



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2017

Thèse N° 078/17

# **RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES**

## **Enquête transversale auprès de 382 médecins généralistes**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/04/2017

PAR

Mlle. EL ALLANI Linda

Née le 12 Septembre 1991 à Taza

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Médecin généraliste - Pathologies psychiatriques - Attitudes - Prise en charge

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... Professeur d'Urologie	PRESIDENT
M. AALOUANE RACHID..... Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M. RAMMOUZ ISMAIL..... Professeur de Psychiatrie	JUGES
M. TACHFOUTI NABIL..... Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	
M. NAJDI ADIL..... Professeur assistant d'Epidémiologie clinique	MEMBRE ASSOCIE

# PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
TABLE DES TABLEAUX.....	7
TABLE DES GRAPHIQUES .....	10
INTRODUCTION .....	13
I- Etat des connaissances actuelles .....	15
1. Définition des concepts .....	15
2. Constat .....	16
II- Problématique .....	20
1. Enoncé du problème.....	20
2. Pertinence et justification .....	22
III- Objectifs de l'étude .....	24
IV- Méthodologie .....	25
1. Type de l'étude .....	25
2. Population cible et échantillonnage.....	25
2.1. Population cible .....	25
2.2. Population source .....	26
2.3. Taille de l'échantillon .....	26
3. Outil de collecte de données.....	27
4. Variables de l'étude.....	28
4.1. Conception des variables d'intérêt.....	28
4.2. Conception des variables explicatives.....	29
a. Variables sociodémographiques.....	29
b. Variable «Confiance» .....	31
c. Variable «accessibilité géographique» .....	31

d. Variable « perception du rôle» .....	32
e. Variable «place de la psychiatrie en médecine générale» .....	32
f. Variable «difficultés» .....	32
5. Analyse statistique .....	33
5.1. Les résultats descriptifs et l'analyse uni-variée.....	33
5.2. L'analyse multi-variée.....	33
6. Considérations éthiques.....	34
V- Résultats de l'enquête .....	35
A. Etude descriptive .....	35
1. Taux d'acceptabilité/ refus de réponse au questionnaire.....	35
2. Taux de réponse par question .....	35
3. Caractéristiques des médecins généralistes répondants .....	36
4. Formation des médecins généralistes en matière de psychiatrie.....	45
5. Profil épidémiologique des pathologies psychiatriques selon la perception des médecins de l'enquête.....	52
6. Attitudes des médecins généralistes face aux troubles psychiatriques .....	54
6.1. Capacité de prise en charge .....	54
6.2. Référence vers les services spécialisés.....	57
6.3. Accessibilité géographique.....	59
7. Rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.....	60
8. Place de la prise en charge des troubles psychiatriques en santé publique ...	61
9. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques .....	61
10. Besoin en formation des médecins généralistes en matière de pathologies psychiatriques .....	63
11. Prescription des psychotropes par les omnipraticiens.....	64

12. Attentes des médecins généralistes en santé mentale .....	67
B. Etude analytique .....	69
1. Analyse uni-variée .....	69
1.1. Analyse de la référence des patients vers les services spécialisés .....	69
a. Référence vers les services spécialisés et facteurs sociodémographiques	69
b. Référence vers les services spécialisés et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques .....	72
c. Référence vers les services spécialisés et accessibilité géographique ...	73
d. Référence vers les services spécialisés et perception du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques .....	75
e. Référence vers les services spécialisés et difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques .....	77
1.2. Analyse de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.....	79
1.3. Analyse de la prescription des psychotropes .....	81
a. Analyse de la prescription des antidépresseurs.....	81
b. Analyse de la prescription des anxiolytiques.....	87
c. Analyse de la prescription des neuroleptiques .....	95
d. Analyse de la prescription des thymorégulateurs .....	101
1.4. Analyse de la prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes.....	107
2. Analyse multi-variée .....	113
2.1. Les déterminants de la référence des patients atteints de pathologies psychiatriques vers les services spécialisés.....	113

2.2. Les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes .....	115
a. Les déterminants de la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes .....	115
b. Les déterminants de la prescription des anxiolytiques par les médecins généralistes .....	117
c. Les déterminants de la prescription des neuroleptiques par les médecins généralistes .....	119
d. Les déterminants de la prescription des thymorégulateurs par les médecins généralistes .....	120
VI- Discussion .....	122
1. Etat des lieux au Maroc .....	122
1.1. Les ressources humaines .....	123
1.2. L'infrastructure .....	124
2. Discussion des caractéristiques de l'échantillon de l'étude .....	125
3. Prévalence et nature des pathologies psychiatriques en médecine générale .....	128
3.1. Prévalence .....	128
3.2. Nature des pathologies .....	129
4. Formation des médecins généralistes en santé mentale .....	130
5. Rôle des médecins généralistes dans les soins psychiatriques .....	132
6. Attitudes des médecins généralistes face aux troubles psychiatriques .....	134
6.1. Les différentes attitudes .....	134
a. Capacité de prise en charge des pathologies psychiatriques .....	134
b. Orientation vers les services spécialisés .....	135
c. Attitude thérapeutique .....	136
6.2. Les facteurs influençant les attitudes des médecins .....	137

7. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.....	141
8. Suggestions des médecins généralistes .....	143
9. Points forts et limites de l'étude .....	144
VII- Recommandations.....	147
1. Formation des médecins généralistes .....	148
1.1. Enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire.....	148
1.2. Instauration d'une politique de formation continue qui cible le médecin généraliste .....	149
2. Education et information des autres acteurs potentiels et du grand public...	149
3. Interventions synergiques .....	150
4. Recommandations de l'OMS .....	151
CONCLUSION.....	152
RESUME.....	153
ANNEXE.....	158
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	165

## LISTE DES ABREVIATIONS

- ADN : Association des médecins titulaires de diplôme en Diabétologie, Nutrition et éducation thérapeutique
- APA : American Psychiatric Association
- ASAT : Association de Santé Au Travail
- AVCI : Années de Vie Corrigées de l'incapacité
- AVI : Années Vécues avec une Incapacité
- BEACH : Bettering the Evaluation and Care of Health
- BMC : BioMed Central
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, dixième édition
- CNDH : Conseil National des Droits de l'Homme
- DELM : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
- DS M V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition
- DU : Diplôme Universitaire
- EMRO : Eastern Mediterranean Regional Office
- ENPTM : Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux
- MG : Médecin Généraliste
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONDH : Observatoire National du Développement Humain
- SIAAP : Service d'Infrastructure d'Action Ambulatoire Provincial

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Précision sur le lieu de formation des médecins généralistes.
- Tableau 2: Nombre d'années d'exercices actuel et précédent des médecins enquêtés.
- Tableau 3 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et facteurs sociodémographiques.
- Tableau 4 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.
- Tableau 5 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et accessibilité géographique.
- Tableau 6 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.
- Tableau 7 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.
- Tableau 8: Place de la santé mentale en médecine générale et facteurs sociodémographiques.
- Tableau 9: Prescription des antidépresseurs et facteurs sociodémographiques.
- Tableau 10: Prescription des antidépresseurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.
- Tableau 11: Prescription des antidépresseurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.
- Tableau 12: Prescription des antidépresseurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.
- Tableau 13: Prescription des anxiolytiques et facteurs sociodémographiques.



Tableau 14: Prescription des anxiolytiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Tableau 15: Prescription des anxiolytiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Tableau 16: Prescription des anxiolytiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Tableau 17: Prescription des neuroleptiques et facteurs sociodémographiques.

Tableau 18: Prescription des neuroleptiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Tableau 19: Prescription des neuroleptiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Tableau 20: Prescription des neuroleptiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Tableau 21: Prescription des thymorégulateurs et facteurs sociodémographiques.

Tableau 22: Prescription des thymorégulateurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Tableau 23: Prescription des thymorégulateurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Tableau 24: Prescription des thymorégulateurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Tableau 25: Prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et facteurs sociodémographiques.

Tableau 26: Prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et facteurs sociodémographiques.

Tableau 27 : Facteurs liés à l'insuffisance de prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes.

Tableau 28 : Facteurs liés à la non prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes.

Tableau 29 : Facteurs liés à la non prescription des anxiolytiques par les médecins généralistes.

Tableau 30 : Facteurs liés à la non prescription des neuroleptiques par les médecins généralistes.

Tableau 31 : Facteurs liés à la non prescription des thymorégulateurs par les médecins généralistes.

Tableau 32 : Densité en ressources humaines spécialisées en psychiatrie.

Tableau 33 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui de quelques enquêtes similaires.

Tableau 34 : Comparaison du sex-ratio H/F de notre échantillon avec celui de quelques enquêtes similaires.

Tableau 35: Comparaison des échantillons des enquêtes en terme du secteur d'exercice.

Tableau 36 : Comparaison des échantillons des enquêtes en terme de formation.

Tableau 37 : Comparaison des résultats des enquêtes en terme de prévalence des troubles mentaux.

Tableau 38 : Comparaison des taux de référence des patients vers les services spécialisés entre les différentes enquêtes.

Tableau 39 : Comparaison de la prescription des psychotropes entre les différentes enquêtes.

Tableau 40 : Comparaison des effectifs et des taux de réponse des différentes enquêtes.

## LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1: Années vécues avec une incapacité (AVI).
- Graphique 2: Charge mondiale de morbidité : Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI).
- Graphique 3 : Distribution de l'effectif des médecins de l'enquête selon le sexe.
- Graphique 4: Répartition des médecins par tranches d'âges.
- Graphique 5: Répartition des médecins interrogés entre doctorat Marocain et doctorat étranger.
- Graphique 6: Répartition des médecins selon leur secteur d'exercice actuel.
- Graphique 7: Répartition des médecins selon leur secteur d'exercice précédent quand celui-ci était mentionné.
- Graphique 8: Répartition des médecins enquêtés selon les régions d'exercice actuelles.
- Graphique 9: Répartition des médecins enquêtés selon les régions d'exercice précédentes.
- Graphique 10: Pourcentage des médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation.
- Graphique 11: Apport de la formation de base dans la capacité de la prise en charge des pathologies psychiatriques.
- Graphique 12 : Pourcentage des médecins bénéficiant d'une formation continue dans le domaine médical.
- Graphique 13: Moyens de formation continue reçue par les médecins généralistes dans le domaine médical.
- Graphique 14: Pourcentage des médecins ayant bénéficié d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie.

Graphique 15: Moyens de formation post-universitaire spécifique en psychiatrie.

Graphique 16: Cadres de formation continue reçue par les médecins dans le domaine de psychiatrie.

Graphique 17: Thèmes de formation continue reçue par les médecins dans le domaine de psychiatrie.

Graphique 18: La fréquence des principales pathologies psychiatriques selon la perception des médecins généralistes.

Graphique 19: Capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques par les médecins généralistes.

Graphique 20: Les pathologies psychiatriques difficiles/faciles à diagnostiquer selon les médecins enquêtés.

Graphique 21: Les pathologies psychiatriques difficiles/faciles à traiter selon les médecins enquêtés.

Graphique 22: Référence des patients souffrant de troubles psychiatriques vers les service spécialisés par les médecins enquêtés.

Graphique 23: Motifs de transfert de patients avec troubles mentaux au psychiatre.

Graphique 24 : L'accessibilité géographique aux médecins psychiatres.

Graphique 25: L'accessibilité géographique aux unités de prise en charge des pathologies psychiatriques.

Graphique 26: Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques selon la perception des médecins de l'enquête.

Graphique 27: Place de la prise en charge des troubles psychiatriques en santé publique selon la perception des médecins enquêtés.

Graphique 28 : Difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins de l'enquête.

Graphique 29: Le besoin de formation pratique en matières de pathologies psychiatriques.

Graphique 30: Prescription des psychotropes par les médecins de l'enquête.

Graphique 31: Besoin de formation des médecins enquêtés en matières de psychotropes.

Graphique 32: Raisons de la non-prescription des psychotropes par les médecins de l'enquête.

Graphique 33: Attentes des médecins généralistes enquêtés en santé mentale.

# INTRODUCTION

Au Maroc, comme dans l'ensemble des pays, les troubles mentaux représentent une charge non négligeable de morbidité, générant une détresse importante et des coûts économiques et humains élevés. Ils constituent ainsi un problème majeur de santé publique.

En effet, les études épidémiologiques qui ont été réalisées par l'OMS à travers le monde, ont montré que 20 % de la population générale souffrent d'un trouble mental léger ou grave, d'une toxicomanie, ou d'alcoolisme [1].

L'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux en population générale âgée de 15 ans et plus (ENPTM, 2003-2006) réalisée au Maroc par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS a montré que :

- 26.5 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont vécu un trouble dépressif au cours de leur vie, soit 16 % de la population générale.
- Plus de 200.000 marocains de 15 ans et plus, souffrent d'une pathologie schizophrénique.
- La dépendance à l'alcool est de 1,4 %, soit 0,1 % de la population générale.
- La dépendance aux substances est de 2,8 %, soit 2 % de la population générale [2].

L'offre de soins en santé mentale souffre d'une insuffisance en ressources humaines et en infrastructure pour répondre aux besoins d'une population dont la demande ne fait qu'augmenter par rapport à la souffrance liée à la pathologie mentale et à ses conséquences sur le plan social et familial.

Les récentes réformes du financement des soins de santé mentale, visant l'amélioration des résultats et l'accessibilité des soins, ont renforcé le rôle central du médecin généraliste et l'articulation de ses prestations avec les services spécialisés [3].

Ainsi, l'amélioration de l'implication effective des omnipraticiens dans la prise en charge de la santé mentale est une véritable opportunité et une solution à moyen terme pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé mentale. Cette notion a fait l'objet de recommandation de plusieurs instances nationales et internationales.

Dans notre pays, la formation et l'intégration des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux, constituent des axes prioritaires du plan d'action 2012-2016 du Ministère de la Santé [4].

C'est pour ces raisons que notre étude se propose d'explorer le rôle des médecins généralistes pour identifier les éléments qui consacrent le manque d'implication de cette catégorie de professionnels dans la filière de santé mentale.

# I- Etat des connaissances actuelles

## 1. Définition des concepts

L'OMS définit la santé comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social.

Le modèle bio-psycho-social de la santé mentale, largement admis, implique trois dimensions :

- Une dimension biologique à la fois génétique et physiologique ;
- Une dimension psychologique ou psycho-développementale, qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels ;
- Une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans son milieu, sa culture et aux relations qu'il entretient avec celui-ci, qu'il s'agisse d'un niveau micro- ou macroscopique.

La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme :

Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS 1946). Ceci met l'accent sur la composante intégrante de la santé globale qui est la santé mentale « Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » [1].

En 2001, l'OMS définit les troubles mentaux comme « Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de la réflexion, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales ».

La détection des troubles psychiatriques repose sur l'évaluation clinique, celle-ci tend à se standardiser et à s'uniformiser grâce à l'élaboration de classifications internationales des critères diagnostiques.



Les classifications actuellement utilisées en épidémiologie sont le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, cinquièmes édition, (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et la Classification Internationale des Maladies, dixième édition, (CIM-10) de l'OMS.

## 2. Constat

Selon l'OMS, les troubles mentaux représentent 12 % de la charge de morbidité mondiale. Ils affectent 450 millions de personnes et une personne sur quatre développera un ou plusieurs troubles mentaux au cours de sa vie. D'ici 2020, les troubles mentaux seront responsables de près de 15 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité à travers le monde après les troubles cardiovasculaires [1].

L'OMS en 2001 note :

- La dépression : 121 millions de personnes ;
- La schizophrénie : 24 millions de personnes ;
- Le suicide : 1 million de personnes par an.

Mais ce qui est grave, c'est que 75 à 80 % des personnes malades vivant dans les pays en voie de développement, ne bénéficient d'aucun traitement ni de soins. Ceci est dû à une insuffisance en structures de soins, en ressources humaines et financières dédiées à la santé mentale. En fait, dans ces pays, moins de 2 % des dépenses sont consacrées à la santé mentale [1].

Les principales conséquences et complications des troubles mentaux sont (OMS 2001) :

- La désinsertion sociale : 10 % ;
- La clochardisation : 10 % ;
- Les violences (auto et hétéro -agressivité) : 20 % ;
- Le suicide : 15 à 20 %.

En plus du fardeau humain, les troubles de santé mentale créent un lourd fardeau économique. Ce dernier s'évalue en plusieurs types de coûts :

- Les coûts directs pour les régimes de santé liés aux consommations de soins, dont les consultations hors du secteur de la santé mentale qui sont en partie dues aux comorbidités somatiques induites par les pathologies psychiatriques, ainsi que ceux liés aux traitements et aux allocations compensatrices [5].
- Les coûts indirects en rapport avec la perte de productivité (absentéisme, invalidité au travail, retraite anticipée), la baisse de qualité de vie ou niveau d'incapacité du souffrant et avec la mortalité (années de vie perdues, décès prématuré) [6,7].

La santé mentale coûte effectivement très cher au réseau de la santé. L'étude de PS. Wang et al. [8] estime qu'aux Etats-Unis, en 2003, la dépression seule coûte annuellement à la société 53 milliards de dollars.

En France, la Cour des Comptes évalue à 107 milliards d'euros par an le coût économique et social des pathologies mentales [6].

Les troubles de santé mentale causent aussi des conséquences graves sur l'entourage du souffrant. L'OMS estime que, dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental et les familles touchées se voient non seulement obligées d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, mais elles subissent la discrimination, à cela s'ajoute le stress dû au comportement perturbé du malade, le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale. Les dépenses thérapeutiques sont souvent à la charge des proches, faute de couverture sociale ou lorsque celle-ci ne couvre pas les troubles mentaux [9].

La santé mentale au Maroc constitue un véritable problème de santé publique, comme l'a démontré l'Enquête Nationale sur la Prévalence des Troubles Mentaux en

population générale (ENPTM, 2003-2006) réalisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS. L'étude a montré qu'au Maroc 48,9 % de la population enquêtée âgée de 15 ans et plus, a eu au moins un trouble psychiatrique mineur récurrent parfois sans lendemain (insomnie, angoisse, tic nerveux, dépression, etc.) [10].

Cependant et malgré l'ampleur de la problématique en santé mentale, les systèmes de santé, surtout dans les pays en voie de développement, ne sont pas dans la capacité de prendre en charge les pathologies mentales. Des études ont montré que l'inaccessibilité des personnes souffrant de troubles mentaux s'élève à plus de 80 % [11].

Les médecins généralistes, qui représentent la porte d'entrée des services de santé, doivent jouer un rôle primordial dans la prise en charge des troubles mentaux.

En effet, au cours d'une année, 75 à 80 % de la population les consultent et 20 à 25 % des consultations médicales seraient reliées à des troubles mentaux dont la dépression et l'anxiété sont les plus prévalant [12].

Des études épidémiologiques ont montré que sur l'ensemble des personnes qui ont consulté un professionnel pour un problème de santé mentale au Canada en 2002, 45 % ont choisi un omnipraticien alors que seulement 25 % ont opté pour un psychiatre [13]. Cette préférence accordée aux omnipraticiens par les personnes souffrant de troubles de santé mentale s'explique par la proximité, l'accessibilité, le moindre risque de stigmatisation et par le fait que la santé physique est traitée tout autant que la santé mentale [14].

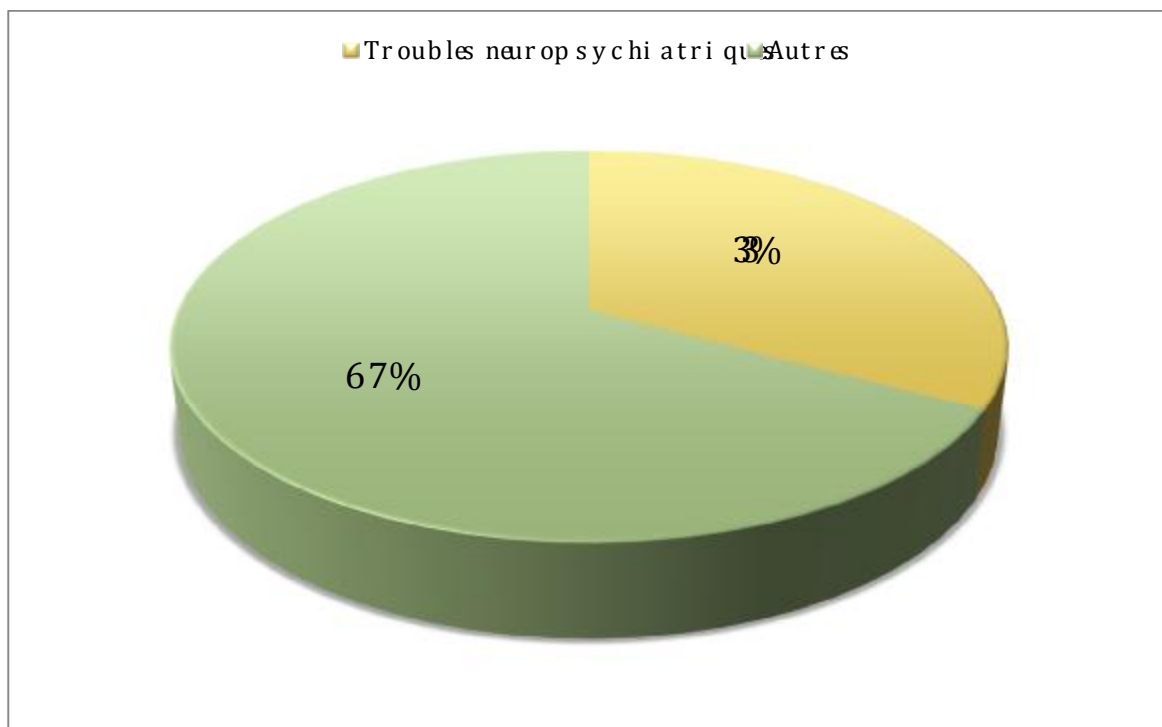
Au Québec, les omnipraticiens traiteraient en moyenne trois fois plus de personnes qui souffrent de troubles mentaux que les psychiatres. La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens est plus importante en milieu rural et en région éloignée où l'on observe une absence de soins spécialisés [13].

Il faut rappeler que 20 à 50 % des personnes avec des problèmes de santé mentale présentent aussi des troubles de santé physique ou de dépendance [12].

## II- Problématique

### 1. Enoncé du problème

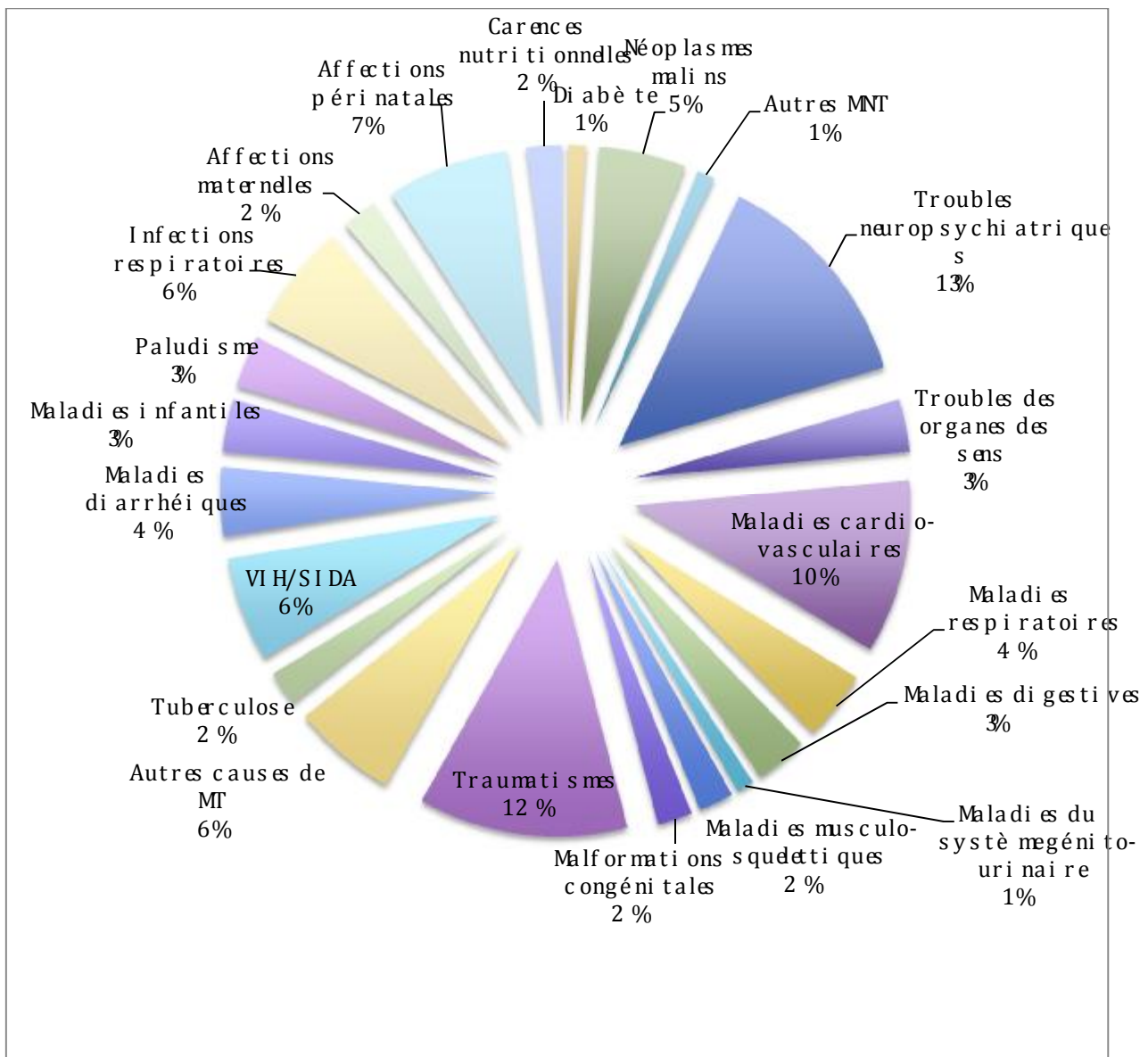
Actuellement, 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux. Selon la charge mondiale de morbidité en 2001 établie par l’OMS, 33 % des années vécues avec une incapacité (AVI) sont imputables aux troubles neuropsychiatriques, auxquels s’ajoutent 2,1 % imputables aux blessures intentionnelles (graphique N°1). Les troubles dépressifs unipolaires à eux seuls sont responsables de 12,15 % des années vécues avec une incapacité et constituent le troisième facteur dans la charge mondiale de morbidité. Quatre des six principales causes d’incapacité (AVI) sont des troubles neuropsychiatriques (dépression, consommation d’alcool, schizophrénie et trouble bipolaire) [1].



Graphique 1 : Années vécues avec une incapacité (AVI).

Les affections neuropsychiatriques représentent 13 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), les blessures intentionnelles 3,3 % et le VIH/SIDA 6 % (graphique N°2). Ces deux derniers groupes comprennent un aspect comportemental lié à la santé mentale [1].

L'ampleur des troubles mentaux fait donc de la santé mentale une priorité de santé publique.



**Graphique 2** : Charge mondiale de morbidité : Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI).

En effet, au Maroc, les structures actuelles ne répondent pas d'une manière adéquate aux besoins en santé mentale de plus en plus croissants. Plus de la moitié des provinces restent totalement démunies de toute structure psychiatrique spécifique. L'accès aux soins pour de nombreux malades est donc aléatoire, et cela fait perdurer les souffrances des malades et de leurs familles et contribue à la persistance des thérapies traditionnelles comme moyen thérapeutique des maladies mentales [15].

Devant les ressources matérielles et humaines limitées, l'intégration des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques s'impose et par conséquent en 1992, a été élaboré au niveau du Ministère de la Santé, avec le concours des psychiatres universitaires, un manuel de psychiatrie pour généralistes dont l'objectif était de fournir à ces professionnels un instrument théorique pour leur faciliter la prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés dans la pratique quotidienne [16].

## 2. Pertinence et justification

Les troubles mentaux représentent 12 % de la charge de morbidité mondiale, ils affectent 450 millions de personnes [1]. 75 à 80 % des personnes atteintes des troubles mentaux, vivant dans les pays en voie de développement, ne bénéficient d'aucun traitement [1].

En plus du fardeau économique, les troubles mentaux engendrent des souffrances et de graves conséquences sur l'entourage du malade. Dans son rapport intitulé "Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique", le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH 2012), dresse un tableau sombre de la situation des personnes souffrant de troubles mentaux, ce rapport qui a nécessité trois mois d'enquête, se base sur les conclusions d'une

mission d'information et d'investigation dans 20 établissements psychiatriques du Royaume. La conclusion était que les structures de ces hôpitaux "sont archaïques et inadaptées", avec iniquité dans la répartition des ressources humaines spécialisées en santé mentale à travers le territoire du pays [17].

Selon l'OMS, des interventions efficaces contre les troubles mentaux existent, mais restent non accessibles à la majorité des personnes qui en ont besoin. Il est possible de remédier à cette situation, en modifiant les politiques et la législation, en développant les services, en disposant d'un financement suffisant et en formant le personnel voulu [1].

Au Maroc, le secteur de la santé mentale est un domaine pour lequel le Ministère de la Santé, dans son plan d'action 2012-2016, a pris des engagements importants et veut instaurer des changements qui vont permettre de mieux répondre aux besoins de ceux et celles qui souffrent d'un trouble mental [4].



### III- Objectifs de l'enquête

Les troubles mentaux constituent un réel problème de santé publique sur le plan mondial et national. Les impacts se font sentir aussi bien en terme de mortalité, de qualité de vie, ou sur l'économie. L'offre de soins psychiatriques étant insuffisante au Maroc, le médecin généraliste devrait constituer une bonne alternative pour faire face à cette demande de soin pressante du moins à court terme. Proche du patient tant géographiquement que socialement et surtout, ne faisant pas l'objet de cette stigmatisation qui touche les institutions psychiatriques, le généraliste semble être l'acteur idéal dans la politique de lutte contre la maladie mentale.

La question qui se pose, c'est de savoir si cet omnipraticien est bien préparé pour répondre à cette demande de soins.

C'est dans cette optique que nous avons envisagé cette enquête auprès des médecins généralistes des secteurs privé et public.

Les objectifs de notre étude se situent sur différents axes :

- Relever le rôle actuel du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.
- Evaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le diagnostic et le traitement des troubles psychiatriques.
- Suggérer les solutions envisageables visant à promouvoir cette prise en charge.

## IV- Méthodologie

### 1. Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des médecins généralistes des secteurs public et libéral.

L'étude a été réalisée sur l'échelle nationale au niveau de 11 régions du royaume: région de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma, région de l'Oriental, région de Fès-Meknès, région de Rabat-Salé-Kénitra, région de Béni Mellal-Khénifra, région de Casablanca-Settat, région de Marrakech-Safi, région de Drâa-Tafilalet, région de Souss-Massa, région de Laâyoune-Sakia El Hamra et la région de Dakhla-Oued Ed Dahab.

Elle a été étalée sur une période de 10 mois, d'Avril 2016 à Janvier 2017.

### 2. Population cible et échantillonnage

#### 2.1. Population cible

Nous avons ciblé les médecins généralistes exerçant en milieux urbain et rural dans les secteurs libéral et public sur l'échelle nationale.

#### § Critères d'inclusion :

- Médecins généralistes exerçant dans les cabinets privés.
- Médecins généralistes exerçant dans les centres de santé urbains et ruraux.
- Médecins généralistes exerçant dans les services des urgences des hôpitaux généraux.

#### § Critères d'exclusion :

- Médecins généralistes attachés aux services hospitaliers autres que ceux des urgences.
- Médecins internes des Centres Hospitaliers Universitaires.

## 2.2. Population source

Le choix s'est porté sur les omnipraticiens ayant participé aux différentes manifestations scientifiques nationales dédiées aux médecins généralistes du Maroc :

- Le sixième congrès national de médecine générale de l'association MG Maroc, qui a eu lieu à Marrakech le 22, 23 et 24 septembre 2016.
- Le troisième congrès national de l'association ADN, qui s'est déroulé à Fès le 14, 15 et 16 octobre 2016.
- Une journée scientifique sur la douleur, qui s'est tenue à Fès le 22 octobre 2016.
- La 12<sup>ème</sup> journée d'automne de l'ASAT, qui a eu lieu à Fès le 26 novembre 2016.

Nous avons aussi fait le tour des cabinets privés et des structures de soins publiques. La liste des médecins à enquêter a été obtenue auprès des conseils de l'ordre pour le secteur libéral et auprès des SIAAP pour le secteur public.

## 2.3. Taille de l'échantillon

Dans l'optique d'extrapoler les résultats de notre étude à toute la population d'omnipraticiens du Maroc, nous avons fait un calcul de la taille de l'échantillon. Aussi, la taille minimale requise était de 384 médecins.

L'intention de départ était de faire une étude transversale plus ou moins exhaustive dans tout le pays, mais au cours de l'enquête nous avons été contraints de revoir cet objectif à la baisse, par défaut de moyens et de disponibilité des médecins. Au total, 504 généralistes ont été contactés.

### 3. Outil de collecte de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme en langue française de 23 Items, comportant 10 questions fermées, 8 questions semi-ouvertes et 5 questions ouvertes (voir annexe), explorant les domaines suivants :

§ Les caractéristiques sociodémographiques des médecins :

- Le sexe, l'âge, l'ancienneté du doctorat, le lieu de formation, le secteur d'exercice actuel et précédent, les années d'expérience professionnelle, la région d'exercice.
- Informations relatives à la formation universitaire et post-universitaire, stage en psychiatrie, formation continue, formations spécifiques en psychiatrie.

§ La capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques basée sur la formation reçue en psychiatrie à la Faculté de médecine.

§ L'accessibilité géographique aux différentes unités de prise en charge des pathologies psychiatriques et aux psychiatres.

§ Le profil épidémiologique des pathologies psychiatriques.

§ Les attitudes et pratiques des médecins généralistes face aux troubles mentaux.

§ Le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

§ La place de la prise en charge des troubles psychiatriques en santé publique.

§ Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

§ Le besoin de formation des omnipraticiens en matière de pathologies psychiatriques et de psychotropes.

§ La prescription thérapeutique.

§ Les attentes des médecins en santé mentale.

Après la conceptualisation des objectifs de l'enquête et une recherche bibliographique sur des études traitant le même sujet, une première version du questionnaire a été élaborée au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès. Cette version a été d'abord testée sur un échantillon de sept médecins généralistes pour détecter les questions qui posent des difficultés de compréhension, puis après reformulation, le questionnaire a été revu et corrigé par le service d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Le temps requis pour répondre au questionnaire est estimé à 20 minutes.

