

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

ANNEE: 2018

THESE N°: 12

LES MANIFESTATIONS SOMATIQUES
DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS :
FREQUENCE ET CONSEQUENCES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Asmae FAKIR

Née le 28 Novembre 1991 à El Attaouia Kelaa des Sraghna

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Troubles anxieux – Troubles dépressifs – Manifestations somatiques –
Retard diagnostique.

JURY

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. RABHI

Professeur de Médecine Interne

Mr. H. KISSRA

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. SABRY

Professeur de Cardiologie

Mr. J. MEHSSANI

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
تَبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ





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

DOYENS HONORAIRES :

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



ADMINISTRATION :

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

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

| | |
|--------------------------|--|
| Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u> |
| Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| Pr. SETTAF Abdellatif | pathologie Chirurgicale |

Novembre et Décembre 1985

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Pr. BENSAID Younes | Pathologie Chirurgicale |
|--------------------|-------------------------|

Janvier, Février et Décembre 1987

| | |
|---------------------------|--------------------|
| Pr. CHAHED OUZZANI Houria | Gastro-Entérologie |
| Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |

Pr. YAHYAOUI Mohamed

Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie



Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

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

Doyen de la FMPA

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

Mars 1994

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

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

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

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

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



Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

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

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

Novembre 1997

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

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

Novembre 1998

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

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



Janvier 2000

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

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

Novembre 2000

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

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. ChekikhZaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie



Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

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

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



Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie



Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najja

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire



Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ezzohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie



Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine interne

Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamy
 Pr. L'KASSIMIHachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezhah *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar

Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique

Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

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

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



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale

| | |
|---------------------------------------|---|
| Pr. DINI Nouzha* | Pédiatrie |
| Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali | Anesthésie Réanimation |
| Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa | Radiologie |
| Pr. ELFATEMI Nizare | Neuro-Chirurgie |
| Pr. EL GUERROUJ Hasnae | Médecine Nucléaire |
| Pr. EL HARTI Jaouad | Chimie Thérapeutique |
| Pr. EL JOUDI Rachid* | Toxicologie |
| Pr. EL KABABRI Maria | Pédiatrie |
| Pr. EL KHANNOUSSI Basma | Anatomie Pathologie |
| Pr. EL KHLOUFI Samir | Anatomie |
| Pr. EL KORAICHI Alae | Anesthésie Réanimation |
| Pr. EN-NOUALI Hassane* | Radiologie |
| Pr. ERRGUIG Laila | Physiologie |
| Pr. FIKRI Meryim | Radiologie |
| Pr. GHFIR Imade | Médecine Nucléaire |
| Pr. IMANE Zineb | Pédiatrie |
| Pr. IRAQI Hind | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Pr. KABBAJ Hakima | Microbiologie |
| Pr. KADIRI Mohamed* | Psychiatrie |
| Pr. LATIB Rachida | Radiologie |
| Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra | Médecine Interne |
| Pr. MEDDAH Bouchra | Pharmacologie |
| Pr. MELHAOUI Adyl | Neuro-chirurgie |
| Pr. MRABTI Hind | Oncologie Médicale |
| Pr. NEJJARI Rachid | Pharmacognosie |
| Pr. OUBEJJA Houda | Chirurgie Pédiatrique |
| Pr. OUKABLI Mohamed* | Anatomie Pathologique |
| Pr. RAHALI Younes | Pharmacie Galénique |
| Pr. RATBI Ilham | Génétique |
| Pr. RAHMANI Mounia | Neurologie |
| Pr. REDA Karim* | Ophtalmologie |
| Pr. REGRAGUI Wafa | Neurologie |
| Pr. RKAIN Hanan | Physiologie |
| Pr. ROSTOM Samira | Rhumatologie |
| Pr. ROUAS Lamiaa | Anatomie Pathologique |
| Pr. ROUIBAA Fedoua* | Gastro-Entérologie |
| Pr. SALIHOUN Mouna | Gastro-Entérologie |
| Pr. SAYAH Rochde | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| Pr. SEDDIK Hassan* | Gastro-Entérologie |
| Pr. ZERHOUNI Hicham | Chirurgie Pédiatrique |
| Pr. ZINE Ali* | Traumatologie Orthopédie |
| | |
| Pr. GHOUNDALE Omar* | Urologie |
| Pr. ZYANI Mohammad* | Médecine Interne |



***Enseignants Militaires**

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH

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

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

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

Chirurgie Thoracique

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



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

***Enseignants Militaires**

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahrilatifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naïma
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique





Dédicaces



A MONTRÉS CHER PÈRE, MR. FAKIR MOHAMED

À celui qui a illuminé mon chemin vers le savoir, ce patrimoine inestimable. Au meilleur de tous les pères, celui qui m'a accordé son attention, imprégné les nobles valeurs de la vie, et appris le sens du devoir, de l'altruisme, et de la loyauté.

Merci de m'avoir inlassablement soutenue tout au long de mes études. Vous êtes et resterez un exemple à suivre pour tes qualités humaines, votre jusqu'au-boutisme et votre perfectionnisme.

Aucun mot ne saura refléter l'ampleur de mon respect, mes égards, et mon éternelle gratitude. J'implore Allah de me préserver le flambeau que vous êtes, qui a longtemps illuminé mon chemin...

Le mérite de ce travail vous revient, vu que vous avez veillé à tout mettre à ma disposition sans jamais vous plaindre. J'aurais aimé pouvoir vous rendre toute la tendresse et dévotion que vous m'avez offertes, mais les fruits de toute une vie en sont incapables. Je me contente à présent de vous dédier ce mémoire qui saura, j'espère, y contribuer en partie...

Bonheur et santé afin que je vous rende peu de ce que tu m'as beaucoup donné.

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE, MME AAMILI FATIMA

A ma complice, mon alliée et ma très chère maman. À celle qui m'a donné la vie, et veillé à ce que j'y sois ravie. Rien dans ce bas-monde ne pourra égaler l'amour, la tendresse et le respect que je vous dois. Qu'Allah vous procure joie et santé, et me donne le pouvoir de vous rendre peu de ce que vous ne cessez de me concéder.

Je vous dédie ce travail qui, sans vous, n'aurait jamais pu être, espérant ainsi avoir concrétisé votre rêve le plus cher de me voir médecin. Votre soutien inconditionnel, vos encouragements réanimateurs, votre amour inégalé, votre générosité sans réserve et votre omniprésence ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Vos prières sont celles qui illuminent mon chemin, constituant une armure tout au long de mes études. J'espère que cette thèse saura témoigner de ma reconnaissance, mon profond amour et mon éternel respect. Puisse Allah l'omnipotent vous protéger de tout mal, vous donner longue vie.

