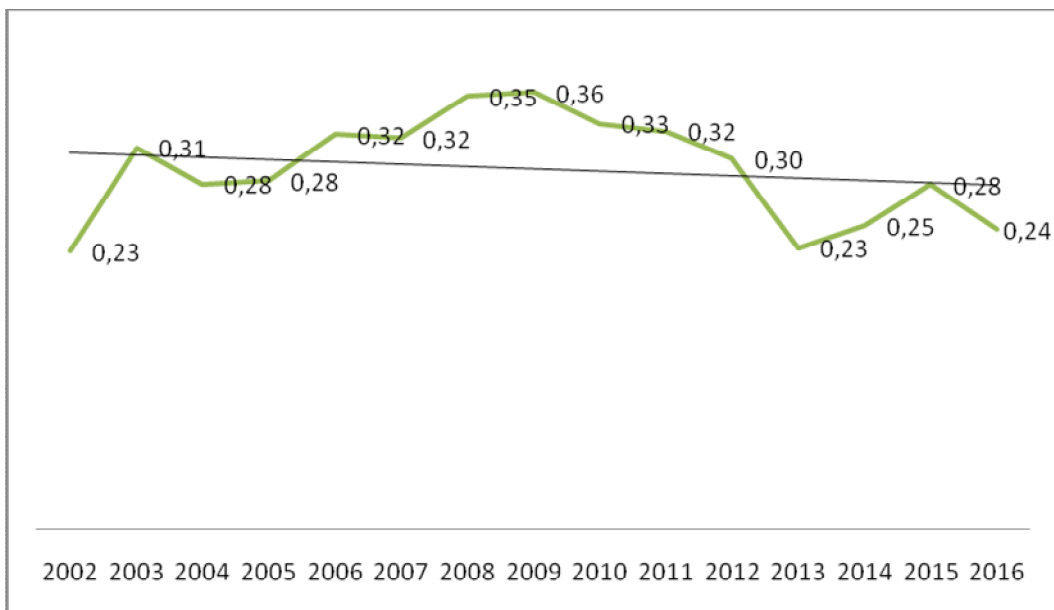


Figure 41 : Evolution de la consommation annuelle du DECADRON (Dexaméthasone), en Millions de DDDs, au Maroc, entre 2002 et 2016.



**Figure 42 : Evolution de la consommation de l'ORADEXON (dexamethasone)
en DDDs/Jour pour 1000 habitants, au Maroc, entre 2002 et 2016.**



**Figure 43 : Evolution de la consommation du DECADRON (dexamethasone)
en DDDs/Jour pour 1000 habitants, au Maroc ,entre 2002 et 2016.**

Discussion

1-Analyse sociodémographique du phénomène

Cette étude a démontré que le phénomène d'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise de poids a concerné le sexe féminin plus que le sexe masculin, les analphabètes plus que ceux qui ont un niveau d'enseignement supérieur, les célibataires plus que les mariés, et les jeunes plus que les personnes âgées de plus de 50 ans. Ce mésusage a concerné des personnes ayant une corpulence normale. L'étude a démontré également que la majorité des utilisateurs de corticoïdes les utilisait en association avec l'un des produits à base de CH, et que certains utilisateurs de ces derniers l'associaient à l'un des médicaments à base de corticoïdes.

Pour les utilisateurs de médicaments à base de CH, sur un échantillon de 110 patients, 93.6% étaient du sexe féminin, 46.4% étaient célibataires et 37.3% mariés. La tranche d'âge des 25-30 ans était la plus concernée (29.1%), et celle des 55-70 ans était la moins concernée (2.7%). 40% des patients étaient de niveau d'instruction secondaire et 17.3% étaient analphabètes, tandis que seulement 14.6% étaient de niveau supérieur. 50% des patients avaient une corpulence normale, 9.1% avaient un surpoids, 1.8% étaient obèses et le reste ne connaissait pas leur poids ou leur taille.

Parmi les 23 utilisateurs de corticoïdes, 95.7% étaient du sexe féminin. La tranche d'âge des 27-39 ans était la plus concernée (43.5%), et la tranche d'âge des 40-50 ans était la moins concernée (17.4%). Les analphabètes représentaient 30.4% des patients, et ceux ayant un niveau d'étude supérieur ne représentaient que 13%. Les célibataires constituaient 60.8% et les mariés 17.4% des patients. 69.6% ne connaissaient pas leur poids ou leur taille, 17.4% avaient une corpulence normale, 8.7% avaient une corpulence maigre, et 4.3% avaient un surpoids. 50.9% associaient ces médicaments aux produits à base de CH.

Les corticoïdes utilisés par ces patients sont : la dexaméthasone (82.6%), (Decadron (34.8%), Oradexon (47.8%) et la bétaméthasone (17.4%)(Celestene).

Ces résultats se rapprochent des données obtenues dans une étude similaire qui a été menée au Congo, en 2011, sur 499 échantillons [21]. Cette étude a démontré que le mésusage des médicaments à base de CH avait une incidence de 72.9% et qu'il était significativement lié au sexe (les femmes (88.9%) les utilisaient plus que les hommes (34.7%)), à l'âge (les participants âgés de 13 à 19 ans (77.8%) l'utilisaient plus que ceux qui sont âgés de 36 à 55 ans (43.5%)), au niveau d'instruction (les analphabètes (94.9%) plus que ceux ayant un

niveau d'étude supérieur (65.4%)) et au statut familial (les célibataires (79.3%) l'utilisaient plus que les mariés (67.7%)). Les médicaments à base de dexaméthasone étaient les plus associés aux médicaments à base de CH (87%).

La différence des pourcentages est due à la différence entre la taille des échantillons. Nous avons travaillé sur 110 patients, et nous avons ciblé uniquement les utilisateurs. Par contre, dans cette étude, l'échantillon était plus large (499 participants), ils ont ciblé les utilisateurs et les non-utilisateurs qui étaient successivement 364 et 135, c'est pour cela qu'ils ont eu l'incidence. Pour nous, vu la difficulté de recrutement des patients, il n'a pas été possible de cibler les non-utilisateurs.

Dans cette étude, la tranche d'âge des 13-19 ans était la plus concernée avec un pourcentage de 77.8%. Par contre, dans notre étude elle était moins concernée (8.2%) par rapport à la tranche des 25-30 ans qui était la dominante. La différence entre les 2 résultats est peut-être due à la période pendant laquelle nous avons mené l'étude, qui était la période des études scolaires, donc il y avait moins d'utilisation des produits à base de CH puisque leur effet somnolent diminue leurs performances intellectuelles. Des patients de cette tranche d'âge ont déclaré qu'ils n'utilisaient que rarement ces produits durant l'année et qu'ils les utilisaient surtout pendant la période de vacances. Ou peut-être est-elle due à la tendance de cette nouvelle génération à la minceur sous l'effet des médias, ou bien parce que cette utilisation dépasse la perception de l'image corporelle et l'estime que cherche un adolescent par la prise du poids, mais c'est une question d'attirer un homme pour se marier puisque cela a plus concerné la tranche des 25-30 ans qui est l'âge du mariage chez la femme, puisque le phénomène a concerné les femmes et les célibataires. De même, peut-être au Congo comme en Afrique du sud, l'âge entre 13 et 19 ans est l'idéal pour le mariage de la femme. Des études décrivaient que dans ces pays, ils préparaient les filles dès l'âge de 9-11 ans pour le mariage précoce par des pratiques comme le gavage [22], ce qui peut expliquer la prédominance de cette tranche d'âge dans l'étude.

Le pourcentage des utilisateurs de médicaments à base de CH qui l'utilisaient en association avec la dexaméthasone était de 9% dans notre étude contre 87% dans l'étude du Congo. La raison principale est que les utilisateurs de la dexaméthasone, durant notre étude, n'en avouaient pas l'utilisation ; à leurs avis, c'est un sujet d'intimité, la preuve en est que pour les utilisateurs de corticoïdes, nous avons pu recruter à peine 23 patients pour une période de 6 mois. Ces patients n'avouaient pas la vraie raison d'utilisation par crainte du refus de

délivrance, ou parce qu'ils savaient qu'il s'agit d'un mésusage. Donc, au Maroc comme au Congo, le phénomène est féminin, plus précisément les femmes célibataires, jeunes et analphabètes ou n'ayant pas un niveau d'instruction élevé.

Au Congo, comme les autres pays de l'Afrique subsaharienne, l'obésité ou le surpoids est un critère de beauté principale chez la femme africaine, un signe de richesse et de bonne santé. Une étude qui avait pour objectif de comprendre l'obésité en Afrique a révélé que l'urbanisation rapide et la transition nutritionnelle n'étaient pas suffisantes pour expliquer l'augmentation de l'obésité dans certains pays d'Afrique du Sud, mais la valorisation des femmes en surpoids ou obèses qui a permis à l'obésité d'être recherchée volontairement. Il a été fait état de la philosophie africaine du « plus le ventre est gros, mieux c'est », et qu'il existait même des concours de beauté pour valoriser la beauté de la femme africaine voluptueuse[22].