## 4. Variables de l'étude

### 4.1. Conception des variables d'intérêt

Certaines questions constituent des variables d'intérêt, c'est notamment le cas de :

- La question N°13 portant sur les pathologies psychiatriques prises en charge par les médecins enquêtés, parmi lesquelles on a choisi : la dépression, les troubles anxieux, les crises d'hystérie, la schizophrénie, les conduites addictives et les troubles bipolaires.
- La question N°14 concernant le pourcentage de patients souffrant de troubles psychiatriques référés par les médecins vers le psychiatre. Lors de l'analyse multi-variée, et pour des raisons statistiques, nous avons recodé la variable comme suit (transformation binaire):
  - Nombre de médecins qui réfèrent moins de 50 % de leurs patients ;
  - Nombre de médecins qui réfèrent plus de 50 % de leurs patients.

Nous estimons que la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux est insuffisante lorsque les généralistes réfèrent plus de 50 % de leurs patients vers les services spécialisés.

- La question N°17 décrivant la perception de la place que prend la prise en charge des pathologies psychiatriques en médecine générale.
- La question N°21 relative à la prescription des psychotropes. Nous avons considéré au cours de l'analyse multi-variée que les médecins répondant par parfois, rarement et jamais en ce qui concerne la prescription des antidépresseurs et des anxiolytiques ainsi que les médecins répondant par jamais quant à la prescription des neuroleptique et des thymorégulateurs comme des non prescripteurs.

#### 4.2. Conception des variables explicatives

##### a. Les variables sociodémographiques

Ces variables correspondent aux questions N°1, 2, 3, 4, 5, 7 et 8 portant respectivement sur :

- Le sexe :
  - ü Masculin ;
  - ü Féminin.
- L'âge : entre
  - ü 25-35 ans ;
  - ü 36-50 ans ;
  - ü 51 ans et plus.
- Le lieu de formation :
  - ü Maroc ;
  - ü Etranger.

- Le secteur d'exercice :
  - ü Secteur public regroupant les médecins généralistes pratiquant dans les centres de santé (urbains, ruraux), et dans les hôpitaux généraux;
  - ü Secteur privé comprenant les omnipraticiens libéraux installés dans les territoires urbains et ruraux.
- La région d'exercice.
- Le nombre total d'années d'exercice en faisant la somme des nombres d'années d'exercice actuel et précédent.
- Le stage en service de psychiatrie :
  - ü Non ;
  - ü Une fois ;
  - ü Deux fois.
- La formation continue dans le domaine médical :
  - ü Oui ;
  - ü Non.
- La formation post-universitaire en psychiatrie :
  - ü Oui ;
  - ü Non.

Pour des raisons pratiques, les détails et les précisions de certaines questions n'ont pas été pris en compte dans l'analyse et ont seulement été rapportés à titre informatif dans la partie descriptive des résultats. Il s'agit des questions N°7 (précision sur le moyen de formation continue dans le domaine médical), et N°8 (précision sur les moyens, le cadre et les thèmes de la formation post-universitaire en psychiatrie).

### b. La Variable «Confiance»

La question N°6 représente la confiance des omnipraticiens en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, thérapeutique et en matière du suivi. Vu le faible effectif des médecins très confiants, les deux groupes des omnipraticiens répondant par très bien et bien ont été fusionnés.

### c. La variable «accessibilité géographique»

Cette variable rassemble les questions N°9 et N°10 relatives à :

Ø L'existence d'un psychiatre à proximité :

- Etablissement ;
- Ville ;
- Région :
  - ü <60 km ;
  - ü > 60 Km.

Ø L'existence d'une unité de prise en charge des pathologies psychiatriques :

- Etablissement ;
- Ville ;
- Région :
  - ü <60 km ;
  - ü >60 Km.



d. La variable « perception du rôle »

La question N°16 constitue la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de :

- Diagnostic ;
- Traitement pharmacologique ;
- Psychothérapie ;
- Suivi ;
- Sensibilisation ;
- Education thérapeutique.

e. La variable « place de la psychiatrie en médecine générale »

La question N°17 décrit la perception de la place que prend la prise en charge des pathologies psychiatriques en médecine générale : prioritaire, secondaire ou soulève uniquement du rôle du psychiatre.

f. La variable « difficultés »

Correspond à la question N°18 relative aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge des pathologies psychiatriques :

- Durée prolongé des consultations ;
- Demande d'écoute ;
- Manque de formation continue ;
- Manque de collaboration des spécialistes ;
- Manque de moyens.

## 5. Analyse statistique

### 5.1. Les résultats descriptifs et l'analyse uni-variée

Les données des questionnaires ont été saisies sur Excel 2010 sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel SPSS v.20 qui nous a permis d'obtenir le résultat descriptif de la population étudiée et d'effectuer une analyse uni-variée.

La comparaison des variables qualitatives a fait appel aux tests « Chi 2 non » et au test Fisher exact. Les deux tests sont considérés comme significatifs quand  $p < 0,05$ .

### 5.2. L'analyse multi-variée

Le recours au modèle d'analyse multi-variée a pour objectif de mettre en évidence l'effet propre des déterminants de la variable dépendante souhaitée. Les variables dépendantes de nos modèles initiaux étaient :

- L'attitude des généralistes de prendre en charge eux-mêmes leurs patients atteints de pathologies psychiatriques ou de les référer au psychiatre ;
- La prescription des psychotropes par les médecins généralistes.

Ces variables ont été analysées grâce à un modèle de régression logistique, qui permet d'obtenir le risque par rapport à une valeur de référence (Odds Ratio). Nous avons intégré aux modèles initiaux les variables dont la significativité ( $p$ ) à l'étude uni-variée était inférieure à 0,2, alors que les modèles finaux n'ont retenu que les variables qui ont une valeur  $p < 0,05$ . La méthode de pas à pas descendante a été adoptée.

## 6. Considérations éthiques

L'aspect éthique a été pris en considération tout au long du déroulement de notre étude. Ainsi, plusieurs mesures ont été entreprises pour cette dimension, en particulier pour les questionnaires :

- § La présentation, l'explication des objectifs et l'intérêt de l'étude ;
- § Le consentement des enquêtés ;
- § Le respect de la confidentialité.

## V. Résultats de l'enquête

### A. Etude descriptive

#### 1. Taux d'acceptabilité / refus de réponse au questionnaire

Au total, 504 questionnaires ont été diffusés, nous avons obtenu 402 réponses, soit un taux de participation de 79,8 %. Lors de l'évaluation de la qualité des données, 20 questionnaires ont été exclus du fait qu'ils étaient incomplets. Les analyses ont porté ainsi sur les réponses de 382 participants.

Le refus de réponse au questionnaire a été expliqué par :

- Le manque d'intérêt en santé mentale ;
- La charge du travail ;
- La contrainte de temps.

#### 2. Taux de réponse par question

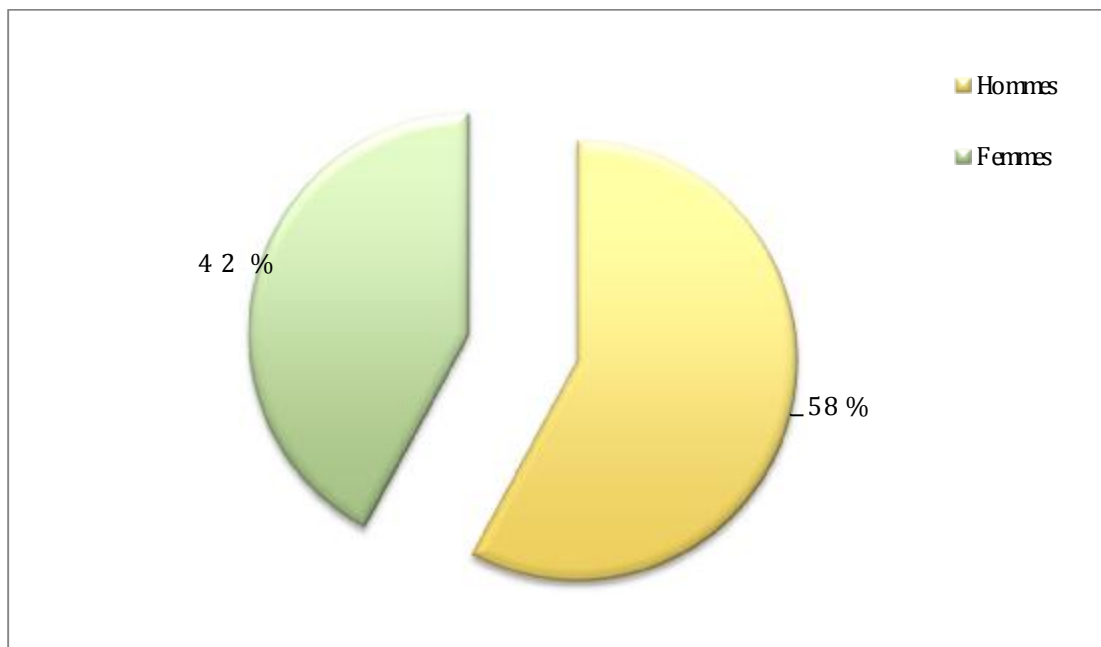
Le taux de réponse par question a varié entre 90 % (comme pourcentage minimal) et 100 %. On cite :

- § « Le nombre total des patients reçu par jour » : 90 %
- § «Le pourcentage de patients présentant une pathologie psychiatrique [seule ou associée à d'autres pathologies] reçu par jour » : 94 %
- § « Les pathologies psychiatriques que les médecins généralistes prennent en charge souvent » : 92.2 %
- § « Le besoin en formation en pathologies psychiatriques » : 94,8 %
- § « Les raisons de la non prescription des psychotropes » : 96,6 %
- § Toutes les autres questions : 100 %

### 3. Caractéristiques des médecins généralistes répondants

#### Ø Sexe

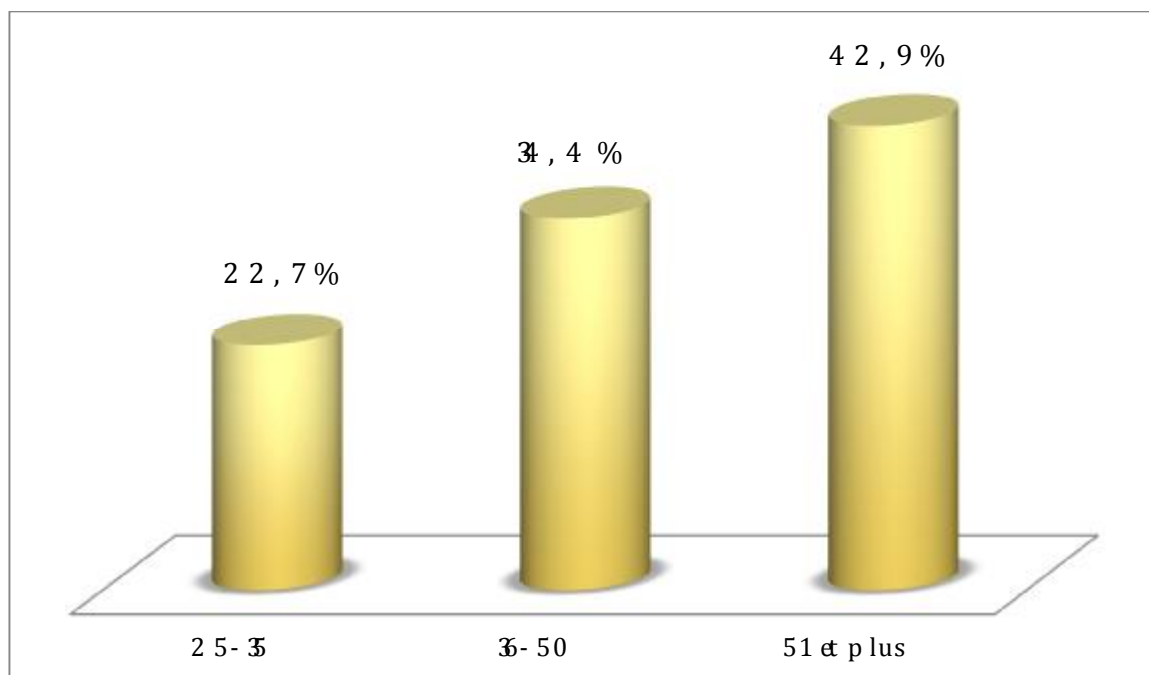
L'échantillon des médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire est composé de 221 hommes (57,9 %) et 161 femmes (42,1 %) (graphique N°3).



Graphique 3 : Distribution de l'effectif des médecins de l'enquête selon le sexe (n=382).

### Ø Age

La plupart des médecins enquêtés (77,3 %) sont âgés de plus de 35 ans. Les 22,7 % restants se situent dans l'intervalle de 25-35 ans. La répartition en fonction des tranches d'âges est représentée par le graphique N°4.

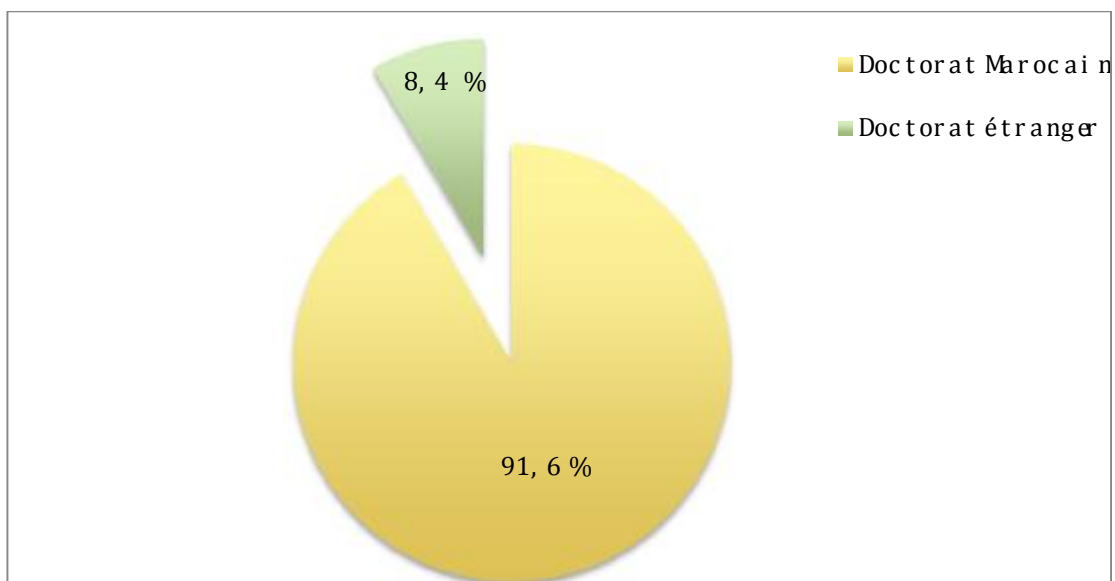


Graphique 4 : Répartition des médecins par tranches d'âges (n=382).

### Ø Ancienneté et lieu du doctorat

L'ancienneté du doctorat variait entre 1 an et 60 ans avec une durée moyenne de  $19,5 \pm 11$  ans.

La grande majorité des médecins enquêtés ont obtenu leur doctorat au Maroc. Seulement 8,4 % ont été formés à l'étranger. (graphique N°5)



Graphique 5 : Répartition des médecins interrogés entre doctorat Marocain et doctorat étranger (n= 382).

Le tableau N°1 récapitule les lieux de formation des médecins ayant participé à l'enquête.

Tableau 1 : Précision sur le lieu de formation (n=382).

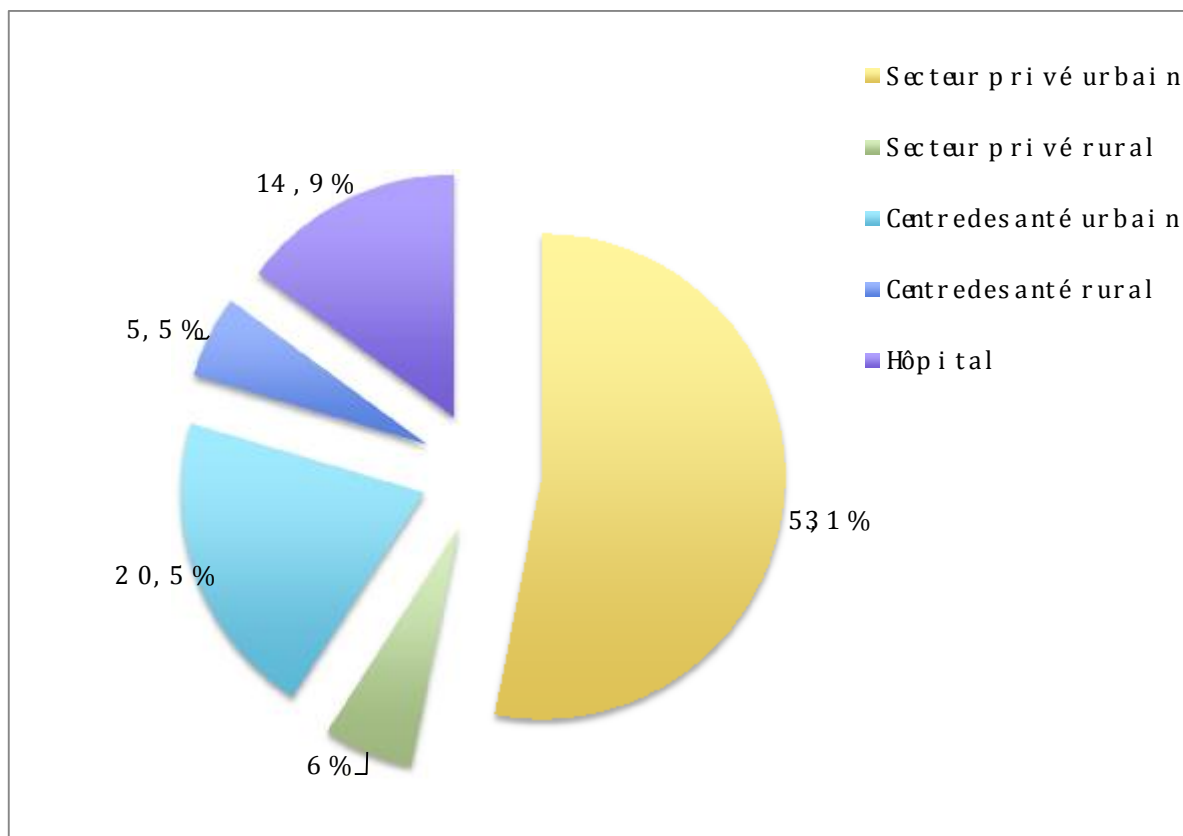
Lieu de formation	Pourcentage	Nombre de médecins
Rabat	51,5 %	197
Casablanca	29 %	111
Fès	8,9 %	34
Ukraine	2,1 %	8
Marrakch	1,8 %	7
France	1,6 %	6
Russie	1,3 %	5
Tunisie	1,3 %	5
Oujda	1 %	4
Sénégal	0,3 %	1
Cote d'ivoire	0,3 %	1
Caire	0,3 %	1
Jordanie	0,3 %	1
Algerie	0,3 %	1
Total	100 %	382



## Ø Statut professionnel

- Secteur d'exercice actuel

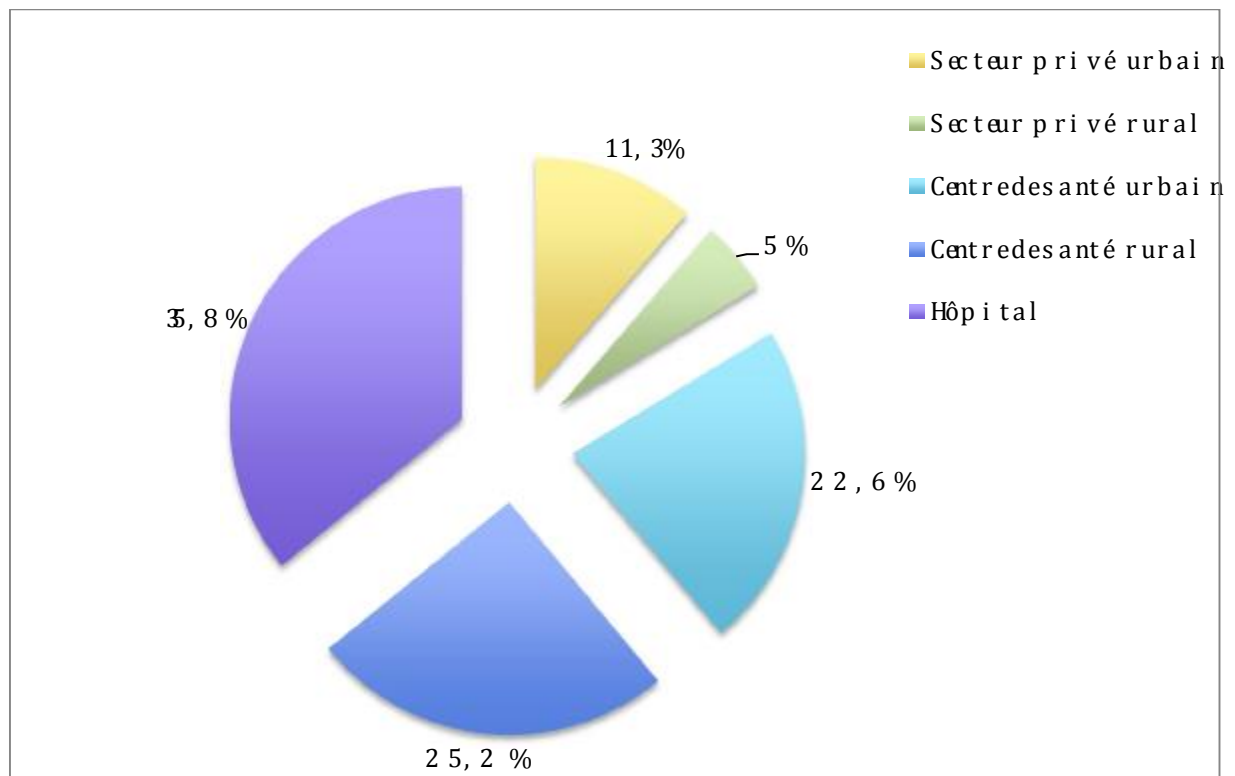
La majorité des médecins enquêtés sont installés dans des cabinets de consultation privés urbains (53,1 %), 20,5 % exercent dans les centres de santé urbains, 14,9 % dans les urgences d'un hôpital public, 6 % dans des cabinets privés ruraux et 5,5 % dans des centres de santé ruraux (graphique N°6).



Graphique 6 : Répartition des médecins selon leur secteur d'exercice actuel (n=382).

- Secteur d'exercice précédent

Les médecins généralistes répondants qui ont précisé le secteur d'exercice précédent (n=159) se répartissent en 35,8 % dans les urgences d'un hôpital public, 25,2 % en centre de santé rural, 22,6 % en centre de santé urbain, 11,3 % dans le secteur privé urbain et 5 % dans le secteur privé rural (graphique N°7).



**Graphique 7 :** Répartition des médecins selon leur secteur d'exercice précédent quand celui-ci était mentionné (n=159).

- Nombre d'années d'exercice actuel et précédent

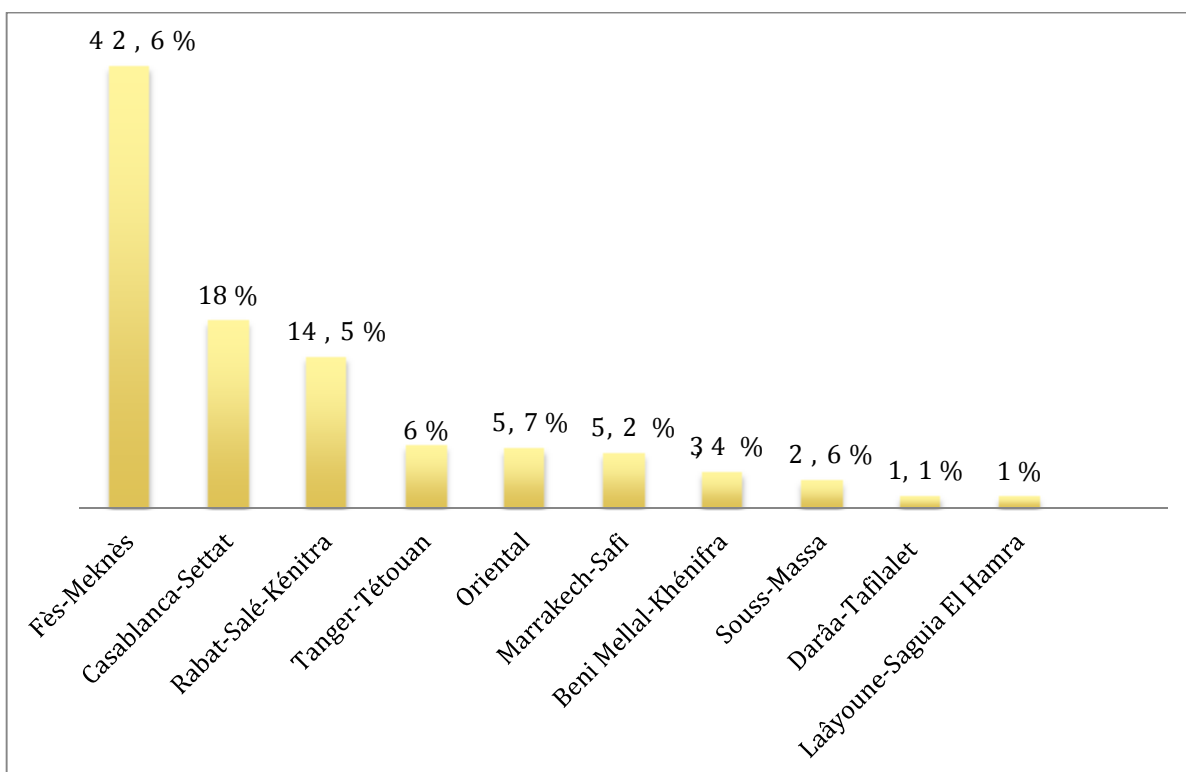
Le nombre d'années d'exercice actuel des médecins interrogés variait entre 1 an et 45 ans (durée moyenne de  $15 \pm 10$  ans), tandis que le nombre d'années d'exercice précédent pour les médecins qui l'ont mentionné (n=159) était entre 1 an et 30 ans (durée moyenne de  $8 \pm 7$  ans). (tableau N°2).

**Tableau 2:** Nombre d'années d'exercice actuel et précédent des médecins enquêtés.

	Nombre	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Nombre d'années d'exercice actuel	382	1	45	15,02	10,790
Nombre d'années d'exercice précédent	159	1	30	8,31	7,050

- Régions d'exercice actuelles:

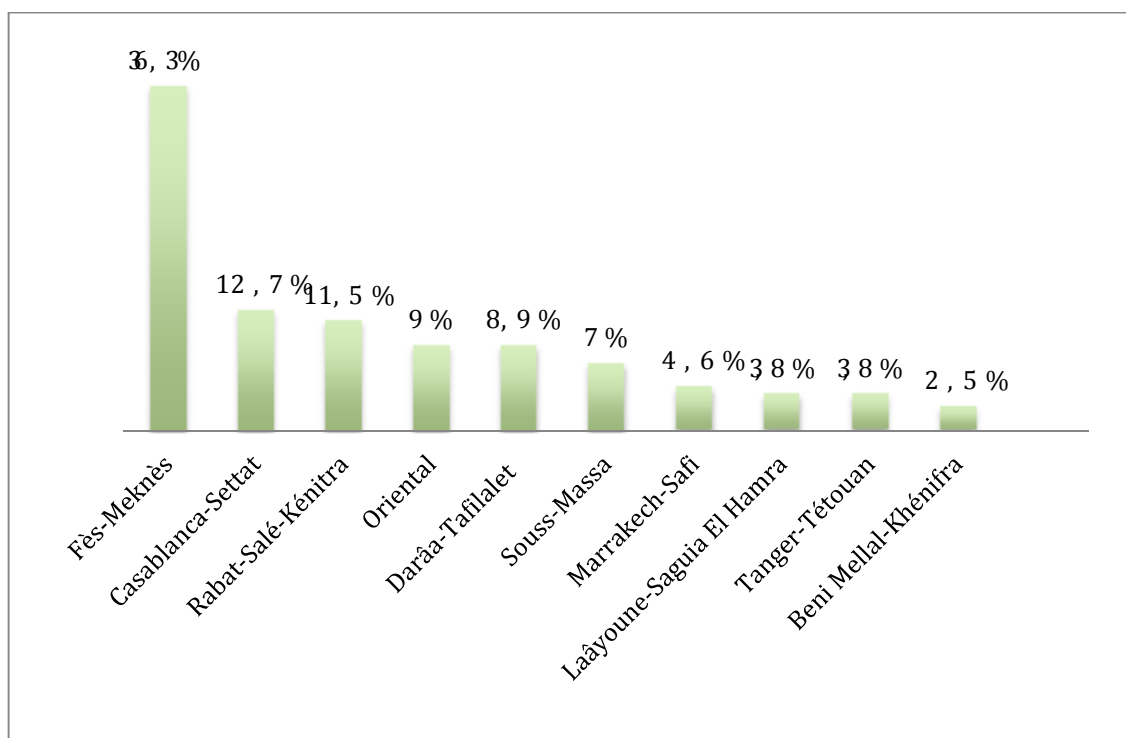
Selon le découpage territorial : 42,6 % des médecins enquêtés exercent actuellement dans la région de Fès-Meknès, 18 % dans la région du Grand Casablanca-Settat, 14,5 % dans la région Rabat-Salé-Kénitra, 6 % dans la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, 5,7 % dans La région de l'Oriental, 5,2 % dans La région de Marrakech-Safi, 3,4 % dans La région de Beni Mellal-Khénifra, 2,6 % dans la région de Souss-Massa, 1,1 % dans La région de Darâa-Tafilalet et 1 % dans la région de Laâyoune-Saguia El Hamra. (graphique N°8).



**Graphique 8 :** Répartition des médecins enquêtés selon les régions d'exercice actuelles (n=382).

- Régions d'exercice précédentes

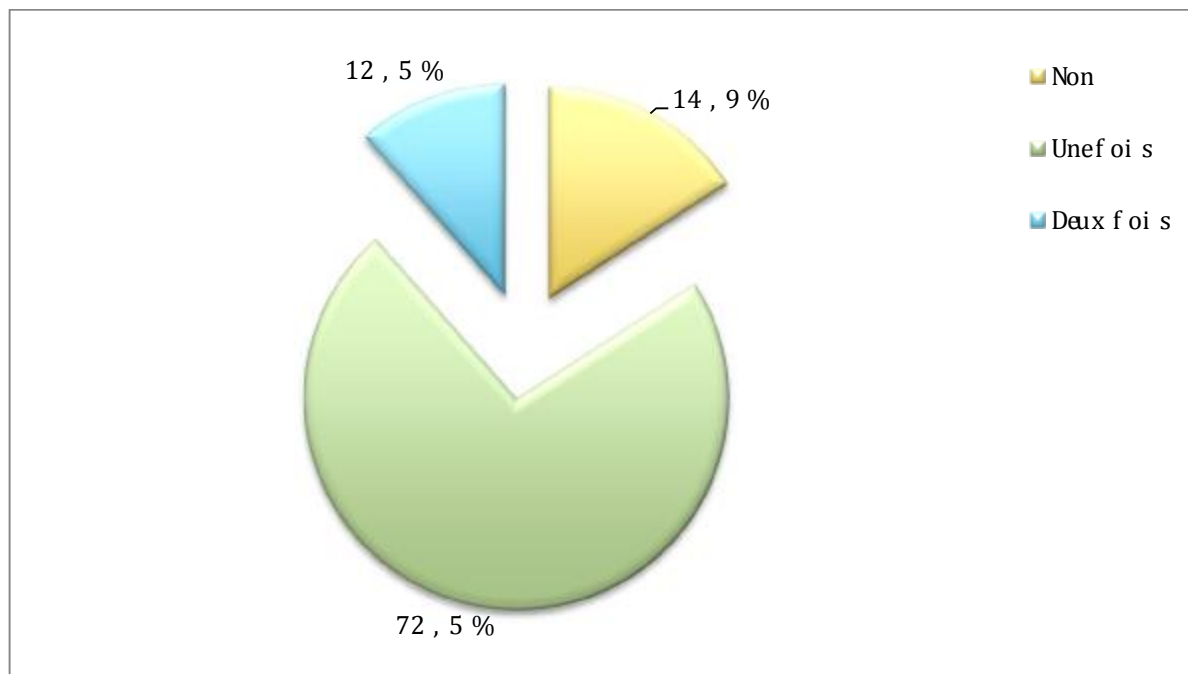
Pour les médecins qui l'ont mentionné (n=157), 36,3 % exerçaient précédemment dans la région de Fès-Meknès, 12,7 % dans la région du Grand Casablanca-Settat, 11,5 % dans la région Rabat-Salé-Kénitra, 8,9 % dans La région de l'Oriental, 8,9 % dans La région de Darâa-Tafilalet, 7 % dans la région de Souss-Massa, 4,6 % dans La région de Marrakech-Safi, 3,8 % dans la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, 3,8 % dans la région de Laâyoune-Saguia El Hamra et 2,5 % dans La région de Beni Mellal-Khénifra (graphique N°9.)



**Graphique 9** : Répartition des médecins enquêtés selon les régions d'exercice précédentes (n=157).

#### 4. Formation des médecins généralistes en matière de psychiatrie

Dans notre échantillon, 14,9 % des médecins n'ont pas bénéficié d'un stage en service de psychiatrie comme l'illustre le graphique N°10.