A MON TRÈS CHER FRÈRE AMINE

*Je te dédie ce travail en témoignage de ma gratitude
et mon attachement.*

*Je ne pourrais d'aucune manière exprimer mon immense gratitude
pour tous les sacrifices consentis, ton aide et ta générosité extrêmes ont
été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.*

*Qu'il me soit permis aujourd'hui de t'assurer ma profonde
et grande reconnaissance.*

*Qu'Allah t'apporte bonheur et santé, et que tous
vos rêves voient le jour.*

A MON TRÈS CHER PETIT FRÈRE TAHA

*En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs
et les plus agréables moments.*

*Pour toute la complicité
et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage
de mon attachement et de mon amour.*

A MON TRÈS CHER MARI MOUNIR AKESSOÛ

*A mon âme sœur, mon très cher époux Mounir,
je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi,
pour votre amour, sacrifice, compréhension, soutien et aide.*

Bref pour votre monde spécial et unique.

*Je vous dédie ce travail en témoignage
de mes sentiments les plus profonds.*

Que Dieu te bénisse mon cher & nous garde toujours ensemble.

A TOUTE MA FAMILLE ET MA BELLE FAMILLE

*En témoignage de mon attachement et de ma grande
considération.*

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes
sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte
à votre égard, et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour
vous honorer. Tous mes vœux de bonheur, de santé et de prospérité...*

A MES CHERES AMIS(E) ET COLLEQUES

En particulier : SANAE, LHBIBA, IMANE, SAMIA,

HIND, FATIMAZZAHRA...

Et tous ceux et celles que j'ai omis de citer.

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux
liens solides qui nous unissent.*

*Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. J'ai
trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.*

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup
de réussite et de bonheur, autant dans votre
vie professionnelle que privée.*

Je prie Allah pour que notre amitié et fraternité soient éternelles...



Remerciements



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. Z. BICHA
Professeur de Psychiatrie
L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat*

*Vous m'avez accordé un grand honneur en acceptant
de présider le jury de ma thèse.*

*Puissent des générations et des générations avoir la chance
de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse
et votre bonté.*

*Veillez, Cher Maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression
de ma haute considération et mon profond respect pour avoir
guidé les premiers pas de ma carrière.*

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED KADIRI*

Professeur de Psychiatrie

L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat

Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant cet excellent sujet de travail. J'ai eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect de tous. Les conseils fructueux que vous m'avez prodigués ont été très précieux, et je vous en remercie chaleureusement.

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime et profond respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de ma reconnaissance et ma profonde admiration.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MONSEF RABHI
Professeur de Médecine Interne
L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat*

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez-nous, Cher Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HASSAN KISSRA
Professeur de Psychiatrie
L'Hôpital Arrazi, salé

*Nous avons été sensibles à l'amabilité de votre accueil et l'intérêt
que vous avez accordé à ce travail en acceptant de le juger.
Veuillez trouver ci-joint, cher maitre, le témoignage de notre
reconnaissance et notre grande estime.*

*Permettez-nous, Cher Maître de vous exprimer notre profond
respect et notre sincère gratitude.*

*Puisse Allah le tout puissant vous accorder bonne santé,
prospérité et bonheur.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED SABRY
Professeur de Cardiologie
L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous
nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Vous êtes un homme de science et un médecin attentif
au bien-être de ses patients.*

*Nous avons pu, au cours du stage d'externat passé sous votre
direction, apprécier vos qualités humaines, votre savoir-faire
et vos compétences scientifiques.*

*Veillez trouver dans ce travail, Cher Maître, l'expression
de notre estime et de notre considération.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JAMAL MEHSSANI
Professeur de Psychiatrie
L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat*

*Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec
lesquelles vous avez accepté de juger ce travail.*

*Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de
responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous
un idéal à atteindre.*

*Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions,
cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre
haute considération.*

A DOCTEUR YASSINE OTHEMAN

Professeur Assistant de Psychiatrie

L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat

Je vous remercie pour votre patience et disponibilité, votre gentillesse, votre compétence et votre professionnalisme, votre savoir-faire et vos judicieux conseils qui ont énormément contribué à alimenter ma réflexion.

Je voudrais également vous exprimer ma reconnaissance pour votre support moral et intellectuel, et grâce à votre perfectionnisme, votre attention au détail, que vous avez été d'une grande aide dans la conception de ce travail.

Ces quelques mots ne sont qu'une infime partie de ma reconnaissance et ne peuvent suffire à remplir ma jarre de remerciements et d'éloges à votre égard.

A tous les médecins résidents et le personnel paramédical du Service de Psychiatrie de L'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V – Rabat

Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour la réalisation de ce travail.

A NOTRE MAITRELE PROFESSEURAMALBOUZIANE

Professeur agrégée spécialiste en parodontologie

Laboratoire de biostatistique, recherche clinique et d'épidémiologie

Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail.

Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été

pour moi un grand apport.

Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance. Il

m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde

gratitude et ma grande estime.

A tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat.

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études

et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble

de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près

ou de loin dans l'élaboration de ce travail.



Liste des abréviations



DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition

HMIM-V : Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V

IC : Intervalle de confiance

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRM : L'imagerie par résonance magnétique

IRSNA : Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

NFS : Numération de formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

TAG : Trouble d'anxiété généralisée

TBP : Trouble bipolaire

TDM : Tomodensitométrie

TDM : Trouble dépressif majeur

TP : Trouble panique

TPH : Troubles phobiques



Table des illustrations



LISTE DE FIGURES :

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe. | 40 |
| Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction. | 41 |
| Figure 3 : Répartition des patients selon les diagnostics retenus. | 42 |
| Figure 4 : Répartition des patients selon le nombre de diagnostics retenus. | 42 |
| Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents personnels. | 43 |
| Figure 6 : Fréquence des symptômes physiques rapportés par les patients. | 44 |
| Figure 7 : L'apparition des symptômes physiques par rapport aux symptômes psychiques. | 46 |
| Figure 8 : Répartition des patients selon les spécialistes consultés avant la consultation psychiatrique. | 47 |
| Figure 9 : Répartition des patients selon leur recours ou pas à d'autres intervenants. | 48 |

LISTE DES TABLEAUX :