Une autre étude a révélé la relation entre l'infection au VIH et la perte de poids dans les pays d'Afrique du sud, jusqu'à ce que les femmes deviennent convaincues de ne plus vouloir s'engager dans une activité physique pour ne pas perdre du poids et être considérées comme malades du SIDA [23].

Au Maroc, la femme maigre a été considérée souvent comme affamée, malade, nerveuse et cachant une psychose. Chez nous, l'obésité ou le surpoids est un critère de beauté, de bonne santé et de bien-être, avec quelques différences d'une région à l'autre et spécialement dans la région du sud. Une étude menée à Smara (ville au Sud du Maroc) en 2001 a révélé que 60.5% des femmes sahariennes étaient obèses contre 39.5% qui étaient originaires d'autres régions du Maroc, et que ces femmes percevaient leur excédent de poids comme normal, ce qui permet leur recours à la pratique de l'engraissement [24]. Ce qui est en accord avec ce qu'a rapporté l'équipe officinale, c'est-à-dire que l'abus des corticoïdes et de la cyproheptadine concerne plus la région du sud.

1.1-Répartition géographique du phénomène

L'utilisation des corticoïdes et de la cyproheptadine pour la prise de poids a concerné certaines régions plus que d'autres. Durant notre enquête avec les pharmaciens et les assistants en pharmacie, le phénomène a concerné les petites villes et les patelins plus que les grandes villes; et certains lieux plus que d'autres, le milieu rural plus que le milieu urbain, les quartiers populaires plus que les centres-villes. Ce qui justifie notre choix des pharmacies

situées dans des quartiers populaires et ruraux comme milieu d'étude. Le phénomène concerne le sud plus que le reste du Maroc.

Parmi les pharmaciens interrogés, il y avaient ceux qui exercent au sud et nous ont parlé de l'ampleur de ce phénomène dans cette région, surtout les corticoïdes et plus spécialement la dexaméthasone qui se vendait même dans les épiceries. Ils nous ont parlé également du nombre énorme d'unités de ces produits commercialisés, qui est incomparable avec celui des autres régions du pays.

Cette répartition régionale a été confirmée par l'étude de M. Belaiche, en parlant de la concentration de la consommation des médicaments à base de CH qui était à Casablanca, la côte atlantique sud (Safi, Essaouira, Agadir, Sahara..) et le sud (Ouarzazate, Marrakech et Errachidia). Des cas d'empoisonnement par la CH ont été signalés au centre marocain antipoison et de pharmacovigilance, pour des personnes résidant dans leur majorité dans ces 3 régions [13].

Nous n'avons pas pu demander les villes d'origine des patients, et nous n'avons pas pu avoir les chiffres de ventes selon les villes et les types de lieu, pour confirmer cette répartition. Nous nous sommes basés seulement sur les déclarations des participants.

Cette utilisation concerne les patelins, les quartiers populaires, les milieux ruraux et les périphéries, là où le niveau socio-économique et le niveau d'enseignement sont diminués et **où l'analphabétisme est élevé, là où les gens gardent encore les croyances sur l'obésité** comme critère de beauté, et où ils ignorent l'impact de l'obésité sur la santé et toutes les complications qui l'accompagnent... contrairement au centre de grandes villes où la population est plus instruite et consciente des dangers de l'excès de poids sur la santé, et qui suit un mode de vie plus moderne, sous l'influence de la publicité occidentale et donc qui a tendance à la minceur.

1.2-L'IMC et la perception de l'image corporelle

Pour les utilisateurs de produits à base de CH, pour la prise de poids 50.9% avaient une corpulence normale, 9.1% avaient un surpoids, 1.8% avaient une obésité et uniquement 6.4% avaient une corpulence maigre, pourtant seuls 31.8% n'avaient pas de données sur leur poids ou leur taille.

Pour les utilisateurs de corticoïdes pour la prise de poids, 69.6% ne connaissaient pas leur poids ou leur taille, 17.4% avaient une corpulence normale, 8.7% avaient une corpulence maigre et 4.3% avaient un surpoids.

L'utilisation des produits à base de CH et des corticoïdes pour la prise de poids concerne des personnes qui ont une corpulence normale plus que ceux qui sont maigres, concerne également ceux qui avaient de l'embonpoint ou une obésité. Ces utilisateurs, malgré qu'ils se portaient bien du point de vue corpulence ou qu'ils avaient un excès de poids, se percevaient comme maigre ou normaux; les femmes sont les plus concernées, et comme le montrent les résultats, il y avait des utilisateurs qui ne connaissaient pas leur poids et/ou leur taille, et qui n'avaient pas l'habitude de se peser et de se mesurer. Quand nous avons demandé à ces femmes si elles cherchaient un poids particulier à atteindre, elles ont déclaré qu'elles ne cherchaient pas un poids mais une morphologie particulière, elles cherchaient une rondeur avec des caractéristiques féminines généreuses, et ne connaissaient pas cette notion du rapport poids/taille. Nous avons fait une petite navigation sur un forum français, suite à la conversation des utilisateurs d'un produit à base de CH pour la prise de poids, et nous avons remarqué qu'ils l'utilisaient pour atteindre leur poids idéal pour une taille donnée.

Au Maroc, des femmes en bonne santé et de corpulence normale, ou qui ont un excédent de poids et se perçoivent comme maigre, sont d'une part sous la charge des croyances sociales qui valorisent la femme ronde et la considèrent comme belle, riche et en bonne santé, et d'autre part, elles suivent le dictat de l'homme qui est à la recherche d'une femme obèse plus que d'une femme mince.

Certaines femmes étaient sous la charge de leurs maris qui leurs demandaient de prendre du poids, et d'autres étaient sous la charge de la famille de leurs maris qui les dévalorisaient ; d'autres avaient des métiers qui exigent un poids excédent comme le cas d'une danseuse. Cette appréciation de la femme voluptueuse est due à la liaison inconsciente entre femme et mère, c'est-à-dire une femme qui a des gros seins et qui peut allaiter; celle qui possède des fesses généreuses peut procréer de façon saine. Des études ont démontré que les femmes qui ont un angle de 45° entre le dos et le postérieur sont plus attirées par les hommes que d'autres, que cet angle n'avait aucune relation avec le volume des fesses, et que cet angle signifie inconsciemment que la femme peut procréer sans altérer la colonne vertébrale. Donc d'après

ces chercheurs, ce sont les courbures de la colonne vertébrale des femmes qui affectent leur attractivité [25].

Nous revenons toujours à la notion de l'image corporelle, qui est divisée selon Bob Price en corps réel, corps idéal et apparence. Prenons le corps réel qui est le corps existant et le corps idéal qui est le corps dicté par la culture, la société et les médias. Dans notre cas, le corps idéal c'est le corps obèse, et quand l'image du corps réel et l'image du corps idéal ne s'accordent pas, il se passe une perturbation de l'image mentale du corps idéal, et toute perturbation du corps idéal peut influencer directement l'équilibre mental et physique de la **personne** [17].

2-L'ampleur du phénomène

2.1- La cyproheptadine, une molécule à usage détourné et non contrôlé

- ***Le mésusage de la CH***

Les utilisateurs de produits à base de cyproheptadine déclaraient qu'ils les utilisaient pour l'une de ces raisons : la stimulation de l'appétit et la prise de poids (51.8%), la stimulation de l'appétit (40%), la prise de poids (7.3%) ou pour le sommeil (1%). En revanche, aucun utilisateur ne l'utilisait pour guérir l'allergie, qui est l'indication principale de la molécule pour laquelle elle a obtenu son autorisation de mise sur le marché. Pourtant, l'effet orexigène n'est qu'un effet indésirable. L'enquête réalisée avec l'équipe officinale a révélé les mêmes données. 100% des participants déclaraient que les patients utilisaient les produits à base de cyproheptadine pour l'une de ces 3 indications : appétit, prise de poids et sommeil.

Les produits à base de cyproheptadine étaient rarement connus par leurs utilisateurs comme des antiallergiques, puisque 60.9% des patients déclaraient qu'ils ne connaissaient pas cette information.

Cette confusion d'information peut être expliquée par le mode de présentation du produit : noms commerciaux en relation avec l'appétit (Pervital, Nuravit, Antinorex, Apetine, Nurabol, Pernabol), des produits associés à des vitamines (Nuravit, Nurabol) ou à des acides aminés et vitamines (Tresorix, Pervital), et l'emballage qui donne l'impression qu'il s'agit d'un stimulant d'appétit, ainsi que les fiches de publicité qui ne donnent aucune idée sur l'effet antiallergique de ces produits.

Donc la cyproheptadine au Maroc n'est plus utilisée pour ses propriétés antihistaminiques, elle est utilisée essentiellement pour son effet orexigène.