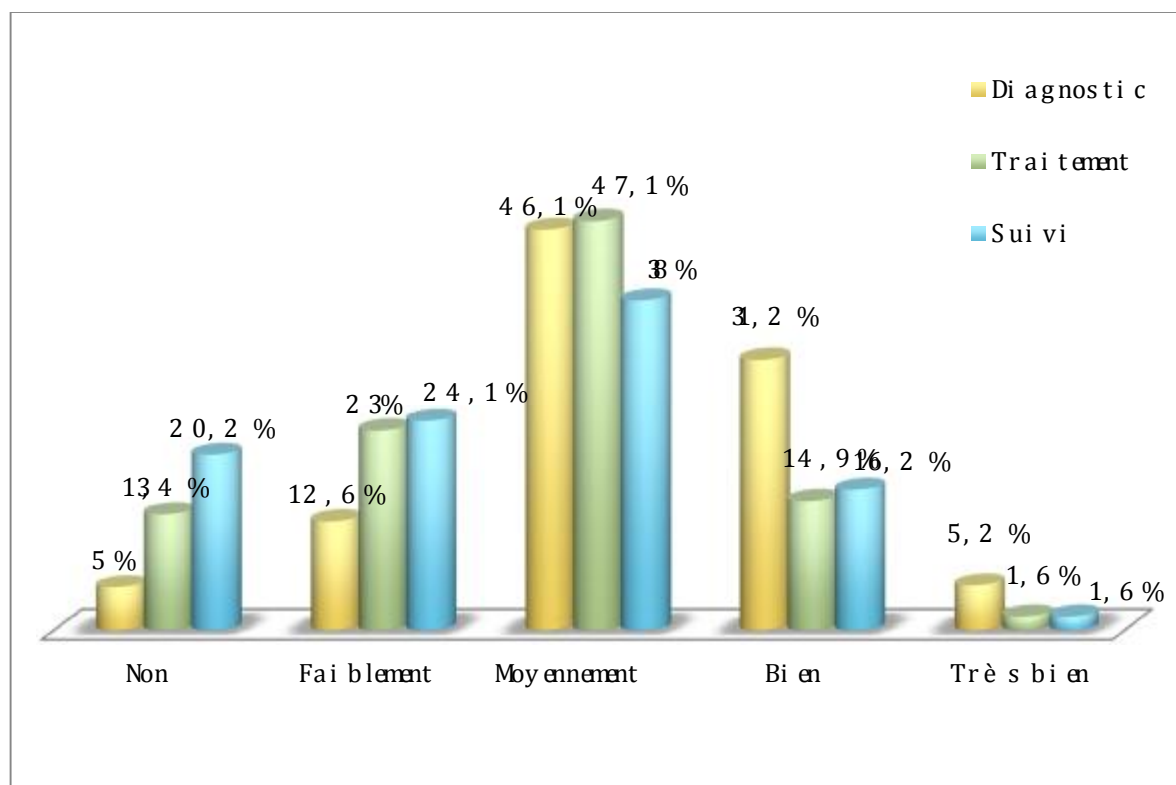


Graphique 10 : Pourcentage des médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation (n=382).

31,2 % des médecins généralistes ont répondu que la formation de base en psychiatrie reçue à la Faculté de Médecine leur permet de bien diagnostiquer les troubles mentaux, 46,1 % ont répondu moyennement, alors que 5 % affichent qu'elle n'a aucune importance.

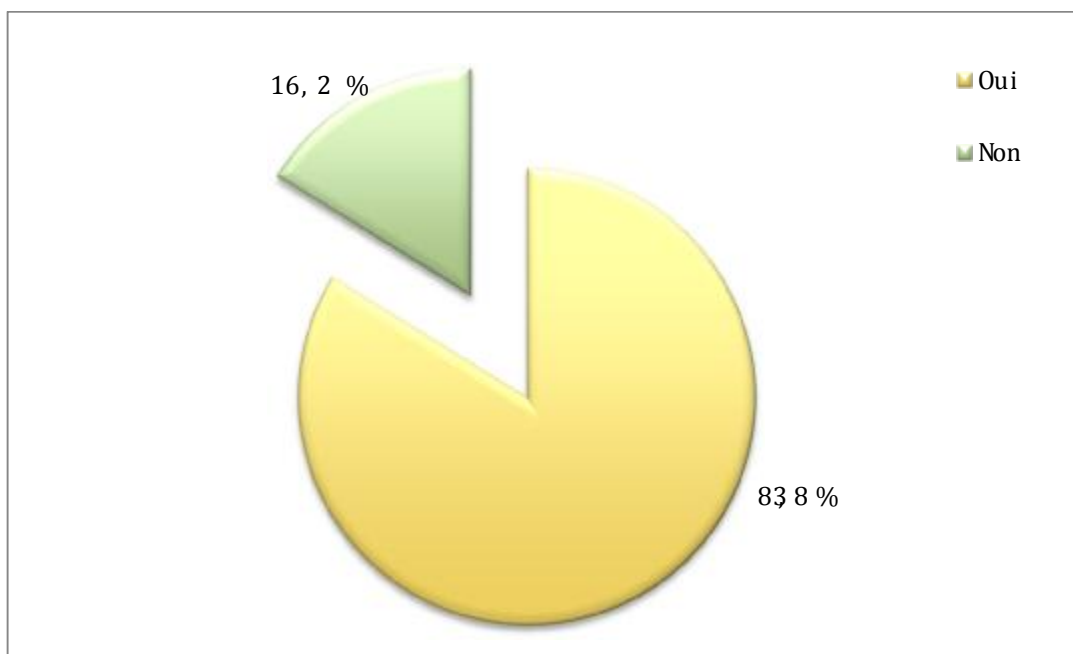
Presque la moitié des médecins généralistes déclarent être moyennement capables de traiter les pathologies psychiatriques en se basant sur la formation académique en santé mentale, tandis que 36,4 % des répondants se jugent faiblement capables à incapables.

En terme de suivi, 20,2 % des médecins généralistes indiquent être insatisfaits de la formation universitaire en psychiatrie, avec uniquement 1,6 % se sentent très satisfaits. (graphique N°11)



**Graphique 11 :** Apport de la formation de base dans la capacité de prise en charge des pathologies psychiatriques (n= 382).

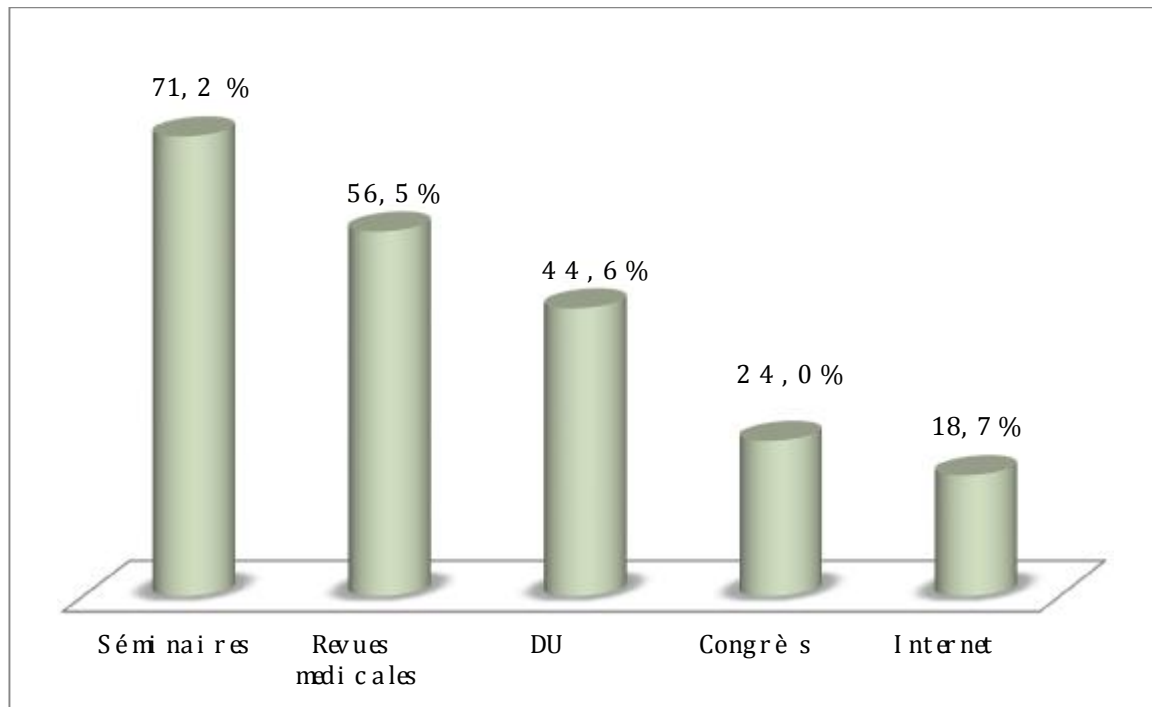
Le pourcentage des médecins bénéficiant d'une formation continue dans le domaine médical est de 83,8 %, tandis que 16,2 % des généralistes enquêtés disent ne pas suivre de formation continue (graphique N°12).



**Graphique 12** : Pourcentage des médecins bénéficiant d'une formation continue dans le domaine médical (n=382).

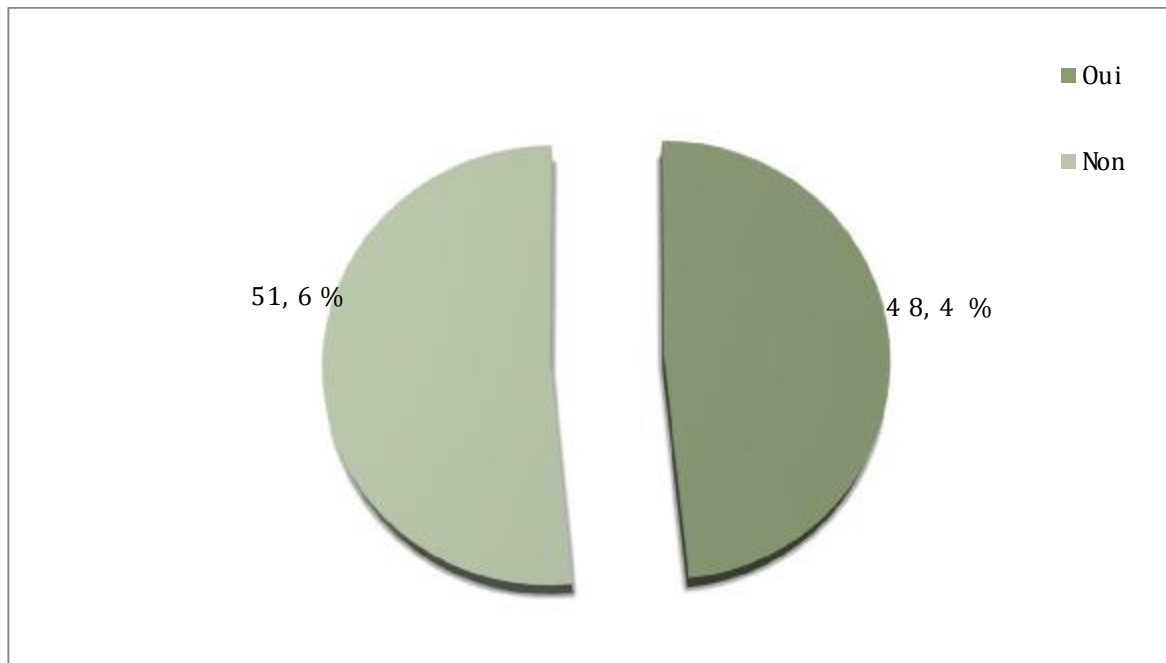


Parmi les 320 médecins (sur 382) ayant précisé leurs moyens de formation continue, nous avons constaté que les séminaires, les revues médicales et les DU constituent les outils privilégiés par un grand nombre d'entre eux (respectivement 71,2 %, 56,5 % et 44,6 %), suivis par les congrès (cités par 24 % des médecins) (graphique N°13).

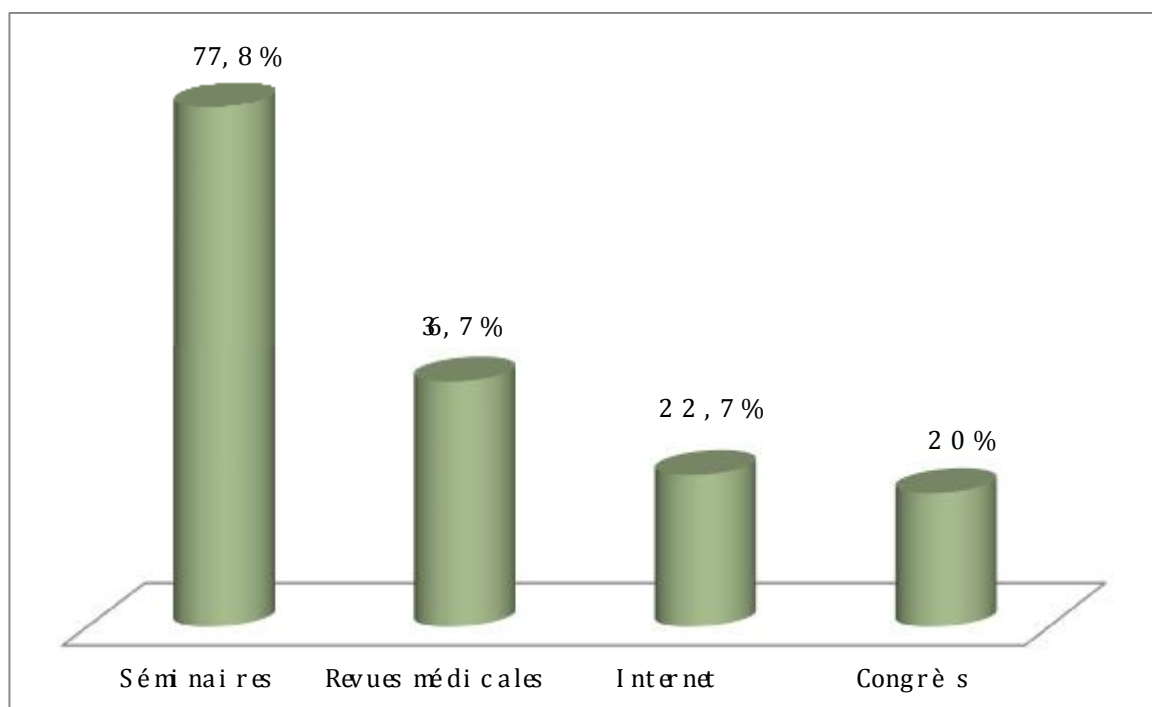


**Graphique 13:** Moyens de formation continue reçue par les médecins généralistes dans le domaine médical (n=320).

Cependant, nous avons remarqué que moins de la moitié des médecins (48,4%) ont reçu une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie, de type séminaires, presse écrite médicale et internet (graphique N°14 et N°15).

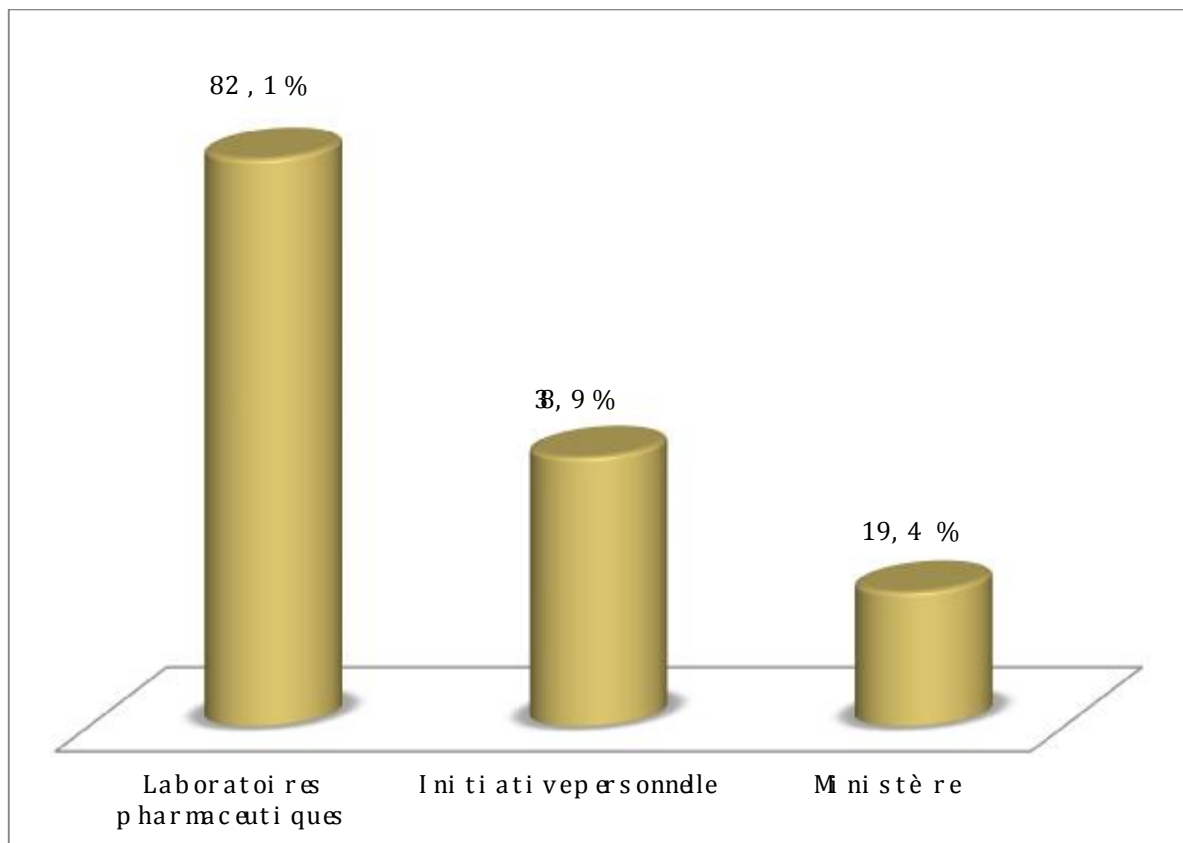


**Graphique 14 :** Pourcentage des médecins ayant bénéficié d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie (n=382).



**Graphique 15 :** Moyens de formation post-universitaire spécifique en psychiatrie (n=185).

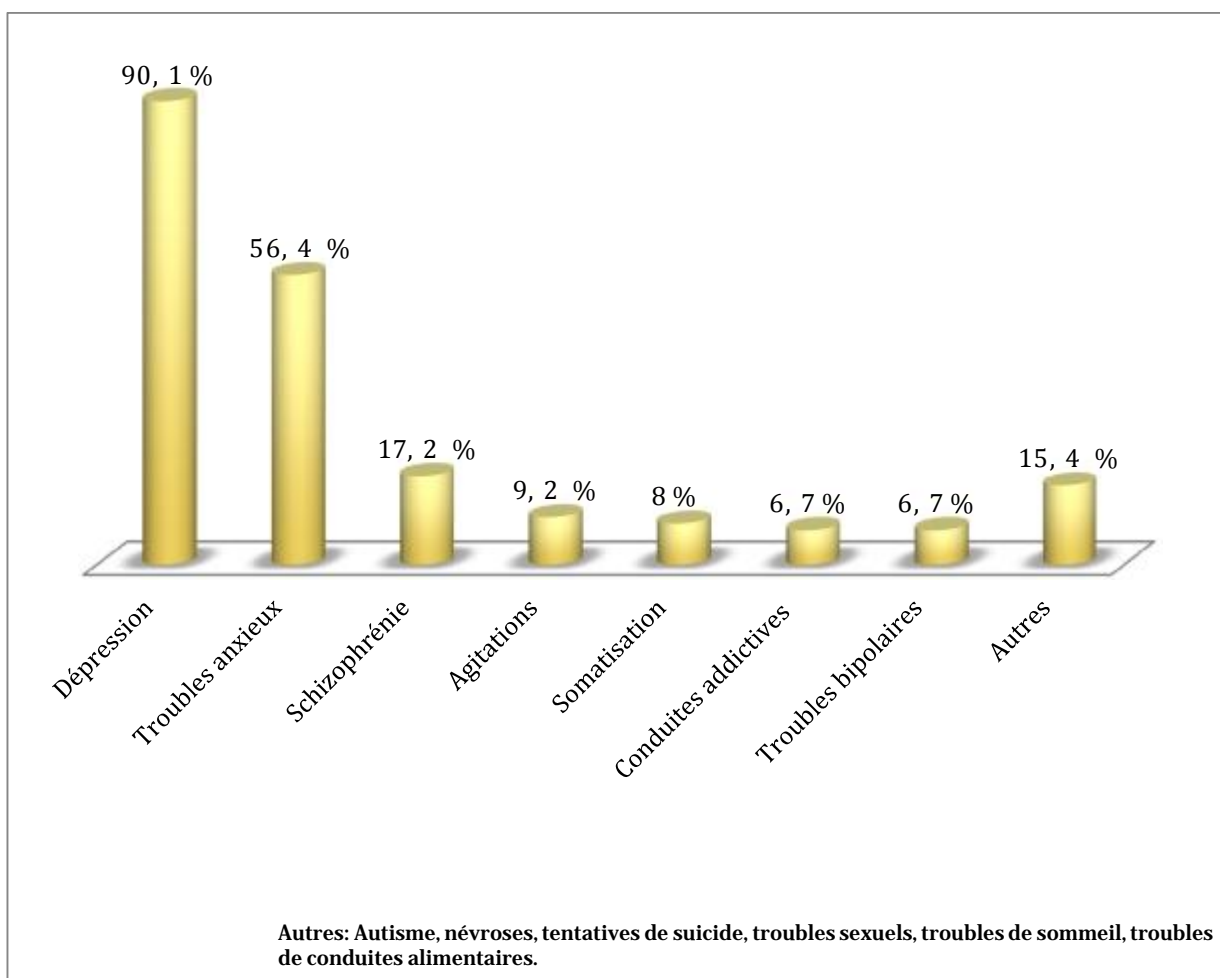
Ainsi, 29,3 % d'entre eux ont mentionné un seul cadre et 19,1 % ont mentionné deux cadres : 82,1 % dans le cadre des laboratoires pharmaceutiques, 38,9 % dans le cadre d'une initiative personnelle et seulement 19,4 % dans le cadre du Ministère (graphique N°16).



**Graphique 16 :** Cadres de formation continue reçue par les médecins dans le domaine de psychiatrie (n=185).

Parmi les 163 médecins (sur 185 ayant suivi une formation continue en psychiatrie), 5,2 % ont reçu une formation continue en psychiatrie sur un seul thème, 23,1 % sur deux thèmes et 14,4 % sur trois thèmes et plus.

Il s'agit d'une formation sur la dépression pour 90,1 % des médecins, sur les troubles anxieux pour 56,4 %, sur la schizophrénie pour 17,2 %, sur les états d'agitations pour 9,2 %, sur la somatisation pour 8 % et sur les conduites addictives avec les troubles bipolaires pour 6,7 % (graphique N°17).



**Graphique 17 :** Thèmes de formation continue reçue par les médecins dans le domaine de psychiatrie (n= 163).

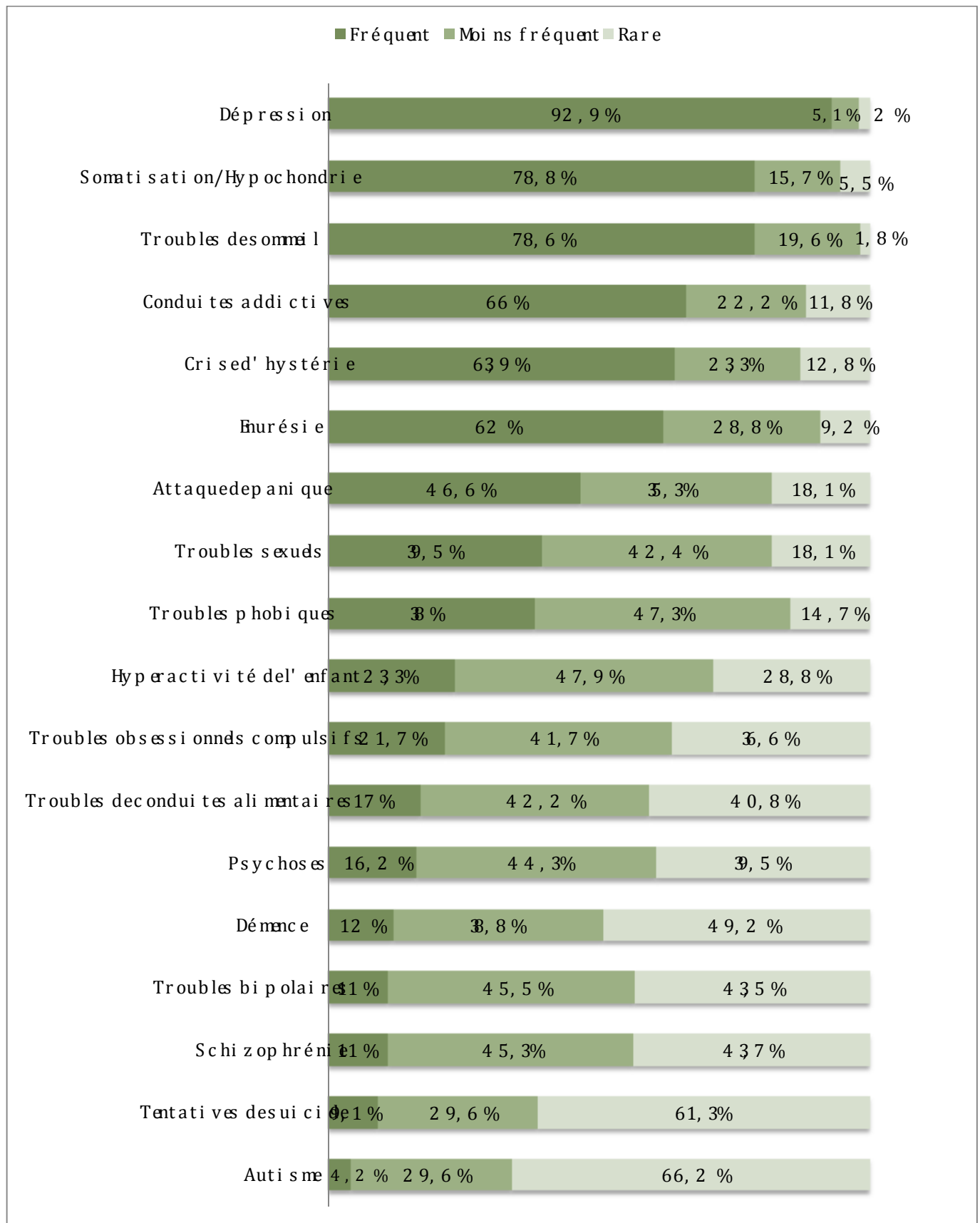
## 5. Profil épidémiologique des pathologies psychiatriques selon la perception des médecins généralistes

94 % des médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire déclarent avoir des patients souffrant de troubles mentaux parmi les consultants.

Sur un nombre total de 29 consultations médicales faites par jour en moyenne, les médecins généralistes ont répondu recevoir en moyenne cinq malades avec des troubles mentaux par jour, ce qui représente 17,3 %.

Nous avons demandé aux médecins de juger les pathologies psychiatriques en termes de fréquence :

- La dépression, la somatisation et les troubles de sommeil ont été cités respectivement par 92,9 %, 78,8 % et 78,5 % des médecins interrogés comme étant fréquents.
- Les deux tiers des médecins ont trouvé les conduites addictives, les crises d'hystérie et l'énurésie fréquentes.
- 46,6 % des médecins ont jugé l'attaque de panique fréquente.
- Les troubles phobiques et les troubles sexuels, avec des pourcentages proches, ont été rapportés comme moins fréquents à fréquents.
- La schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles de conduites alimentaires et les troubles obsessionnels compulsifs ont été généralement jugés peu fréquents à rares.
- 62 % des médecins interrogés ont jugé les tentatives de suicide rares.
- Seulement 4,2 % des médecins ont cités l'autisme comme fréquent, alors que 66,2 % ont rapporté qu'il est rare.
- La démence a été citée par la moitié des médecins enquêtés comme rare. (graphique N°18).

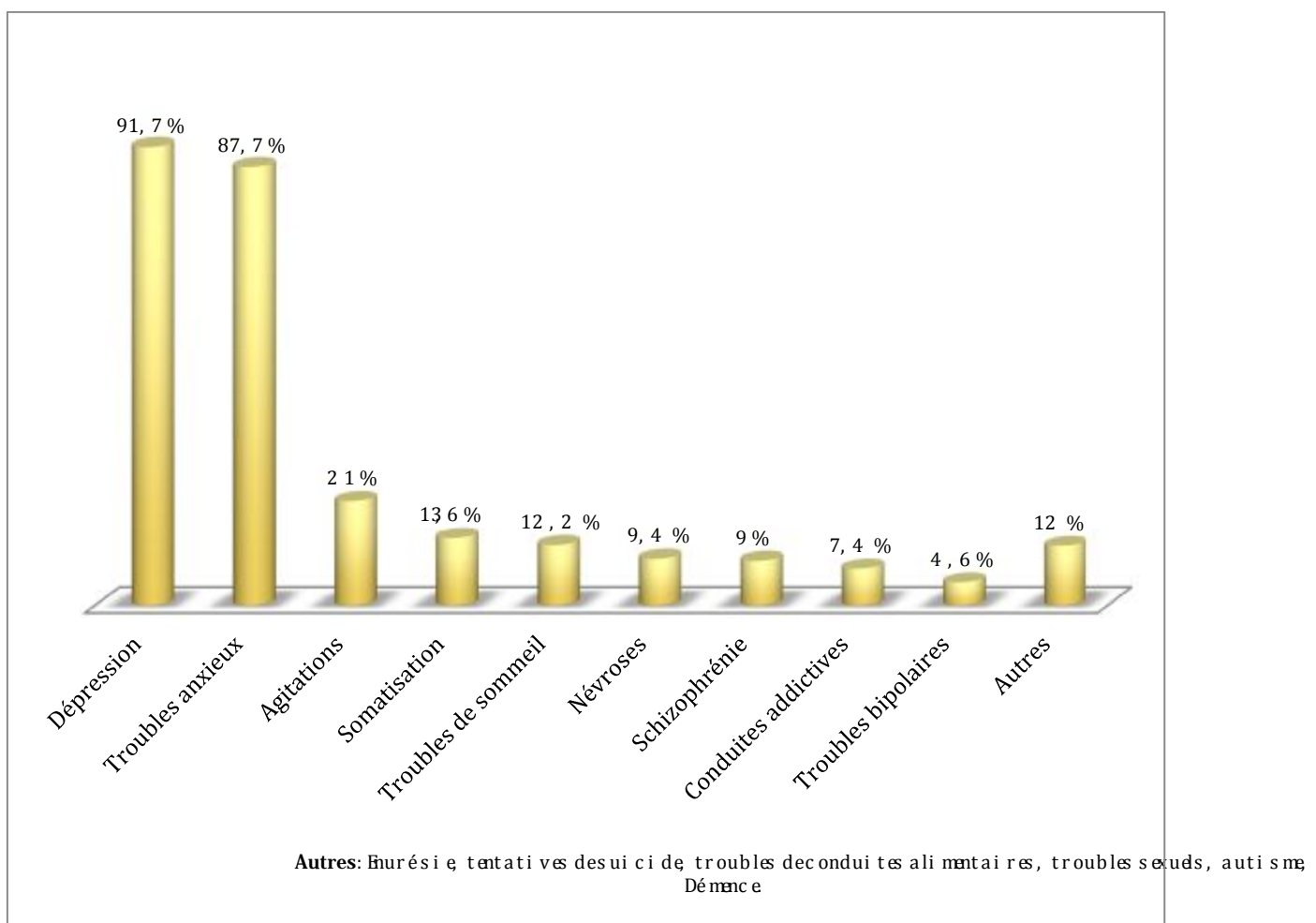


**Graphique 18 :** La fréquence des principales pathologies psychiatriques selon la perception des médecins généralistes (n=382).

## 6. Attitude des médecins généralistes face aux troubles psychiatriques

### 6.1. Capacité de prise en charge

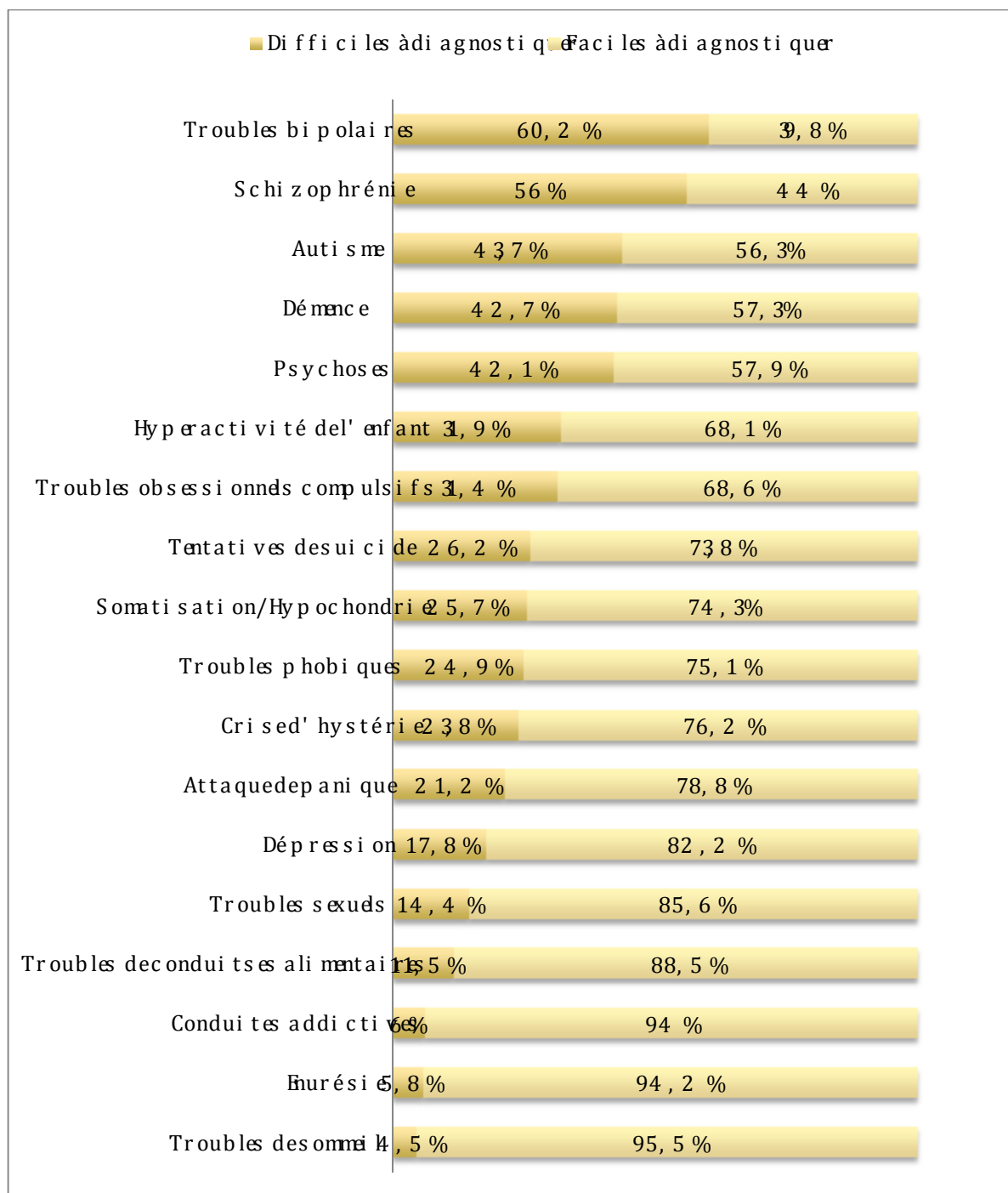
Les médecins généralistes enquêtés manifestent leur capacité à prendre en charge les formes dépressives légères (91,7 %) et les troubles anxieux (87,7 %). Alors que seulement 21 %, 13,6 % et 12,2 % des praticiens se sentent capables de gérer respectivement les états d'agitations, la somatisation et les troubles de sommeil. (graphique N°19)



**Graphique 19 :** Capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques par les médecins généralistes (n=352).

- Pathologies difficiles à diagnostiquer

60,2% des médecins interrogés considéraient le trouble bipolaire comme pathologie difficile à diagnostiquer, suivi de la schizophrénie, l'autisme et la démence, puis viennent les crises d'hystérie, l'hyperactivité de l'enfant et le trouble obsessionnel compulsif (graphique N°20).