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge..... | 40 |
| Tableau 2 : Répartition des patients selon l'activité professionnelle..... | 41 |
| Tableau 3 : Nombre de symptômes physiques associés aux troubles anxieux et dépressifs.. | 43 |
| Tableau 4 : Les symptômes physiques rapportés par les patients selon les appareils..... | 44 |
| Tableau 5 : Fréquence des symptômes physiques en fonction du trouble psychiatrique..... | 45 |
| Tableau 6 : Répartition des patients selon le délai entre le début des symptômes physique et la première consultation psychiatrique..... | 49 |
| Tableau 7 : Répartition des patients selon le nombre de consultation, les explorations et les traitements médicaux antérieurs..... | 49 |
| Tableau 8 : Les explorations médicales antérieures réalisées par les patients de notre échantillon..... | 50 |
| Tableau 9 : Comparaison du délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques..... | 51 |
| Tableau 10 : Analyse univariée et multivariée des facteurs associés au délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique..... | 52 |
| Tableau 11 : Comparaison des échantillons des enquêtes selon la nature des symptômes physiques..... | 57 |
| Tableau 12 : Tableau comparant les pourcentages de patients atteints de troubles anxieux et dépressifs, présentant plus de cinq symptômes physiques dans différentes études..... | 57 |
| Tableau 13 : Tableau comparant les pourcentages des patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs qui ont bénéficié d'explorations médicales antérieures selon différentes études.... | 59 |
| Tableau 14 : Le délai entre le début des troubles dépressifs et anxieux et la première consultation psychiatrique..... | 60 |



Sommaire



| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PARTIE THÉORIQUE | 4 |
| 1. CLASSIFICATION DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS SELON LE DSM-5 | 6 |
| 1.1. Troubles anxieux : | 7 |
| 1.1.1. Trouble panique et attaque de panique selon le DSM-5 | 7 |
| a. Attaque de panique : | 7 |
| b. Trouble Panique : | 8 |
| 1.1.2. Agoraphobie..... | 8 |
| 1.1.3. Anxiété sociale | 10 |
| 1.1.4. Phobies spécifiques | 12 |
| 1.1.5. Anxiété généralisée | 12 |
| 1.2. Les troubles dépressifs | 14 |
| 1.2.1. Diagnostique d'un épisode dépressif caractérisé ou majeur | 14 |
| 1.2.2. Les différentes formes cliniques d'épisode dépressif majeur | 16 |
| a. EDM avec caractéristiques mélancolique | 16 |
| b. EDM avec caractéristiques psychotiques | 16 |
| c. EDM avec caractéristiques mixtes | 17 |
| d. EDM avec caractéristiques atypiques..... | 17 |
| e. EDM avec détresse anxieuse..... | 17 |
| 1.2.3. Les différents types des troubles dépressifs | 18 |
| 1.2.4. Troubles bipolaires :..... | 18 |
| 2. LES SYMPTOMES PHYSIQUES DANS LES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS | 19 |
| 2.1. Symptômes physiques dans les troubles anxieux..... | 19 |
| 2.2. Symptômes physiques dans les troubles dépressifs..... | 19 |
| 3. COMPLICATIONS LIEES AUX SYMPTOMES PHYSIQUES DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS | 21 |
| 3.1. Retards diagnostique et thérapeutique : | 21 |
| 3.2. L'usage de l'alcool, de médicaments et de substances psychotropes..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3. Complications physiques | 23 |
| a. Cardiovasculaires | 23 |
| b. Digestives | 24 |
| c. Neurologiques | 24 |
| d. Respiratoires | 25 |
| e. Diabète et hypoglycémie | 25 |
| f. Obésité | 26 |
| g. Système immunitaire..... | 26 |
| 4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS | 27 |
| 4.1. Objectifs généraux | 27 |
| 4.2. Information du patient et adaptation du mode de vie | 27 |
| 4.3. Moyens thérapeutiques | 28 |
| 4.3.1. Psychothérapies..... | 29 |
| 4.3.2. Traitements médicamenteux | 30 |
| a. Les psychotropes | 30 |
| a.1. Les antidépresseurs | 31 |
| a. 2. Les anxiolytiques..... | 32 |
| 4.3.3. L'électro convulsivothérapie | 32 |
| 4.4. Prise en charge médico-sociale..... | 32 |
| 4.5. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)..... | 32 |
| PARTIE PRATIQUE | 34 |
| MATÉRIELS ET MÉTHODES | 35 |
| 1. DESCRIPTION DE L'ETUDE..... | 36 |
| 1.1. Objectifs | 36 |
| 1.2. Le type d'étude | 36 |
| 2. L'ECHANTILLON DE L'ETUDE | 36 |
| 3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION | 36 |
| 4. RECUEIL DES DONNEES | 37 |
| 5. DEMARCHE DE L'ENQUETE | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 6. CONSIDERATIONS ETHIQUES | 38 |
| 7. ANALYSE STATISTIQUE | 38 |
| RÉSULTATS | 39 |
| 1. RESULTATS DESCRIPTIFS | 40 |
| 1.1. Profil sociodémographique de l'échantillon : | 40 |
| 1.1.1. Age : | 40 |
| 1.1.2. Sexe : | 40 |
| 1.1.3. Niveau d'instruction | 41 |
| 1.1.4. Activité professionnelle | 41 |
| 1.2. Profil clinique des patients | 42 |
| 1.2.1. Prévalence des troubles anxieux et dépressifs | 42 |
| 1.2.2. Les antécédents personnels..... | 43 |
| 1.3. Nombre de symptômes physiques associés aux troubles anxieux et dépressifs..... | 43 |
| 1.4. Les symptômes physiques | 44 |
| 1.4.1. Les différents symptômes physiques de notre échantillon | 44 |
| 1.4.2. La fréquence des symptômes physiques rapportés par les patients | 44 |
| 1.4.3. Les symptômes physiques en rapport avec chaque pathologie psychiatrique | 45 |
| 1.5. L'apparition des symptômes physiques par rapport aux symptômes psychiques | 46 |
| 1.6. Les interventions faite..... | 46 |
| 1.6.1. Les médecins non psychiatres..... | 46 |
| 1.6.2. Autres intervenants..... | 48 |
| 1.7. Le délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique | 49 |
| 1.8. Autres variables de notre étude | 49 |
| 2. RESULTATS ANALYTIQUES..... | 51 |
| 2.1. Facteurs influençant le délai de consultations en psychiatrie | 51 |
| 2.2. Analyse univariée et multivariée des facteurs associés au délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique..... | 52 |

| | |
|---|----|
| DISCUSSION | 54 |
| 1. DISCUSSION DES RESULTATS..... | 55 |
| 2. SUGGESTIONS POUR REDUIRE LE RETARD DIAGNOSTIQUE :..... | 63 |
| 3. LES LIMITES DE L'ETUDE | 64 |
| CONCLUSION | 65 |
| RÉSUMÉS | 67 |
| ANNEXE | 71 |
| RÉFÉRENCES | 75 |



Introduction



Les troubles dépressifs et anxieux sont parmi les troubles mentaux les plus courants dans la population générale. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), publié en mars 2017 sur la situation de la santé mentale dans le monde, avait indiqué qu'au Maroc, près d'un million et demi de personnes souffrent de troubles dépressifs, et que presque autant présentent des troubles anxieux. Ces troubles sont à l'origine d'une morbidité et d'un coût de santé élevés et constituent un fardeau pour les patients, leurs familles et la société.