Plusieurs études ont prouvé l'efficacité de la cyproheptadine dans la stimulation de l'appétit et la prise de poids [7] [26] [27], et dans des maladies qui provoquent l'anorexie telle que la fibrose kystique [28] et le cancer [29], mais sous contrôle médical schématisé du point de vue durée et posologie. Au Canada, les produits à base de cyproheptadine sont utilisés également pour leur propriété orexigène en tant qu'indication et non comme effet indésirable, à condition qu'elle soit sous un schéma qui est précisé même dans la notice du produit [30] et qui nécessite obligatoirement un avis médical, c'est-à-dire seulement pour des gens anorexiques. Dans notre cas, les utilisateurs sont des gens en bonne santé et qui sont dans leur majorité de corpulence normale, ou quelquefois en surpoids et qui ne souffrent pas d'anorexie, mais qui les utilisent pour stimuler l'appétit et devenir hyperphagique pour prendre davantage de poids et avoir des rondeurs qui attirent le sexe opposé. Cet usage est non contrôlé, puisque ces produits sont utilisés pour de longues durées pouvant aller jusqu'à vingt ans, et il y avait ceux qui ne respectaient pas la posologie et qui pouvaient boire le sirop à partir du flacon, ou mélanger deux formes galéniques du même produit, ce qui augmente le risque d'intoxication. D'ailleurs, plusieurs cas d'intoxications à la CH ont été signalés au centre marocain antipoison et de pharmacovigilance, dont 80% étaient des femmes [13]. Il y avait également des cas qui présentaient des contre-indications à ces produits, comme l'asthme et le glaucome, qui ressentaient successivement une broncho constriction et un flou de vision sans savoir que le médicament est contre-indiqué dans ces cas.

- **Automédication élevée**

La preuve que les produits à base de CH ne sont pas utilisés sous le contrôle des professionnels de la santé, c'est que ces produits étaient dans 69.1% des cas recommandés d'un utilisateur à un autre, et rarement recommandés à la pharmacie (14.5%) ou prescrits (16.4%). L'équipe officinale a rapporté également que la délivrance de ces produits par demande du patient était quotidienne à 79%. Par contre, la délivrance par ordonnance était rare à 70%, et de même la délivrance dans le cadre d'un conseil pharmaceutique était rare.

Donc, l'automédication est la principale méthode d'utilisation des médicaments à base de cyproheptadine. C'est devenu une mode dans les salles de sport masculines, d'après ce qu'a rapporté un moniteur de sport, qui lui-même le recommandait pour ceux qui s'entraînent chez lui. Il y a aussi de nombreuses vidéos sur les réseaux sociaux qui présentent ces produits

comme un véritable remède pour la prise de poids, soit seuls soit en mélange de deux formes galéniques du même produit. En assurant les auditeurs que c'est un produit très efficace et sécurisé parce qu'il est vendu à la pharmacie, cela aggrave le problème.

- ***Dépendance psychique***

Les utilisateurs des médicaments à base de cyproheptadine pour la prise de poids sentaient dans 72.1% des cas une coupure de l'appétit juste après l'arrêt du médicament, et seulement 20% ont déclaré que leur appétit restait normal ; c'est pour cela que 80.8 % n'arrêtaient la prise de ces médicaments que temporairement.

Il s'agit d'une addiction au produit qui a permis aux patients d'avoir de longues durées d'utilisation, et uniquement 11.6% ont arrêté définitivement l'utilisation de ces produits **pour éviter la dépendance psychique.**

Cette dépendance psychique augmente le risque du mésusage des produits à base de CH. Pour les faibles pourcentages qui souffrent d'anorexie, ils ne vont pas pouvoir réguler leur trouble de l'appétit puisqu'ils ne vont pas prendre l'habitude de manger sans l'administration du produit. Pour maintenir leur poids, ils vont continuer la prise médicamenteuse, et le risque d'embonpoint et d'obésité va augmenter.

2.2- Usage abusif

- **La vente des produits à base de CH**

Au Maroc existent 9 produits à base de CH, sous deux formes galéniques, sirop et comprimé, dont 4 sont associés à des vitamines. En France la CH est représentée par un seul **produit qui est la Periactine.**

D'après les données de l'IMS, les médicaments à base de cyproheptadine représentent 3.1 en unités et 1.0% en valeur du marché pharmaceutique général.

La courbe d'évolution de la consommation annuelle des produits à base de cyproheptadine en Millions de Defined Daily Doses (DDDs) au Maroc entre 2002 et 2016, montre que la consommation de ces produits est en augmentation avec un taux de croissance annuelle moyen de 1.5% et un taux de croissance annuelle cumulé de 21.4% . Elle est passée de 50 millions de DDS en 2002 à 60.7 millions de DDS en 2016 avec un pic de 71.5 millions de **DDS en 2014, sachant que la cyproheptadine a été classée en 2014 comme 4ème molécule. Cela** montre qu'il y a un usage abusif des médicaments à base de CH, c'est un

abus pour la prise de poids, parce que comme on l'a vu la cyproheptadine n'est plus utilisée comme un antihistaminique par la population marocaine.

- **Le prix adéquat des produits à base de CH**

L'existence de 9 produits à base de CH a également participé à cet abus, ainsi que, l'existence de 2 formes galéniques, et avec des prix à la portée de tout le monde qui peuvent aller de 12.15 Dh (Nurabol SP) jusqu'au 32.40 Dh (Tresorix SP) pour la forme sirop, et de 15.20 Dh (Nurabol CP) jusqu'au 43.80 (Pervital CP) pour la forme comprimé[9].

En général, pour chaque produit, la forme sirop est la moins chère par rapport à la forme comprimé, ce qui explique la prédominance de l'utilisation de la forme sirop par les patients (56.4%), à l'exception des gens qui pensent que la forme sirop est la plus efficace.

Cette notion du prix explique par excellence l'abus des produits à base de CH. Le Tresorix était le sirop le moins utilisé parce qu'il est le plus cher. 87.3% des utilisateurs de produits à base de CH n'ont jamais utilisé les stimulants d'appétit à base de fenugrec, et la raison principale de la non-utilisation était leur coût élevé pouvant aller de 69.00 Dh jusqu'à 85.00 Dh.

- ***Satisfaction des patients***

Les utilisateurs de produits à base de CH pour la prise de poids ont montré une grande satisfaction vis-à-vis des produits. 81.8% des patients étaient satisfaits des résultats obtenus, et 52.7% n'ont jamais essayé aucune alternative.

Le goût acceptable, la facilité d'utilisation et l'efficacité garantie du produit étaient les motifs déclarés par les patients qui n'ont pas utilisé d'autres alternatives, contrairement aux remèdes traditionnels qui demandent du temps pour la préparation et pour l'apparition des effets, et qui peuvent avoir un goût désagréable ou des effets sur la santé.

Ces utilisateurs ont montré une grande confiance envers ces produits puisqu'ils sont vendus à la pharmacie donc ils sont sécurisés. Au cours de l'enquête, nous avons remarqué l'étonnement de ces patients quand on leur a demandé à les interroger à propos de ces produits ; avant de commencer les questions, ils se demandaient pourquoi ce produit ne serait pas bien et essayaient de nous rassurer sur le fait que le produit n'avait aucun effet néfaste sur leur santé malgré leurs longues années d'utilisation.

Ces patients ont exprimé leur satisfaction pour ces médicaments en disant qu'ils sentaient une amélioration remarquable dans leur mode de vie, ils mangeaient bien, dormaient bien et en même temps ils traitaient leur allergie (pour les 37.1% qui savaient que c'est un antiallergique).

2.3-Les corticoïdes comme des alternatives ou des adjuvants à la cyproheptadine

Sur les 110 patients utilisateurs des produits à base de CH, 9% les utilisaient en association avec l'un des produits à base de dexaméthasone. 2% l'ont utilisé comme alternative.

Sur les 23 utilisateurs des médicaments corticoïdes pour la prise de poids, 60.8% les utilisaient uniquement pour la prise de poids, et 39.2% les utilisaient pour l'appétit et le poids.

Ces corticoïdes utilisés étaient la dexaméthasone à 82.6 % et la bétaméthasone à 17.4%. Dans 90.3% des réponses de l'équipe officinale, les noms des spécialités les plus concernées étaient le Diaster qui est à base de cortivazol, Oradexon et le Decadron qui sont à base de dexaméthasone. 6.5% étaient pour le Celestene (la betamethasone) et le Solupred (prednisolone) et les 3.2% restantes étaient pour les autres corticoïdes. Donc la dexaméthasone est la molécule la plus concernée par ce mésusage.

Les corticoïdes constituaient pour ses utilisateurs la meilleure alternative ou le meilleur remède pour gagner du poids, parce qu'elles présentaient l'avantage de la rapidité de l'effet par rapport à la CH et à tous les autres produits aidant à la prise de poids, et pour certains utilisateurs c'était également une sorte de tonus physique. 95.7 % ont montré leur satisfaction par rapport aux résultats obtenus, et 60.9% n'ont essayé aucune alternative aux corticoïdes ou à l'association CH-corticoïdes.

Du point de vue pharmacologique, les corticoïdes entraînent une rétention hydro sodée, ce qui permet l'apparition d'œdèmes sur le corps entier, surtout que ces femmes ne suivaient pas un régime sans sel. Plus que cela, il y avait des femmes, au sud du Maroc, qui utilisaient les corticoïdes avec un régime hypersodé et des lavements rectaux à base d'eau de mer pour avoir cet effet gonflé qui n'est qu'un œdème.