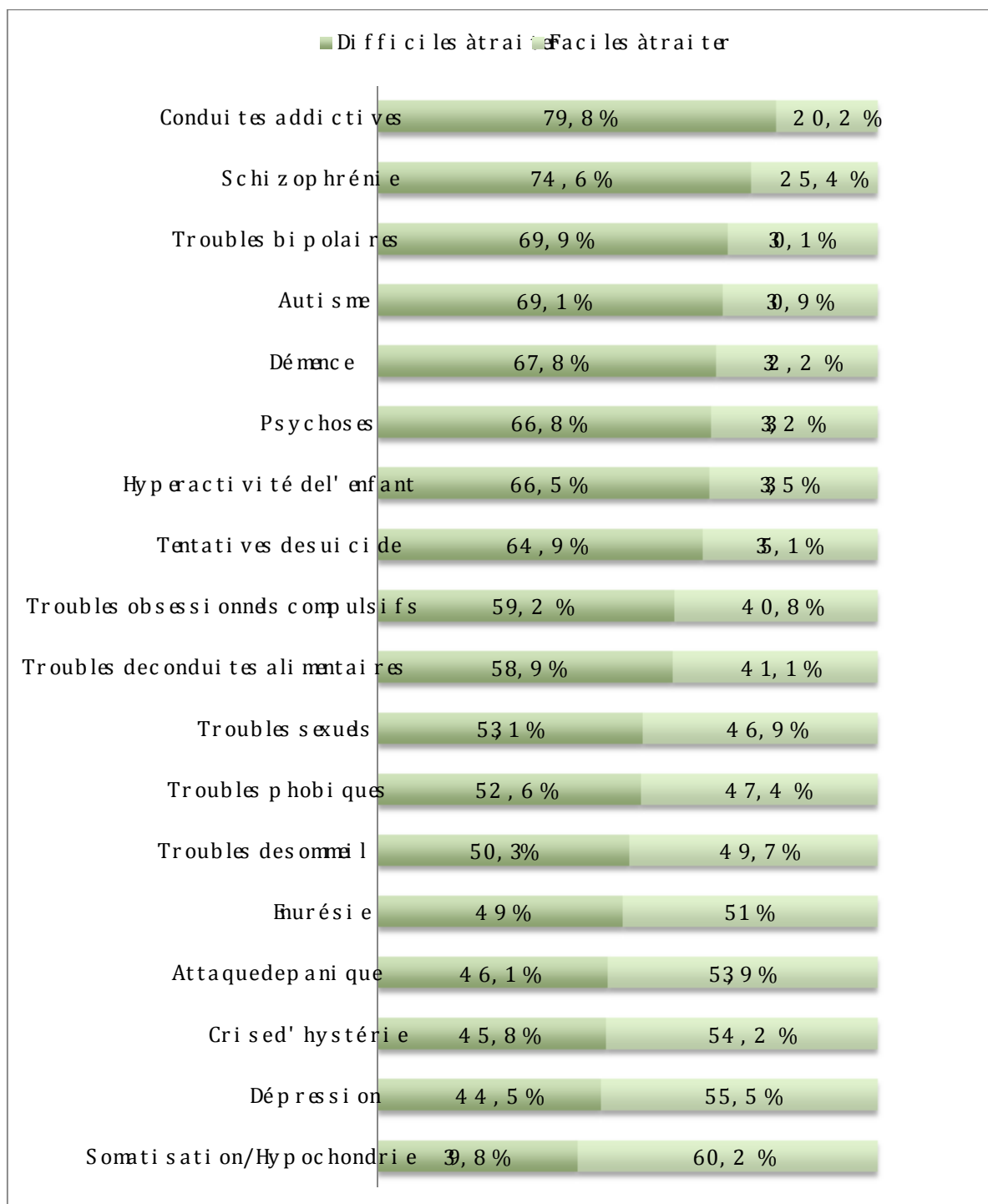


**Graphique 20:** Les pathologies psychiatriques difficiles/faciles à diagnostiquer selon les médecins enquêtés (n=382).



- Pathologies difficiles à traiter

Les pathologies rapportées par les médecins généralistes comme les plus difficiles à traiter sont les conduites addictives, la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'autisme et la démence, suivis par les états d'agitation avec l'hyperactivité de l'enfant et les tentatives de suicides (graphique N°21).

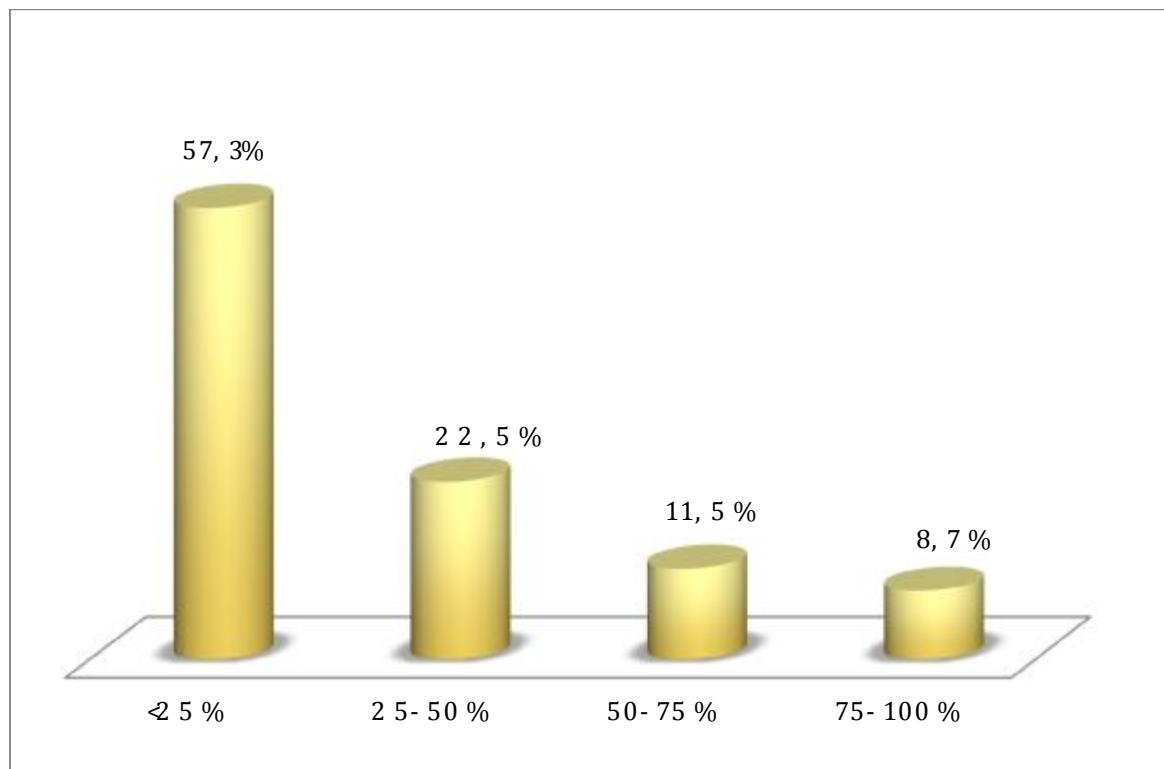


**Graphique 21 :** Les pathologies psychiatriques difficiles/faciles à traiter selon les médecins enquêtés (n=382).

## 6.2. Référence vers les services spécialisés

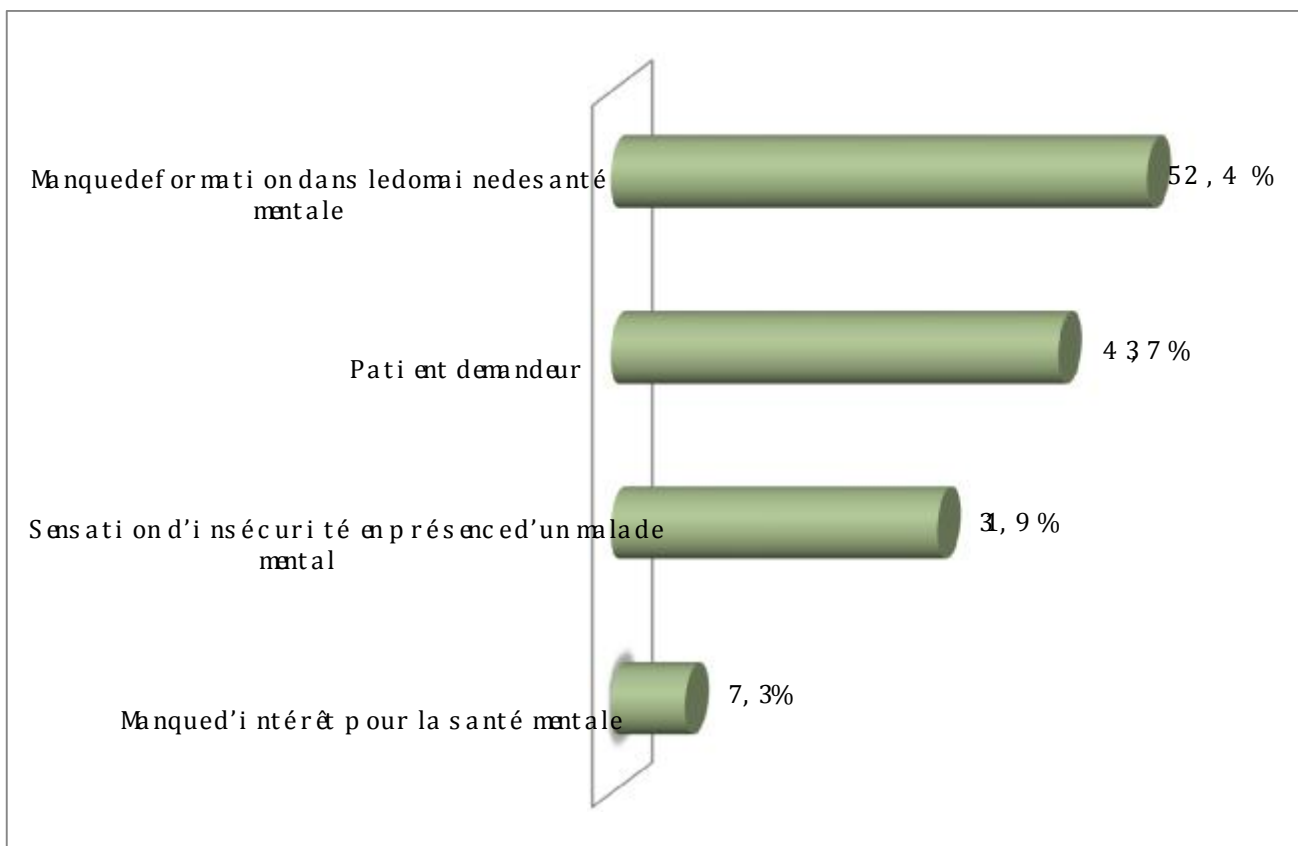
Sur les 382 médecins enquêtés, 57,3 % réfèrent moins de 25 % de leurs patients souffrant de troubles psychiatriques au médecin psychiatre, 22,5 % réfèrent entre 25 % et 50 %, et une minorité renvoient plus de 50 % des patients.

Ces résultats sont retranscrits sur le graphique N°22.



Graphique 22 : Référence des patients souffrant de troubles psychiatriques vers les services spécialisés par les médecins enquêtés (n=382).

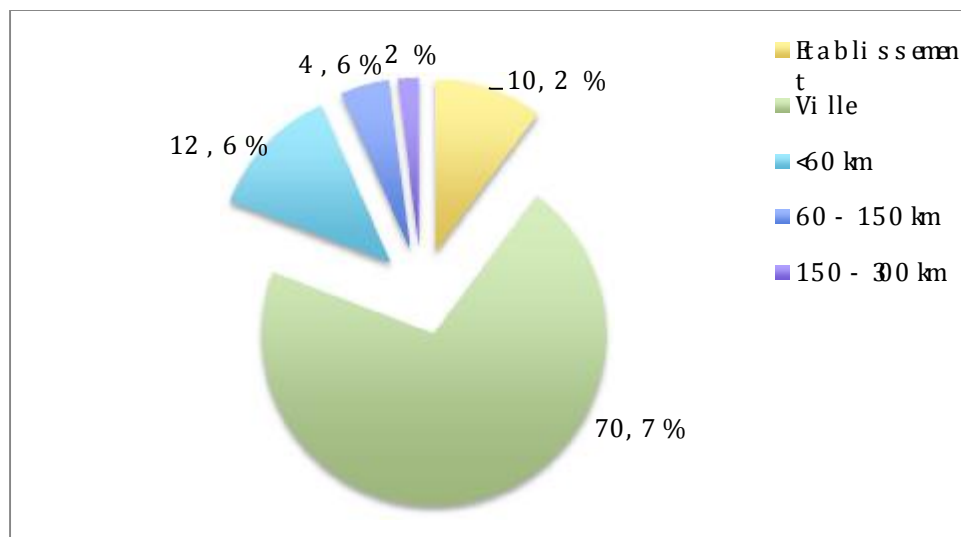
Concernant les motifs de référence, 65,4 % des omnipraticiens justifient cette attitude par la nécessité d'hospitalisation et 52,4 % admettent que le manque de formation dans le domaine de santé mentale en est la cause. 43,7 % des médecins rapportent que cette décision se prend sur la demande des patients, alors que la sensation d'insécurité en présence d'un malade mentale et le manque d'intérêt pour la santé mentale ne sont avancés respectivement que par 31,9 % et 7,3 % des répondants (graphique N°23)



Graphique 23 : Motifs de transfert de patients avec troubles mentaux au psychiatre (n=382).

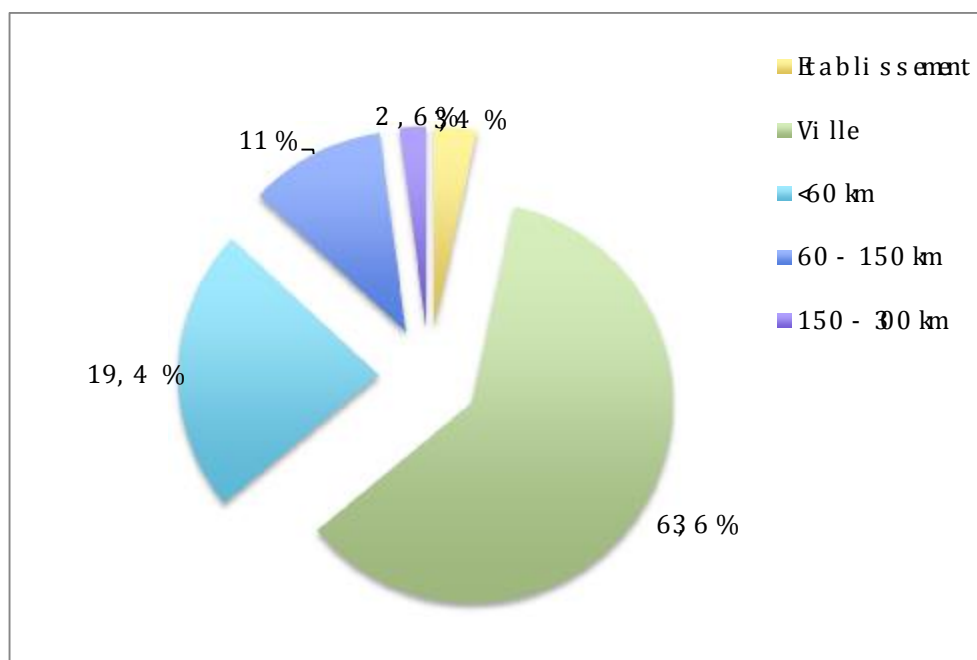
### 6.3. L'accessibilité géographique

70,7 % des médecins enquêtés ont mentionné la présence d'un psychiatre dans la même ville, 19,2 % indiquent sa présence dans la région et seulement 10,2 % des omnipraticiens en disposent dans le même établissement (graphique N°24).



**Graphique 24 :** L'accessibilité géographique aux médecins psychiatres (n=382).

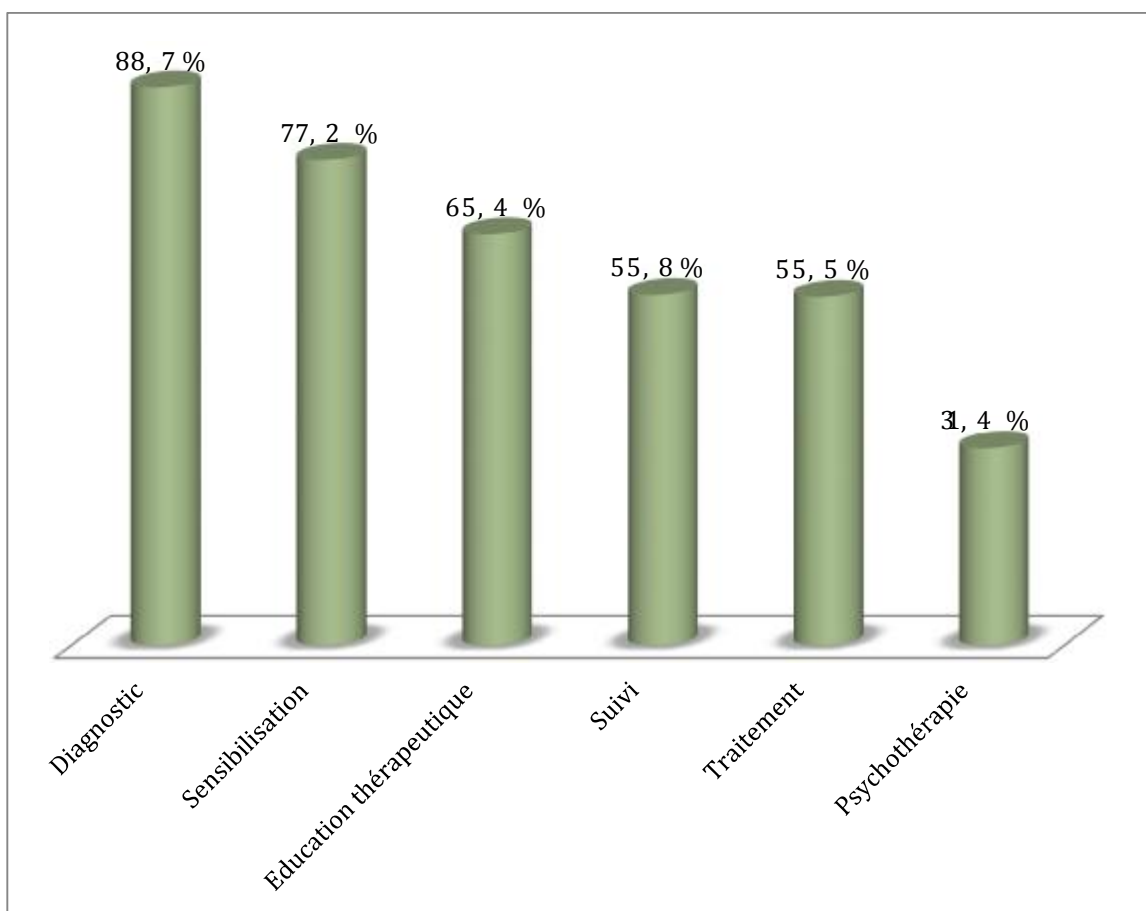
63,6% des médecins enquêtés ont mentionné la présence d'une unité psychiatrique dans la même ville, 33 % indiquent sa présence dans la région, alors que seulement 3,4 % en disposent dans le même établissement (graphique N°25).



**Graphique 25 :** L'accessibilité géographique aux unités de prise en charge des pathologies psychiatriques (n=382).

## 7. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

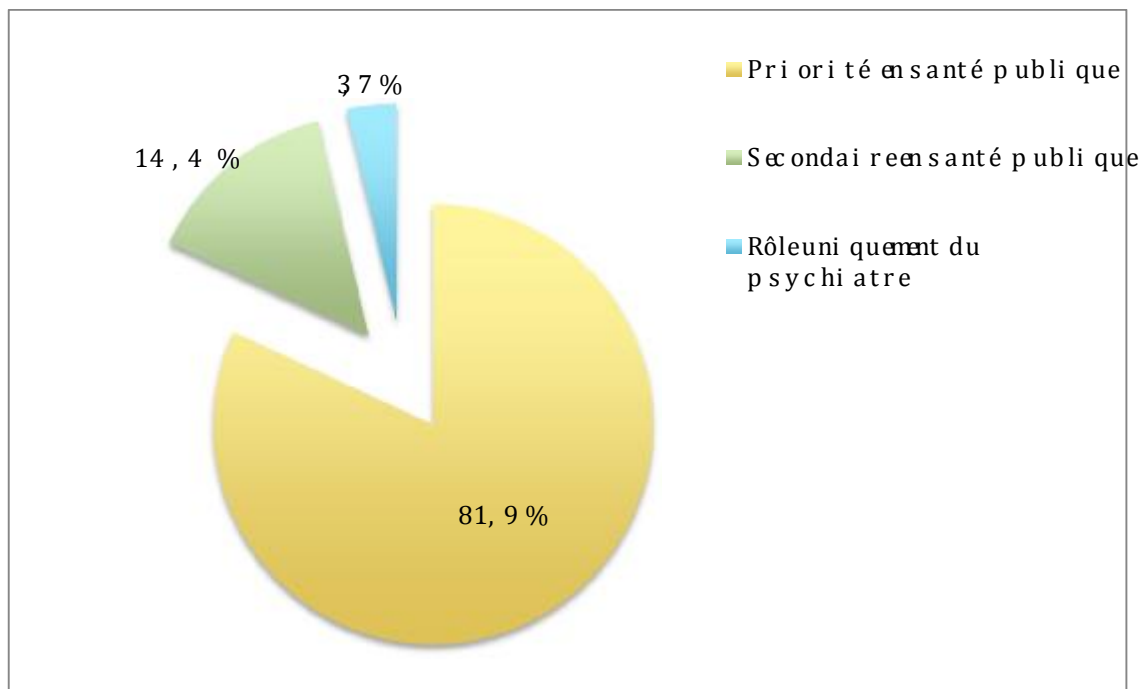
Le rôle du médecin généraliste consiste à diagnostiquer les troubles mentaux (88,7 %), à prescrire les médicaments liés à la pathologie mentale (55,5 %) et à faire la psychothérapie (31,4 %). Ce rôle consiste aussi au suivi une fois que le diagnostic est posé pour prévenir la rechute (55,8 %), à la sensibilisation (77,2 %) et à l'explication du traitement pour 65,4 % des médecins (graphique N°26)



Graphique 26: Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques selon la perception des médecins de l'enquête (n=382).

## 8. Place de la prise en charge des troubles psychiatriques en santé publique

La plupart des médecins généralistes (81,9 %) se sont accordés sur le fait que la prise en charge des troubles psychiatriques est une priorité en santé publique, 14,4 % considèrent cette prise en charge secondaire et seule une petite minorité trouve qu'elle soulève uniquement du rôle du psychiatre (graphique N°27).



Graphique 27 : Place de la prise en charge des troubles psychiatriques en santé publique selon la perception des médecins enquêtés (n=382).

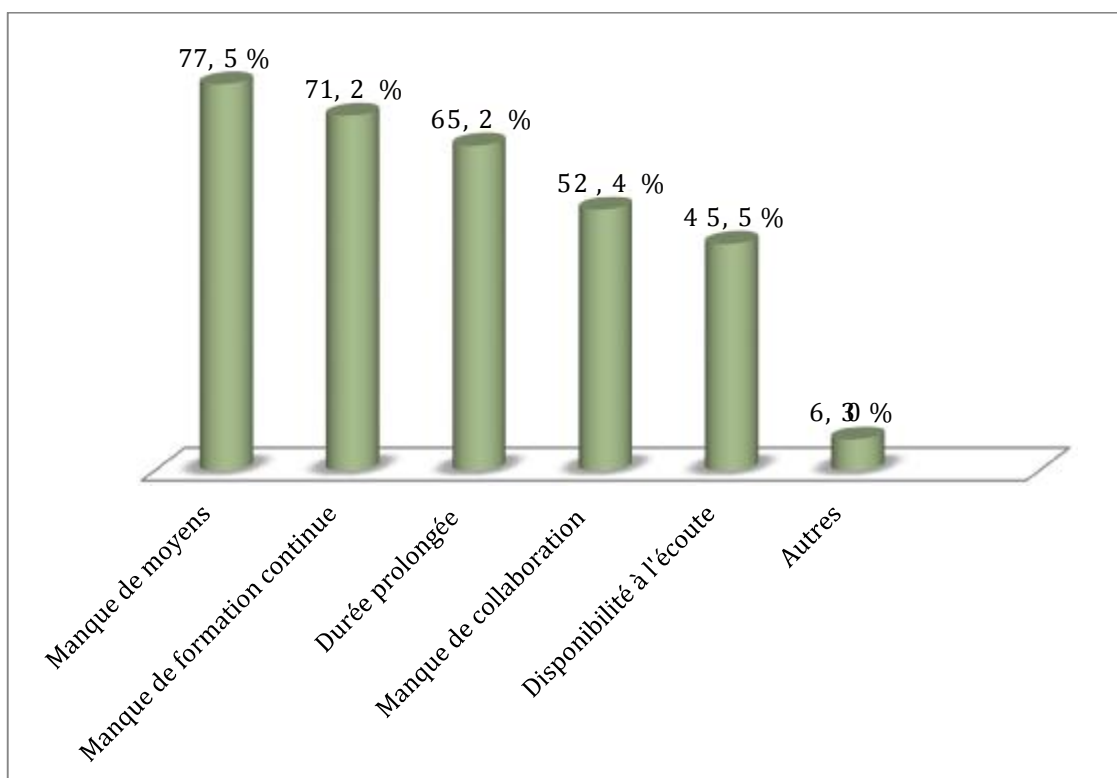
## 9. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Les difficultés soulevées par les médecins enquêtés sont tout d'abord le manque de moyens adaptés à la prise en charge, cité par 77,5 % des médecins (par ordre décroissant : le manque d'unités d'hospitalisation, la charge de travail, la non disponibilité des médicaments et le manque de personnel), le manque de formation continue en psychiatrie, la durée prolongée des consultations qui dépasse parfois les 20 minutes et la demande d'une disponibilité de l'écoute (cités respectivement par 71,2 %, 65,2 % et 45,5 % des médecins). Cependant, 52,4 % des médecins se trouvent en difficulté devant le manque de collaboration avec les professionnels de la santé mentale.

6,3% ont choisi la réponse «autres», le choix de cette réponse leur a permis de noter, de façon manuscrite, une difficulté qui n'était pas reprise dans les autres propositions. Parmi ces réponses:

- L'agitation et la présence d'idées suicidaires verbalisées par le patient, avec parfois tentative de passage à l'acte devant le médecin.
- La durée prolongée et le coût des médicaments avec naturellement la non observance du traitement par certains patients.
- Difficulté du suivi des effets secondaire du traitement.
- Difficulté de communication avec les malades mentaux.
- Difficulté de gérer l'entourage du patient.
- Manque de structures spécialisées pour les toxicomanes.
- Difficulté dans l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières.

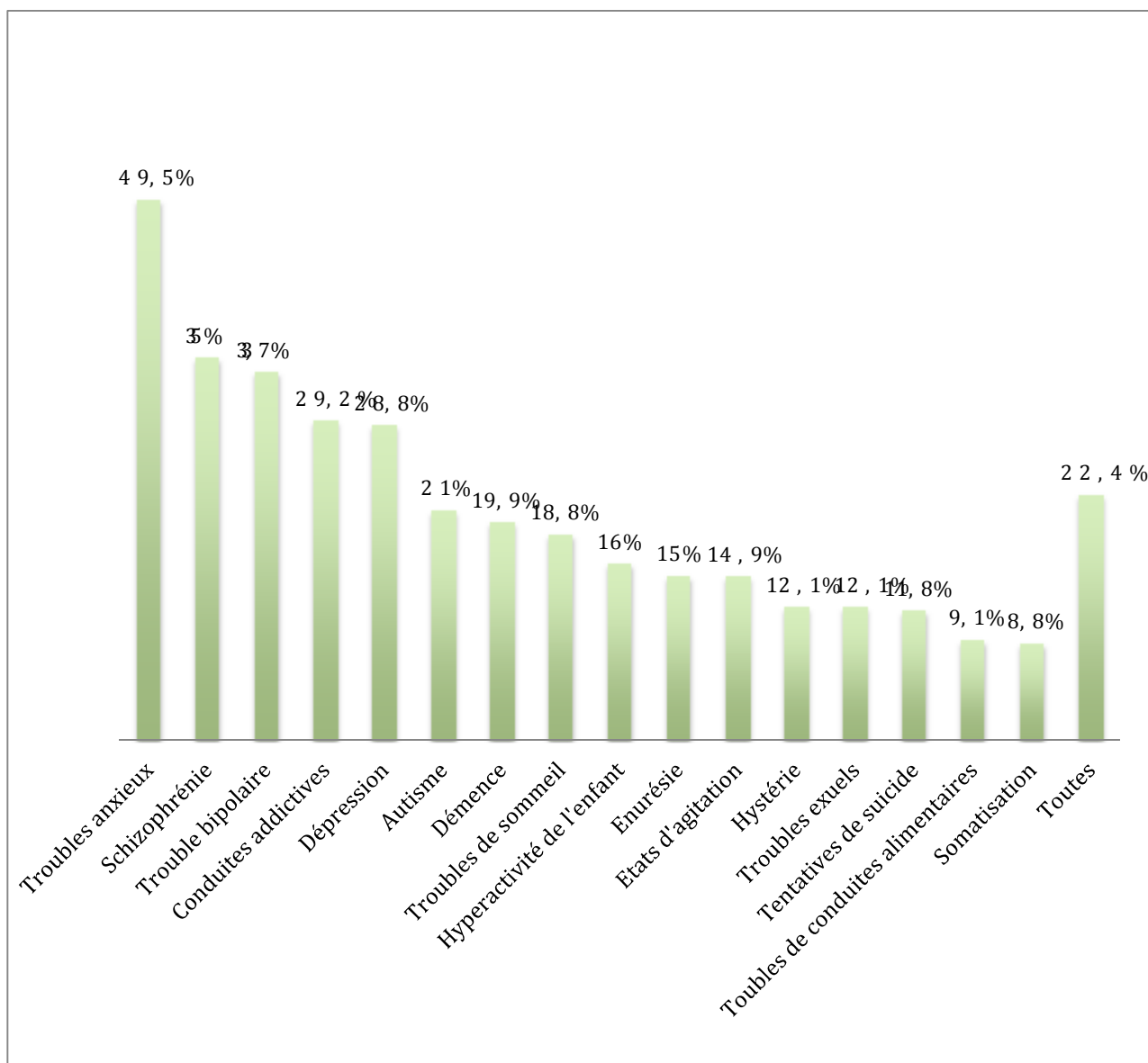
Le résultat est repris sur le graphique N°28.



**Graphique 28 :** Difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins de l'enquête (n=382).

## 10. Besoin de formation des médecins généralistes en matière de pathologies psychiatriques

Les médecins ont éprouvé un important besoin de formation pour les troubles anxieux, la schizophrénie et les troubles bipolaires en premier lieu (respectivement 49,5 %, 35% et 33,7 %), puis pour les conduites addictives (29,2 %), la dépression (28,8 %), l'autisme ( 21%), la démence ( 19,9 %) et les troubles de sommeil (18,8 %). Par ailleurs, 22,4 % des médecins ont mentionné avoir le besoin de formation dans toutes les pathologies psychiatriques. (graphique N°29).



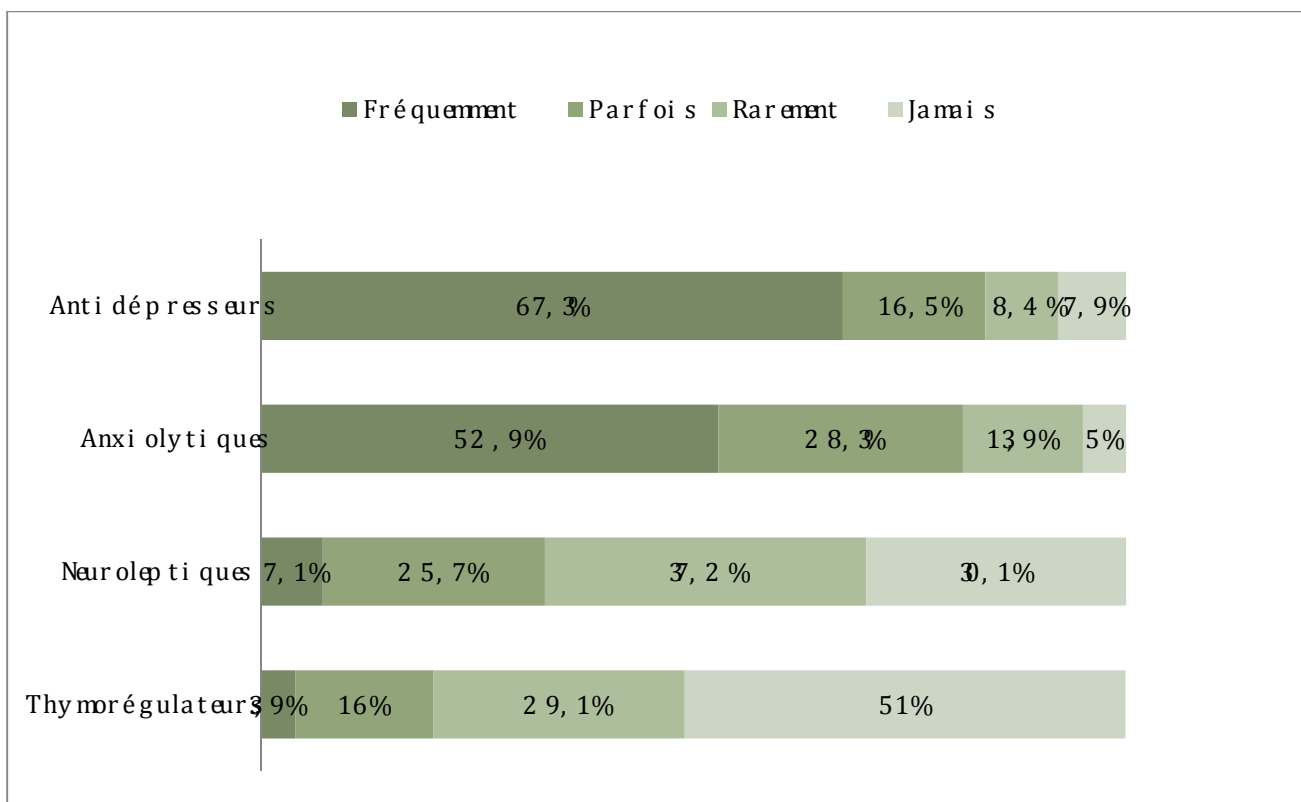
**Graphique 29 :** Le besoin de formation pratique en matière de pathologies psychiatriques (n= 362).