Les troubles anxieux et dépressifs peuvent se manifester de diverses façons. Les symptômes psychiques de type affectif, cognitif et comportemental sont les plus caractéristiques. Mais les symptômes physiques ou somatiques peuvent aussi faire partie du tableau clinique, et parfois même être dans le devant de la scène. Ces symptômes d'appel physiques ne sont pas spécifiques, et restent extrêmement répandus dans le contexte de soins primaires, de médecine générale et spécialisée en dehors de la psychiatrie.

Les symptômes physiques, plutôt qu'émotionnels, sont les symptômes de présentation que la majorité des patients dépressifs ou anxieux expriment à leur médecin, et peuvent constituer le principal, voire la seule raison pour le consulter. Ces symptômes peuvent survenir durant les différentes étapes de ces troubles psychiatriques : inaugurer le tableau clinique, faire partie des symptômes psychiques dans la phase d'état ou compliquer leur évolution. En outre, les symptômes physiques peuvent retarder la reconnaissance des troubles anxieux et dépressifs et aggraver ainsi leur pronostic.

À travers une étude réalisée dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat, nous allons déterminer la fréquence des principaux symptômes physiques chez les patients consultants pour des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que le retard diagnostique qui en découle et les différents facteurs qui l'influencent.

Dans une première partie théorique, nous allons nous attacher à faire une description des troubles anxieux et dépressifs selon le DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa cinquième version), puis nous aborderons les différents symptômes physiques liées à ces troubles, ainsi que leurs complications, avant de détailler les principes de prise en charge thérapeutique de ces troubles psychiatriques.

La seconde partie sera consacrée à notre enquête, en présentant les résultats descriptifs et analytiques de l'étude. Nous réaliserons par la suite une analyse des résultats que nous discuterons, en proposant des suggestions pour réduire le retard diagnostique liés aux symptômes physiques des troubles dépressifs et anxieux.

Partie Théorique

Les troubles anxieux et dépressifs sont des troubles psychiatriques très fréquents. Leur impact sur les patients, leurs familles et la société est extrêmement lourd, ce qui rend primordial leur diagnostic et leur prise en charge à temps.

Bien que l'anxiété existe chez tout être humain, son intensité varie d'une personne à l'autre. La peur est avant tout un outil d'urgence, de mise en garde et permet à l'homme de fuir les situations dangereuses. L'anxiété devient alors pathologique dès que son degré devient démesuré par rapport à la situation, aux circonstances extérieures et que la personne anxieuse ne contrôle plus son angoisse [1].

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de maladies, à savoir le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée, et l'anxiété de séparation [2].

Le terme « dépression », encore tabou il n'y a pas si longtemps, est souvent employé à tort dans le langage courant pour décrire les inévitables périodes de tristesse, d'ennui et de mélancolie. Par exemple, être triste après la perte d'un proche ou avoir un sentiment d'échec en cas de problèmes au travail est normal. Mais lorsque ces états d'âme reviennent chaque jour sans raison particulière ou persistent longtemps même avec une cause identifiable, il peut s'agir d'une dépression. La dépression est en fait une maladie chronique, répondant à des critères diagnostiques bien précis [3].

Les troubles dépressifs regroupent : Trouble dépressif majeur, trouble dépressif récurrent, trouble dépressif persistant, trouble dysphorique prémenstruel, trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, et le trouble dépressif dus à une autre affection médicale [2].

Il s'agit de pathologies particulièrement fréquentes. En effet, d'après les résultats du dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la situation de la santé mentale dans le monde, il existerait 1.484.441 de marocains souffrant de troubles dépressifs, soit 4,5% de la population. Alors que 1.477.408 de marocains sont atteints de troubles de l'anxiété, ce qui représente également 4,5% de la population [4].

Au Maroc, les troubles mentaux est un véritable problème de santé publique. Selon les statistiques du ministère de la santé, 40% des Marocains âgés de 15 ans et plus souffrent d'un trouble mental : 26,5% de troubles dépressifs, 9% d'anxiété généralisée et 5,6% de troubles psychotiques [4].

Or, d'autres études nous montrent que plus de la moitié des personnes souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif sont insuffisamment ou pas traitées pour ce type de pathologie [5,6].

Pourtant, les troubles anxieux et dépressifs provoquent une souffrance significative sur le plan clinique et comportent une réduction de la qualité de vie avec un risque important d'handicap social et professionnel. Le patient n'osant plus sortir de son domicile, aller à son travail, communiquer avec d'autres personnes... souvent source d'arrêt de travail prolongé, d'échec scolaire, de perte de travail, d'hospitalisations courtes, de retrait et d'isolement social [7]. Non traités ou détectés tardivement, ces troubles comportent aussi un risque important de se compliquer, en particulier par le suicide, l'abus d'alcool, de médicaments anxiolytiques ou de drogues [8].

1. CLASSIFICATION DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS SELON LE DSM-5 :

Le DSM, ou Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, est une liste de troubles mentaux officiellement reconnus. Il a pour but d'aider les chercheurs, les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs d'assurance, les organismes de réglementation et d'autres intervenants dans le domaine médical à orienter le traitement des problèmes de santé mentale.

La nouvelle version DSM-5 - la cinquième édition -, représente la plus grande modification apportée au DSM depuis de nombreuses années [2]. Elle comporte une très grande variété de diagnostics cliniques pour les troubles mentaux et reflète généralement les changements dans la compréhension scientifique de ces problèmes et de leurs traitements.

1.1.Troubles anxieux :

Les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes sont notamment une anxiété excessive, un sentiment de peur, d'inquiétude et des comportements d'évitement [9].

1.1.1. Trouble panique et attaque de panique selon le DSM-5 [2] :

a. Attaque de panique :

Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes ci-après. Cependant, la montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
5. Sensation d'étranglement
6. Douleur ou gêne thoracique
7. Nausée ou gêne abdominale
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
9. Frissons ou bouffées de chaleur
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou »
13. Peur de mourir

En effet, les symptômes en lien avec la culture (p. ex. acouphènes, douleur au cou, céphalées, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour un des quatre symptômes requis.

b. Trouble Panique :

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.
- B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :
- C. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
- D. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans un trouble obsessionnel-compulsif, ou en réponse à un rappel d'événements traumatiques, comme dans un trouble de stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

1.1.2. Agoraphobie [2] :

L'agoraphobie est caractérisée par une peur et une anxiété concernant différentes situations dans lesquelles il pourrait être difficile de s'échapper ou l'aide pourrait ne pas être disponible en cas de symptômes tels que ceux de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants.