Du point de vue endocrinologique, les glucocorticoïdes sont comme des analogues de synthèse du cortisol. Le cortisol stimule la biosynthèse et l'action du neuropeptide y (NPY) qui est un puissant orexigène et inhibe la biosynthèse de la CRH (Corticotropin Releasing

Hormone) dont l'action est anorexigène, il induit une résistance aux effets de la leptine sur la prise alimentaire et la dépense énergétique. Au niveau du muscle et du foie il diminue l'action de l'insuline, induisant un hyperinsulinisme, qui favorise la liposynthèse et l'accumulation ectopique de graisse [31].

La dexaméthasone, la bétaméthasone et le cortivazol sont des glucocorticoïdes qui ont un effet prolongé et une action glucocorticoïde très puissante [32].

- **Analyse de vente des corticoïdes systémiques par voie orale**

Selon les données de l'IMS, l'évolution de la consommation annuelle des corticoïdes systémiques oraux en Millions de DDS au Maroc entre 2002 et 2016 est croissante. Elle est passée de 62.1 Millions de DDS à 178.7 Millions de DDS en 2016, avec un taux de croissance annuel moyen de 13.4% et un taux de croissance annuel cumulé de 187.7%.

Pour les produits à base de dexaméthasone (Oradexon et Decadron) qui sont largement utilisés pour la prise de poids, l'évolution de leur consommation annuelle en Millions de DDS entre 200 et 2016 est de même croissante. Pour l'Oradexon elle est passée de 3 Millions de DDS en 2002 à 5.3 Millions de DDS en 2016, avec un pic de 7.1 millions de DDS en 2014. Pour le Decadron, elle est passée de 2.4 millions de DDS en 2002 à 3.1 millions de DDS en 2016 avec un maximum de 4.1 millions de DDS en 2009.

Cette évolution montre que la consommation des corticoïdes systémiques en général est en augmentation, elle y inclut la consommation des produits à base de dexaméthasone qui sont les plus concernés par le mésusage pour la prise de poids. D'un côté les corticoïdes sont utilisés pour des raisons thérapeutiques et justifiées, et on ne peut pas juger facilement que c'est à cause du mésusage, et d'un autre côté, l'enquête avec l'équipe officinale a démontré que les utilisateurs de corticoïdes pour la prise de poids sont passés de l'utilisation des produits à base de dexaméthasone et de cortivazol aux autres spécialités à base de corticoïdes.

Un ensemble de pharmaciens et assistants en pharmacie remarquaient que les produits à base de dexaméthasone sont de moins en moins prescrits voire presque jamais, et que la raison de l'utilisation de ces produits, surtout par les femmes, est la prise de poids. Donc ils ont limité l'accès à ces produits en demandant une ordonnance ou en disant que ces produits ne sont plus en stock. Face à ce refus de délivrance, ces femmes commençaient à demander les produits à base de betamethasone, puis ceux à base de prednisolone, par motif de l'asthme, et ensuite ils ont compris que tous ces médicaments destinés à traiter l'asthme (comme ces

femmes les nommaient) aident à gagner du poids, et à chaque fois elles ont découvert un produit. Puisque l'information est transmise entre les utilisateurs à 95.7%, toutes les spécialités à base de corticoïdes sont devenues concernées. On peut ajouter ce qu'ont mentionné certains pharmaciens à propos de la rupture des corticoïdes qui est certainement liée à ce mésusage, puisqu'il y a ceux qui les commandent en grandes quantités. Sur 62 pharmacies, la délivrance des corticoïdes par demande du patient était à 63% (toujours à 18% et souvent à 45%), et dans 61.2% des cas, les patients n'avaient pas la vraie raison d'utilisation de ces corticoïdes dans le cadre de l'automédication pour tromper l'équipe officinale et s'assurer d'avoir le produit. 95.7% des patients déclaraient que l'accès aux corticoïdes était facile.

Donc, l'automédication élevée, l'accès facile aux spécialités à base de corticoïdes, et le passage de l'utilisation des spécialités à base de dexaméthasone aux autres spécialités à base de GC, témoignent que l'augmentation énorme de l'évolution de la consommation des corticoïdes systémiques par voie orale est due en grande partie à leur utilisation pour la prise de poids.

- ***La vente illégale des corticoïdes : cas de la dexaméthasone***

La dexaméthasone est un glucocorticoïde qui a une durée d'action prolongée et un effet glucocorticoïde très élevé [32], représentée au Maroc par 2 produits par voie orale : Oradexon sp et cp, et Decadron cp à une dose de 0.5 mg. Et ce sont les produits les moins chers des corticoïdes. Par rapport à d'autres corticoïdes, elle est la plus utilisée pour la prise de poids (également au Congo). Son utilisation au Maroc date des années de la colonisation espagnole qui a introduit ce produit au sud du Maroc en s'adaptant aux besoins de cette région. Elle était la première molécule et la seule utilisée dans ce cadre. Aujourd'hui on est passé aux autres corticoïdes mais elle reste la principale. Elle est très rarement prescrite, voire presque jamais. Elle est vendue en contrebande dans les épiceries et certains magasins de beauté. La dexaméthasone est vendue sous des dénominations populaires comme 'Dardak', beaucoup plus au sud, mais également dans d'autres villes comme Casablanca et Rabat, ce qui est plus inquiétant car la vente illégale du médicament rend le contrôle de son utilisation plus délicate.

2.4-Le double risque de l'utilisation des corticoïdes pour la prise de poids

Les utilisateurs des corticoïdes pour la prise de poids les utilisaient pour de longues durées pouvant aller jusqu'à 20 ans. De rares cas ont arrêté la prise de ces médicaments (39.1%). Ces utilisateurs qui ont arrêté ont eu dans leur majorité l'un des effets indésirables, arthralgie, graisse au niveau de la nuque (syndrome de cushing), et ulcère gastrique. Il y avait une dame qui a eu de l'hypertension artérielle suite à 20 ans de prise, et elle continuait à en prendre. En plus, il y a un danger de l'arrêt brutal de ces médicaments sur le cortex surrénalien et l'axe hypothalamo-hypophysaire, qui pourra être mortel.

En plus des effets secondaires liés aux glucocorticoïdes comme l'hypertension artérielle, l'ostéoporose et le diabète, s'ajoute le risque lié à la stimulation de l'effet du cortisol dans l'apparition de l'obésité abdominale. Des études ont montré qu'une augmentation même modérée mais prolongée de la sécrétion des glucocorticoïdes s'accompagne d'un accroissement des réserves adipeuses viscérales, avec la survenue de complications métaboliques et cardiovasculaires [31]. Et une autre étude a montré la liaison étroite entre l'obésité abdominale et l'apparition de l'ostéoarthrite chez la femme [2].

2.5-L'association CH-GC et les troubles du comportement alimentaire

Le comportement alimentaire est l'ensemble des conduites d'un individu vis-à-vis de la consommation d'aliments impliquant différents concepts : nutritionnels, métaboliques, neuroendocriniens, comportementaux, culturels, et sociaux. Sa principale fonction physiologique est l'apport des substrats énergétiques et des composés biochimiques nécessaires à l'ensemble des cellules de l'organisme [33].

La cyproheptadine a un effet antisérotoninergique [19]. La sérotonine digestive est un facteur périphérique de régulation du comportement alimentaire, elle agit comme anorexigène via ses récepteurs 5HT1 et 5HT2 [34]. Donc en s'opposant à l'effet de la sérotonine la cyproheptadine est une molécule à effet orexigène. Des études ont prouvé que la cyproheptadine a un effet hypoglycémiant responsable de l'hyperphagie [35]. Le glucose joue un rôle de signal contrôlant les deux aspects du contrôle de la prise alimentaire : son déclenchement et son arrêt. Faim et prise alimentaire apparaissent en effet lorsque survient une chute de la disponibilité et/ou de l'utilisation intracellulaire du glucose [36]. Les glucocorticoïdes stimulent la sécrétion du cortisol. Ce dernier est un stimulant de sécrétion de NPY qui est un facteur orexigène puissant et inhibe la sécrétion de la leptine qui est anorexigène [31].

Donc, cette association cyproheptadine et glucocorticoïdes potentialise l'effet orexigène en agissant sur différents facteurs de régulation du comportement alimentaire, ce qui peut causer des troubles du comportement alimentaire et du métabolisme. En tenant compte des repas marocains riches en glucides et en lipides et des recettes hypercaloriques auxquelles se donnent les utilisateurs de ces médicaments associés à la nature du métabolisme féminin, cela augmente le risque d'obésité.

3- Les alternatives

- ***Le fenugrec***

Le fenugrec est une plante qui est utilisée depuis des siècles pour la stimulation de l'appétit et la prise du poids. Elle a des propriétés anabolisantes. Elle est un excellent orexigène grâce à sa propriété hypoglycémiante et régulatrice de la sécrétion de l'insuline, qui est due à un alcaloïde appelé la trigonelline [37].

Malgré son efficacité et le fait qu'il soit l'alternative à la CH la plus utilisée par les patients interrogés, son odeur forte et son goût trouvés désagréables par les utilisateurs et surtout son élimination dans la sueur les obligent à réutiliser les produits à base de CH.