## 11. Prescription des psychotropes par les médecins généralistes

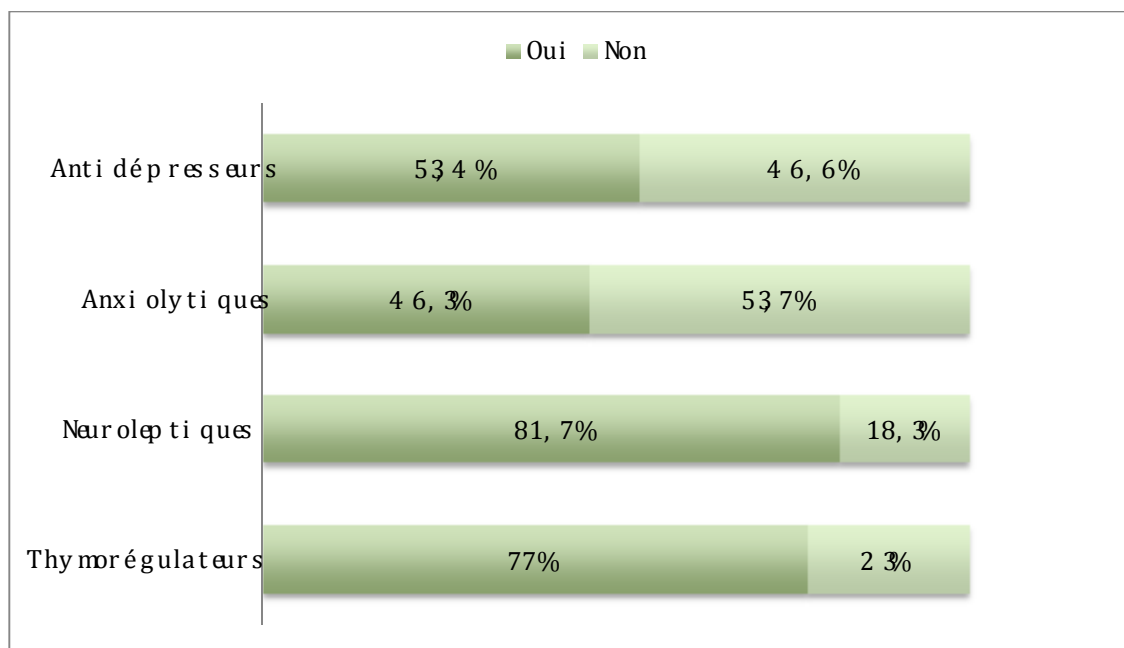
Comme détaillé sur le graphique N°30 :

- Les antidépresseurs ont bénéficié du plus grand pourcentage de prescription : 67,3 % des médecins enquêtés prescrivent trop souvent les antidépresseurs, 16,5 % les prescrivent parfois et 16,3 % les prescrivent rarement à jamais.
- Aussi, 52,9 % des omnipraticiens prescrivent les anxiolytiques fréquemment, 28,3 % parfois, alors que 5 % ne passent jamais à l'ordonnance.
- Seulement 7,1 % des généralistes prescrivent les neuroleptiques habituellement, 25,7% rarement et 30,1% ne les administrent jamais.
- Notons enfin, que la moitié des généralistes enquêtés ne prescrivent jamais les thymorégulateurs.



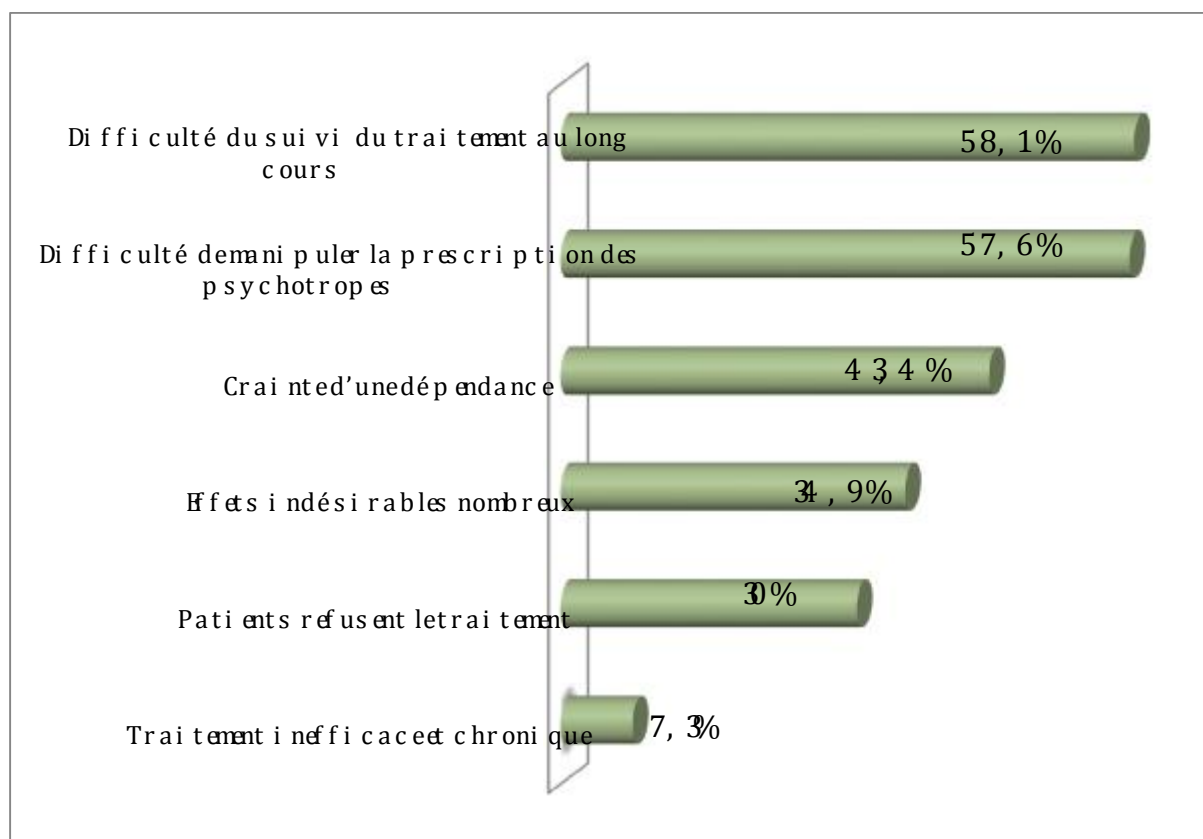
Graphique 30 : Prescription des psychotropes par les médecins de l'enquête (n=382).

Concernant le besoin de formation en matière de psychotropes, un besoin très important a été éprouvé pour les neuroleptiques (82 %) et les thymorégulateurs (77 %), puis aux antidépresseurs (53,4 %) et aux anxiolytiques avec un pourcentage de 46,3 % (graphique N°31).



Graphique 31 : Besoin de formation des médecins enquêtés en matière de psychotropes (n=382).

Les médecins ont souligné plusieurs freins à la prescription des psychotropes, le plus fréquemment mentionné est une difficulté du suivi du traitement au long cours (58,1 %), suivi d'une difficulté de manipuler la prescription des psychotropes (57,6 %). Les praticiens de l'enquête déclarent aussi avoir une crainte d'une dépendance (43,4 %), la présence d'effets indésirables nombreux (34,9 %), 30 % estiment que la majorité de leurs patients refusent le traitement, et enfin, seuls 7,3 % jugent le traitement inefficace et chronique (graphique N°32).



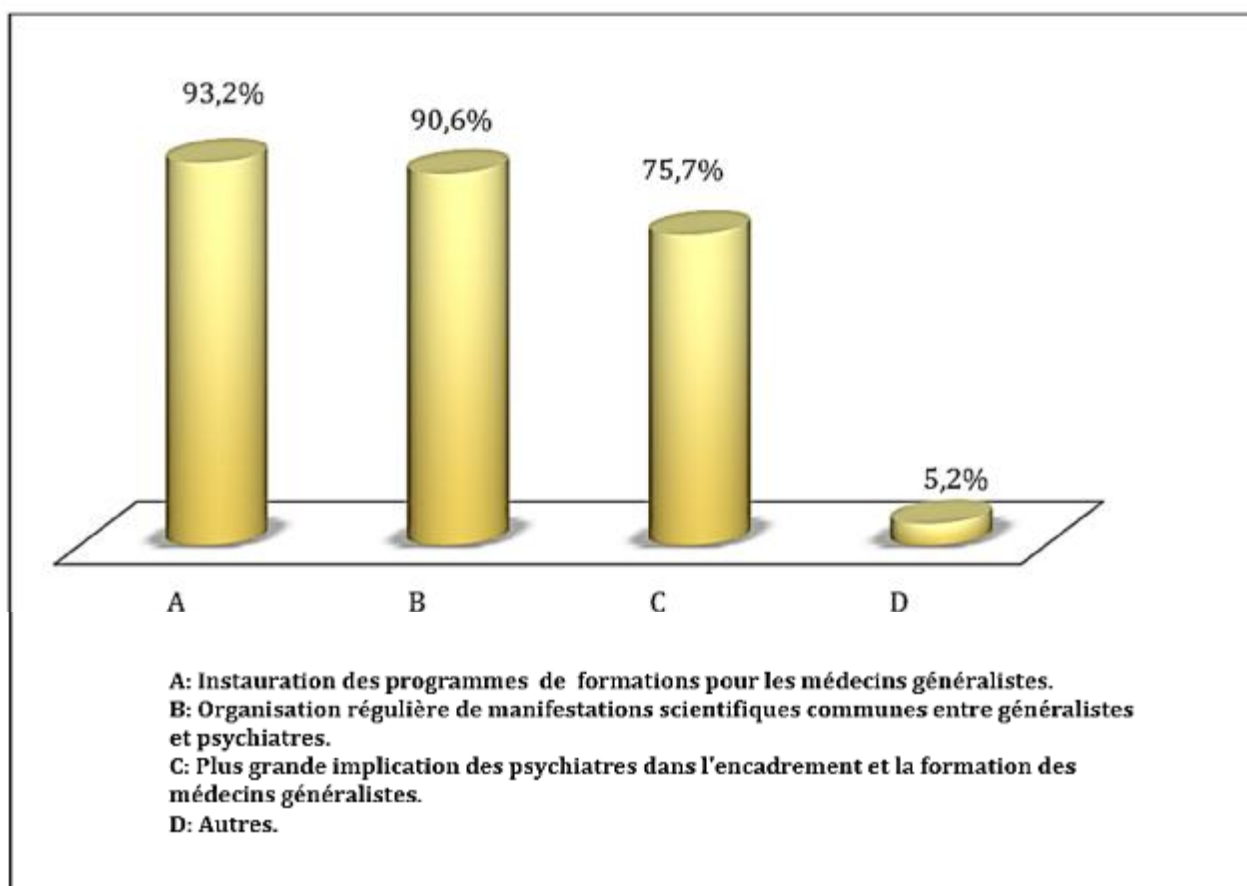
**Graphique 32 :** Raisons de la non-prescription des psychotropes par les médecins de l'enquête (n=370).

## 12. Attentes des médecins généralistes en santé mentale

Les médecins généralistes participants à notre étude sont demandeurs pour l'instauration de programmes de formations pour les médecins généralistes (93,2 %), pour l'organisation régulière de manifestations scientifiques communes entre généralistes et psychiatres (90,6 %). 75,7 % s'attendent à une plus grande implication des psychiatres dans l'encadrement et la formation des médecins généralistes.

Vingt médecins ont choisi la réponse «autres», parmi ces réponses :

- Amélioration de la formation initiale à la Faculté.
- Passage obligatoire de tous les étudiants en médecine par un stage de psychiatrie.
- Elaboration d'un guide pour les médecins généralistes facilitant la prise en charge des malades souffrant d'un trouble psychiatrique (diagnostic, suivi et manipulation des psychotropes).
- Dotation en médicaments.
- Disponibilité d'un nombre suffisant de personnel qualifié.
- Multiplication des centres de prise en charge des pathologies psychiatriques surtout pour les conduites addictives.
- Réaménagement des structures de prise en charge des malades mentaux car ils font peur au personnel de santé avant les familles des malades.
- Instauration d'un système de sécurité.
- Retour d'information du psychiatre au médecin généraliste quand un patient lui est adressé. (graphique N°33)



Graphique 33: Attentes des médecins généralistes enquêtés en santé mentale

(n=382).

## B. Etude analytique

### 1. Analyse uni-variée

#### 1.1. Analyse de la référence des patients vers les services spécialisés

##### a. Référence vers les services spécialisés et facteurs sociodémographiques

Nous avons effectué un croisement entre la référence des patients atteints de troubles psychiatriques vers les services spécialisés et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableau N°3).

**Tableau 3 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et facteurs sociodémographiques.**

<u>Facteurs Sociodémographiques</u>	Effectif	Pourcentage de référence				P
		< 25 %	25-50 %	50-75 %	> 75 %	
<u>Sexe</u>						
Masculin	221	60,6 %	20,8 %	12,2 %	6,4 %	0,209
Féminin	161	52,8 %	24,8 %	10,6 %	11,8 %	
<u>Age</u>						
25-35	87	46 %	31 %	10,4 %	12,6 %	0,056
36-50	131	58,8 %	19,8 %	9,9 %	11,5 %	
51 et plus	164	62,2 %	20,1 %	13,4 %	4,3 %	
<u>Lieu de formation</u>						
Maroc	350	57,1 %	22,9 %	11,1 %	8,9 %	0,904
Etranger	32	59,4 %	18,8 %	15,6 %	6,2 %	
<u>Secteur d'exercice</u>						
Public	156	51,9 %	23,1 %	11,5 %	13,5 %	< 0,037
Privé	226	61,6 %	22,1 %	11,5 %	5,3 %	

Nombre d'années d'exercice

< 5 ans	59	40,7 %	33,9 %	10,2 %	15,2 %	
5-10 ans	56	55,4 %	19,6 %	14,3 %	10,7 %	0,093
> 10 ans	267	57,3 %	22,5 %	11,2 %	7 %	

Région d'exercice

Tanger-Tétouan	23	56,5 %	17,4 %	21,7 %	4,4 %	
Oriental	22	68,2 %	27,3 %	4,5 %	0 %	
Fès-Meknès	163	51,5 %	22,1 %	15,3 %	11,1 %	
Rabat-Salé-Kénitra	55	52,7 %	23,6 %	10,9 %	12,8 %	
Béni Mellal-Khénifra	13	69,2 %	23,1 %	0 %	7,7 %	0,517
Casablanca-Settat	69	62,3 %	23,2 %	7,3 %	7,2 %	
Marrakech-Safi	20	60 %	35 %	0 %	5 %	
Darâa-Tafilalt	4	50 %	25 %	25 %	0 %	
Souss-Massa	10	100 %	0 %	0 %	0 %	
Laâyoune-Saguia	3	66,7 %	0 %	33,3 %	0 %	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	54,9 %	25,3 %	10,8 %	9,0 %	
Deux fois	48	56,2 %	25 %	16,7 %	2,1 %	0,080
Non	57	70,2 %	7 %	10,5 %	12,3 %	

Formation continue

Oui	320	59,1 %	23,1 %	11,2 %	6,6 %	< 0,015
Non	62	48,4 %	19,4 %	12,9 %	19,3 %	

Formation post universitaire en Psychiatrie

Oui	185	61,6 %	22,7 %	9,7 %	6,0 %	0,229
Non	197	53,3 %	22,3 %	13,2 %	11,2 %	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes :

- Ø Le lieu d'exercice des médecins ( $p < 0,037$ ) : les médecins exerçant dans le secteur privé réfèrent moins de patients que leurs homologues du secteur public (5,3 % vs 13,5 % réfèrent plus de 75 %).
- Ø L'existence ou non d'une formation continue dans le domaine médical ( $p < 0,015$ ) : il se trouve que les médecins qui en ont bénéficié réfèrent moins de patients vers les services spécialisés par rapport à ceux qui en n'ont pas bénéficié (6,6 % contre 19,3 % réfèrent plus de 75 %).

Par contre, nous n'avons pas relevé de différences significatives du transfert des patients vers les services spécialisés, s'agissant du passage ou non par un stage de psychiatrie et l'existence ou non d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'associations significatives entre la référence des patients vers les services spécialisés et :

- Ø Le sexe ;
- Ø L'âge ;
- Ø Le lieu de formation ;
- Ø Le nombre d'année d'exercice ;
- Ø La région d'exercice actuelle.



## b. Référence vers les services spécialisés et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques

Nous avons également cherché à vérifier une possible association entre la référence des patients vers les services spécialisés et la confiance des médecins en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, thérapeutique et du suivi.

Les résultats de cette analyse sont regroupés dans le tableau N°4.

**Tableau 4 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.**

<u>Confiance</u>	Effectif	Pourcentage de référence				P
		< 25 %	25 – 50 %	50 - 75%	>75%	
<u>Diagnostic</u>						
Très bien	20	60%	25%	15%	0%	0,393
Bien	119	56,3%	29,4%	6,7%	7,6%	
Moyennement	176	56,2%	18,8%	15,9%	9,1%	
Faiblement	48	56,2%	20,8%	10,4%	12,6%	
Non	19	73,7%	15,8%	0%	12,5%	
<u>Traitement</u>						
Très bien	6	66,7%	33,3%	0%	0%	0,075
Bien	57	63,2%	28,1%	5,3%	3,4%	
Moyennement	180	56,7%	23,3%	14,4%	5,6%	
Faiblement	88	58%	18,2%	12,5%	11,3%	
Non	51	51%	19,6%	7,8%	21,6%	
<u>Suivi</u>						
Très bien	6	50%	50%	0%	0%	< 0,017
Bien	62	59,7%	27,4%	8,1%	4,8%	
Moyennement	145	58,6%	24,1%	12,4%	4,9%	
Faiblement	92	56,5%	16,3%	18,5%	8,7%	
Non	77	54,5%	20,8%	5,2%	19,5%	

L'analyse a conclu à l'existence d'une association significative entre le transfert et le degré de confiance en matière de suivi ( $p < 0,017$ ). En effet, les généralistes très confiants en leur aptitude à suivre les pathologies psychiatriques réfèrent moins de la moitié de leurs patients au psychiatre.

Cependant, nous n'avons pas relevé d'associations significatives entre la référence vers les services spécialisés et la confiance des médecins en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques en termes de diagnostic et de traitement.

### c. Référence vers les services spécialisés et accessibilité géographique

Le tableau N° 5 expose la corrélation entre la référence des patients souffrant de troubles psychiatriques et l'accessibilité géographique aux psychiatres et aux unités de prise en charge des pathologies psychiatriques.

**Tableau 5** : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et accessibilité géographique.

<u>Accessibilité géographique</u>	Effectif	Pourcentage de référence				P
		<25 %	25-50 %	50-75 %	> 75 %	
<b>Psychiatre</b>						
Etablissement	39	59%	20,5%	10,3%	10,2%	0,150
Ville	270	58,5%	22,2%	9,6%	9,7%	
< 60 km	48	43,8%	25%	27,1%	4,1%	
> 60 km	25	68%	24%	4%	4%	
<b>Unité de prise en charge des pathologies psychiatriques</b>						
Etablissement	13	53,8%	23,1%	7,7%	15,4%	< 0,001
Ville	243	59,7%	19,8%	10,7%	9,8%	
< 60 km	74	48,6%	31,1%	13,5%	6,8%	
> 60 km	52	59,6%	23,1%	13,5%	3,8%	

Comme le montre le tableau, la référence vers les services spécialisés dépend de la proximité d'une unité de prise en charge des pathologies psychiatriques ( $p < 0.001$ ) : 15,4 % des médecins généralistes qui disposent d'une unité de prise en charge des pathologies psychiatriques dans le même établissement réfèrent plus de 75 % de patients, alors que seuls 3,8 % de ceux dont l'unité est à plus de 60 km le font.

Cependant, aucune association significative avec l'existence d'un psychiatre à proximité ne ressort de cette analyse.

#### d. Référence vers les services spécialisés et perception du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques

Nous avons également cherché une association entre la référence des patients vers les services spécialisés et la perception des médecins généralistes à propos de leur rôle dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Les résultats sont regroupés dans le tableau N°6.

**Tableau 6 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.**

<u>Perception du rôle</u>	Effectif	Pourcentage de référence				p
		<25%	25-50%	50-75%	>75%	
<u>Diagnostic</u>						
Oui	339	56,3%	22,4%	12,1%	9,2%	0,677
Non	43	65,1%	23,3%	7%	4,6%	
<u>Traitement</u>						
Oui	212	65,1%	22,2%	9%	3,7%	< 0,001
Non	170	47,6%	22,9%	14,7%	14,8%	
<u>Psychothérapie</u>						
Oui	120	65,8%	22,5%	9,2%	2,5%	< 0,030
Non	262	53,4%	22,5%	12,6%	11,5%	
<u>Suivi</u>						
Oui	213	55,4%	25,8%	10,8%	8%	0,393
Non	169	59,8%	18,3%	12,4%	9,5%	
<u>Sensibilisation</u>						
Oui	295	55,3%	24,1%	12,2%	8,4%	0,513
Non	87	64,4%	17,2%	9,2%	9,2%	
<u>Education thérapeutique</u>						
Oui	250	56,8%	23,6%	11,2%	8,4%	0,890
Non	132	58,3%	20,5%	12,1%	9,1%	

L'analyse a permis d'établir une association significative entre la référence et la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de traitement ( $p < 0,001$ ) et de psychothérapie ( $p < 0,030$ ) : les médecins généralistes qui voient leur rôle comme étant de traiter les troubles psychiatriques et de faire la psychothérapie réfèrent moins de patients vers les services spécialisés par rapport à ceux qui ne perçoivent pas ce rôle (respectivement 3,7 % et 2,5 % vs 14,8 % et 11,5 %).

e. Référence vers les services spécialisés et difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Nous avons aussi procédé à une analyse à la recherche d'associations entre la référence des patients vers les services spécialisés et les difficultés rencontrées dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Les résultats sont résumés dans le tableau N°7.

**Tableau 7 : Pourcentage de référence vers les services spécialisés et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.**

<u>Difficultés</u>	Effectif	Pourcentage de référence				P
		<25 %	25-50 %	50-75 %	>75 %	
<u>Durée prolongée des consultations</u>						
Oui	249	56,2%	24,1%	10,8%	8,9%	0,778
Non	133	59,4%	19,5%	12,8%	8,3%	
<u>Disponibilité à l'écoute</u>						
Oui	174	57,5%	20,7%	12,6%	9,2%	0,728
Non	208	57,2%	24%	10,6%	8,2%	
<u>Manque de formation continue en psychiatrie</u>						
Oui	272	51,8%	23,2%	13,6%	11,4%	< 0,002
Non	110	70,9%	20,9%	6,4%	1,8%	
<u>Manque de collaboration avec les professionnels de santé mentale</u>						
Oui	200	51,5%	28%	11,5%	9%	0,052
Non	182	63,7%	16,5%	11,5%	8,3%	
<u>Manque de moyens adaptés à la prise en charge</u>						
Oui	296	54,4%	24,7%	12,5%	8,4%	0,186
Non	86	67,4%	15,1%	8,1%	9,4%	
<u>Autres</u>						
Oui	24	50%	41,7%	4,2%	4,1%	0,183
Non	358	57,8%	21,2%	12%	9%	

L'analyse fait ressortir une seule difficulté associée de manière significative à la référence :

Le manque de formation continue en matière de psychiatrie ( $p < 0,002$ ) : les médecins qui suivent régulièrement une formation continue en psychiatrie sont moins enclins à référer les patients atteints de troubles mentaux à la différence de ceux qui n'en bénéficient pas (1,8 % vs 11,4 % adressent plus de 75 % de leurs patients).

### 1.2. Analyse de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale

L'objectif de cette corrélation est d'établir un lien entre la perception de la place que prend la prise en charge des pathologies psychiatriques en médecine générale d'un côté et les facteurs sociodémographiques d'un autre côté.

Les résultats de l'analyse statistique sont rapportés dans le tableau N°8.

Tableau 8 : Place de la santé mentale en médecine générale et facteurs sociodémographiques.

<u>Facteurs sociodémographiques</u>	Effectif	Place de la santé mentale en médecine générale			P
		Prioritaire	Secondaire	Soulève uniquement du rôle du psychiatre	
<u>Sexe</u>					
Masculin	221	83,3%	13,6%	3,1%	0,700
Féminin	161	80,1%	15,5%	4,4%	
<u>Age</u>					
25-35	87	74,7%	18,4%	6,9%	0,172
36-50	131	86,3%	12,2%	1,5%	
51 et plus	164	82,3%	14%	3,7%	
<u>Lieu de formation</u>					
Maroc	350	82%	14,6%	3,4%	0,696
Etranger	32	81,2%	12,5%	6,3%	
<u>Secteur d'exercice</u>					
Public	156	77,6%	17,9%	4,5%	0,182
Privé	226	85%	11,9%	3,1%	



Nombre d'années d'exercice

< 5 ans	59	74,6%	20,3%	5,1%	
5-10 ans	56	85,7%	8,9%	5,4%	0,378
> 10 ans	267	82,8%	14,2%	3%	

Région d'exercice

Tanger-Tétouan	23	91,3%	8,7 %	0%	
Oriental	22	68,2%	22,7%	9,1%	
Fès-Meknès	163	81,6%	14,7%	3,7%	
Rabat-Salé-Kénitra	55	85,5%	10,9%	3,6%	
Béni Mellal-Khénifra	13	92,3%	0%	7,7%	
Casablanca-Settat	69	78,3%	18,8%	2,9%	0,857
Marrakech-Safi	20	80%	15%	5%	
Darâa-Tafilalt					
Souss- Massa	4	100%	0%	0%	
	10	90%	10%	0%	
Laâyoune- Saguia	3	66,7%	33,3%	0%	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	80,9%	15,2%	3,9%	
Deux fois	48	87,5%	8,3%	4,2%	0,679
Non	57	82,5%	15,8%	1,7%	

Formation continue

Oui	320	81,6%	14,7%	3,7%	
Non	62	83,9%	12,9%	3,2%	0,523

Formation post-universitaire en Psychiatrie

Oui	185	83,8%	13%	3,2%	
Non	197	80,2%	15,7%	4,1%	0,661

Nous constatons qu'aucun des facteurs sociodémographiques ne semble être associé à la perception de la place de prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

### 1.3. Analyse de la prescription des psychotropes

#### a. Analyse de la prescription des antidépresseurs

##### - Prescription des antidépresseurs et facteurs sociodémographiques

On a effectué un croisement entre la prescription des antidépresseurs et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableau N°9)

**Tableau 9 : Prescription des antidépresseurs et facteurs sociodémographiques**

<u>Facteurs sociodémographiques</u>	Effectif	Antidépresseurs				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<u>Sexe</u>						
Masculin	221	72,4%	14,9%	7,2%	5,4%	0,056
Féminin	161	60,2%	18,6%	9,9%	11,2%	
<u>Age</u>						
25-35	87	57,5%	16,1%	10,3%	16,1%	< 0,026
36-50	131	65,6%	19,8%	8,4%	6,1%	
51 et plus	164	73,8%	14%	7,3%	4,9%	
<u>Lieu de formation</u>						
Maroc	350	68%	15,1%	8,9%	8%	0,102
Etranger	32	59,4%	31,2%	3,1%	6,2%	
<u>Secteur d'exercice</u>						
Public	156	48,7%	23,7%	14,1%	13,5%	< 0,001
Privé	226	80,1%	11,5%	4,4%	4%	
<u>Nombre d'années d'exercice</u>						
< 5 ans	59	54,2%	16,9%	13,6%	15,3%	0,068
5-10 ans	56	67,9%	17,9%	3,6%	10,7%	
> 10 ans	267	70%	16,1%	8,2%	5,6%	

Région d'exercice

Tanger-Tétouan	23	60,9%	13%	26,1%	0%	
Oriental	22	81,8%	9,1%	0%	9,1%	
Fès-Meknès	163	56,4%	21,5%	8,6%	13,5%	
Rabat-Salé-Kénitra	55	69,1%	20%	9,1%	1,8%	
Béni Mellal-Khénifra	13	84,6%	7,7%	0%	7,7%	<b>&lt; 0,008</b>
Casablanca-Settat	69	81,2%	8,7%	5,8%	4,3%	
Marrakech-Safi	20	75%	15%	10%	0%	
Darâa-Tafilalt	4	75%	0%	25%	0%	
Souss-Massa	10	90%	10%	0%	0%	
Laâyoune-Saguia	3	33,4%	33,3%	0%	33,3%	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	69,3%	15,9%	9%	5,8%	
Deux fois	48	66,7%	10,4%	12,5%	10,4%	<b>&lt; 0,021</b>
Non	57	57,9%	24,6%	1,8%	15,8%	

Formation continue

Oui	320	72,5%	15,9%	7,2%	4,4%	
Non	62	40,3%	19,4%	14,5%	25,8%	<b>&lt; 0,001</b>

Formation post-universitaire en Psychiatrie

Oui	185	76,2%	13,5%	5,4%	4,9%	
Non	197	58,9%	19,3%	11,2%	10,7%	<b>&lt; 0,003</b>

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes :

- Ø L'âge ( $p < 0,026$ ) : il s'est avéré que les médecins âgés de 51 ans et plus, prescrivent plus fréquemment les antidépresseurs (73,8 %) que leurs homologues plus jeunes (65,6 % et 57,7 %).
- Ø Le secteur d'exercice ( $p < 0,001$ ) : les antidépresseurs sont plus fréquemment prescrits par les médecins libéraux que par ceux du secteur public, en effet, les pourcentages respectifs étaient 80,1 % vs 48,7 %.
- Ø Le passage ou non par un stage de psychiatrie ( $p < 0,021$ ) : les médecins ayant bénéficié de ce stage avaient un taux de prescription des antidépresseurs plus élevé que leurs homologues qui en ont pas bénéficié (respectivement 69,3 % vs 57,9 % les prescrivent fréquemment).
- Ø L'existence ou non d'une formation continue dans le domaine médical ( $p < 0,001$ ) : les médecins qui ont bénéficié d'une formation continue dans le domaine médical sont ceux qui prescrivent plus fréquemment les antidépresseurs (72,5 % vs 40,3 %).
- Ø L'existence ou non d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ( $p < 0,003$ ) : les médecins qui en ont bénéficié prescrivent, en effet, plus fréquemment les antidépresseurs que les autres (respectivement 76,2 % vs 58,9 %).

Par contre, nous n'avons pas relevé de différences significatives entre la prescription des antidépresseurs et le sexe, le lieu de formation et le nombre d'années d'exercice.

- Prescription des antidépresseurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques :

Le tableau N°10 expose la corrélation entre la prescription des antidépresseurs et la perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

**Tableau 10** : Prescription des antidépresseurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

<u>Perception du rôle</u>	Effectif	Antidépresseurs				P
		Fréquemment	parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Oui	339	69,3%	15,9%	8%	6,8%	0,059
Non	43	51,2%	20,9%	11,6%	16,3%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Oui	212	78,3%	12,7%	6,1%	2,8%	< 0,001
Non	170	53,5%	21,2%	11,2%	14,1%	
<b><u>Psychothérapie</u></b>						
Oui	120	75%	11,7%	6,7%	6,7%	0,176
Non	262	63,7%	18,7%	9,2%	8,4%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Oui	213	76,5%	14,6%	3,8%	5,2%	< 0,001
Non	169	55,6%	18,9%	14,2%	11,2%	
<b><u>Sensibilisation</u></b>						
Oui	295	65,4%	18%	8,5%	8,1%	0,473
Non	87	73,6%	11,5%	8%	6,9%	
<b><u>Education thérapeutique</u></b>						
Oui	250	69,2%	15,6%	8,8%	6,4%	0,416
Non	132	63,6%	18,2%	7,6%	10,6%	

Comme le montre le tableau, une association significative existe entre la prescription des antidépresseurs et la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de traitement ( $p < 0,001$ ) et de suivi ( $p < 0,001$ ) des pathologies psychiatriques : les généralistes qui voient leur rôle comme étant de traiter et de suivre les pathologies psychiatriques prescrivent plus fréquemment les antidépresseurs que ceux qui ne perçoivent pas ce rôle (de manière respective 78,3 % et 76,5 % vs 53,5 % et 55,6 %).

- Prescription des antidépresseurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale

Les résultats de l'analyse effectuée à la recherche d'association entre la prescription des antidépresseurs et la perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale figurent sur le tableau N°11.

**Tableau 11** : Prescription des antidépresseurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Place de la psychiatrie en médecine générale	Effectif	Antidépresseurs				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Prioritaire</u></b>	313	67,4%	16,9%	8,9%	6,7%	
<b><u>Secondaire</u></b>	55	65,5%	14,5%	7,3%	12,7%	0,601
<b><u>Soulève uniquement du rôle du psychiatre</u></b>	14	71,4%	14,3%	0%	14,3%	

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

- Prescription des antidépresseurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques

On a cherché aussi une association entre la prescription des antidépresseurs et la confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Les résultats sont regroupés sur le tableau N°12.