- Les critères diagnostiques du DSM-5 :

- A.** Peur ou anxiété marquée concernant 2 (ou plus) des 5 situations suivantes :
1. Utiliser les transports publics (ex., automobiles, autobus, trains, navires, avions).
 2. Être dans des espaces ouverts (ex., parcs de stationnement, marchés, ponts).
 3. Être dans des endroits fermés (ex., magasins, théâtres, cinémas).
 4. Faire la file ou être dans une foule.
 5. Être à l'extérieur de la maison seul(e).
- B.** La personne craint ou évite ces situations en raison de pensées que s'échapper de ces situations peut être difficile ou que de l'aide pourrait ne pas être disponible en cas de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (par exemple, la peur de tomber chez les personnes âgées, la peur de l'incontinence).
- C.** Les situations agoraphobes provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété.
- D.** Les situations agoraphobes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un compagnon, ou sont vécues avec une peur ou une anxiété intense.
- E.** La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel que représentent les situations agoraphobes et le contexte socioculturel.
- F.** La peur, l'anxiété ou l'évitement est persistant, généralement pendant 6 mois ou plus.
- G.** La peur, l'anxiété ou l'évitement cause une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre.
- H.** Si une autre affection médicale (ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la crainte, l'anxiété ou l'évitement est manifestement excessif.
- I.** La peur, l'anxiété ou l'évitement n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental - par exemple, les symptômes ne se limitent pas à la phobie spécifique de type situationnel ; ne se rapportent pas uniquement aux situations sociales (comme dans le trouble d'anxiété sociale) et ne sont pas exclusivement liés aux obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), aux défauts perçus

ou aux défauts de l'apparence physique (comme dans le trouble de dysmorphie corporelle), aux rappels d'événements traumatisants comme dans le syndrome de stress post-traumatique), ou à la peur de la séparation (comme dans le trouble d'anxiété de séparation).

L'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Si la présentation d'un individu répond aux critères de trouble panique et d'agoraphobie, les deux diagnostics doivent être attribués.

1.1.3. Anxiété sociale [2] :

La classification de la cinquième version du *DSM* propose une définition de la phobie sociale qui a peu évolué par rapport aux versions antérieures. L'appellation de la pathologie a cependant été modifiée, car le DSM-5 affiche en premier lieu « anxiété sociale », en y ajoutant entre parenthèses « phobie sociale ». Le terme « anxiété » reflète plus fidèlement le fait que les phobies sociales ne consistent pas uniquement en des peurs conditionnées par des situations circonscrites, avec une réaction anxieuse forte et irrépressible face au regard des autres, mais comprennent aussi des symptômes d'anxiété diffuse, presque en continu dans la vie quotidienne du fait de la fréquence inévitable des confrontations sociales. L'anxiété de performance, l'anxiété anticipatoire, les ruminations avant et après les situations, une sensation de stress permanente et souvent une altération de l'estime de soi contribuent à un vécu particulier, proche de celui par exemple que vivent les personnes souffrant d'anxiété généralisée. Ceci est surtout vrai dans les formes dites « généralisées » de phobies sociales, même si cette terminologie a disparu dans le DSM-5 qui ne reconnaît qu'un seul sous-type : « seulement de performance ».

- Critères diagnostiques de l'anxiété sociale (phobie sociale) dans le DSM-5 :

- A.** Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou de boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

- B.** La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C.** Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
- D.** Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.
- E.** La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- F.** La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants durant habituellement six mois ou plus.
- G.** La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H.** La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre infection médicale.
- I.** La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J.** Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Spécifier si :

Seulement de performance si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

1.1.4. Phobies spécifiques [2] :

- A.** Peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).
- B.** L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C.** L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D.** La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E.** La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F.** La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G.** Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress posttraumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

1.1.5. Anxiété généralisée [2] :

Les principaux symptômes de l'anxiété généralisée sont l'anxiété et l'inquiétude persistantes et excessives concernant divers domaines, dont le travail et la performance scolaire, que la personne trouve difficiles à contrôler.

- Les critères diagnostiques du DSM-5 pour ce trouble :

- A.** Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B.** La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C.** L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois :
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - 2. Fatigabilité
 - 3. Difficulté de concentration ou de mémoire
 - 4. Irritabilité
 - 5. Tension musculaire
 - 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).
- D.** L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E.** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).
- F.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (ex., l'anxiété ou la préoccupation ne concernent pas seulement les attaques de panique dans le trouble panique, l'évaluation négative dans l'anxiété sociale, la contamination ou d'autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, la séparation des figures d'attachement dans le trouble anxiété de séparation, le rappel d'événements traumatiques dans le stress post-traumatique, la prise de poids dans l'anorexie, les symptômes somatiques dans le trouble de symptôme somatique, les défauts physiques dans le trouble de dysmorphie corporelle, les maladies graves dans le trouble anxiété de maladies, ou le contenu de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

1.2. Les troubles dépressifs :

Les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie). La cause exacte est inconnue, mais elle est probablement multifactorielle, impliquant hérédité, modifications des taux des neurotransmetteurs, altération des fonctions neuroendocrines et des facteurs psychosociaux [10].

1.2.1. Diagnostique d'un épisode dépressif caractérisé ou majeur [2] :

Le DSM-5 définit l'épisode dépressif majeur (EDM) :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur, au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
2. NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
3. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
4. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
5. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
6. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
7. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

8. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
9. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
10. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif majeur, gradués en :

- Léger (symptômes justes suffisant au diagnostic/ peu de retentissement)
- Moyen (plus de symptômes que nécessaire / retentissement modéré)
- Sévère (quasiment tous les symptômes / retentissement social majeur)

1.2.2. Les différentes formes cliniques d'épisode dépressif majeur [2] :

Le DSM-5 précise des spécifications de l'épisode dépressif majeur qui vont correspondre à des formes cliniques distinctes :

- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec caractéristiques atypiques
- Avec catatonie
- Avec détresse anxieuse
- Avec début dans le péri-partum

a. EDM avec caractéristiques mélancolique (ou mélancolie)

- ❖ La mélancolie correspond à un épisode dépressif d'intensité particulièrement sévère associée à un risque suicidaire élevé. La souffrance morale est profonde, le ralentissement moteur est majeur et peut être associé à un mutisme.
- ❖ Elle se caractérise par une anhédonie et/ou un manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables (anesthésie affective) associés à plusieurs des symptômes suivants :
 - Une humeur dépressive marquée par un découragement profond, un sentiment de désespoir voire d'incurabilité
 - Des troubles du sommeil avec réveils matinal précoces
 - Une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué
 - Une perte d'appétit ou de poids significative
 - Une culpabilité excessive ou inappropriée

b. EDM avec caractéristiques psychotiques (autrefois appelé dépression psychotique ou mélancolie délirante)

- ❖ L'épisode dépressif est associé à la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Les thématiques délirantes sont les plus souvent des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité.
- ❖ Le DSM-5 spécifie l'EDM avec caractéristiques psychotiques en 2 sous-types :