Sur le marché pharmaceutique, il existe le fenugrec synthétique vitaminé associé ou non à d'autres ingrédients comme : la gelée royale, la levure de bière, le germe de blé, l'anis, etc. Ils sont au nombre de 6, sous forme de sirop ou de comprimés, et ce sont les seuls produits pour la stimulation de l'appétit. Malgré leur prolifération, ils sont moins utilisés par rapport aux médicaments à base de CH. Seuls 12.7 % ont déclaré l'utilisation de ces produits. La raison principale était le prix élevé de ces produits, puis leur goût ou odeur, certains les trouvent moins efficaces, et également parce qu'ils sont moins connus.

- ***Les compléments alimentaires***

La levure de bière, la spiruline synthétique et le germe de blé sont des compléments alimentaires très utilisés pour la prise de poids vu leur richesse en vitamines, oligoéléments et protéines. La levure de bière est la plus répandue pour cette utilisation. Les utilisateurs les trouvent moins efficaces à cause de la lenteur de l'apparition de l'effet qui nécessite au moins une période de 3 mois. Ces produits également ne sont pas contrôlés, nous les avons trouvés chez certains herboristes.

- ***Recettes hypercaloriques***

Certains patients avaient recours à des recettes hypercaloriques pour optimiser la prise de poids, telles que : les noix mélangés au miel ou au chocolat, la gomme adragante (lktira en arabe dialectal) au lait, chocolat au lait concentré. Il y avait également ceux qui associaient ce genre de recettes aux médicaments, comme le cas d'une jeune fille qui mélangeait les noix, le chocolat, sésame, fenugrec, soja, pernabol CP, Oradexon CP, le tout dans un flacon de pernabol SP. L'exigence du temps pour la préparation de ces recettes et pour l'apparition de leur effet empêche les gens d'y avoir recours, et les oblige à retourner à l'usage de la CH.

- ***Dardak***

33.3% des utilisateurs de corticoïdes pour la prise de poids et 2% des utilisateurs de produits à base de CH utilisaient Dardak comme alternative.

Dardak sont des comprimés qui se vendent chez l'herboriste traditionnel marocain. D'après les patientes qui les utilisaient, nous avons cru qu'il s'agissait d'une préparation d'herbes probablement mélangées à un corticoïde, puisque c'était un sujet courant.

Pour vérifier cette probabilité et avoir une idée claire sur le produit, nous avons fait un tour chez un herboriste traditionnel, pour l'acheter en tant qu'utilisateur. Après la demande du produit, il a fallu attendre quelques minutes pour qu'il apporte le produit d'une autre zone, en le cachant entre ses mains. Nous étions surpris de l'emballage qui portait le nom de la dexaméthasone. C'était un médicament à base de dexaméthasone à 0.5 mg conditionné dans un flacon en verre teinté d'une contenance de 100 CP, sans notice et qui coûtait 100 Dh, et sur l'emballage duquel est indiquée l'origine indienne (annexe 2).

Dardak, ce n'est que de la dexaméthasone vendue chez les herboristes et les magasins de beauté. Un médicament vendu en contrebande qui provient de l'Espagne via la Mauritanie et le sud du Maroc. C'était un médicament utilisé pour engraisser les animaux destinés à l'abattage [38]. Une pharmacienne a déclaré dans un journal qu'elle a reçu une patiente qui l'avait acheté à Oujda, ville à l'est du Maroc sur les frontières de l'Algérie, à seulement 40 Dh, et c'était le même produit qu'a apporté une autre à 100Dh. Selon l'image qu'elle a publiée, cette fois il est indiqué sur l'emballage qu'il est originaire de London, et le produit contenait la notice sur laquelle est indiqué que la dexaméthasone est le seul corticoïde qui a le moins d'effets indésirables, et qui provoque moins de rétention hydrosodée et de déplétion potassique [39].

Quand il s'agit des corticoïdes en contrebande, l'alarme du danger doit être déclenchée. Les utilisateurs des corticoïdes pour la prise de poids qui les achètent à la pharmacie savent au moins qu'il s'agit d'un médicament, et vont sûrement être avertis. Malgré leur résistance à l'information, un jour ils peuvent être convaincus de l'arrêt du médicament. Par contre, chez l'herboriste, ils ne savent pas que c'est un médicament dangereux, et ils ont des fausses informations, comme le fait qu'il est naturel et à base de plantes. La posologie et la durée ne sont pas maîtrisées, il y avait une jeune fille qui a pris 10 CP de Dardak par jour.

Donc, le non-contrôle des corticoïdes qui se vendent en contrebande est plus grave que les corticoïdes délivrés à la pharmacie, et ce n'est pas facile de surveiller et convaincre les utilisateurs qui y sont tellement attachés à cause de leur effet immédiat.

- ***D'autres médicaments utilisés pour la prise de poids***

Il y avait des patientes qui utilisaient la théophylline suppositoire comme alternative à la CH (2%) et qui déclaraient que c'est très efficace pour l'augmentation de la taille des hanches, même si nous ne savons pas par quel mécanisme. L'équipe officinale rapportait également que la théophylline est largement utilisée par les femmes pour la prise de poids, et ils rapportaient également qu'il y avait des femmes qui utilisent un produit à base de l'indométacine en suppositoire pour les mêmes raisons. Un produit à base de l'indométacine était en vente dans un groupe de vente sur un réseau social pour la prise du poids (annexe 3).

- ***Des suppositoires utilisés pour la prise de poids***

Des suppositoires qui se vendent chez l'herboriste, qui sont à base de plantes d'origine saharienne selon ce qui est écrit sur le produit, sont de composition inconnue et peuvent être associés à d'autres ingrédients, ou probablement ils peuvent d'être d'origine médicamenteuse. Ces produits se vendent en ligne également; il existe des pages spécifiques sur les réseaux sociaux pour la vente de ces suppositoires et certaines huiles, et qui parlent de leur effet immédiat pour la mise en évidence des caractéristiques féminines. Les prix de ces produits peuvent aller jusqu'à 150 Dh.

Donc la suppression de la cyproheptadine du marché pharmaceutique ne va que favoriser l'augmentation de la consommation des corticoïdes, surtout qu'ils sont vendus en contrebande, et augmenter la consommation d'autres produits dangereux comme les suppositoires de composition inconnue, et les médicaments à base d'indométacine et de théophylline.

4-Le problème de l'éducation thérapeutique

D'après ce qu'a rapporté la majorité des pharmaciens et assistants en pharmacie, la plupart des patients refusaient les conseils qu'on leur donne à la pharmacie, et malgré tous les avertissements concernant les effets indésirables dangereux des GC, ils finissent par prendre le produit, et certaines femmes deviennent agressives lors du refus de délivrance. La preuve est que 52.2% de ces utilisateurs continuaient leur utilisation malgré le fait qu'ils savaient que les GC ont des effets indésirables. Les patients ont plus de confiance en les recommandations de leurs proches.

Ce problème de manque de confiance envers les professionnels de la santé, et cette résistance à l'information de la part des patients, rendent le changement et l'éducation thérapeutique plus délicates dans notre pays.

5-Le problème de la concurrence pharmaceutique

L'équipe officinale a rapporté que le refus de délivrance des GC sans ordonnance augmente leur risque de perdre la clientèle, surtout dans les régions où ce phénomène d'utilisation des médicaments à base de CH et des GC est abondant, comme le cas de la région du sud. Certains pharmaciens nous ont raconté que lors du refus de délivrance, certaines patientes partaient chez la pharmacie voisine et revenaient pour leur montrer le produit comme étant une victoire. Donc, un nombre élevé de pharmaciens se retrouvent obligés de délivrer les GC sans ordonnance, pour ne pas perdre leur clientèle définitivement à cause de la concurrence, et pour pouvoir assurer leurs charges.

Ce problème de concurrence rend la lutte contre le phénomène plus difficile, et augmente le manque de confiance envers les pharmaciens, puisque le patient se retrouve dans un état paradoxal.

6-L'anorexie, un problème de santé sous-estimé

Malgré le faible pourcentage des patients qui avaient un sous-poids, et que l'incidence de la maigreur chez l'adulte au Maroc est marginale selon l'étude du HCP, elle est en nette baisse, puisqu'elle est passée de 3.9% en 2001 à 3.3% 2001 [5]. L'anorexie est un trouble du comportement alimentaire qui ne doit pas être sous-estimé, soit de la part des professionnels de la santé, soit de la part des proches de la personne qui en souffre. Nous avons remarqué

que la plupart des conseils des pharmaciens pour les gens qui souffrent de la maigreur, c'était un stimulant d'appétit à base du fenugrec. Dans ce cas, le problème est le même qu'avec les produits à base de CH puisque l'anorexie ne va probablement pas être corrigée, car l'origine de l'anorexie est non traitée puisqu'on n'essaye pas de comprendre les causes de ce manque d'appétit. Le patient continue à prendre les stimulants d'appétit, surtout ceux qui sont à base de CH pendant de longues années, et rentre dans la dépendance psychique, il sera obligé de prendre le produit pour assurer son apport journalier en aliments et maintenir son poids, et il peut même avoir un surpoids ou une obésité. Par conséquent, il va se retrouver dans un état paradoxal, obèse et anorexique en même temps, ou bien ceux qui sont trop maigres vont courir aux corticoïdes pour accélérer la prise de poids.