**Tableau 12** : Prescription des antidépresseurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

<u>Confiance</u>	Effectif	Antidépresseurs				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Très bien	20	85%	10%	5%	0%	
Bien	119	72,3%	19,3%	5%	3,4%	
Moyennement	176	67,6%	17%	8,5%	6,8%	< 0,001
Faiblement	48	56,2%	8,3%	16,7%	18,8%	
Non	19	42,1%	21,1%	10,5%	26,3%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Très bien	6	83,3%	16,7%	0%	0%	
Bien	57	86%	10,5%	3,5%	0%	
Moyennement	180	71,7%	18,9%	5,6%	3,9%	< 0,001
Faiblement	88	56,8%	17%	12,5%	13,6%	
Non	51	47,1%	13,7%	17,6%	21,6%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Très bien	6	66,7%	33,3%	0%	0%	
Bien	62	80,6%	12,9%	3,2%	3,2%	
Moyennement	145	76,6%	13,1%	5,5%	4,8%	< 0,001
Faiblement	92	57,6%	20,7%	13%	8,7%	
Non	77	50,6%	19,5%	13%	16,9%	

Nous constatons que la fréquence de prescription des antidépresseurs est associée à :

- La confiance en la capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique ( $p < 0,001$ ) : en effet, 85 % des médecins généralistes confiants prescrivent plus fréquemment les antidépresseurs par rapport à 42,1 % de leurs homologues non confiants.
- La confiance en la capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan thérapeutique ( $p < 0,001$ ) : globalement, le pourcentage des médecins généralistes confiants et prescrivant les antidépresseurs est plus important que celui des non confiants (de manière respective 83,3 % vs 47,1 %).
- La confiance en la capacité à suivre les pathologies psychiatriques ( $p < 0,001$ ) : puisque 66,7 % des médecins généralistes confiants en leurs aptitudes à suivre les pathologies psychiatriques prescrivent plus fréquemment les antidépresseurs par rapport à 50,6 % des médecins généralistes non confiants.

#### b. Analyse de la prescription des anxiolytiques

##### - Prescription des anxiolytiques et facteurs sociodémographiques

On a effectué un croisement entre la prescription des anxiolytiques et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableau N°13).



Tableau 13 : Prescription des anxiolytiques et facteurs sociodémographiques

Facteurs sociodémographiques	Effectif	Anxiolytiques				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b>Sexe</b>						
Masculin	221	60,2%	24,4%	12,7%	2,7%	<b>&lt; 0,003</b>
Féminin	161	42,9%	33,5%	15,5%	8,1%	
<b>Age</b>						
25-35	87	42,5%	27,6%	21,8%	8%	0,052
36-50	131	52,7%	30,5%	10,7%	6,1%	
51 et plus	164	58,5%	26,8%	12,2%	2,4%	
<b>Lieu de formation</b>						
Maroc	350	52%	28,9%	14,3%	4,9%	0,628
Etranger	32	62,5%	21,9%	9,4%	6,2%	
<b>Secteur d'exercice</b>						
Public	156	44,9%	28,8%	18,6%	7,7%	<b>&lt; 0.010</b>
Privé	226	58,4%	27,9%	10,6%	3,1%	
<b>Nombre d'années d'exercice</b>						
< 5 ans	59	40,7%	28,8%	23,7%	6,8%	0.137
5-10 ans	56	46,4%	35,7%	12,5%	5,4%	
> 10 ans	267	56,9%	26,6%	12%	4,5%	
<b>Région d'exercice</b>						
Tanger-Tétouan	23	47,8%	30,4%	17,4%	4,3%	0,707
Oriental	22	63,6%	18,2%	18,2%	0%	
Fès-Meknès	163	50,3%	28,8%	13,5%	7,4%	
Rabat-Salé-Kénitra	55	56,4%	27,3%	12,7%	3,6%	
Béni Mellal-Khénifra	13	69,2%	15,4%	15,4%	0%	
Casablanca-Settat	69	49,3%	36,2%	8,7%	5,8%	
Marrakech-Safi	20	40%	30%	30%	0%	
Darâa-Tafilalt	4	50%	25%	25%	0%	
Souss-Massa	10	80%	10%	10%	0%	
Laâyoune-Saguia	3	100%	0%	0%	0%	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	52,3%	31%	12,6%	4%	
Deux fois	48	58,3%	14,6%	20,8%	6,2%	0,192
Non	57	50,9%	26,3%	14%	8,8%	

Formation continue

Oui	320	55,3%	29,4%	12,2%	3,1%	
Non	62	40,3%	22,6%	22,6%	14,5%	< 0,001

Formation post-universitaire en psychiatrie

Oui	185	52,4%	33%	8,6%	5,9%	
Non	197	53,3%	23,9%	18,8%	4,1%	< 0,014

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes :

- Ø Le sexe ( $p < 0,003$ ) : 60,2 % des médecins hommes prescrivent fréquemment les anxiolytiques alors que seules 42,9 % des médecins femmes le font.
- Ø Le secteur d'exercice ( $p < 0,010$ ) : les généralistes du secteur libéral prescrivent plus fréquemment les anxiolytiques que leurs homologues du secteur public (58,4 % vs 44,9 %).
- Ø L'existence ou non d'une formation continue dans le domaine médical ( $p = < 0,001$ ) : les médecins qui ont bénéficié d'une formation continue dans le domaine médical sont ceux qui prescrivent plus fréquemment les anxiolytiques (55,3 % vs 40,3 %).
- Ø L'existence ou non d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ( $p < 0,014$ ) : les médecins qui en ont bénéficié prescrivent, en effet, plus fréquemment les anxiolytiques que les autres (respectivement 52,4 % vs 50,3 %).

Par contre, nous n'avons pas relevé de différences significatives entre la prescription des anxiolytiques et l'âge, le lieu de formation, le nombre d'années d'exercice et le passage ou non par un stage de psychiatrie.

- Prescription des anxiolytiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Le tableau N°14 expose la corrélation entre la prescription des anxiolytiques et la perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

**Tableau 14** : Prescription des anxiolytiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

<u>Perception du rôle</u>	Effectif	Anxiolytiques				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
<b>Oui</b>	339	54,3%	27,1%	13,9%	4,7%	0,412
<b>Non</b>	43	41,9%	37,2%	14%	7%	
<b><u>Traitement</u></b>						
<b>Oui</b>	212	60,8%	24,1%	12,3%	2,8%	< 0,003
<b>Non</b>	170	42,9%	33,5%	15,9%	7,6%	
<b><u>Psychothérapie</u></b>						
<b>Oui</b>	120	60%	27,5%	10%	2,5%	0,124
<b>Non</b>	262	49,6%	28,6%	15,6%	6,1%	
<b><u>Suivi</u></b>						
<b>Oui</b>	213	54,5%	30%	11,3%	4,2%	0,300
<b>Non</b>	169	50,9%	26%	17,2%	5,9%	
<b><u>Sensibilisation</u></b>						
<b>Oui</b>	295	50,8%	30,2%	14,2%	4,7%	0,404
<b>Non</b>	87	59,8%	21,8%	12,6%	5,7%	
<b><u>Education thérapeutique</u></b>						
<b>Oui</b>	132	53,2%	22,6%	13,2%	4%	0,556
<b>Non</b>	250	52,3%	25,8%	15,2%	6,8%	

Comme le montre le tableau, une association significative existe entre la prescription des anxiolytiques et la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de traitement ( $p < 0,003$ ) : 60,8 % des médecins généralistes qui perçoivent leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques prescrivent plus fréquemment les anxiolytiques par rapport à 42,9 % de ceux qui ne perçoivent pas ce rôle.

- Prescription des anxiolytiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale

Les résultats de l'analyse effectuée à la recherche d'association entre la prescription des anxiolytiques et la perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale figurent sur le tableau N°15.

**Tableau 15:** Prescription des anxiolytiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Place de la psychiatrie en médecine générale	Effectif	Fréquemment	Anxiolytiques			P
			Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Prioritaire</u></b>	313	52,7%	29,1%	13,7%	4,5%	
<b><u>Secondaire</u></b>	55	52,7%	27,3%	10,9%	9,1%	0,383
<b><u>Soulève uniquement du rôle du psychiatre</u></b>	14	57,1%	14,3%	28,6%	0%	

Aucune association significative ne s'est révélée de cette analyse.

- Prescription des anxiolytiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques

On a cherché aussi une association entre la prescription des anxiolytiques et la confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Les résultats sont regroupés sur le tableau N°16.

**Tableau 16:** Prescription des anxiolytiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

<u>Confiance</u>	Effectif	Anxiolytiques				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Très bien	20	55%	20%	20%	5%	
Bien	119	51,3%	33,6%	12,6%	2,5%	
Moyennement	176	58,5%	27,8%	10,8%	2,8%	<b>&lt; 0,002</b>
Faiblement	48	37,5%	25%	25%	12,5%	
Non	19	47,4%	15,8%	15,8%	21,1%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Très bien	6	31,3%	33,3%	33,3%	0%	
Bien	57	64,9%	21,1%	14%	0%	
Moyennement	180	56,7%	31,1%	9,4%	2,8%	<b>&lt; 0,002</b>
Faiblement	88	51,1%	23,9%	17%	8%	
Non	51	31,4%	33,3%	21,6%	13,7%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Très bien	6	16,7%	33,3%	50%	0%	
Bien	62	64,5%	25,8%	8,1%	1,6%	
Moyennement	145	55,2%	31%	11,7%	2,1 %	<b>&lt; 0,013</b>
Faiblement	92	53,3%	22,8%	16,3%	7,6%	
Non	77	41,6%	31,2%	16,9%	10,4%	

Nous remarquons que la fréquence de prescription des anxiolytiques est significativement associée à la confiance des généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques :

- Sur le plan diagnostique ( $p < 0,002$ ) : en effet, 55 % des médecins généralistes confiants prescrivent plus fréquemment les anxiolytiques par rapport à 47,4 % de leurs homologues non confiants.
- Sur le plan thérapeutique ( $p < 0,002$ ) : globalement, le pourcentage des médecins généralistes confiants et prescrivant les anxiolytiques est plus important que celui des non confiants (33,3 % vs 31,4 %).

Cependant, l'analyse n'a pas soulevé d'association significative entre la fréquence de prescription des anxiolytiques et la confiance des généralistes en leur capacité à suivre les pathologies psychiatriques.

## c. Analyse de la prescription des neuroleptiques

## - Prescription des neuroleptiques et facteurs sociodémographiques

On a effectué un croisement entre la prescription des neuroleptiques et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableau N°17)

**Tableau 17:** Prescription des neuroleptiques et facteurs sociodémographiques.

<u>Facteurs sociodémographiques</u>	Effectif	<u>Neuroleptiques</u>				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<u>Sexe</u>						
Masculin	221	10%	27,6%	37,1%	25,3%	<b>&lt; 0,012</b>
Féminin	161	3,1%	23%	37,3%	36,6%	
<u>Age</u>						
25-35	87	6,9%	23%	33,3%	36,8%	0,440
36-50	131	5,3%	26,7%	35,1%	32,8%	
51 et plus	164	8,5%	26,2%	40,9%	24,4%	
<u>Lieu de formation</u>						
Maroc	350	6,3%	26,6%	35,7%	31,4%	<b>&lt; 0,020</b>
Etranger	32	15,6%	15,6%	53,1%	15,6%	
<u>Secteur d'exercice</u>						
Public	156	3,2%	19,2%	32,7%	44,9%	<b>&lt; 0,001</b>
Privé	226	9,7%	30,1%	40,3%	19,9%	
<u>Nombre d'années d'exercice</u>						
< 5 ans	59	10,2%	13,6%	35,6%	40,7%	0,076
5-10 ans	56	1,8%	35,7%	35,7%	26,8%	
> 10 ans	267	7,5%	26,2%	37,8%	28,5%	



Région d'exercice

Tanger-Tétouan	23	8,7%	21,7%	43,5%	26,1%	
Oriental	22	4,5%	22,7%	50%	22,7%	
Fès-Meknès	163	6,1%	23,9%	35%	35%	
Rabat-Salé-Kénitra	55	10,9%	18,2%	41,8%	29,1%	
Béni Mellal-Khénifra	13	7,7%	69,2%	7,7%	15,4%	
Casablanca-Settat	69	7,2%	31,9%	33,3%	27,5%	0,361
Marrakech-Safi	20	5%	15%	55%	25%	
Darâa-Tafilalt	4	0%	25%	50%	25%	
Souss-Massa	10	10%	40%	30%	20%	
Laâyoune-Saguia	3	0%	0%	33,3%	66,7%	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	7,6%	24,5%	39%	28,9%	0,503
Deux fois	48	6,2%	33,3%	35,4%	25%	
Non	57	5,3%	24,6%	29,8%	40,3%	

Formation continue

Oui	320	7,8%	27,8%	39,1%	25,3%	<b>&lt; 0,001</b>
Non	62	3,2%	14,5%	27,4%	54,8%	

Formation post-universitaire en Psychiatrie

Oui	185	8,1%	30,8%	40,5%	20,5%	<b>&lt; 0,001</b>
Non	197	6,1%	20,8%	34%	39,1%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes :

- Ø Le sexe ( $p < 0,012$ ) : 10 % des médecins hommes prescrivent fréquemment les neuroleptiques alors que seules 3,1 % des médecins femmes le font.
- Ø Le lieu du doctorat ( $p < 0,020$ ) : les médecins généralistes formés en étranger prescrivent plus fréquemment les neuroleptiques que ceux qui sont formés au Maroc (respectivement 15,6 % vs 6,3 %).
- Ø Le lieu d'exercice ( $p < 0,001$ ) : les neuroleptiques sont plus fréquemment prescrits par les médecins libéraux que par ceux du secteur public, en effet les pourcentages respectifs étaient 8,7 % vs 3,2 %.
- Ø La formation continue dans le domaine médical ( $p < 0,001$ ) : il se trouve que les médecins généralistes qui en ont bénéficié prescrivent plus fréquemment les neuroleptiques par rapport à ceux qui en ont pas bénéficié (7,8 % vs 3,2 %).
- Ø La formation continue spécifique en psychiatrie ( $p < 0,001$ ) : il s'est avéré que les généralistes suivant régulièrement une formation continue en psychiatrie (8,6 %) prescrivent plus fréquemment les neuroleptiques par rapport aux autres (6,1 %).

- Prescription des neuroleptiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Le tableau N°18 expose la corrélation entre la prescription des neuroleptiques et la perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

**Tableau 18:** Prescription des neuroleptiques et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

<u>Perception du rôle</u>	Effectif	Neuroleptiques				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Oui	339	7,4%	26,8%	36,6%	29,2%	0,368
Non	43	4,7%	16,3%	41,9%	37,2%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Oui	212	9,9%	33%	38,7%	18,4%	< 0,001
Non	170	3,5%	16,5%	35,3%	44,7%	
<b><u>Psychothérapie</u></b>						
Oui	120	10,9%	25,8%	38,3%	25%	0,165
Non	262	5,3%	25,6%	36,6%	32,4%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Oui	213	8%	31%	39,9%	21,1%	< 0,001
Non	169	5,9%	18,9%	33,7%	41,4%	
<b><u>Sensibilisation</u></b>						
Oui	295	7,5%	27,1%	34,6%	30,8%	0,267
Non	87	5,7%	20,7%	46%	27,6%	
<b><u>Education thérapeutique</u></b>						
Oui	250	7,6%	26,8%	36%	29,6%	0,804
Non	132	6,1%	23,5%	39,4%	31,1%	

Comme le montre le tableau, une association significative existe entre la prescription des neuroleptiques et la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de traitement ( $p < 0,001$ ) et de suivi ( $p < 0,001$ ) des pathologies psychiatriques : les généralistes qui voient leur rôle comme étant de traiter et de suivre les pathologies psychiatriques prescrivent plus fréquemment les neuroleptiques que ceux qui ne perçoivent pas ce rôle (de manière respective 9,9 % et 8 % vs 3,5 % et 5,9 %).

- Prescription des neuroleptiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale

Les résultats de l'analyse effectuée à la recherche d'association entre la prescription des neuroleptiques et la perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale figurent sur le tableau N°19.

**Tableau 19:** Prescription des neuroleptiques et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Place de la psychiatrie en médecine générale	Effectif	Neuroleptiques				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b>Prioritaire</b>	313	8%	26,2%	37,1%	28,8%	
<b>Secondaire</b>	55	1,8%	21,8%	38,2%	38,2%	0,632
<b>Soulève uniquement du rôle du psychiatre</b>	14	7,1%	28,6%	35,7%	28,6%	

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

- Prescription des neuroleptiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques

On a cherché aussi une association entre la prescription des neuroleptiques et la confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Les résultats sont regroupés sur le tableau N°20.

**Tableau 20:** Prescription des neuroleptiques et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

<u>Confiance</u>	Effectif	<b>Neuroleptiques</b>				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Très bien	20	15%	35%	25%	25%	0,143
Bien	119	8,4%	21%	40,3%	30,3%	
Moyennement	176	6,8%	29,5%	35,8%	27,8%	
Faiblement	48	0%	16,7%	47,9%	35,4%	
Non	19	10,5%	31,6%	15,8%	42,1%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Très bien	6	16,7%	33,3%	50%	0%	0,059
Bien	57	15,8%	22,8%	43,9%	17,5%	
Moyennement	180	5,6%	29,4%	32,8%	32,2%	
Faiblement	88	5,7%	22,7%	42%	29,5%	
Non	51	3,9%	19,6%	35,3%	41,2%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Très bien	6	16,7%	16,7%	50%	16,7%	0,307
Bien	62	12,9%	29%	38,7%	19,4%	
Moyennement	145	6,2%	28,3%	38,6%	26,9%	
Faiblement	92	5,4%	21,7%	38%	34,8%	
Non	77	5,2%	23,4%	31,2%	40,3%	

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

## d. Analyse de la prescription des thymorégulateurs

## - Prescription des thymorégulateurs et facteurs sociodémographiques

On a effectué un croisement entre la prescription des thymorégulateurs et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableau N°21)

Tableau 21: Prescription des thymorégulateurs et facteurs sociodémographiques.

<u>Facteurs sociodémographiques</u>	<u>Thymorégulateurs</u>					<u>P</u>
	<u>Effectif</u>	<u>Fréquemment</u>	<u>Parfois</u>	<u>Rarement</u>	<u>Jamais</u>	
<u>Sexe</u>						
Masculin	221	5,9%	18,6%	29%	46,6%	<b>&lt; 0,025</b>
Féminin	161	1,2%	12,4%	29,2%	57,1%	
<u>Age</u>						
25-35	87	3,4%	19,5%	26,4%	50,6%	0,951
36-50	131	4,6%	13,7%	29,8%	51,9%	
51 et plus	164	3,7%	15,9%	29,9%	50,6%	
<u>Lieu de formation</u>						
Maroc	350	3,1%	16%	28,9%	52%	0,062
Etranger	32	12,5%	15,6%	31,2%	40,6%	
<u>Secteur d'exercice</u>						
Public	156	3,8%	14,1%	19,9%	62,9%	<b>&lt; 0,002</b>
Privé	226	4%	17,3%	35,4%	43,4%	
<u>Nombre d'années d'exercice</u>						
< 5 ans	59	5,1%	18,6%	20,3%	55,9%	0,287
5-10 ans	56	1,8%	19,6%	39,3%	39,3%	
> 10 ans	267	4,1%	14,6%	28,8%	52,4%	

Région d'exercice

Tanger-Tétouan						
Oriental	23	13%	13%	43,5%	30,4%	
Fès-Meknès	22	0%	22,7%	36,4%	40,9%	
Rabat-Salé-Kénitra	163	5,5%	11,7%	27,6%	55,2%	
Béni Mellal-Khénifra	55	1,8%	20%	18,2%	60%	
Casablanca-Settat	69	0%	20,3%	27,5%	52,2%	0,089
Marrakech-Safi						
Darâa-Tafilalt	20	0%	10%	25%	65%	
Souss-Massa	4	0%	25%	50%	25%	
Laâyoune-Saguia	10	10%	20%	50%	20%	
	3	0%	0%	66,7%	33,3%	

Stage en psychiatrie

Une fois	277	4,3%	15,5%	27,4%	52,7%	
Deux fois	48	4,2%	27,1%	37,5%	31,2%	0,052
Non	57	1,8%	8,8%	29,8%	59,6%	

Formation continue

Oui	320	4,1%	17,2%	30%	48,8%	0,206
Non	62	3,2%	9,7%	24,2%	62,9%	

Formation post-universitaire en Psychiatrie

Oui	185	3,2%	19,5%	36,8%	40,5%	< 0,001
Non	197	4,6%	12,7%	21,8%	60,9%	

L'analyse a permis de retenir les associations significatives suivantes :

- ∅ Le sexe ( $p < 0,025$ ) : les généralistes du sexe masculin prescrivent plus fréquemment les thymorégulateurs par rapport à leurs homologues du sexe féminin (5,9 % vs 1,2 %).
- ∅ Le lieu d'exercice ( $p < 0,002$ ) : 4 % des médecins généralistes libéraux prescrivent fréquemment les thymorégulateurs alors que 3,8 % des médecins généralistes du secteur public le font.
- ∅ La formation continue spécifique en psychiatrie ( $p < 0,001$ ) : les médecins qui en ont bénéficié prescrivent, en effet, plus fréquemment les thymorégulateurs que les autres (respectivement 5,2 % vs 4,6 %).

- Prescription des thymorégulateurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Le tableau N°22 expose la corrélation entre la prescription des thymorégulateurs et la perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques.



**Tableau 22 :** Prescription des thymorégulateurs et perception du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

<u>Perception du rôle</u>	Effectif	Thymorégulateurs				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Oui	339	4,1%	16,8%	30,4%	48,7%	0,078
Non	43	2,3%	9,3%	18,6%	69,8%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Oui	212	5,2%	17,5%	36,8%	40,6%	< 0,001
Non	170	2,4%	14,1%	19,4%	64,1%	
<b><u>Psychothérapie</u></b>						
Oui	120	3,3%	16,7%	33,3%	46,7%	0,579
Non	262	4,2%	15,6%	27,1%	53,1%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Oui	213	3,3%	16,9%	36,2%	43,7%	< 0,003
Non	169	4,7%	14,8%	20,1%	60,4%	
<b><u>Sensibilisation</u></b>						
Oui	295	3,4%	17,3%	28,1%	51,2%	0,432
Non	87	5,7%	11,5%	32,2%	50,6%	
<b><u>Education thérapeutique</u></b>						
Oui	250	4%	17,6%	27,6%	50,8%	0,625
Non	132	3,8%	12,9%	31,8%	51,5%	

Comme le montre le tableau, une association significative existe entre la prescription des thymorégulateurs et la perception des médecins généralistes de leur rôle en matière de traitement ( $p < 0,001$ ) et du suivi ( $p < 0,003$ ) : les médecins qui perçoivent leur rôle dans le traitement et le suivi des pathologies psychiatriques prescrivent plus fréquemment les thymorégulateurs par rapport à ceux qui ne perçoivent pas ce rôle.

- Prescription des thymorégulateurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale

Les résultats de l'analyse effectuée à la recherche d'association entre la prescription des thymorégulateurs et la perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale figurent sur le tableau N°23.

**Tableau 23:** Prescription des thymorégulateurs et perception de la place de la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale.

Place de la psychiatrie en médecine générale	Effectif	Thymorégulateurs				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b>Prioritaire</b>	313	4,5%	15%	29,7%	50,8%	
<b>Secondaire</b>	55	1,8%	20%	23,6%	54,5%	0,738
<b>Soulève uniquement du rôle du psychiatre</b>	14	0%	21,4%	35,7%	42,9%	

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

- Prescription des thymorégulateurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques

On a cherché aussi une association entre la prescription des thymorégulateurs et la confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Les résultats sont regroupés sur le tableau N°24.

**Tableau 24:** Prescription des thymorégulateurs et confiance des médecins généralistes en leur capacité à prendre en charge les pathologies psychiatriques.

<u>Confiance</u>	Effectif	<b>Thymorégulateurs</b>				P
		Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	
<b><u>Diagnostic</u></b>						
Très bien	20	5%	25%	45%	25%	
Bien	119	1,7%	17,6%	27,7%	52,9%	
Moyennement	176	5,1%	17%	29%	48,9%	0,217
Faiblement	48	2,1%	8,3%	27,1%	62,5%	
Non	19	10,5%	5,3%	26,3%	57,9%	
<b><u>Traitement</u></b>						
Très bien	6	0%	16,7%	33,3%	50%	
Bien	57	3,5%	15,8%	36,8%	43,9%	
Moyennement	180	1,7%	21,1%	31,1%	46,1%	0,057
Faiblement	88	6,8%	10,2%	23,9%	59,1%	
Non	51	7,8%	7,8%	21,6%	62,7%	
<b><u>Suivi</u></b>						
Très bien	6	0%	0%	33,3%	66,7%	
Bien	62	3,2%	17,7%	37,1%	41,9%	
Moyennement	145	2,1%	22,1%	29%	46,9%	0,157
Faiblement	92	5,4%	13%	26,1%	55,4%	
Non	77	6,5%	7,8%	26%	59,7%	

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

#### 1.4. Analyse de la prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et facteurs sociodémographiques

Il nous a semblé intéressant de chercher des associations entre la prise en charge de chacune des pathologies psychiatriques suivantes : la dépression, les troubles anxieux, les crises d'hystérie, la schizophrénie, les conduites addictives et les troubles bipolaires d'un côté et chacune des variables sociodémographiques d'un autre côté.

Les résultats sont représentés sur les tableaux N°25 et N°26.

**Tableau 25: Prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et facteurs sociodémographiques.**

Facteurs Socio-démographiques	Effectif	Dépression			Troubles anxieux			Crises d'hystérie		
		Oui	Non	P	Oui	Non	P	Oui	Non	P
<u>Sexe</u>										
Masculin	204	92,2%	7,8%	0,751	88,2%	11,8%	0,762	12,3%	87,7%	0,118
Féminin	148	91,2%	8,8%		87,2%	12,8%		18,2%	81,8%	
<u>Age</u>										
25-35	78	80,8%	19,2%	< 0,001	89,7%	10,3%	0,201	30,8%	69,2%	< 0,001
36-50	121	95%	5%		83,5%	16,5%		14,9%	85,1%	
51 et plus	153	94,8%	5,2%		90,2%	9,8%		6,5%	93,5%	
<u>Lieu de formation</u>										
Maroc	325	92,6%	7,4%	< 0,043	88,6%	11,4%	0,098	14,2%	85,8%	0,256
Etranger	27	81,5%	18,5%		77,8%	22,2%		22,2%	77,8%	
<u>Secteur d'exercice</u>										
Public	144	86,1%	13,9%	< 0,001	84%	16%	0,073	27,1%	72,9%	< 0,001
Privé	208	95,7%	4,3%		90,4%	9,6%		6,2%	93,8%	
<u>Nombre d'années d'exercice</u>										
< 5 ans	54	79,6%	20,4%	< 0,002	87%	13%	0,823	31,5%	68,5%	< 0,001
5-10 ans	52	92,3%	7,7%		90,4%	9,6%		26,9%	73,1%	
> 10 ans	246	94,3%	5,7%		87,4%	12,6%		8,5%	91,5%	
<u>Stage en psychiatrie</u>										
Une fois	257	91,8%	8,2%	0,806	87,9%	12,1%	0,210	12,1%	87,9%	< 0,016
Deux fois	46	93,5%	6,5%		93,5%	6,5%		28,3%	71,7%	
Non	49	89,8%	10,2%		81,6%	18,4%		16,3%	83,7%	
<u>Formation continue</u>										
Oui	297	93,3%	6,7%	< 0,017	88,6%	11,4%	0,306	12,5%	87,5%	< 0,004
Non	55	83,6%	16,4%		83,6%	11,4%		27,3%	72,7%	
<u>Formation post-universitaire en psychiatrie</u>										
Oui	173	95,4%	4,6%	< 0,015	89%	11%	0,487	9,2%	90,8%	< 0,004
Non	179	88,3%	11,7%		86,6%	13,4%		20,1%	79,9%	

**Tableau 26: Prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et facteurs sociodémographiques (suite).**

<u>Facteurs Socio-démographiques</u>	Effectif	Schizophrénie		p	Conduites addictives		p	Troubles bipolaires		p
		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
<u>Sexe</u>										
Masculin	204	9,3%	90,7%	0,864	7,4%	92,6%	0,978	3,4%	96,6%	0,239
Féminin	148	8,8%	91,2%		7,4%	92,6%		6,1%	93,9%	
<u>Age</u>										
25-35	78	6,4%	93,6%	0,583	10,3%	89,7%	0,485	6,4%	93,6%	0,667
36-50	121	10,7%	89,3%		7,4%	92,6%		4,1%	95,9%	
51 et plus	153	9,2%	90,8%		5,9%	94,1%		3,9%	96,1%	
<u>Lieu de formation</u>										
Maroc	325	9,5%	90,5%	0,311	7,4%	92,6%	0,997	4,9%	95,1%	0,238
Etranger	27	3,7%	96,3%		7,4%	92,6%		0%	100%	
<u>Secteur d'exercice</u>										
Public	144	11,1%	88,9%	0,273	11,8%	88,2%	<0,008	2,8%	97,2%	0,185
Privé	208	7,7%	92,3%		4,3%	95,7%		5,8%	94,2%	
<u>Nombre d'années d'exercice</u>										
< 5 ans	54	5,6%	94,4%	0,339	11,1%	88,9%	0,501	5,6%	94,4%	0,910
5-10 ans	52	5,8%	94,2%		7,7%	92,3%		3,8%	96,2%	
> 10 ans	246	10,6%	89,4%		6,5%	93,5%		4,5%	95,5%	
<u>Stage en psychiatrie</u>										
Une fois	257	8,6%	91,4%	0,604	7,8%	92,2%	0,620	5,1%	94,9%	0,234
Deux fois	46	13%	87%		8,7%	91,3%		6,5%	93,5%	
Non	49	8,2%	91,8%		4,1%	95,9%		0%	100%	
<u>Formation continue</u>										
Oui	297	8,8%	91,2%	0,610	6,7%	93,3%	0,277	4,7%	95,3%	0,725
Non	55	10,9%	89,1%		10,9%	89,1%		3,6%	96,4%	
<u>Formation post-universitaire en psychiatrie</u>										
Oui	173	10,4%	89,6%	0,399	7,5%	92,5%	0,928	4,6%	95,4%	0,944
Non	179	7,8%	92,9%		7,3%	92,7%		4,5%	95,5%	

Cette analyse nous a permis de mettre en évidence les associations significatives suivantes :

✓ Concernant la dépression :

- Ø L'âge ( $p < 0,001$ ) : les médecins généralistes âgés entre 36 et 50 ans sont ceux qui prennent en charge le plus les cas de dépression (95 % par rapport à 80,8 % des médecins généralistes âgés entre 25 et 35 ans).
- Ø Le lieu de formation ( $p < 0,043$ ) : il s'est avéré que les médecins formés au Maroc sont plus impliqués dans la prise en charge de la dépression (92,6 % vs 81,5 %).
- Ø Le secteur d'exercice ( $p < 0,001$ ) : 95,7 % des médecins généralistes du secteur libéral prennent en charge la dépression contre 86,1 % de leurs homologues du secteur public.
- Ø Le nombre d'année d'exercice ( $p < 0,002$ ) : les médecins ayant plus de 10 ans d'expérience prennent en charge plus de cas de dépression (94,3 % contre 79,6 % pour les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience).
- Ø L'existence ou non d'une formation continue générale ( $p < 0,017$ ) : 93,3 % des médecins qui ont bénéficié d'une formation continue générale sont impliqués dans la prise en charge de la dépression par rapport à 83,6 % de ceux qui n'en ont pas bénéficié.
- Ø L'existence ou non d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ( $p < 0,015$ ) : les médecins qui en ont bénéficié prennent en charge plus de cas de dépression que ceux qui n'en ont pas bénéficié (95,4 % vs 88,3 %).

✓ Concernant les troubles anxieux :

Nous constatons qu'aucun des facteurs sociodémographiques ne semble être associé à la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes.

✓ Concernant les crises d'hystérie :

∅ L'âge ( $p < 0,001$ ) : les médecins âgés entre 25 et 35 ans sont ceux qui prennent en charge le plus les crises d'hystérie (30,8 % par rapport à 14,9 % des médecins âgés entre 36 et 50 ans).

∅ Le secteur d'exercice ( $p < 0,001$ ) : 27,1 % des médecins généralistes du secteur public prennent en charge la dépression contre 6,2 % de leur homologues du secteur libéral.

∅ Le nombre d'année d'exercice ( $p < 0,001$ ) : les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience prennent en charge plus les crises d'hystérie (31,5 % contre 8,5 % pour les médecins ayant plus de 10 ans d'expérience).

∅ Le passage ou non par un stage de psychiatrie ( $p < 0,016$ ): les médecins qui ont bénéficié deux fois d'un stage de psychiatrie prennent en charge plus les crises d'hystérie que ceux qui ont bénéficié une seule fois ou n'en ont pas bénéficié (respectivement 28,3 %, 12,1 % et 16,3 %).

∅ L'existence ou non d'une formation continue dans le domaine médical ( $p < 0,004$ ) : 12,5 % des médecins généralistes qui ont bénéficié d'une formation continue dans le domaine médical sont impliqués dans la prise en charge des crises d'hystérie par rapport à 27,3 % de ceux qui n'en ont pas bénéficié.



∅ L'existence ou non formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ( $p < 0,004$ ) : contrairement à ce qui était attendu, les médecins qui n'ont pas bénéficié d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie prennent en charge plus de cas de crises d'hystérie que ceux qui en ont bénéficié (20,1 % vs 9,2 %).

✓ Concernant la schizophrénie :

L'analyse n'a fait ressortir aucune association significative entre la prise en charge de la schizophrénie et les facteurs sociodémographiques.

✓ Concernant les conduites addictives :

Cette corrélation n'a mis en évidence qu'une seule association statistiquement significative :

∅ Le lieu d'exercice ( $p < 0,008$ ) : 11,8 % des médecins généralistes du secteur public prennent en charge les cas de conduites addictives, alors que seuls 4,8 % de leurs homologues du secteur libéral le font.

✓ Concernant les troubles bipolaires :

Aucune association significative n'a pu être déduite de cette analyse.

## 2. Analyse multi-variée

L'objectif de cette étape est de rechercher les déterminants de :

- L'attitude des généralistes de prendre en charge eux-mêmes leurs patients atteints de pathologies psychiatriques ou de les référer au psychiatre ;
- La prescription des psychotropes par les médecins généralistes.

### 2.1. Les déterminants de la référence des patients atteints de pathologies psychiatriques vers les services spécialisés :

Sur le tableau N° 27 figurent les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : l'insuffisance de prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes.