- EDM avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations est en rapport avec les thèmes dépressifs.
- EDM avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations n'ont aucun rapport avec les thèmes dépressifs (thème mystique par ex.)
- ❖ Le Syndrome de Cotard ou de négation d'organe est une forme particulière de mélancolie délirante où s'associent des idées de négation d'organes, négation du temps (immortalité) ou de négation du monde.

c. EDM avec caractéristiques mixtes (anciennement épisode mixte)

Au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques sont présents pendant la majorité des jours de l'EDM.

d. EDM avec caractéristiques atypiques

- ❖ La caractéristique atypique s'applique lorsque le sujet présente une réactivité de l'humeur qui vient s'opposer à l'habituelle humeur triste quasi constante dans le temps indépendamment des circonstances environnantes ou des événements de vie.
- ❖ D'autres symptômes peuvent être associés à cette réactivité de l'humeur :
 - Une augmentation de l'appétit ou une prise de poids importante
 - Une hypersomnie
 - Une sensation de membres lourds
 - Une sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles ne se limitant pas à l'épisode.

e. EDM avec détresse anxieuse

- ❖ L'épisode dépressif est associé à des signes d'anxiété au 1er plan. L'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire (raptus anxieux).

- ❖ Les principaux symptômes sont :
 - Sensation d'énervement ou de tension intérieure.
 - Sensation d'agitation inhabituelle.
 - Difficulté à se concentrer en raison de l'inquiétude.
 - Peur que quelque chose de terrible n'arrive.
 - Impression de perte de contrôle de soi-même.

1.2.3. Les différents types des troubles dépressifs [2] :

L'épisode dépressif majeur peut être isolé, récurrent, persistant, induit ou secondaire. Le DSM-5 définit ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution de ou des épisodes dépressifs majeur différents types de troubles dépressifs :

- a. Trouble dépressif isolé : présence d'un EDM.
- b. Trouble dépressif récurrent : présence d'au moins 2 EDM séparés d'une période d'au moins 2 mois consécutifs.
- c. Trouble dépressif persistant (anciennement trouble dysthymique) : il correspond à la présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins deux ans (1 an pour les adolescents).
- d. Trouble dysphorique prémenstruel (uniquement chez la femme) : il correspond à la présence de symptômes dépressifs pouvant être associés à une labilité émotionnelle marquée, une anxiété marquée ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels.
- e. Trouble dépressif induit par une substance ou un médicament.
- f. Trouble dépressif dus à une autre affection médicale.

1.2.4. Troubles bipolaires :

Deux types de trouble bipolaire sont distingués. Le trouble bipolaire de type 1 et le trouble bipolaire de type 2. L'épisode dépressif dans ce type de trouble a les mêmes critères diagnostiques que dans l'épisode dépressif non bipolaire.

2. LES SYMPTOMES PHYSIQUES DANS LES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS :

Une multitude de symptômes physiques peut s'observer dans les troubles anxieux et dépressifs. Tous les appareils et les fonctions peuvent être touchés.

2.1. Symptômes physiques dans les troubles anxieux [11, 12,13] :

- Sensation de striction laryngée.
- Sensation d'oppression ou douleur thoracique, d'étouffement, respiration rapide, dyspnée.
- Palpitations, Tachycardie.
- Sudation excessive, mains et pieds froides et humides, sécheresse buccale, frissons.
- Pâleur ou congestion.
- Sensations vertigineuses, trouble de sommeil.
- Tremblements et secousses corporelles, sensation d'engourdissement ou picotements, paresthésies, paralysie des doigts.
- Nausées, vomissements, fringales, gêne abdominale, épigastralgie.
- Diarrhées, pollakiurie.
- Sensations lipothymiques, fatigabilité, céphalées.

2.2. Symptômes physiques dans les troubles dépressifs [12, 14, 15,16] :

1. Symptômes cardiovasculaires : oppression ou douleur thoracique, malaises, palpitations, tachycardie, bradycardie, sensation de souffle court, sensation de tension, dyspnée.
2. Manifestations gastro-digestives : épigastralgie, reflux, douleur ou ballonnement abdominale, nausées, vomissements, dysphagie, constipation, diarrhée.

3. Symptômes neuromusculaires : céphalées, migraine, vertige, lipothymie, paresthésie des mains, des pieds, ou de la bouche, refroidissement des extrémités, lourdeur des membres, crampes musculaires, myoclonies, clonies palpébrales, facialgies.
4. Symptômes rhumatologiques : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, arthralgies, douleurs musculaires, douleurs osseuses.
5. Symptômes uro-génitaux : douleur pelvienne, mastodynies, prurit ou brûlures vaginales ou vulvaire, pollakiurie, dysurie voire rétention urinaire, les algies urétrales, aménorrhée ou dysménorrhée, diminution de libido, frigidity, impuissance.
6. Symptômes dermatologiques : prurit, urticaire, eczéma, l'acné, et psoriasis, herpès récidivante, furonculose, maladies de cuir chevelu ou chute des cheveux en dehors de leurs composantes endocriniennes.
7. Symptômes généraux : asthénie, bouffées de chaleur, anorexie, boulimie, insomnie, hypersomnie.
8. Autres : épistaxis, acouphènes, troubles visuels, douleur dentaire.

3. COMPLICATIONS LIEES AUX SYMPTOMES PHYSIQUES DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS :

3.1. Retards diagnostique et thérapeutique :

L'éclatement du tableau physique des troubles anxieux et dépressifs oblige le patient à s'adresser à un médecin généraliste ou des spécialistes (cardiologue, neurologue, gastroentérologue, dermatologue...) et non pas à un psychiatre. Cela est souvent source de retard diagnostique et de prise en charge psychiatrique.

En effet, au cours de la consultation, on constate deux phénomènes interactifs : le patient exprime des symptômes physiques et le médecin généraliste ou spécialiste, du fait de sa formation, a tendance à sous-estimer, la valeur de signe d'appel dépressif ou anxieux de ces symptômes. Par surcroît, le médecin généraliste ne dispose pas toujours des quelques techniques simples d'entretien pour explorer la sémiologie de la dépression ou de l'anxiété, aura tendance à n'écouter que les symptômes physiques. Cela constituera un obstacle à l'identification de la dépression ou de l'anxiété [15,17].

Le tableau physique des troubles anxieux et dépressifs complique la tâche du médecin non psychiatre et contribuerait grandement à une prise en charge inadéquate car : [18,19]

- D'une part, le fait que le tableau soit masqué, avec au premier plan des symptômes purement physiques (insomnies, troubles de l'appétit ou d'ordre sexuels, syndrome douloureux...) induirait facilement le médecin en erreur.
- D'autre part, il serait très difficile de faire accepter le diagnostic de la dépression ou de l'anxiété au patient qui consulte essentiellement pour des symptômes physiques.
- L'existence d'une pathologie somatique associée : le sujet ayant une maladie organique associée sera deux fois moins souvent considéré comme déprimé ou anxieux.