L'anorexie est un symptôme qui peut cacher des maladies (hyperthyroïdie, infections, tuberculose..), des problèmes psychiques, ou qui est due à des facteurs liés à l'environnement du mangeur. Des études ont analysé ce sujet ; la prise alimentaire est sous l'influence de facteurs non nutritionnels, comme la variété des repas, l'heure de la journée, le nombre de personnes qui partagent le repas, et le choix des aliments [40]. Donc, il faut évaluer ses comportements. Certains patients anorexiques nous ont parlé de quelques facteurs qui leur coupaient l'appétit : la cigarette, longue durée du travail qui prolonge la durée du jeûne et l'anxiété.

L'administration d'un stimulant d'appétit n'est pas suffisante pour traiter l'anorexie, une analyse du comportement du mangeur doit être établie pour pouvoir la corriger. Pour les patients qui ont une silhouette mince malgré qu'ils mangent de façon normale, on doit leur expliquer que la prise de poids est liée à la nature du métabolisme. Pour ceux qui ont un métabolisme rapide, leurs dépenses caloriques sont très élevées et donc la prise de poids est très lente. Pour ces personnes, une augmentation du nombre de collations est très utile pour assurer un bon apport calorique et favoriser la prise du poids de façon saine, en tenant compte du rapport poids et taille. Contrairement à ceux qui ont un métabolisme lent, la dépense énergétique est plus lente et la prise de poids est très rapide, et pour ceux qui ont un métabolisme normal, la vitesse de prise de poids est normale. L'explication de cette différence de type de métabolisme aux patients va leur permettre d'adapter leurs apports caloriques selon leur type de métabolisme, et de ne pas se comparer, parce que cette comparaison les oblige à utiliser des moyens pour accélérer le gain de poids comme les corticoïdes, ou d'autres produits qui sont dangereux. On doit aussi leur expliquer que la morphologie

corporelle ou la silhouette, comme la nature du métabolisme, est d'origine génétique. Comme cela, ils seront conscients qu'ils vont développer certaines parties du corps aux dépens d'autres selon leur hérédité.

7-Recommandations

Suite à nos discussions avec un ensemble de pharmaciens et d'experts, nous proposons les recommandations suivantes :

La suppression des médicaments à base de CH va favoriser l'abus des corticoïdes et d'autres médicaments et produits dangereux, la sensibilisation des gens et la réglementation de l'utilisation de ces produits seront les meilleures solutions.

La sensibilisation

Pour lutter contre ce phénomène, le ministère de la santé et tous les professionnels de la santé doivent se mobiliser pour la sensibilisation de la population aux risques liés à l'obésité, à la nécessité du contrôle du poids par rapport à la taille et au fait que l'anorexie doit être diagnostiquée par le médecin et qu'elle doit être corrigée en comprenant les causes. Toutes les moyens d'informations doivent participer : la télévision, la radio, les magazines féminins. L'école doit aussi participer à l'éducation thérapeutique.

La réglementation de l'utilisation des médicaments à base de CH

- La limitation de l'utilisation des médicaments à base de CH pour les anorexiques, sous surveillance du médecin et du pharmacien, en précisant la posologie et la durée.
- Les moyens de publicité des produits à base de CH doivent le présenter comme étant un antiallergique, en mentionnant toutes les effets indésirables et les contre-indications. Les noms commerciaux et le conditionnement secondaire ne doivent pas avoir un rapport avec l'appétit pour éviter la confusion de l'information, et une augmentation des prix sera utile.

La gestion des corticoïdes

Des lois doivent être mises en évidence pour exiger la délivrance des corticoïdes sur ordonnance, spécialement les produits à base de dexaméthasone.

Le contrôle de la vente illégale des médicaments

Comme nous avons vu, la vente des corticoïdes en contrebande rend le problème plus délicat. Donc, il faut trouver des solutions pour éradiquer la vente des corticoïdes en contrebande et des médicaments en général.

Des solutions pour assurer la viabilité de la pharmacie d'officine

La concurrence et la crainte de la perte de la clientèle, ainsi que la peur d'une baisse du chiffre d'affaire, empêchent un nombre élevé de pharmaciens de respecter les règles de délivrance. Des solutions pour assurer la viabilité de la pharmacie d'officine, comme le numerus clausus, peuvent résoudre le problème.

8-Les limites de l'étude

Comme toute étude, notre étude avait des limites, au niveau du recrutement soit des patients, soit des pharmaciens et assistants en pharmacie. Pour les patients c'était un sujet d'intimité, la plupart refuse d'être interrogé. La preuve, c'est le nombre de patients que nous avons obtenus durant les 6 mois malgré la consommation élevée des produits, surtout le recrutement des utilisateurs des corticoïdes, ils étaient très sensibles au sujet et quelquefois agressifs. C'est pour cela que nous n'avons pas pu avoir un échantillon large. Donc, nos informations étaient incomplètes à propos de cette utilisation. De même c'était un sujet sensible pour la majorité des pharmaciens, plusieurs refusaient de répondre ou donnaient de fausses déclarations. Nous n'avons pas pu avoir les chiffres de ventes des médicaments à base de CH pour chaque pharmacie afin de comparer les différents types de lieu et les régions, et nous n'avons pas pu demander les villes d'origine des patients. Vu la difficulté de recrutement des patients, nous n'avons pas pu cibler les non-utilisateurs pour savoir l'incidence de l'utilisation de la CH. Nous nous sommes basés sur l'IMC seul, pour donner une idée sur le risque de l'obésité lié au phénomène, mais ce n'était pas suffisant, car même si l'IMC était normal la plupart souffrait de l'obésité abdominale. Le contour de taille est nécessaire pour mettre en évidence le risque de ces utilisations, mais c'était difficile à obtenir. Nous n'avons pas d'informations exactes sur la durée, les raisons d'utilisations et le mode d'emploi de ces médicaments, à cause des fausses déclarations des patients. L'analyse de la vente des corticoïdes n'était pas très bien justifiée.

Conclusion

Le phénomène de l'utilisation des médicaments à base de cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise de poids constitue un vrai problème de santé publique, il est féminin et d'origine culturelle, avec des dimensions éducationnelles et économiques qui rendent son éradication plus délicate. L'embonpoint et l'obésité sont les plus grandes conséquences de ce phénomène. La sensibilisation et l'éducation thérapeutique de la population marocaine restent les moyens les plus aptes à lutter contre ce phénomène. En même temps l'anorexie doit être prise en considération, malgré sa faible incidence, puisqu'elle participe en partie à l'apparition du phénomène.

Résumés

RESUME

Titre : Le mésusage de la cyproheptadine et des corticoïdes au Maroc.

Auteur : Nafissa Arraghraghi

Rapporteur : Pr.Yahia Cherrah

Mots clés : cyproheptadine-corticoïdes-obésité- stimulant d'appétit -anorexie-mésusage.

Introduction

L'obésité est en augmentation au Maroc. Le mésusage des corticoïdes et de la cyproheptadine a participé à cette augmentation. L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques de cette utilisation et de comprendre ses raisons.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive. Une enquête a été menée dans des pharmacies d'officine et une autre a été menée auprès des équipes officinales, via des questionnaires. Les données de l'IMS étaient également exploitées.

Résultats

Un total de 110 patients utilisateurs de la cyproheptadine (93.6% étaient du sexe féminin), et un total de 23 pour les utilisateurs des corticoïdes (22 étaient du sexe féminin et 1 du sexe masculin). Le sexe féminin utilisait ces 2 produits pour la prise du poids plus que le sexe masculin, les célibataires plus que les mariés et les analphabètes plus que ceux avec un niveau d'enseignement supérieur. Pour l'âge de l'utilisation de la cyproheptadine était de 13-70 ans, et Pour l'âge des utilisateurs des corticoïdes pour la prise du poids, était de 19-50 ans. La majorité avait une corpulence normale, et ils y avaient ceux ayant un surpoids, et l'obésité. Le mésusage de la cyproheptadine et des corticoïdes augmente négativement avec l'âge et le niveau d'instruction. 50.9% des utilisateurs des corticoïdes les associaient à la cyproheptadine. La dexaméthasone était le glucocorticoïde le plus utilisé. La cyproheptadine n'est plus utilisée comme un antiallergique au Maroc.

La consommation annuelle de la cyproheptadine et des corticoïdes a augmenté entre 2002 et 2016.

Conclusion

Le phénomène est féminin, culturel et éducationnel, et augmente le risque de l'obésité au Maroc. La sensibilisation de la population est le remède pour lutter contre ce mésusage.

ABSTRACT

Title : The misuse of cyproheptadin and corticosteroids in Morocco.

Author: Nafissa Arraghraghi

Rapporteur: Pr.Yahia Cherrah

Key words: cyproheptadin-corticosteroids-obesity-appetite stimulant-anorexia- misuse

Introduction

Obesity is increasing in Morocco. The use of corticosteroids and cyproheptadin for weight gain contributed to this increase. The study aims to describe the characteristics of this use and to understand its reasons.

Materials and methods

This is a descriptive study. A survey was conducted in community pharmacies (January 2017-August 2017) to recruit users of products through questionnaires. And a survey was conducted among the pharmacy teams. IMS data was also used.