**Tableau 27 :** Facteurs liés à l'insuffisance de prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généraliste

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	P
<b>Formation continue</b>			
Non	1	[0,29-1]	< 0,05
Oui	0,545		
<b>Manque de formation continue en psychiatrie</b>			
Non	1	[1,6-7]	< 0,002
Oui	3,3		

Ce modèle nous a permis de retenir les déterminants de la référence suivants :

- Ø La formation continue dans le domaine médical ( $p < 0,05$ ) : il y a plus de chance qu'un patient qui consulte un médecin qui en a bénéficié, se retrouve pris en charge par ce même médecin au lieu d'être adressé au psychiatre (Odds Ratio = 0,545). Cependant, il semble que la valeur de  $p$  (0,05), remet en question la significativité statistique de ce facteur.
- Ø La formation continue en psychiatrie ( $p < 0,002$ ) : le patient atteint d'un trouble mental a trois fois plus de chances d'être référé par le généraliste qu'il consulte, si ce dernier rapporte comme difficulté à la prise en charge un manque de formation continue dans le domaine de psychiatrie (Odds Ratio = 3,3), en comparaison avec un médecin qui ne cite pas cette difficulté.

## 2.2. Les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes

### a. Les déterminants de la prescription des antidépresseurs par les omnipraticiens

Les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : la non prescription des antidépresseurs sont récapitulés dans le tableau N°28.

**Tableau 28 : Facteurs liés à la non prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes.**

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	p
<b>Secteur d'exercice</b>			
Public	1		
Privé	0,320	[0,196-0,521]	< 0,001
<b>Formation continue</b>			
Non	1		
Oui	0,444	[0,238-0,828]	< 0,011
<b>Confiance des généralistes en leur capacité à traiter les troubles mentaux</b>			
Bien	1		< 0,013
Non	4,372	[1,649-11,592]	< 0,003
Faiblement	3,242	[1,339-7,849]	< 0,009
Moyennement	2,120	[0,926-4,856]	< 0,075
<b>Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques</b>			
Non	1		
Oui	0,377	[0,233-0,609]	< 0,000

A la lumière de ce modèle, nous constatons que les déterminants de cette non prescription sont :

- Ø Secteur d'exercice ( $p < 0,001$ ) : les médecins du secteur libéral sont plus enclins à prescrire les antidépresseurs que leurs homologues du secteur public (Odds Ratio = 0,320).
- Ø Formation continue ( $p < 0,011$ ) : il y a plus de chances que le généraliste prescrit les antidépresseurs s'il a bénéficié d'une formation continue (Odds Ratio = 0,444).
- Ø La confiance des médecins en leur capacité à traiter les pathologies psychiatriques ( $p < 0,013$ ) : les médecins qui sont faiblement ou non confiants prescrivent 3 à 4 fois moins les antidépresseurs (Odds Ratio = 3,242 et 4,372).
- Ø Perception des généralistes de leur rôle dans le traitement des troubles mentaux ( $p < 0,001$ ) : les omnipraticiens qui voient leur rôle comme étant de traiter les pathologies psychiatriques prescrivent plus les antidépresseurs (Odds Ratio = 0,377).

## b. Les déterminants de la prescription des anxiolytiques par les omnipraticiens

Le tableau N°29 expose le modèle final de régression logistique ayant comme variable dépendante : la non prescription des anxiolytiques.

**Tableau 29** : Facteurs liés à la non prescription des anxiolytiques par les médecins généralistes.

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	P
<b>Sexe</b>			
Masculin	1	[1,229-2,882]	< 0,004
Feminin	1,882		
<b>Confiance des généralistes en leur capacité à traiter les troubles mentaux</b>			
Bien	1		< 0,037
Non	2,874	[1,288-6,414]	< 0,010
Faiblement	1,298	[0,659-2,559]	< 0,451
Moyennement	1,110	[0,606-2,030]	< 0,736
<b>Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques</b>			
Non	1		
Oui	0,516	[0,338-0,787]	< 0,002

D'après ce modèle, les déterminants de la non prescription des anxiolytiques sont :

- Ø Sexe ( $p < 0,004$ ) : un médecin prescrit deux fois moins les anxiolytiques s'il est de sexe féminin (Odds Ratio = 1,882).
- Ø La confiance des médecins en leur capacité à traiter les pathologies psychiatriques ( $p < 0,037$ ) : les médecins qui sont non confiants prescrivent trois fois moins les anxiolytiques (Odds Ratio = 2,874) en comparaison avec leurs homologues confiants.
- Ø Perception des généralistes de leur rôle dans le traitement des troubles mentaux ( $p < 0,002$ ) : les médecins qui voient leur rôle comme étant de traiter les troubles mentaux prescrivent plus les anxiolytiques (Odds Ratio = 0,516).

### c. Les déterminants de la prescription des neuroleptiques par les omnipraticiens

Sur le tableau N° 30 sont représentés les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : la non prescription des neuroleptiques.

**Tableau 30** : Facteurs liés à la non prescription des neuroleptiques par les médecins généralistes.

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	P
<b>Secteur d'exercice</b>			
Public	1	[0,241-0,638]	< 0,001
Privé	0,392		
<b>Formation continue</b>			
Non	1	[0,217-0,729]	< 0,003
Oui	0,398		
<b>Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques</b>			
Non	1	[0,194-0,508]	< 0,001
Oui	0,314		

Les déterminants de la non prescription des neuroleptiques sont :

- Ø Secteur d'exercice ( $p < 0,001$ ) : quand le médecin exerce dans le secteur libéral, il a plus tendance à prescrire les neuroleptiques (Odds Ratio = 0,392).
- Ø Formation continue ( $p < 0,003$ ) : il y a plus de chances que le généraliste prescrive les neuroleptiques s'il a bénéficié d'une formation continue (Odds Ratio = 0,398).



Ø Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques ( $p < 0,001$ ) : les généralistes qui voient leur rôle comme étant de traiter les troubles mentaux prescrivent plus les neuroleptiques (Odds Ratio = 0,314).

d. Les déterminants de la prescription des thymorégulateurs par les omnipraticiens

Les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : la non prescription des thymorégulateurs sont récapitulés dans le tableau N°31.

**Tableau 31** : Facteurs liés à la non prescription des thymorégulateurs par les médecins généralistes.

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	P
<b>Secteur d'exercice</b>			
Public	1		
Privé	0,572	[0,366-0,892]	< 0,014
<b>Stage universitaire</b>			
Non	1		< 0,017
Une fois	0,831	[0,447-1,545]	< 0,558
Deux fois	0,325	[0,137-0,767]	< 0,010
<b>Formation continue en psychiatrie</b>			
Non	1		< 0,012
Oui	0,569	[0,368-0,882]	< 0,012
<b>Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques</b>			
Non	1		< 0,001
Oui	0,420	[0,272-0,650]	< 0,001

D'après ce modèle, les déterminants de la non prescription des thymorégulateurs sont :

- Ø Secteur d'exercice ( $p < 0,014$ ) : les généralistes libéraux prescrivent plus les thymorégulateurs par rapport à leurs homologues du secteur public (Odds Ratio = 0,572).
- Ø Stage universitaire ( $p < 0,010$ ) : lorsque le généraliste en a deux fois bénéficié, il tend plus à prescrire les thymorégulateurs (Odds Ratio = 0,325).
- Ø Formation continue en psychiatrie ( $p < 0,012$ ) : quand le médecin en a bénéficié, il a plus de chance de prescrire les thymorégulateurs (Odds Ratio = 0,569).
- Ø Perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques ( $p < 0,001$ ) : les généralistes qui voient leur rôle comme étant de traiter les troubles mentaux prescrivent plus les thymorégulateurs (Odds Ratio = 0,420).

## VI- Discussion

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

Nous avons choisi de structurer ces données autour de différents axes. A chacun de ces axes sont associés des données de la littérature et des éléments du contexte au sein duquel évolue la pratique du médecin généraliste, afin de permettre une approche du rôle de ce dernier dans la prise en charge des malades atteints de troubles mentaux.

### 1. Etat des lieux au Maroc

L'offre de soins en santé mentale souffre d'une insuffisance en ressources humaines et en infrastructure pour répondre aux besoins d'une population dont la demande ne cesse d'augmenter. Les chiffres sont bien évidemment très en-dessous des besoins et des normes internationalement admises, et ne se rapprochent pas même de ceux des pays socio-économiquement similaires au Maroc.

Il faut noter également le nombre faible de psychologues et d'assistantes sociales travaillant dans le secteur public, sans parler de l'absence d'éducateurs et d'ergothérapeutes.

En outre, les centres de consultations ambulatoires de santé mentale sont en nombre très insuffisant et se trouvent essentiellement en milieu urbain notamment dans les grandes villes.

## 1.1. Les ressources humaines

### § Nombre des ressources humaines spécialisées

Selon la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (service de lutte contre les maladies mentales), en 2014, ils ne sont que 320 psychiatres au Maroc dont 172 exercent dans le secteur public. Ces derniers se concentrent essentiellement dans les grandes villes [18].

### § Densité en ressources humaines : données 2014 [19,20]

Comme détaillé sur le tableau N°32, les chiffres concernant la psychiatrie au Maroc sont dérisoires et restent loin de ceux de nos voisins maghrébins.

Tableau 32: Densité en ressources humaines spécialisées en psychiatrie

	Nombre de psychiatres pour 100.000 habitants	Nombre de psychologues pour 100.000 habitants	Nombre d'infirmiers spécialisés pour 100.000 habitants	Nombre de travailleurs sociaux pour 100.000 habitants
A l'échelle mondiale	0,9	0,7	5,1	0,4
Dans la région EMRO	0,9	0,4	3,1	0,3
<b>Au Maroc</b>	<b>0,45</b>	<b>0,05</b>	<b>4,1</b>	<b>0,03</b>
En Algérie	2,29	3,43	-	0,08
En Tunisie	2,58	1,06	-	0,35

## 1.2. L'infrastructure : [19,20]

En 2014, la capacité litière nationale totalise 1725 lits psychiatriques, soit 2.08 lits pour 100 000 habitants, en comparaison avec 4.73 dans la région EMRO.

Même si les filières des soins en santé mentale sont en cours de formalisation, en pratique, l'assistance psychiatrique adulte est assurée au niveau de trois échelons :

- Au niveau du premier échelon, une consultation ambulatoire est assurée dans un centre de santé déterminé par la préfecture ou la province. Cette consultation est assurée par un médecin psychiatre quand il y en a ou à défaut par un médecin généraliste.
- Au niveau du deuxième échelon, un service d'hospitalisation au niveau d'un hôpital général. Les hôpitaux spécialisés en psychiatrie peuvent être apparentés au deuxième échelon, ils dépendent du point de vue administratif de la délégation du Ministère de la Santé.
- Le troisième échelon est représenté par les centres psychiatriques universitaires, ce sont des institutions qui assurent la formation et la recherche en plus de leur mission de diagnostic et de traitement.

Pour accéder à l'hospitalisation, les malades sont référés soit par le premier échelon ou par un médecin privé ou à partir du service des urgences des hôpitaux généraux.

## 2. Discussion des caractéristiques de l'échantillon de l'étude

Etant donné que l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice, le secteur d'exercice, le passage ou non par un service de psychiatrie et la formation post-universitaire en psychiatrie sont des facteurs qui se sont révélés déterminants dans notre enquête, nous avons jugé nécessaire de les comparer avec les données de la littérature.

Comme le montre le tableau N°33, la moyenne d'âge de notre échantillon de médecins correspond à celle de la majorité des autres enquêtes [12, 21, 22, 23].

En revanche, la comparaison des sex-ratios révèle une légère disparité entre les différentes études (tableau N°34), puisque la variation va de 0,12 à 2,2.

Tableau 33 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires.

Auteur	Pays	Année	Moyenne d'âge
MJ. Fleury et al. [23]	Canada	2012	52 ans
MJT. Oud et al. [21]	Pays-Bas	2009	49 ans
G. Amara et al. [22]	Tunisie	2009	46 ± 6,8 ans
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	2008	48 ± 9 ans
Notre étude	Maroc	2017	47 ± 12 ans

Tableau 34 : Comparaison du sex-ratio H/F de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires.

Auteur	Région/Pays	Année	Sex-ratio H/F
L. Jaruseviciene et al. [24]	Lituanie	2014	0,12
A. Iferghas [25]	Salé	2013	0,4
MJ. Fleury et al. [23]	Canada	2012	0,93
M. Hillali [26]	Oujda	2010	0,69
MJT. Oud et al. [21]	Pays-Bas	2009	1,63
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	2008	0,95
M. Lotrakul et al. [27]	Thaïlande	2006	1,29
N. Younes et al. [28]	France	2005	2,2
Notre étude	Maroc	2017	1,37

Dans notre enquête, 70 % des médecins ont plus de 10 ans d'exercice. Cette proportion est proche de celle objectivée par N. Younes (66,1%) [28] et M. Hillali (74%) [26], mais s'éloigne de celle trouvée par A. Iferghas (98,2%)[25].

D'un autre côté, notre échantillon est homogène vis à vis de la représentativité des secteurs public et privé, la même constatation est faite pour l'échantillon de l'étude de G. Amara [22]. Par contre, une disparité des pourcentages des omnipraticiens appartenant aux deux secteurs est observée dans les études de N. Younes [28] et de L. Jaruseviciene [24] (Tableau 35).

**Tableau 35:** Comparaison des échantillons des enquêtes en terme du secteur d'exercice.

Auteur	Région/Pays	Année	Secteur d'exercice	
			Public	Privé
L. Jaruseviciene et al. [24]	Lituanie	2014	67,3%	30,8%
G. Amara et al. [22]	Tunisie	2009	52,7%	47,3%
N. Younes et al. [28]	France	2005	20,6%	79,4%
Notre étude	Maroc	2017	40,8%	59,2%

Concernant le stage en service de psychiatrie, 14,9 % des omnipraticiens enquêtés déclarent n'en avoir jamais bénéficié, cette donnée n'est pas traitée par d'autres études.

Environ la moitié des répondants ont bénéficié de formation continue en psychiatrie, ce résultat correspond à celui de la majorité des autres enquêtes [12, 25, 26], à l'exception de l'étude de JM. Latorre Postigo et al. [29] caractérisée par un taux plus élevé (tableau N°36).

**Tableau 36** : Comparaison des échantillons des enquêtes en terme de formation.

Auteur	Région/Pays	Année	Formation post-universitaire en psychiatrie
A. Iferghas [25]	Salé	2013	54%
M. Hillali [26]	Oujda	2010	30%
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	2008	50%
JM. Latorre Postigo et al. [29]	Espagne	2005	78,5%
Notre étude	Maroc	2017	48,4%

L'absence de formation en santé mentale pourrait s'expliquer, soit par l'absence d'une offre de formation qui va dans ce sens (la santé mentale n'ayant pas fait partie de la stratégie nationale du Ministère de la Santé pendant de longues années), soit par le fait que ce volet ne fait pas partie des centres d'intérêts des omnipraticiens. Cet aspect n'a pas été exploré par le questionnaire utilisé dans l'enquête.



### 3.Prévalence et nature des pathologies psychiatriques en médecine générale

#### 3.1. Prévalence

L'Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en Population Générale au Maroc a montré que 48,9 % des personnes enquêtées présentent un trouble mental [10]. Les résultats de notre étude indiquent que les consultations pour problèmes de santé mentale en médecine générale représentent 17,3 % des consultations médicales. Dans d'autres études, cette prévalence fluctue entre 5,3 % et 34,6 % (tableau N°37).

Tableau 37 : Comparaison des résultats des enquêtes en termes de prévalence des troubles mentaux.

Auteur	Région/Pays	Année	Prévalence des troubles mentaux
H. Britt et al. [30]	Australie	2015	12,7%
A.lferghas [25]	Salé	2013	5,3%
MJ. Fleury et al. [23]	Canada	2012	20%
M. Hillali [26]	Oujda	2010	8%
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	2008	25%
M. Lotrakul et al. [27]	Thaïlande	2006	34,6%
N. Younes et al. [28]	France	2005	15%
Notre étude	Maroc	2017	17,3%

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette sous estimation, dont le fait que les troubles mentaux ne sont pas suffisamment diagnostiqués : la capacité de diagnostic des troubles mentaux par les médecins généralistes est limitée par l'insuffisance de la formation (académique et continue), et par le manque d'intérêt porté par les praticiens à la santé mentale (18,5 % des médecins généralistes

enquêtés par M. Hillali déclare avoir un intérêt spécial à la psychiatrie) [26]. Ainsi, une étude néerlandaise montre que chez les patients ayant un diagnostic de DSM IV, 40 % n'ont pas été diagnostiqués en tant que problème psychiatrique par le médecin de famille [31].

Par ailleurs, le regard porté à la maladie mentale par la société marocaine freine le recours des personnes souffrants d'une pathologie psychiatrique aux services de soins mentaux. Environ 30 % des patients ne parlent pas explicitement de leurs symptômes psychiatriques à leur médecin traitant [32]. Encore, M.Hillali dans son étude rapporte que 81,22 % des patients ayant un trouble mentale se présentent à la consultation curative pour des motifs somatiques [26].

### 3.2. Nature des pathologies

Les médecins généralistes participants à notre étude, citent la dépression comme étant la pathologie psychiatrique la plus fréquemment vue en consultation (92,9 %), ce constat rejoint les résultats de l'enquête nationale [10] et celui de nombreuses publications scientifiques concernant la répartition nosographique des pathologies psychiatriques au niveau des soins primaires [12, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38].

Les troubles somatoformes se placent en deuxième position, ce résultat est similaire à celui constaté par M. Hillali [26]. Dans une étude Espagnole, les généralistes estiment que les troubles somatoformes constituent 40,5 % de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués au niveau des soins primaires occupant ainsi la troisième place après les troubles liés à la sénilité (75,9 %) et les troubles de l'humeur (73,5 %) [29].

Les conduites addictives ont été mentionnées comme fréquentes par 66 % des omnipraticiens, cette constatation est similaire à celle observée par M. Lotrakul [27], alors que les médecins participants à l'enquête de M. Hillali ont rapporté que les troubles liés à l'abus de substance sont moins fréquents [26].

Par ailleurs, notre étude a révélé que la grande majorité des médecins ont jugé les troubles psychotiques comme moins fréquents à rares, ce résultat est corroboré à celui obtenu par d'autres études [26, 27].

#### 4. Formation des médecins généralistes en santé mentale

La majorité des généralistes de notre enquête estiment qu'ils sont moyennement capables à totalement incapables de prendre en charge les pathologies psychiatriques sur le plan diagnostique, thérapeutique et de suivi en se basant sur la formation universitaire en psychiatrie. Cette formation académique en santé mentale paraît donc insuffisante. D'ailleurs, elle a été jugée ainsi par plusieurs autres études [23, 25, 26].

Un rapport de l'ONDH sur l'accès aux soins au Maroc réalisé en 2011 appuie ce résultat ; nous lisons « Tous les acteurs institutionnels rencontrés (Ministère de la Santé et Facultés de Médecine) reconnaissent que la formation telle qu'elle est dispensée dans les Centres Hospitaliers Universitaires n'est pas adaptée à la pratique de la médecine générale dans les structures de première ligne» [39].

Cette situation s'explique par la place qu'occupait la psychiatrie dans la formation universitaire des médecins généralistes avant la mise en œuvre de la nouvelle réforme des études médicales [40, 41, 42].

L'étudiant en médecine été initié pour la première fois à la psychologie au cours du 1er cycle des études médicales. Cette initiation se présentait sous deux formes :

- Un module de psychologie générale (16 à 30 h selon les Facultés), dans lequel étaient abordées les notions fondamentales comme la mémoire, l'intelligence, le cycle du sommeil, les aspects psychologiques de la douleur et le stress...

- Un module de psychologie médicale qui insistait principalement sur la psychologie du malade et du médecin ; la relation qui les lie et introduisait la notion de médecine psychosomatique [40].

La pathologie mentale était enseignée au cours du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales (quatrième ou cinquième année selon les Facultés), dans le cadre d'un module de psychiatrie dont le volume horaire variait grandement d'une université à une autre (42h à Rabat ; 22h à Fès). Il se présentait sous forme d'enseignement théorique (cours magistraux qui traitaient la classification des 29 maladies mentales, les troubles psychotiques, névrotiques et de l'humeur, ainsi qu'un aperçu sur la thérapeutique en psychiatrie), et une formation pratique qui consistait en un stage hospitalier (4 semaines moyenne), première réelle confrontation de l'étudiant à la pathologie mentale.

D'un point de vue quantitatif, un bref calcul nous montre que le volume horaire consacré à la pathologie mentale ne représentait que 1 à 2 % (selon les facultés) du temps total des cours théoriques dispensés aux étudiants. En effet, il s'avère que la psychiatrie faisait partie des modules les moins dotés en volume horaire [40].

D'un point de vue qualitatif, on constate que l'essentiel du module était théorique et que les enseignements dirigés ou les travaux de groupe se faisait rarement [40]. En termes des stages, ils étaient trop courts (quatre semaines en moyenne), n'assurant pas une formation adaptée aux futurs généralistes. En plus, ce stage fut considéré pendant longtemps comme faisant partie des stages facultatifs ou optionnels. Ainsi, nombreux sont les médecins diplômés qui n'ont jamais fait un passage en psychiatrie, si court soit il, et qui ont intégré le réseau de soins de santé de base pour se retrouver confrontés à une demande en matière de santé mentale pour laquelle ils n'ont pas été préparés.

Pendant longtemps, la psychiatrie et la pathologie mentale ont été reléguées au second plan dans les programmes d'enseignement des Facultés de Médecine. Les causes d'une telle politique de marginalisation sont multiples. Sans doute, le lourd héritage de stigmatisation de la pathologie mentale et de la psychiatrie endosse une part de responsabilité. Mais le manque de données chiffrées sur la prévalence des troubles mentaux en population générale semble avoir été le facteur le plus déterminant dans la minimisation de ce besoin chez la population et dans la négligence qui a touché la psychiatrie dans le cursus universitaire du futur généraliste.

Heureusement que l'on assiste depuis peu, à une prise de conscience qui a initié une politique de réforme. En effet, le stage de psychiatrie est devenu fondamental.

## 5. Rôle des médecins généralistes dans les soins psychiatriques

Les médecins généralistes sont la porte d'entrée du système de santé et sont ainsi la pierre angulaire dans toute intégration de la santé mentale en première ligne. En effet, au cours d'une année, 75 à 80 % de la population consultent un omnipraticien et 20 à 25 % des consultations médicales seraient reliées à des troubles mentaux dont la dépression et les troubles anxieux sont les plus prévalant [12].

Un groupe de travail français sur la promotion de la santé mentale a insisté dans son rapport de 2002 sur la nécessité de promouvoir le rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux. Ce groupe argumente cette nécessité par l'inflation des troubles mentaux et la pénurie des psychiatres. Il considère aussi que ce problème est devenu ubiquitaire et toucherait toutes les sociétés quel que soit leur niveau de développement [43].

Selon ce même groupe de travail, le généraliste est invité d'une part, à poser le diagnostic et à traiter les troubles mentaux les plus fréquents (dépression et troubles anxieux), et d'autre part, à dépister et à orienter les patients ayant des troubles plus sévères aux structures psychiatriques les plus appropriées [43].

Selon Tardieu, il est important de lui attribuer aussi le suivi ultérieur des patients chroniques bien stabilisés [44].

L'étude de la littérature montre que très peu d'enquêtes ont étudié le rôle perçu par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Toutefois, l'étude Tunisienne publiée en 2009 sur la perception du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux soulève que la majorité des médecins interrogés considéraient ce rôle comme secondaire [22]. Ce constat ne rejoint pas celui de notre étude où 81,9 % des médecins enquêtés se sont accordés sur le fait que la prise en charge des troubles psychiatriques est une priorité en santé publique. Cette divergence expliquerait la disparité des résultats trouvés qui restent quand même difficiles à comparer vu que les deux enquêtes n'ont pas traité les mêmes points :

En effet, la moitié des médecins Tunisiens limitent leur rôle à un simple dépistage des troubles et à l'orientation des patients en psychiatrie, au suivi une fois que le diagnostic est posé par le psychiatre pour 21,6 %, à la prise en charge des problèmes psychosociaux pour 20,9 % et à une prise en charge totale des troubles mentaux pour seulement 3 % des médecins [22].

Cependant, 88,7 % des médecins de notre échantillon déclarent que leur rôle consiste à diagnostiquer les troubles mentaux. La moitié d'entre eux voient leur rôle dans la prescription des médicaments liés à la pathologie mentale et au suivi. Tandis que seuls 31,4 % considèrent que la psychothérapie pourrait être une tâche attribuée aux généralistes (ce faible pourcentage est dû probablement à l'importance du

volume horaire qui devrait être attribué à cette tâche d'une part et la charge du travail des médecins généralistes d'autre part).

## 6. Attitudes des médecins généralistes face aux troubles psychiatriques

### 6.1. Les différentes attitudes

#### a. Capacité de prise en charge des pathologies psychiatriques

Les médecins enquêtés se sentent à l'aise dans la prise en charge des formes légères des troubles dépressifs et anxieux, ce constat est récurrent dans la littérature [12, 23, 26, 28, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53]. L'enquête BEACH, menée auprès d'un échantillon d'omnipraticiens Australiens en 2015, nomme la dépression, l'anxiété et les troubles de sommeil comme étant les trois problèmes de santé mentale les plus fréquemment pris en charge par les médecins généralistes en 2014-2015, représentant 61,4 % de toutes les pathologies psychiatriques gérées [30].

En revanche, les médecins restent réservés quant à la prise en charge des troubles mentaux graves (schizophrénie, troubles bipolaires), ceci ressort également dans l'étude de MJ. Fleury [12] où les médecins déclarent prendre en charge les cas moins complexes.

Ceci pourrait bien expliquer le pourcentage élevé des omnipraticiens interrogés exprimant des difficultés à diagnostiquer et/ou à traiter ces pathologies et argumente aussi l'important besoin de formation dans ce sens.

### b. Orientation vers les services spécialisés

Le taux de référence des patients souffrant de troubles psychiatriques vers les services spécialisés est marqué par une légère fluctuation d'une étude à une autre, allant de 16.6 % à 23 % (tableau n°38).

**Tableau 38** : Comparaison des taux de référence des patients vers les services spécialisés entre les différentes enquêtes.

Auteur	Région/Pays	Taux de référence
H. Britt et al. [30]	Australie	16,6%
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	17%
A. Iferghas [25]	Salé	21,6%
N. Younes et al. [28]	France	23%
D. Grembowski et al. [50]	USA	23%
N. Kates et al. [54]	Canada	21%

La majorité des omnipraticiens interrogés réfèrent moins de 25 % de leurs patients vers le psychiatre. Ce constat rejoint ainsi les données de la littérature.

M. Hillali [26] quant à lui, note un taux plus élevé.

Plus spécifiquement, pour les troubles graves, les études de MJT. Oud et al. [21], MJ. Fleury et al. [12] et de M. Wright et al. [55] rapportent respectivement les proportions de 84 %, 70 % et 59 % de patients référés. Malheureusement, nous n'avons pas nuancé les troubles mentaux graves de ceux communs au cours de l'élaboration de notre questionnaire, ce qui entrave toute possibilité de comparaison.

La nécessité d'hospitalisation et le manque de formation dans le domaine de santé sont les deux principales causes qui incitent les médecins enquêtés à référer leurs patients vers les services spécialisés. Alors que la sensation d'insécurité en



présence d'un malade mentale et le manque d'intérêt en santé mentale ne sont avancés que secondairement. Ces mêmes motifs figurent également dans les résultats d'autres études [12, 25, 26].

Les généralistes demandent de l'aide spécialisée pour d'autres raisons : La complexité des cas [12, 25, 26, 28], la demande d'une psychothérapie [26], l'incitatif financier insuffisant [12], la chronicité des troubles et la sévérité de l'impact sur la vie du patient [56].

### c. Attitude thérapeutique

La proportion des généralistes de notre échantillon qui prescrivent fréquemment les antidépresseurs et les anxiolytiques est supérieure par rapport aux pays listés dans le tableau n°39. Cependant, les médecins interrogés restent réticents quant à la prescription des neuroleptiques en comparaison avec les généralistes Thaïlandais [27].

**Tableau 39** : Comparaison de la prescription des psychotropes entre les différentes enquêtes.

Auteur	Pays	Antidépresseurs	Anxiolytiques	Neuroleptiques	Thymorégulateurs
H. Britt et al. [30]	Australie	27,9%	10,8%	-	-
M.Lotrakul et al. [27]	Thaïlande	30,2%	40,6%	22,7%	-
<b>Notre étude</b>	<b>Maroc</b>	<b>67,3%</b>	<b>54,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>3,9%</b>

La nature des pathologies prises en charge par les omnipraticiens enquêtés concorde avec l'ordre de fréquence de prescription des psychotropes.

Les études portant sur la même thématique retrouvées dans la littérature n'ont malheureusement pas exploré le pourquoi de cette hésitation des médecins par rapport à la prescription des psychotropes. Toutefois, M. Lotrakul [27] dans son

enquête, rapporte que la crainte de survenue d'effets secondaire reste le principal frein. Cet obstacle est rapporté par 34,9 % des médecins de notre enquête, occupant ainsi le troisième rang après la difficulté du suivi du traitement et la difficulté de manipuler la prescription des psychotropes.

## 6.2. Les facteurs influençant les attitudes des omnipraticiens

L'un des objectifs de la présente étude est de chercher les éventuels déterminants qui influencent substantiellement l'attitude des médecins. L'hypothèse de départ était que l'attitude des médecins serait influencée par les facteurs suivants:

- Stage en psychiatrie;
- Formation continue;
- Formation post-universitaire en psychiatrie ;
- Nombre d'années d'exercice;
- Secteur d'exercice.

Au terme de l'analyse uni-variée, l'attitude des médecins vis à vis des pathologies psychiatriques s'est révélée associée au fait qu'ils aient ou non déjà bénéficiés d'une formation continue ( $p < 0,015$ ). Les médecins qui en ont bénéficié réfèrent moins de patients vers les services spécialisés.

Par ailleurs, notre étude a démontré que le manque de formation continue en psychiatrie est positivement associé au transfert de patients vers les services spécialisés ( $p < 0,002$ ).

Il paraît en effet logique qu'une bonne connaissance dans le domaine médical et spécifiquement en matière de psychiatrie mène les médecins à prendre en charge plus de patients.

Concernant le secteur d'exercice, les médecins généralistes des structures publiques adressent plus de patients au psychiatre que leurs homologues libéraux

( $p < 0,037$ ). Parmi les explications possibles, on peut évoquer les considérations financières d'une part, et la faible charge du travail dont bénéficient les omnipraticiens libéraux en comparaison avec ceux du secteur public d'autre part.

Il paraît raisonnable de penser que l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux en soins primaires passe par une amélioration des déterminants qui l'influence. Il convient donc de les rechercher afin de justifier les interventions. Notre modèle de régression logistique a identifié deux paramètres:

- La formation continue ( $p < 0.05$ , Odds ratio=0.545) qui se révèle être associée à l'attitude des médecins, puisque les généralistes qui en ont bénéficié prennent en charge eux mêmes leurs patients au lieu de les adresser au psychiatre.
- Le manque de formation continue ( $p < 0.002$ , Odds Ratio =3.3) qui s'avère être très déterminant de l'attitude des omnipraticiens. En effet, les médecins qui ont rapporté cette difficulté comme obstacle à la prise en charge des pathologies psychiatriques réfèrent plus de patients que les autres.

Ce résultat, en parfaite concordance avec les données de la littérature internationale [12, 21, 51, 55, 57, 58, 59], reste tout à fait logique. JM. Latorre Postigo quant à lui, note qu'il existe une relation entre la formation, les connaissances des médecins et leur capacité à évaluer et à traiter les maladies mentales d'un côté [29], et avec les habilités de communication, la sensibilité envers les pathologies psychiatriques et la capacité d'empathie ou du « savoir écouter » d'un autre côté [29,60].

D'un autre côté, la régression logistique, a permis d'objectiver les facteurs qui poussent les médecins à prescrire les psychotropes. Nos hypothèses de départ étaient que les facteurs qui auraient une influence sur cette prescription sont :

- Le secteur d'exercice;
- Le nombre d'années d'exercice;
- Le stage en psychiatrie;
- La formation post-universitaire en psychiatrie ;
- La perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques ;
- La confiance des généralistes en leur capacité à traiter les troubles mentaux.

Le modèle d'analyse final retenu a confirmé certaines de ces suppositions dont quelques unes sont communes à la prescription de tous les psychotropes :

Tout d'abord le secteur d'exercice qui s'avère être associé à la prescription des antidépresseurs ( $p < 0.001$ , Odds Ratio=0.320), des neuroleptique ( $p < 0.001$ , Odds Ratio=0.392) et des thymorégulateurs ( $p < 0.014$ , Odds Ratio=0.572). En effet, ces derniers sont plus prescrits par les médecins exerçant dans le secteur privé. Ce facteur a été étudié par peu d'auteurs et nous n'avons pas noté de facteurs qui pourraient expliquer cette différence à part l'intérêt important pour la formation continue, la charge de travail allégée et l'incitatif financier des médecins libéraux.

Encore une fois, la formation continue se révèle être très déterminante dans la prescription des antidépresseurs ( $p < 0.011$ , Odds Ratio=0.444), des neuroleptique ( $p < 0.003$ , Odds Ratio=0.398) et des thymorégulateurs ( $p < 0.012$ , Odds Ratio=0.569), puisque le généraliste a plus de chance de traiter pharmacologiquement ses patients lorsqu'il en bénéficie. Malheureusement, les autres études internationales n'ont pas exploré cette relation. Hartley et al. [61] ont cependant retrouvé une association significative entre un bon niveau de

connaissance et le fait que les médecins traitent leurs patients. Ce résultat souligne l'intérêt et la nécessité d'une formation continue, car il semble que les connaissances de nos médecins s'estompent au fil des années.

La perception des médecins de leur rôle dans le traitement des pathologies psychiatriques influence également la prescription des antidépresseurs ( $p < 0.001$ , Odds Ratio=0.377), des anxiolytiques ( $p < 0.002$ , Odds Ratio=0.516), des neuroleptiques ( $p < 0.001$ , Odds Ratio=0.314) et des thymorégulateurs ( $p < 0.001$ , Odds Ratio=0.420). Ainsi, un omnipraticien qui voit son rôle dans le traitement des troubles mentaux a plus tendance à prescrire les psychotropes. Cette association non traitée par les études similaires paraît tout à fait logique.

Nous pouvons retenir donc que, la formation préalable dans le domaine de la psychiatrie, sous forme de formation continue, joue un rôle primordial dans l'amélioration des connaissances des médecins généralistes en matière de pathologies psychiatriques, de la même façon qu'elle influence leur aptitude à prendre en charge ces troubles.

## 7. Difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Certaines conditions font hésiter les omnipraticiens à prendre en charge les pathologies psychiatriques :

Dans notre étude, le manque de moyens adaptés à la prise en charge se traduisant par le manque d'unités d'hospitalisation, la non disponibilité des médicaments et le manque de personnel ressort comme étant le premier facteur impliqué dans cette limitation. Cette difficulté a été également mentionnée dans l'étude de MJ. Fleury [23].