De ce fait, les demandes d'aide des personnes qui souffrent des troubles mentaux ne s'adressaient pas prioritairement au personnel de santé compétent en psychiatrie, ce qui entraîne des retards diagnostique et thérapeutique importants.

3.2. L'usage de l'alcool, de médicaments et de substances psychotropes :

L'alcoolisme et l'abus de substances sont des complications importantes des troubles anxieux et dépressifs. L'alcool, le tabac et les drogues illicites sont responsables de plus de maladies, de décès, et d'invalidités que toute autre affection évitable.

Selon l'Institut National de la Toxicomanie aux États-Unis, les personnes atteintes de troubles dépressifs ou de l'anxiété sont deux fois plus susceptibles d'être diagnostiquées avec un trouble de l'usage de substances. En outre, la prévalence de 12 mois chez les personnes souffrantes d'un trouble dépressif ou anxieux et d'un trouble de l'utilisation de substance est d'environ 20% et 18% respectivement [20]. Certaines personnes peuvent utiliser des drogues pour tenter d'atténuer ces symptômes physiques et psychologiques par automédication. La présence de ces troubles co-occurents peut rendre le traitement plus compliqué et prédit souvent un résultat plus faible. Les personnes atteintes d'un trouble de l'utilisation de substances et de la dépression sont plus susceptibles de se suicider que l'un ou l'autre des troubles [21].

On ajoute ainsi, la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance peut constituer un risque particulier pour le trouble de l'usage de substances chez les personnes atteintes de troubles anxieux ou dépressifs. La raison en est qu'un certain nombre de médicaments prescrits pour les troubles anxieux, comme les benzodiazépines, peuvent être extrêmement addictogènes quand ils sont mal utilisés.

Au Maroc, une enquête qui a été menée auprès de 6000 personnes déprimées ou anxieuses âgées de 15 ans ou plus ont montré que la prévalence de l'abus d'alcool chez eux est de 2%, et de 1,4% pour la dépendance alcoolique, 3% de l'abus de substances, et de 2,8% concernant la dépendance aux substances [22].

3.3. Complications physiques :

Les troubles anxieux et dépressifs peuvent avoir ainsi de nombreuses conséquences physiques :

a. Cardiovasculaires : La dépression peut entraîner une hausse du taux d'hormones du stress, ce qui a des répercussions directes sur la santé cardiovasculaire, comme un risque accru de caillots sanguins et de lésions sur la paroi intérieure des vaisseaux sanguins. Ces phénomènes peuvent entraîner une accumulation de plaques d'athéromes et le développement de l'athérosclérose, un durcissement des artères [23].

La dépression peut vraiment briser le cœur. Dans une étude portant sur 63.000 personnes en Norvège, des chercheurs ont montré que ceux qui traversaient un trouble dépressif voyaient leur risque de subir une atteinte voire une crise cardiaque augmenter de 40% par rapport à ceux qui ne présentent aucun symptôme de la dépression. Lise Tuset Gustad, co-auteure de l'étude qui a été présentée à la conférence Euro Heart Care en Norvège, a résumé ainsi ses conclusions : « *Plus vous êtes déprimés, plus vous êtes à risque. Les symptômes dépressifs augmentent le risque de développer une insuffisance cardiaque et plus les symptômes sont graves, plus le risque est élevé* » [24].

L'anxiété accroît le risque de palpitations, d'arythmie, de spasmes et d'emballement du cœur, des symptômes qui peuvent mener à des complications cardiaques [23]. Annelieke M. Roest et ses collègues de la Universiteit van Tilburg (Pays-Bas), ont réalisé un travail pour établir le lien entre les troubles anxieux et les problèmes cardiaques. Ils ont collecté, comparé et analysé des données provenant de 20 études d'une période moyenne de 11 ans, les résultats étaient que 26% des sujets anxieux avaient un risque de maladies cardiaques chroniques. Parmi ces maladies cardiaques, on retrouve l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, et les crises cardiaques : Le risque de mort dû à un problème cardiaque était lui augmenté de 48% [25].

b. Digestives : Les troubles anxieux et dépressifs peuvent endommager le tube digestif, les dommages surviennent surtout sur l'estomac, le côlon et l'intestin [26] :

- La vidange de l'estomac est inhibée, ce qui signifie que l'estomac se vide moins vite, ou imparfaitement, de son contenu.
- La motricité de l'intestin grêle est affectée.
- Le transit est accéléré au niveau du côlon.

L'altération du fonctionnement de ces organes a pour conséquence l'apparition de troubles plus ou moins envahissants [26] :

- Brûlures gastriques.
- Ulcères gastriques.
- Syndrome du côlon irritable.
- Reflux gastro-œsophagien.

c. Neurologiques : Les Troubles anxieux et dépressifs ne sont pas un banal coup de cafard et altèrent les fonctions intellectuelles de manière pérenne s'ils ne sont pas pris en charge. D'après les résultats d'une étude menée par Philip Gorwood, les personnes qui ont déjà connu 2 épisodes dépressifs ou anxieux ou plus, exécutent de manière anormalement lente des tâches cognitives courantes qui requièrent notamment attention, concentration et rapidité. Ces résultats semblent confirmer que les troubles anxieux et dépressifs sont des maladies qui seraient « neurotoxiques » [27].

Pour en savoir plus, les chercheurs de l'Inserm, ont mené une étude chez plus de 2000 patients ayant connu entre 1 et plus de 5 épisodes dépressifs au cours de leur vie. Afin d'évaluer leurs capacités cognitives, ils ont mesuré la rapidité à exécuter un test simple (le TMT : trail making test) qui consiste à relier des cercles numérotés et placés dans le désordre sur une feuille. Le test a été effectué deux fois chez chacun des patients : pendant l'épisode dépressif, puis 6 semaines après, lorsqu'une bonne partie de ces patients était en rémission complète (sans aucun symptôme dépressif résiduel). Juste après une première dépression, le temps nécessaire pour réaliser ce test est de 35 secondes. Ces performances sont à peu près identiques chez les personnes qui subissent le deuxième épisode dépressif de leur vie, mais,

pour les personnes qui ont déjà vécu 2, 3 ou plus d'épisodes dépressifs dans leurs antécédents, ce temps se rallonge considérablement, et ce même chez les sujets rétablis (1 à 20 min au lieu des 35 sec) [27].

Autrement dit, les troubles anxieux et dépressifs pourraient laisser des séquelles au niveau cérébral.

d. Respiratoires : Des études ont été menées pour connaître la relation entre les troubles anxieux et l'apparition d'asthme, les résultats montrent qu'un risque d'asthme est augmenté de 65 % en cas d'anxiété intense [28].