Results

A total of 110 patients using cyproheptadin (93.6% were female), and a total of 23 users of corticosteroids (22 were female and 1 male). Females used these 2 products for weight gain more than males, never married more than married, and illiterates more than those with a higher level of education.. The age of using cyproheptadin was from 13 to 70 years olds. For the age of the users of corticosteroids for weight gain, was from 19 to 50 years olds. And the 27-39 age group was the most concerned. The majority of these users had a normal body weight, and there were those with overweight, and obesity. The use of cyproheptadin products and corticosteroids for weight gain increases negatively with age and educational level. 50.9% of users of corticosteroids associated them with cyproheptadin products. Dexamethasone was the most used corticosteroid. Cyproheptadin is not used as an antiallergic in Morocco.

According to IMS data, annual consumption of cyproheptadin and corticosteroid products increased between 2002 and 2016.

Conclusion

The phenomenon is cultural, educational and related to females, and participates in the increase of obesity in Morocco. Awareness and education of people are the remedies to fight against this misuse.

ملخص

العنوان: سوء استخدام السيبروهيبتادين و الكورتيزونات بالمغرب

المقرر: الأستاذ يحيى الشراح

نفيضة الريراكي : الكاتب

سيبروهيبتادين-كورتيزونات-سمنة-فاتح الشهية - سوء استخدام الأدوية -نحافة : الكلمات الرئيسية

مقدمة

يعرف المغرب تزايدا في معدل السمنة. استعمال الأدوية المحتوية على السيبروهيبتادين و الكورتيزونات للزيادة في الوزن ساهم في هذا التزايد. الهدف من هذه الدراسة هو وصف خصائص هذا الاستعمال و معرفة أسبابه

الوسائل والمعدات

هذه الدراسة عبارة عن دراسة وصفية، تمت عن طريق تحقيق صيدليات (مدة ما بين يناير و غشت) لأجل انتقاء مستعملي الأدوية المذكورة عن طريق استمارات. و بنفس الطريقة تم تحقيق مع الطاقم الصيدلاني، كما اعتمدنا أيضا على معطيات المعهد المغربي للإحصاء

نتائج :

حصلنا على عينة من فئة 110 مشترك بالنسبة لمستعملي الأدوية المحتوية على السيبروهيبتادين(93.6 كانت إناثا). و على عينة من 23 مستعملا بالنسبة لمستعملي الكورتيزونات (22 كانت إناثا و 1 كان من الذكور). الإناث أكثر استعمالا لهذه الأدوية من الذكور، و غير المتزوجين أكثر من المتزوجين، و غير المتمدرسين أكثر من المستفيدين من التعليم العالي. أما عن سن استعمال الأدوية المحتوية على السيبروهيبتادين فقد كان ما بين 13 و 70 سنة، في حين سن استعمال الكورتيزونات ما بين 19 و 50 سنة. غالبية مستعملي هذه الأدوية كان لديهم وزن طبيعي، و هناك من كان لديهم وزنا زائدا . كلما ازداد العمر والمستوى الدراسي قلت نسبة استعمال هذه الادوية. كانت مادة الدكزاميثازون الكورتيزون الأكثر استعمالا. أما بالنسبة لمادة السيبروهيبتادين فهي لم تعد تستعمل كمضاد للحساسية بالمغرب،

حسب معطيات المعهد المغربي للإحصاء، فإن معدل الاستهلاك السنوي للأدوية المحتوية على السيبروهيبتادين و الكورتيزونات ارتفع ما بين سنتي 2002 و 2016

خلاصة:

الظاهرة ذات أصل ثقافي و تربوي و تخص الإناث، كما تزيد من خطر ارتفاع معدل السمنة بالمغرب. لذا، فإن التحسيس بهذه المخاطر يبقى الحل الأساسي

Annexes

Annexe 1: les questionnaires

Questionnaire: L'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise de poids au Maroc



Dans le cadre de la préparation du sujet de thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie, qui concerne l'utilisation des médicaments à base de la cyproheptadine et des corticoïdes pour la prise de poids par la population marocaine, nous menons une étude sous forme de questionnaire destinée aux pharmaciens. Nous vous remercions de votre collaboration.

Informations générales

1. Ville d'exercice

2. Type de lieu de situation de l'officine

- ☐ Centre ville
☐ Quartier populaire
☐ Quartier résidentiel
☐ Banlieue
☐ Rural

3. Ancienneté d'exercice

L'usage des médicaments à base de la cyproheptadine

4. La délivrance de ces médicaments par ordonnance est:

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

12. La délivrance de ces médicaments par demande du patient est:

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

L'utilisation des médicaments corticoïdes pour la prise de poids

"Quand un patient mentionne cette utilisation ou quand vous la suspectez d'après votre expérience (même si vous ne délivrez pas dans ce cas) ?"

13. Ces patients avouent-ils l'usage voulu ? (la prise de poids)

- ☐ Oui
☐ Non

14. Pourquoi n'avouent-ils pas ?

15. Quels sont les noms de spécialité des corticoïdes les plus concernés par cette utilisation ?

Le phénomène en entier

16. Votre expérience avec ces patients, ou si vous avez eu un cas particulier

17. Quels sont vos conseils quand vous recevez un patient demandant un stimulant d'appétit ?

18. Votre attitude vis-à-vis le phénomène, et que proposez vous pour y remédier ?

5. La délivrance de ces médicaments par conseil est

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

6. La délivrance de ces médicaments par demande du patient est

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

7. Les patients avouent-ils l'usage voulu ?

- ☐ Oui
☐ Non

8. Lequel (lesquelles) ?

9. Pourquoi ? (si non)

L'usage des médicaments corticoïdes

La délivrance des corticoïdes dans le cas général

10. La délivrance de ces médicaments par ordonnance est:

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

11. La délivrance de ces médicaments par conseil est :

- ☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Rare
☐ Jamais

Usage des médicaments à base de la cyproheptadine

Données démographiques

1. Sexe

- ☐ Féminin
☐ Masculin

2. Age

3. Poids

4. Taille

5. Niveau d'instruction

- ☐ Analphabète
☐ Primaire
☐ Secondaire
☐ Universitaire

6. Statut familial

- ☐ Célibataire
☐ Marié
☐ Divorcé

L'utilisation du médicament

7. Utilisation pour:

- ☐ Prendre du poids
☐ Stimuler l'appétit
☐ Stimuler l'appétit et prendre du poids
☐ Autres:

8. La première prise est suite à :

- ☐ Une prescription médicale
☐ Un conseil d'un pharmacien
☐ Un conseil d'un proche
☐ Autre: _____

9. Accès :

- ☐ Facile
☐ Difficile

10. Quel est le nom du médicament utilisé ?

11. Posologie

12. Mode d'emploi

13. Durée

La satisfaction et la connaissance du médicament

14. L'effet recherché est-il atteint?

- ☐ Oui
☐ Non

15. Arrêt du médicament

- ☐ OUI
☐ Non

16. Cause d'arrêt du médicament (S'il y avait un arrêt)

17. Quel effet après arrêt du médicament ?

18. Utilisation d'alternatives (compléments alimentaires, préparations traditionnelles, plantes...)

- ☐ Oui
☐ Non

19. Pourquoi?

20. Lesquelles?

21. Et à propos de l'utilisation des stimulants d'appétit à base de Fenugrec ...?

- ☐ Oui
☐ Non

22. Pourquoi ?

23. Êtes-vous au courant qu'il s'agit d'un médicament antiallergique?

- ☐ Oui
☐ Non

Usage des médicaments corticoïdes

Données démographiques

1. Sexe

- ☐ Féminin
☐ Masculin

2. Âge

3. Poids

4. Taille

5. Niveau d'instruction

- ☐ Analphabète
☐ Primaire
☐ Secondaire
☐ Universitaire

6. Statut familial

L'utilisation du médicament

7. Utilisation pour:

- ☐ Prendre du poids
☐ Stimuler l'appétit
☐ Stimuler l'appétit et prendre du poids
☐ Autre: _____

8. La première prise est suite à :

- ☐ Une prescription médicale
☐ Un conseil d'un pharmacien
☐ Un conseil d'un proche

9. Accès :

- ☐ Facile
☐ Difficile

10. Posologie

11. Mode d'emploi

12. Durée

13. Quelle est le nom de spécialité du médicament utilisé ?

La satisfaction et la connaissance du médicament

14. L'effet recherché est-il atteint?

- ☐ Oui
☐ Non

15. Quel avantage présentent les Corticoïdes ?

16. Arrêt du médicament

- ☐ Oui
☐ Non

17. Cause d'arrêt

18. Quel effet après arrêt ?

19. Utilisation d'alternatives (compléments alimentaires, préparations traditionnelles, plantes...)

☐ Oui
☐ Non

20. Pourquoi ?

21. Lesquelles ?

22. Êtes-vous au courant qu'il s'agit d'un médicament à effets indésirables multiples ?