De même, le manque de formation continue en psychiatrie est cité par la grande majorité des médecins de notre enquête comme une difficulté qui s'oppose à leur prise en charge. En effet, c'est le seul obstacle qui est ressorti comme significativement associé à la prise en charge dans nos analyses uni et multi-variées.

Dans une étude Canadienne, ce manque de formation, se traduisant par la fréquence de transfert des patients vers la psychiatrie, ressort comme étant la variable la plus négativement associée à la prise en charge [12]. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs enquêtes et rapports antérieurs [23, 27, 62] dont certains ont retenu le manque de compétence des généralistes comme facteur impliqué dans la limitation de leur rôle [43, 63, 64, 65, 66].

Dans une autre étude réalisée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, deux tiers des généralistes reconnaissent leur manque de compétence dans la prise en charge de la dépression. Ils répartissent leurs difficultés comme suit : 47,5 % pour le suivi, 28,7 % pour le diagnostic et 23,8 % pour l'instauration d'un traitement approprié [63].

Les médecins généralistes soulignent comme troisième difficulté la gestion du temps de consultation. Ce temps prolongé qui dépasse parfois les 20 minutes et la

demande d'une disponibilité à l'écoute sont souvent limités par une charge de travail importante. Cette constatation n'est pas spécifique à notre étude, elle rejoint celles de plusieurs autres enquêtes [12, 25, 27, 28]. Par conséquent, les omnipraticiens tendent à réduire le nombre de patients atteints de troubles mentaux pris en charge [23,66, 67, 68, 69,70].

Le manque de collaboration avec les professionnels de santé mentale arrive en quatrième position des difficultés exprimées par les médecins. L'enquête menée également dans notre pays par M. Hillali révèle que 70 % des généralistes des établissements de soins de santé de base de la préfecture d'Oujda manifestent une insatisfaction importante en matière de communication et de collaboration avec les psychiatres [26]. En plus, plus de la moitié des omnipraticiens déclarent ignorer l'existence d'un psychologue au sein de l'hôpital psychiatrique.

Dans le même registre, 31,4 % des psychiatres contre 7,1 % des généralistes de l'enquête Tunisienne pensaient que l'obstacle primordial à la prise en charge des troubles mentaux par les généralistes est représenté par le manque de soutien que leur apportent les psychiatres [22].

Par ailleurs, L'enquête publiée par la BMC Family practice en 2005 [63], recensant l'avis des généralistes britanniques, révèle les difficultés qu'ils rencontraient à collaborer avec les psychiatres ; 53,9 % des participants à cette enquête qualifiaient leur relation avec les psychiatres d'insatisfaisante par rapport aux autres spécialistes. Un tel constat a été rapporté aussi par d'autres auteurs Français et Lithuaniens [24, 71, 72]. Ces derniers pensent qu'il existerait une incompréhension réciproque entre ces deux intervenants qui serait à l'origine de ces difficultés de collaboration et insistent sur la nécessité d'instaurer des canaux de communication entre eux [71, 72].

## 8. Suggestions des omnipraticiens

Comme dans notre étude, plusieurs autres enquêtes réalisées auprès des médecins ont mis l'accent à la fois sur :

- L'importance d'instaurer des programmes de formation pour les médecins généralistes (sous forme de stages, de séminaires et de cycles de formation) afin d'améliorer leurs insuffisances dans le diagnostic, le traitement et le suivi des pathologies mentales [22,73] ;
- L'organisation de manifestations scientifiques communes entre généralistes et psychiatres afin d'améliorer le niveau de communication entre eux [22]. En effet, la discussion des cas avec les professionnels de santé mentale est vue comme bénéfique pour le développement des compétences des médecins généralistes [23] ;
- Une plus grande implication des psychiatres dans l'encadrement et la formation des médecins généralistes [22].

Ainsi, comme l'a souligné notre analyse, une formation continue adéquate est nécessaire pour promouvoir le rôle joué par les omnipraticiens dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. La majorité des auteurs font le même constat [12, 21, 23, 25, 26, 51, 74, 75, 76].

Dans le même contexte, les omnipraticiens enquêtés ont manifesté un réel besoin de formation sur les pathologies psychiatriques ciblant essentiellement les troubles anxieux, la schizophrénie, les troubles bipolaires et les conduites addictives. Ce résultat concorde partiellement avec celui de l'enquête menée à Oujda, dont les participants optent surtout pour les troubles liés aux abus de substances, à la sénilité, aux troubles somatoformes et aux troubles psychotiques [26].

Par ailleurs, le volet thérapeutique revêt un intérêt particulier chez les médecins de notre enquête notamment la prescription des neuroleptiques et des thymorégulateurs.



## 9. Points forts et limites de l'étude

Notre étude transversale « Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques » est la première du genre sur le territoire Marocain. Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, susceptibles d'intéresser les acteurs du système de santé. Elle a été réalisée sur l'échelle nationale au niveau de 11 régions du royaume (région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, région de l'Oriental, région de Fès-Meknès, région de Rabat-Salé-Kénitra, région de Béni Mellal-Khénifra, région de Casablanca-Settat, région de Marrakech-Safi, région de Drâa-Tafilalet, région de Souss-Massa, région de Laâyoune-Saguia El Hamra et la région de Dakhla-Oued Ed Dahab) auprès des médecins exerçant dans les secteurs public et libéral.

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 504 médecins et obtenir un taux de participation à hauteur de 80 %, ce pourcentage est nettement supérieur aux autres études internationales qui se sont intéressées à cette thématique (tableau n°40).

**Tableau 40** : Comparaison des effectifs et des taux de réponse des différentes enquêtes.

Auteur	Région/Pays	Année	Taux de réponse	Effectif
H. Britt et al. [30]	Australie	2015	-	995
L. Jaruseviciene et al. [24]	Lituanie	2014	52,2%	416
MJ. Fleury et al. [23]	Canada	2012	63%	60
A. Mykletun et al. [76]	Norvège	2010	-	100
MJT. Oud et al. [21]	Pays-Bas	2009	27%	186
G. Amara et al. [22]	Tunisie	2009	45,5%	91*
MJ. Fleury et al. [12]	Canada	2008	41%	398
M. Lotrakul et al. [27]	Thaïlande	2006	36,4%	367
N. Younes et al. [28]	France	2005	36,6%	180
A.lferghas [25]	Sale	2013	70%	56
M. Hillali [26]	Oujda	2010	55%	27
Notre étude	Maroc	2017	79,8%	382

\* : effectif qui inclut aussi 35 psychiatres.

Toutefois, l'extrapolation des résultats de la présente enquête à l'ensemble de la population des médecins généralistes du Maroc devrait se faire avec prudence, tant l'échantillon étudié ne découle pas d'un échantillonnage épidémiologique.

En plus, notre étude se base sur des perceptions des médecins généralistes et donc les réponses en termes quantitatifs ne reflètent pas forcément la réalité. Il serait intéressant de les comparer à des données ne dépendant pas d'une estimation subjective, telles que des statistiques sur les prévalences des troubles mentaux basées sur les classifications internationales, ou des tests théoriques et pratiques de connaissances des omnipraticiens en psychiatrie.

Concernant l'outil et la méthode de recueil des données, notre choix s'est porté sur un auto-questionnaire anonyme distribué dans les lieux d'exercice des omnipraticiens et administré lors des journées de formation en santé mentale aux médecins généralistes participants. Il faut dire que les méthodologies employées dans les enquêtes retrouvées dans la littérature connaissent une grande variabilité :

- Questionnaires adressés par courrier postal [12, 23,27] ;
- Questionnaires envoyés par courrier électronique [23] ;
- Questionnaires administrés par entretien téléphonique [23,76] ;
- Entretiens structurés avec les médecins [23].

Il nous semble cependant que cette diversité méthodologique n'entrave en rien les possibilités de comparaison en termes de résultats.

## VII- Recommandations

Un des objectifs de notre étude est de formuler des propositions d'interventions en mesure d'augmenter le potentiel des médecins généralistes en matière de gestion de la santé mentale, afin de contribuer à réduire la souffrance liée aux troubles mentaux des patients et de leurs familles.

En effet, les obstacles à la prise en charge des pathologies psychiatriques sont énormes :

- D'abord, il faut que le malade prenne conscience de son état pathologique et de surmonter les préjugés qui entourent encore tout ce qui touche à la maladie mentale pour aller frapper à la bonne porte, autrement dit celle du médecin.
- L'insuffisance de l'offre de soins psychiatriques, qui a par ailleurs motivé la réalisation de la présente enquête, dans la perspective d'initier une politique qui s'appuie sur le médecin généraliste comme acteur majeur.
- Quand le patient consulte, encore faut il que son trouble soit diagnostiqué et correctement pris en charge. Un bon niveau de connaissance des pathologies psychiatriques et de leurs modalités thérapeutiques s'avère être une condition sine qua non à une bonne prise en charge, comme l'a souligné notre enquête.
- La psychiatrie a tendance à ne s'intéresser qu'aux manifestations psychiques de la maladie mentale et à écarter la dimension somatique, alors même que ces patients souffrent le plus souvent de troubles physiques, parfois en lien avec la maladie mentale [1]. La prise en compte de la dimension somatique de l'état de santé des patients en psychiatrie est donc un aspect dont il faut souligner l'importance. Cette prise en charge ne doit pas être négligée car elle conditionne la qualité de la prise en charge globale.
- Une fois diagnostiquées et un traitement proposé, il faut que le patient adhère à la prise en charge.

A la lumière des résultats de notre enquête, il semble que toute stratégie de prise en charge des pathologies psychiatriques articulée autour du médecin généraliste doit impérativement s'axer sur des programmes de formation à l'intention de ce dernier et des campagnes d'information sur les troubles mentaux auprès de la population marocaine.

## 1. Formation des médecins généralistes

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

### 1.1. Enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire

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

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

Les modalités de prise en charge des étudiants dans leur stage doivent aussi bénéficier d'une attention particulière, en mettant l'accent sur l'aspect pratique du stage. Dans cette optique, l'étudiant doit voir plus de malades avec toutes les

formes cliniques. Il faut encore une fois insister sur le volet thérapeutique au cours de ce passage, puisque cela s'est avéré déterminant en matière de prescription de certains psychotropes. L'implication des enseignants dans ce domaine est primordiale.

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

Il est admis que l'amélioration de la gestion des troubles mentaux par les omnipraticiens passe par l'élaboration d'un plan de formation continue. L'exemple le plus cité dans la littérature reste le programme suédois de Gotland Study [77] qui a montré des résultats intéressants concernant la prise en charge de la dépression.

Au Maroc, La réussite de l'expérience menée par la DELM en matière de schizophrénie est un véritable modèle à suivre vu le sentiment de satisfaction exprimé par les participants.

## 2. Education et information des autres acteurs potentiels et du grand public

Il semble cependant, qu'opter pour une stratégie d'éducation, d'information et de formation qui n'implique que le médecin généraliste soit considéré comme réductionniste par certains auteurs [78]. En effet, l'omnipraticien a beau être le protagoniste autour duquel s'articule cette politique de promotion de la santé mentale, il est loin d'être le seul. D'autres acteurs doivent aussi être touchés par ses campagnes de formation et d'information notamment le personnel paramédical (infirmiers et pharmaciens) mais aussi le grand public.

Ce versant du problème s'est fait plus ou moins sentir lors de notre enquête, quoiqu'il ne fût pas quantifié. En effet, la plainte des médecins concernant la contestation de leurs prescriptions de psychotropes par le patient à son retour de

l'officine pharmaceutique était récurrente. Les employés de pharmacies et vraisemblablement dans une moindre mesure les pharmaciens leurs conseillant d'éviter ce genre de médication qui s'apparente à une « drogue ».

### 3. Interventions synergiques

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

Cet effet synergique est corroboré par Gilbody et al. [78] dans leur méta analyse de 36 interventions et stratégies de promotion de la prise en charge de la dépression, qui concluent par ailleurs à la meilleure rentabilité de ce type d'interventions en terme de coût. L'un des meilleurs exemples est le projet « Alliance de Nuremberg contre la dépression », mené en Allemagne depuis janvier 2001 dans la ville de Nuremberg.

L'intervention s'est faite sur trois axes distincts :

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

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

#### 4. Recommandations de l'OMS

Pour conclure, nous nous rapportons au rapport sur la santé dans le monde : « Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » publié en 2001 par l'OMS [1], qui fournit des preuves scientifiques de l'énorme charge des troubles associés aux pathologies psychiques. Ce rapport met également en lumière le besoin et les raisons de mettre en place des systèmes et des services de santé mentale intégrés dans la cité (ou la communauté). Les 10 recommandations du rapport définissent les composantes clés pour le développement des systèmes de santé mentale :

1. Traiter les troubles au niveau des soins primaires.
2. Assurer la disponibilité des psychotropes.
3. Soigner au sein de la communauté.
4. Eduquer le grand public.
5. Associer la cité, les familles et les usagers.
6. Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national.
7. Développer les ressources humaines.
8. Etablir des liens avec d'autres secteurs.
9. Surveiller la santé mentale des populations.
10. Soutenir la recherche.



## CONCLUSION

Aujourd'hui plus que jamais, la lutte contre la pathologie psychiatrique, véritable fléau qui menace la santé de notre population et l'économie de notre pays, s'impose comme une thématique de santé publique à part entière. Devant l'insuffisance de l'offre de soins psychiatriques, le Maroc n'a d'autres choix que de s'appuyer sur le médecin généraliste qui apparaît dès lors comme l'acteur majeur dans la promotion de la santé mentale, conformément aux recommandations de l'OMS.

Notre enquête « Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques » a relevé des résultats intéressants tant sur le plan analytique que descriptif. Pour la majorité des médecins enquêtés, la psychiatrie constitue une priorité en santé publique, ce qui explique sans doute la perception positive de leur rôle en matière de prise en charge des troubles mentaux. Cependant, nous avons constaté que certaines difficultés s'opposent à cette prise en charge conduisant les omnipraticiens à adresser leurs patients aux psychiatres.

Notre analyse a démontré la grande influence de la formation continue sur l'attitude des médecins, ce qui incite à fournir des efforts davantage sur le plan de formation continue et celui de l'enseignement universitaire, dans l'optique de former des praticiens en mesure de faire face aux exigences de leur pratique quotidienne, et d'alléger la charge des psychiatres dont l'effectif est insuffisant pour satisfaire les attentes de la population.

## RESUME

Selon l’OMS, les troubles mentaux représentent une charge non négligeable de morbidité, générant une détresse importante et des coûts économiques et humains élevés. Ils constituent ainsi un problème majeur de santé publique mondial.

Le Maroc n’échappe pas à cette tendance planétaire et ce à la lumière de l’Enquête Nationale de la Prévalence des Troubles Mentaux (ENPTM 2003-2006), qui a montré que 48,9 % de la population enquêtée âgée de 15 ans et plus, a eu au moins un trouble psychiatrique mineur.

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

Notre étude, qui a pour objectif principal l’évaluation du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, a été réalisée sur l’échelle nationale au niveau de 11 régions du royaume auprès des médecins exerçant dans les secteurs public et libéral. Elle est basée sur un auto-questionnaire anonyme distribué à 504 médecins avec un taux de réponse de 79,8 %.

77,3 % des médecins enquêtés sont âgés de plus de 35 ans. Le pourcentage d’omnipraticiens ayant bénéficiés d’un stage en psychiatrie est de 85 %, alors que seuls 48,4 % ont bénéficié d’une formation post-universitaire en psychiatrie. 81,9 % d’entre eux considèrent la prise en charge des pathologies psychiatriques comme étant une priorité en santé publique. Cette prise en charge consiste à diagnostiquer les troubles mentaux pour 88,7 % des généralistes, à les traiter et en assurer le suivi pour la moitié de l’effectif (respectivement 55,5 % et 55,8 %). Seulement 20,2 %

réfèrent plus de 50 % de leurs patients au psychiatre et la grande majorité des médecins de l'enquête prennent en charge la dépression (91,7 %) et les troubles anxieux (87,7 %), ainsi, les antidépresseurs et les anxiolytiques sont les psychotropes les plus fréquemment prescrits par nos répondants.

L'analyse statistique a objectivé qu'un manque de formation continue en psychiatrie est corrélé de façon significative à un taux de référence élevé. Aussi, la formation post-universitaire et le passage par un stage de psychiatrie se sont avérés significativement liés à la prescription des psychotropes.

Il paraît donc judicieux d'agir sur ces déterminants en intervenant d'abord au niveau du cursus universitaire par le biais d'une meilleure prise en charge des futurs médecins généralistes au cours de leur passage par les services de psychiatrie, et au niveau post-universitaire en mettant en place une stratégie de formation continue spécifique à leur intention afin de les préparer à prendre en charge les patients souffrant de pathologies psychiatriques.

## ABSTRACT:

According to the WHO, mental disorders represent a considerable load of morbidity, generating an important distress and high economic and human costs. Thus, they constitute a real problem from which the field of the international public health does suffer.

In fact, Morocco does not represent an exception towards this problem. Indeed as mentioned in the National Survey of Prevalence of mental Disorders realized between 2003-2006, 48,9 % of the population investigated of 15 years old and more, had at least a minor psychiatric disorder.

Benefiting from a better demography, being closer to the patient and being less stigmatized than the psychiatrist are the factors that make the general practitioner appear as a potential protagonist of a national strategy of the mental disorders' coverage. Indeed, this is true knowing that the psychiatric care offered in Morocco is far from being sufficient to face such a demand of care.

The assessment of general practitioners role in the care of psychiatric pathologies is the major objective of our study. In fact, this study was conducted on the national scale at the level of 11 regions of the country, among doctors practicing in the public and liberal sectors. Moreover, it is based on anonymous auto-questionnaires distributed to a sample consisting of 504 doctors. The rate of response was 79.8 %.

77,3 % of the targeted doctors are above 35 years old. The percentage of doctors who had benefited from an internship in psychiatry during their formation is 85%; whereas just 48.4% had a post-university training in this domain. 81,9 % of them considers the coverage of mental disorders as being a priority in public health. This coverage consists in diagnosing the psychiatric pathologies for 88,7 % of the

general practitioners, in treating them and in ensuring the follow-up for more than half of the sample (respectively 55,5 % and 55,8 %). Only 20,2 % refers more than 50 % of their patients to the psychiatrist. The great majority of the effectives report dealing with depression (91,7 %) and anxious disorders (87,7 %), so, antidepressants and anxiolytics are the most frequently psychotropic prescribed by targeted doctors.

The statistical analysis objectified that a lack post-university training in psychiatry is significantly correlated to higher reference rate. Also, the post-university training and the training course in psychiatry turned out significantly related to the prescription of psychotropic drugs.

Thus, it seems crucial to act on these determinants by intervening, first, at the level of the university program of the future general practitioners by promoting the course training methods of psychiatry. In addition, there should be an intervention at the post-university level by setting up a strategy consisting of a long term training that goes along with the practitioners' intentions and that aims to prepare them to deal with and take care of the patients with mental disorders.



# ANNEXE

## AUTO-QUESTIONNAIRE ANONYME

Dans le cadre d'un travail de recherche intitulé « Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques », une enquête transversale sera menée auprès des médecins généralistes par le biais du présent questionnaire. Je me permets de vous inviter à le remplir, l'objectif est de mieux comprendre les besoins sur terrain et de cerner vos attentes en tant que praticiens. Je vous remercie d'avance.

1-Sexe :            Masculin             Féminin

2-Age : .....ans

3-Doctorat obtenu : .....

Au Maroc : [Rabat ] [Casablanca ] [Marrakech ] [Fès ] [Oujda ].

A l'Etranger (préciser)  .....

4- Secteur d'exercice : cochez-svp

Secteur D'exercice	C. de santé		Hôpital	Secteur privé		Nombre D'années D'exercices	Régions	Autres [spécifier svp]
	Urbain	Rural		Urbain	Rural			
Actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....

5-Avez-vous bénéficié au cours de votre cursus universitaire d'un stage en service de psychiatrie ?

Oui

Non

Si oui, combien de fois? .....

6- La formation de base que vous avez reçue en psychiatrie à la faculté de médecine vous permet-elle de prendre en charge les pathologies psychiatriques :

Sur le plan	Très bien	Bien	Moyennement	Faiblement	Non
Diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7- Bénéficiez-vous d'une formation continue dans le domaine médical ?

Oui

Non

Si oui précisez l'outil de

formation continue :

DU

Revue médicale

Séminaire

Autre

.....

8-Avez-vous bénéficié en dehors de votre cursus universitaire médical d'une formation continue dans le domaine de psychiatrie ?

Oui

Non

Si oui précisez l'outil de formation

continue :

DU

Revue médicale

Séminaire

Autre

.....

Dans quel cadre? Ministère  Laboratoires pharmaceutiques

Initiative personnelle

Thèmes\_: .....

9- Existe – il un psychiatre à proximité de votre lieu d'exercice?

Votre établissement

Ville

Région

Si oui dans votre région, à quelle distance ? [ $< 60$  km ] [60 -150 km ] [150 -

300 km ] [  $> 300$ km ]



10- Existe – il une unité de PEC des pathologies psychiatriques dans votre lieu d'exercice?

Votre établissement

Ville

Région

Si oui dans votre région, à quelle distance ? [ $< 60$  km ] [60 - 150 km ] [150 - 300 km ] [ $> 300$ km ]

11- Quel est, en moyenne, le nombre total des patients que vous recevez par jour?

.....

12- Quel est le pourcentage de patients présentant une pathologie psychiatrique [seule ou associée à d'autres pathologies] que vous recevez par jour ?

.....

13- Quelles sont les pathologies psychiatriques que vous PEC souvent ?

.....

.....

14- Quel est, en moyenne, le nombre de patients souffrant de troubles psychiatriques que vous réferez vers le psychiatre?

$< 25$  %

25 – 50 %

50 – 75 %

75 – 100 %

15- Quels sont les motifs de transfert de vos patients avec troubles mentaux au psychiatre?

Patient demandeur

Manque d'intérêt en santé mentale

Sensation d'insécurité en présence d'un malade mental

Nécessité d'hospitalisation

Manque de formation dans le domaine de santé mentale

16-Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques?

- Diagnostic       Traitement pharmacologique       Psychothérapie   
Suivi pour prévenir la rechute       Sensibilisation       Éducation thérapeutique   
Aucun

17-Selon vous, quelle est la place de la Prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale?

- La PEC des troubles psychiatriques est une priorité en santé publique
- La PEC des troubles psychiatriques est secondaire en santé publique
- La PEC des troubles psychiatriques soulève uniquement du rôle du psychiatre

18-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des pathologies psychiatriques?

- Durée prolongée des consultations qui dépasse parfois les 20 minutes
- Demande d'une disponibilité de l'écoute
- Manque de formation continue en psychiatrie
- Manque de collaboration avec les professionnels de santé mentale
- Manque de moyens adaptés à la Prise en charge 
  - La non disponibilité des médicaments       Manque de Personnel
  - La charge du travail       Manque d'unité d'hospitalisation
  - Autres

.....

19-Parmi vos patients qui viennent consulter, quelles sont les pathologies psychiatriques que vous jugez en terme de fréquence et de difficultés diagnostic et thérapeutiques?

		Fréquente	Moins fréquente	Rare	Difficile à diagnostiquer	Difficile à traiter
Attaque de panique						
Troubles phobiques						
Trouble Obsessionnel Compulsive						
Somatisations / hypochondrie						
Dépression						
Tentatives de suicides						
Troubles sexuels, dysfonctionnement érectiles						
Conduites addictives [cannabis, alcool, autres...]						
Troubles de conduites alimentaires [Anorexie mentale]						
Agitations	Crise d'hystérie					
	Psychoses					
Troubles du sommeil [insomnie]						
Schizophrénie et autres troubles psychotiques						
Trouble bipolaire [Maniaco-dépressif]						
Pathologie de l'enfant	Enurésie					
	Hyperactivité de l'enfant					
	Autisme					
Troubles psychiatriques de la démence						

20-Parmi les pathologies psychiatriques, quelles sont celles où vous sentez avoir le besoin en formation pratique?

.....

.....

.....

.....

.....

21-Parmi vos patients qui viennent consulter, quelles sont les familles des psychotropes que vous prescrivez:

	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais	Besoin en formation
Antidépresseurs					
Anxiolytiques					
Neuroleptiques					
Thymorégulateurs (carbamazépine, valproate)					

22- Si vous prescrivez les psychotropes rarement, pourriez-vous spécifier les raisons ?

- Crainte d'une dépendance
- Effets indésirables nombreux
- Difficulté de manipuler la prescription des psychotropes
- Difficulté du suivi du traitement au long cours

Traitement inefficace et chronique

Patients refusent le traitement

Autres .....

23- À votre avis, comment améliorer la prise en charge des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes?

- Instauration des programmes de formation pour les médecins généralistes
- Organisation régulière de manifestations scientifiques communes entre généralistes et psychiatres
- Plus grande implication des psychiatres dans l'encadrement et la formation des médecins généralistes
- Autres :.....

Notes

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

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

## REFERENCES

### BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001.
- [2] Ministère de la santé marocain. Enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux en population générale ; (ENPTM 2003-2006).
- [3] Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ*. 2005; 330:1122.
- [4] Ministère de la santé marocain. Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies. Plan de santé mentale 2012-2016.
- [5] Cyhlarova E, McCulloch A, McGuffin P, et al. Economic burden of mental illness cannot be tackled without research investment. *BMJ*. 2010; 341:c6083.
- [6] Sobocki P, Jonsson B, Angst J, et al. Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics* . 2006 Jun; 9(2):87-98.
- [7] Kessler R, Aguilar S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO world mental health surveys. *Epidemiological psychiatric society*. 2009 Jan-Mar; 18(1): 23-33.

- [8] Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003; 12(1):22-33.
- [9] Organisation mondiale de la santé. Atlas: ressources consacrées à la santé mentale dans le monde en 2001. Département de la Santé mentale et des toxicomanies. Genève: OMS.
- [10] Moussawi D. la santé mentale au Maroc: enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. *L'encephale* (2007) supplement 4, S125-S126.
- [11] Organisation mondiale de la santé. La santé mentale, les droits de l'homme et la législation: Non à l'exclusion, oui aux soins. Genève: OMS; 2005.
- [12] Fleury MJ, Bamvita JM, Tremblay J, et al. Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. Rapport de recherche. Décembre 2008.
- [13] Gagné MA. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Mississauga; mai 2005.
- [14] Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry.* 2000; 23:277-291.
- [15] Sekkat FZ, Belbachir S. La psychiatrie au Maroc, histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique* .2009/7 volume 85; p.605-610.

- [16] Paes M, Toufiq J, Ouanass A, Et al. La psychiatrie au Maroc. L'information psychiatrique. 2005; 81 :471-80.
- [17] Conseil national des droits de l'Homme. Rapport sur la santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique. 2012. Consultable sur le site: <http://www.cndh.ma/fr>, consulté le 16/12/2016.
- [18] Ministère de la santé marocain. Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies. Service de lutte contre les maladies mentales. 2014.
- [19] Organisation mondiale de la santé. Atlas 2014 de la santé mentale. Genève : OMS ; 2015.
- [20] World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Mental Health. Consultable en ligne: <http://www.who.int> , consulte le 16/02/2017.
- [21] Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, et al. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. BMC Family Practice. 2009; 10:29.
- [22] Amara G, Ayachi M, Ben Nasr S, et al. Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux : importance, difficultés et perspectives. LA Tunisie médicale. 2009 ; Vol 88 :33-36.
- [23] Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, et al. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. BMC family practice. 2012; 13:19.



- [24] Jaruseviciene L, Sauliune S, Jarusevicius G, et al. Preparedness of Lithuanian general practitioners to provide mental healthcare services: a cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health Systems*.2014; 8:11.  
Consultable sur <http://www.ijmhs.com/content/8/1/11>
- [25] Iferghas A. La prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux, Cas de la préfecture de Salé (Mémoire). Rabat. INAS. 2013.
- [26] Hilali.M. Rôle des médecins généralistes des ESSB dans la prise en charge des troubles mentaux : cas de la préfecture d'Oujda (Mémoire). Rabat. INAS. 2010.
- [27] Lotrakul M, Saipanish R. psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Family Practice*. 2006; 7:48.
- [28] Younes N, Gasque I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005; 6:18.
- [29] Latorre Postigo JM, López-Torres Hidalgo J, Montañés Rodríguez J, et al. Perception de la demande et des besoins de formation des médecins de soins primaires en santé mentale . *Aten Primaria*. 2005; 36(2):85-92.
- [30] Britt H, Miller GC, Henderson J, et al. General practice activity in Australia 2014–15. General practice series no. 38. Sydney: Sydney University Press. 2015.

- [31] Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, et al. persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*. 2006; 23(4): 414-420.
- [32] Bushnell J, McLeod D, Dowell A, et al. The treatment of common mental health problems in general practice. *Family Practice*. 2006; 23(1): 53-59.
- [33] Berardi D, Leggieri G, Menchetti M, et al. Collaboration between mental health services and primary care: The Bologna project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999 Dec; 1(6): 180-183.
- [34] Olfson M, Shea S, Feder A, et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med*. 2000 sep-oct; 9(9): 876-83.
- [35] Rucci P, Gherardi S, Tansella M, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003 Sep; 76(1-3):171-81.
- [36] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25.
- [37] Kushner K, Diamond R, Beasley JW et al. Primary care physicians' experience with mental health consultation. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:838-840.

- [38] Bambling M, Kavanagh D, Lewis G et al. Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. Journal Compilation. 2007;15:126-130.
- [39] Rapport de l'Observatoire National du Développement Humain. Les disparités dans l'accès au soin au Maroc, Etudes de cas. ONDH. Rabat. Juin 2011.  
Consultable sur <http://www.ondh.ma>
- [40] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, section enseignement :  
<http://www.fmpf.ac.ma/enseignement.htm>
- [41] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, section enseignement :  
programme des cours : <http://www.fmp-uh2c.ac.ma>
- [42] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, section programme des études  
:[http://www.medramo.ac.ma/fmp/index.php?option=com\\_content&task=view  
&id=98&Itemid=138](http://www.medramo.ac.ma/fmp/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=138)
- [43] Thurin JM. L'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale. 2002;1-7.
- [44] Tardieu S, Bottero A, Blin P, et al. Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. BMC Fam Pract. 2006; 7:5

- [45] Walters P, Tylee A, Goldberg D, et al: Psychiatry in Primary Care. Essential Psychiatry. 4 edition. UK: Cambridge University Press. 2008; 479-497.
- [46] Alexander C, Fraser J: General practitioners' management of patients with mental health conditions: the views of general practitioners working in rural north-western New South Wales. Austr J Rural Health. 2008; 16(6):363-369.
- [47] Kendrick T, Burns T, Freeling P et al. Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices. Br J Gen Pract. 1994; 44:301-305.
- [48] Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE et al. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39:78-84.
- [49] Rockman P, Salach L, Cord M et al. Shared mental health care. Models for supporting and mentoring family physicians. Canadian Family Physician. 2004; 50:397-402.
- [50] Grembowski D, Martin D, Patrick DL et al. Managed Care, Access to Mental Health Specialists, and Outcomes Among Primary Care Patients with depressive symptoms. Journal of General Internal Medicine. 2002; 17:258-269.
- [51] Fleury MJ, Bamvita JM, Farand MDL, et al. Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders. Mental Health in Family Medicine. 2008; 5:149-60

- [52] Dowrick C, Gask L, Perry R, et al. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychological Medicine* 2000;30:413-19.
- [53] Wong SYS, Lee K, Chan K, et al. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? *Int J Clin Pract.* April 2006 ; 60, 4 : 437-441.
- [54] Kates N, Craven M, Webb S, et al. Case reviews in the family physician's office. *Can J Psychiatry.* 1992; 37:2-6.
- [55] Wright M, Harmon KD, Bowman JA et al. Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, need and relationships with mental health services. *Australian Journal Rural Health.* 2005; 13:21-27.
- [56] Wang J, Langille DB, Patten SB. Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. *Psychiatr Serv.* 2003 Jun; 54(6):878-83.
- [57] Balanchandra K. How bipolar disorders are managed in family practice. *Canadian Family Physician.* 2005; 51:535-537.
- [58] Berardi D, Menchetti M, Cevenini N et al. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom.* 2005; 74:225-30.

- [59] Anseau M, Dierick M, Buntinx F et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2004; 78:49-55.
- [60] Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: A review. *American journal of psychiatry.* 2001; 158(10):1579-1586.
- [61] Hartley D, Korsen N, Bird D, et al. Management of Patients With Depression by Rural Primary Care Practitioners. *Arch Fam Med.* 1998; 7 :139-145.
- [62] Johnston O, Kumar S, Kendall K, et al. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. *Br J Gen Pract.* 2007; 57:872-879.
- [63] Hardy-Baylé M C, Schmitt L. Rapport sur la proposition d'avenant à la Convention Nationale pour la psychiatrie. *Accès direct au psychiatre;* p1-10.
- [64] Kahn-Bensaude I. Quelques réflexions sur le plan psychiatrie et santé mentale. Rapport adopté lors de la session du Conseil national français de l'Ordre des médecins de mai 2007; p1-8.
- [65] Lockhart C. Collaboration and referral practices of GPs and community mental health workers in rural and remote Australia. *Journal Compilation.* 2006; 14: 29-32.

- [66] Zantigue EM, Verhaak PFM, Kerssens JJ, et al: The workload of GPs consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Brit J Gen Pract.* 2005; 55:609-614.
- [67] Barley EA, Murray J, Walters P, et al: Managing depression in primary care: a meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract.* 2011; 12:47.
- [68] van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, et al: Barriers in recognizing, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009; 10:52.
- [69] McGarry H, Hegarty K, Johnson C, et al: Managing depression in a changing primary mental healthcare system: comparison of two snapshots of Australian GPs' treatment and referral patterns. *Ment Health Fam Med.* 2009; 6:75-83.
- [70] Oladinni O: A survey of inner London general practitioners' attitudes towards depression. *Prim Care Psychiatr.* 2002; 8(3):95-98.
- [71] Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, et al. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:892-8.

- [72] Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*. 2005; 5:104.
- [73] Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, et al. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. *Med J Aust*. 2001;175 (Suppl) S42-7.
- [74] Stip E, Boyer R, Sepehry AA et al. On the front line: survey on shared responsibility. GPs and schizophrenia. *Sante Ment Que*. 2007; 32:281-97.
- [75] World Health Organization. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization mental health surveys. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 291:2581-90.
- [76] Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, et al. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:35.
- [77] Rutz W. Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 ; 79 : 19-26.
- [78] Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA*. 2003 jun 18; 289(23):31 45-51.