☐ Oui
☐ Non

23. Avez-vous eu l'un de ces effets suite à la prise du médicament ?

☐ Hypertension artérielle
☐ Diabète
☐ Douleurs gastriques
☐ Ostéoporose
☐ Anxiété
☐ Autre

Annexe 2: Dardak



Annexe 3: produits utilisés pour la prise du poids

زيت الاعشاب المقطرة للتسمين و قويلبات جد فعالة في تكبير
المؤخرة والأرداف والنتيجة مذهلة ومضمونة 100/100
انطلاقا من الأسبوع الاول والتجربة خير دليل.
هل جربتني كل ما قالت لكن صديقاتكن من الزيوت و الكريمات
والخلطات ولم تجد نفعا ؟
الآن مع معشبة واحة الصحراء قد تحقق حلمكن
الدفع عند... Plus



بيع و شراء في فاس

تحاميل لزيادة حجم الأرداف نتيجة في أقل من أسبوعين
FREE • New Fes, Fès, Morocco



Références

- [1] J.-P. Bastard, C. Lagathu, M. Maachi, J. Tran Van Nhieu, M. Caron. Interleukin-6 and insulin resistance in obesity. *Méd. Nut.*, 2005, 41, 2 : 57-62.
- [2] y- Shadyab AH, Li W, Eaton CB, LaCroix AZ. General and Abdominal Obesity as Risk Factors for Late-Life Mobility Limitation after Total Knee or Hip Replacement for Osteoarthritis among Women. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 ; 10 : 3.
- [3] L.Schlienger ,F.Luca,S.Vinzio ,A.Pradignac. Obésité et cancer. *Rev Medecine interne* 2009.30,9:776-782.
- [4] L'obésité est une maladie chronique. Article disponible sur le site pharmacie.ma :http://pharmacie.ma/article/5687/world_obesity_federation_obesite_est_une_maladie_chronique
- [5] Les principaux points de l'intervention de M. Ahmed Lahlimi Alami, Haut Commissaire au Plan à l'occasion de la présentation des résultats de l'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA) réalisée en 2011 par la HCP disponible en ligne sur : http://www.hcp.ma/Les-principaux-points-de-l-intervention-de-M-Ahmed-Lahlimi-Alami-Haut-Commissaire-au-Plan_a1098.html
- [6] Benjelloun, S., 2002, Nutrition transition in Morocco. *Public Health Nutrition*, 5(1A):135–140
- [7] Rudolf E. Effect of Cyproheptadine on Appetite and Weight Gain in Adults. *Jama* 1969; 209,13: 1975-2114.
- [8] Historique de l'image du corps . Disponible en ligne sur : http://www.ekilib.com/CLIENTS/1-ekilib/docs/upload/sys_docs/Historique_de_limage_corporelle.pdf
- [9] Le padaung disponible sur le site de wikipedia : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Padaung>
- [10] Article qui décrit le concept de la beauté arabe, disponible en ligne sur : <http://lahona.com/وكتباوالجمال-وصفوهاالمرربة.html>
- [11] Textes du livre de Cheikh Nafzaoui 'le jardin parfumé' disponible en ligne sur : <http://www.alain-claverie.fr/textes/jardinparfume/jardin.html>

- [12] Les rondes en Mauritanie. Article disponible en ligne sur : <http://www.vivelesrondes.com/?p=514>
- [13] Quand les femmes recherchent l'obésité. Article qui résume l'étude de Mr.Belaiche,disponible en ligne sur le site de l'économiste : <http://www.leconomiste.com/article/quandles-femmes-recherchent-lobesite1>
- [14] H. Djabali. La relation au corps chez les Maghrébins : d'où nous venons et les contre-valeurs rencontrées dans la résidence occidentale. Disponible en ligne sur : <http://www.culture-arabe.irisnet.be/corps.html>
- [15] F.Joffrion. L'image de la femme dans l'art préhistorique, *compte-rendu d'ouvrage* « L'image de la femme dans l'art préhistorique » Ed. PICARO, 1979, 320 p. 136 fig.par H.Delprote. disponible en ligne sur : http://gvep.fr/bulletins/archives/GVEP_1984_12/GVEP_12_1984_Joffrion.pdf
- [16] Catherine G. L'exploration de l'image corporelle des femmes âgées entre 65 et 75 ans et vivant en milieu urbain.2010. Université du Quebec à Montréal.
- [17] L'image corporelle un concept de soins .2006. Direction des soins infirmiers des hôpitaux universitaires de Genève. Disponible en ligne sur : https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/concept_ic_22oct06.pdf
- [18] Gilles. B. Les variations historiques et culturelles de la morphologie corporelle. Méd. Nut., 2006, 42, 1 : 29-35.
- [19] le resumé des caractéristiques du produit de la Periactine. Disponible en ligne sur le site de l'ANSM : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0120273.html>
Cours sur les corticostéroïdes disponible en ligne sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/corticoides.html>

- [21] Aimée M, Carine D, Eric M, Josaphat D, Lievin's Corneille M, Dalton M. The misuse of Cyproheptadine: a non-communicable disease risk behaviour in Kinshasa population, Democratic Republic of Congo. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2016; 11: 7.
- [22] -Correia.J, Pataky.Z, Golay.A. Comprendre l'obésité en Afrique : poids du développement et des représentations. *Rev Med Suisse* 2014 ; 10 : 712-6.
- [23] T. Puoane, T.Matoti-Mvalo. Perceptions of body size and its association with HIV/AIDS. *S Afr J Clin Nutr* 2011 (24).
- [24] Rahim, S., Baali, A. Étude de l'obésité et quelques facteurs associés chez un groupe de femmes marocaines résidentes de la ville de Smara (sud du Maroc). *Antropo* 2011 ; 24 :43-53.
- [25] François.M. Pourquoi les hommes préfèrent les femmes aux fesses rebondies . Une étude a trouvé la réponse. Etude du Dr. Lewis. Disponible en ligne sur: http://www.maxisciences.com/homme/pourquoi-les-hommes-preferent-les-femmes-aux-fesses-rebondies-une-etude-a-trouve-la-reponse_art34436.html .
- [26] Porporino. M, Martel C, Zygmuntowicz C, Ramsay M. Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014 ;59(5):674-8.
- [27] Arnold F. Effect of Cyproheptadine on Asthmatic Children Study of Appetite, Weight Gain, and Linear Growth. 1962; 180, 11: 905-994.
- [28] -disc-Douglas N. Homnick MD, John H. Marks M. Long-term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis.pediatric pulmonology. 2005, 40, 3: 251–256.
- [29] Carl G,Daniel J. A controlled trial of cyproheptadine in cancer patients with anorexia and/or cachexia. *Cancer* 1990; 65, 12: 2657–2662.
- [31] S.Boullu-Ciocca, A.Bocquier, P.Verger, C.Olivier. Axe corticotrope et stress chronique dans l'obésité abdominale et le syndrome métabolique. *La presse médicale* 2005 ; 34,21 :1646-1653.

- [32] Informations sur les corticoïdes, disponible en ligne sur : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/corticoides-les-points-essentiels>
- [33] F.Daddoun. Régulation physiologique du comportement alimentaire. Cahiers de Nutrition et de Diététique 2004 ;39,6 :422-428.
- [34] B. Galusca, N. Germain, B. Estour. Maigreur et hormones de régulation de l'appétit. Medecine des maladies métaboliques 2016 ; 10,1 :22-27.
- [35] -Stanley S. Berjen J. Appetite Stimulating Properties of Cyproheptadine. Am J Dis Child. 1964;108(3):270-273
- [36] -Fantino.M.Physiologie du comportement alimentaire chez l'homme : Obésité et lipides. Libbey-Eurotext. OCL. Oléagineux, corps gras, lipides. 1998 ; 5,3: 214-220.
- [37] <http://www.guide-phytosante.org/minceur-nutrition/fenugrec/>
- [38] - <http://fr.le360.ma/societe/dardak-soffrir-des-rondeurs-sexy-a-tout-prix-20183>
- [39] - <http://pharamster.over-blog.com/article-cas-d-officine-dexamethasone-en-contreba-109575728.html>
- [40] L'environnement du mangeur affecte sa consommation alimentaire : des effets sous-estimés. Méd. Nut., 2008, 44, 1 : 9-15.



Serment de Galien

- *Je jure en présence des maîtres de cette faculté :*
- *D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*
- *D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à la législation en vigueur, aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisée de mes confrères si je manquais à mes engagements.*

قسم الصيدلي

بسم الله الرحمن الرحيم



أقسم بالله العظيم

- ◀ أن أراقب الله في مهنتي
- ◀ أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوما وفيا لتعاليمهم.
- ◀ أن أزاول مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبدا في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- ◀ أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- ◀ أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- ◀ لأحضى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، وأحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

والله على ما أقول شهيد

جامعة محمد الخامس – الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 125

سنة : 2017

سوء استخدام السيبروهيتادين والكورتيزونات بالمغرب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : 14 نونبر 2017

من طرف

الآنسة: نفيسة الركراكي

المزودة في: 14 أكتوبر 1992 بالناظور

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: السيبروهيتادين – الكورتيزونات – السمّة – النحافة –
سوء استخدام الأدوية.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: محمد حصار

أستاذ في علم الصيدلة السريرية

السيد: يحيى الشراح

أستاذ في علم الأدوية

السيد: سفيان الدراجي

أستاذ في علم الأدوية

السيد: محمد معيوط

أستاذ في قانون الصيدلة

السيد: عبد المجيد بلعيش

محلل الأسواق الصيدلانية