Dans le même sens, des chercheurs ont observé une corrélation entre les troubles anxieux et la survenue de l'asthme : pour chaque augmentation de 25 % du niveau de l'anxiété, le risque asthmatique connaît une croissance proportionnelle de 24% [29].

e. Diabète et hypoglycémie : il existe une forte association entre les troubles anxieux, dépressifs et le diabète.

Ainsi, une étude faite pour connaître les liens entre le diabète et les maladies mentales, a montré que chez une population de patients dépressifs, le risque de diabète est estimé à 17% chez les patients non traités, et ce risque augmente à 25% chez ceux sous antidépresseurs indépendamment des autres facteurs de risque [30,31]. Selon l'Association Canadienne de Diabète, la dépression semble aussi être un facteur de risque du diabète, car dans une méta-analyse publiée en 2007 la dépression symptomatique accroît de 37 % le risque de présenter un diabète [32,33].

Les troubles anxieux favorisent eux aussi la survenue du diabète, comme le montrent les résultats des deux études anglo-saxonnes, concernant les prévalences au cours de la vie, l'anxiété généralisée : de 31,7% à 40,9% ; la phobie simple de 21,3% à 26,3% ; l'agoraphobie de 10,7% à 15,7%, la phobie sociale : de 6,7% à 10,5% [34,35]. Une étude française rapporte des résultats congruents exceptés pour la phobie sociale dont la prévalence au cours de la vie est plus élevée : 22% [36].

f. Obésité : Selon une nouvelle étude les personnes souffrantes, des troubles anxieux et dépressifs sont plus susceptibles de prendre du poids au fil du temps et de devenir obèses que la population générale. Les chercheurs ont suivi plus de 4 000 fonctionnaires britanniques depuis près de deux décennies pour examiner l'impact de la santé mentale sur l'obésité. Ils ont constaté que les personnes atteintes d'épisodes chroniques ou répétés de trouble dépressif, ou de trouble anxieux étaient les plus susceptibles de devenir obèses au cours de l'étude de 19 ans. Les personnes ayant des symptômes d'un ou plusieurs troubles mentaux trois fois au cours de l'étude étaient deux fois plus susceptibles d'être obèses lors du dépistage final que les personnes qui n'ont jamais signalé de tels symptômes [37].

En outre, une enquête faite chez l'ensemble de la population adulte Canadienne, les résultats étaient : 6,4 % des personnes obèses ayant un diagnostic de troubles de l'humeur, comparativement à 3,6 % des personnes ayant un poids normal et un trouble de l'humeur. La prévalence des troubles anxieux était quant à elle de 3,0 % chez des personnes avec obésité, comparativement à 2,6 % pour les personnes ayant un trouble anxieux et un poids normal [38].

Ainsi, une méta-analyse faite chez la population adulte aux États-Unis de 16 études longitudinales traitant des effets des troubles dépressifs par rapport à l'obésité, les résultats ont confirmé que, après avoir contrôlé des variables de confusion potentielles, les personnes déprimées par rapport aux personnes non déprimées affichaient un risque significativement plus élevé de développer une obésité [39].

g. Système immunitaire : L'exposition aux troubles mentaux peut avoir un effet néfaste sur le système immunitaire, celui-ci se trouvant affaibli, voire supprimé, par la présence du réflexe "combat-fuite". Des études ont également démontré que lorsque la personne est anxieuse ou déprimée, elle est plus susceptible d'attraper un rhume en plus d'être vulnérable aux infections et aux inflammations [40].

4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS :

4.1. Objectifs généraux [41] :

- Affirmer le diagnostic de dépression, de l'anxiété, et apprécier le risque suicidaire.
- Rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou des drogues) ou physiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont pris en compte dans le choix du traitement (accord professionnel).
- Evaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation.
- Mettre en route les traitements psychothérapeutique ou médicamenteux qui permettront de diminuer les symptômes, de diminuer la morbidité et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient.

4.2. Information du patient et adaptation du mode de vie [41] :

Le patient doit être informé une fois le diagnostic est posé.

✓ Contenu de l'information :

- La nature du trouble anxieux ou dépressif, ses symptômes, sa fréquence, ses causes, les difficultés du diagnostic. Les différents traitements, incluant les psychothérapies, avec leurs avantages et leurs inconvénients, informer ainsi le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute.
- ✓ Pour les médicaments, il faut informer le patient :
- Du délai d'action,
 - De la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical,

- De respecter la régularité des prises,
- D'éviter l'escalade de doses,
- Des effets indésirables,
- Des signes de sevrage et les signes de rebond de l'anxiété.

✓ Le mode de vie :

Les mesures hygiéno-diététiques suivantes sont conseillées : quantité de sommeil suffisante à respecter ; bon équilibre alimentaire ; tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues ; pratique régulière de l'exercice physique.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est recommandée dans les cas suivants :

- En cas de symptômes somatiques ou psychiques sévères associés.
- En cas de risque suicidaire
- Dans certaines formes sévères.
- A chaque fois qu'une situation particulière l'exige : un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, l'insuffisance de réponse au traitement en sont des exemples.

4.3. Moyens thérapeutiques :

Avant de poser un diagnostic psychiatrique il faut tout d'abord exclure une origine organique des symptômes physiques.

Pas d'intérêt à un bilan biologique standard à tout le monde : les examens complémentaires doivent être prescrits en fonction des données de l'examen clinique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie urée, recherche de toxiques, gaz du sang, fonction rénale et hépatique, bilan thyroïdien, enzymes musculaires, fibroscopie œsogastroduodénale, scanner cérébral, électroencéphalogramme, ECG... [42].

4.3.1. Psychothérapies [41] :

Dans le cadre du traitement psychothérapeutique, il convient de distinguer ce qui est de l'ordre de l'information et du soutien psychologique et ce qui est de l'ordre des psychothérapies structurées.

- Une psychothérapie non structurée d'accompagnement, tel un soutien psychologique, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques.
- Psychothérapies structurées

Elles ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et de la future, elles constituent une option thérapeutique dans les troubles anxieux.

D'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.).

La Thérapie « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient, des moyens de changer par lui-même.

Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles.

Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés. Elles sont parfois difficilement réalisables en raison du manque de thérapeutes formés (commune éloignée d'un grand centre, disparité géographique) ou de la réticence des patients.

4.3.2. Traitements médicamenteux :

a. Les psychotropes :

Au sens large du terme, un psychotrope est toute substance pouvant modifier le psychisme. Les psychotropes se définissent alors comme des substances naturelles ou synthétiques, ayant une action élective sinon exclusive sur l'activité mentale. Au sens strict du terme, en clinique psychiatrique, les psychotropes sont des médicaments ayant une action sur les processus mentaux pathologiques. Ce sont donc les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les régulateurs de l'humeur [43].

La surconsommation de ces produits est un véritable problème de santé publique dans la plupart des pays industrialisés.

Au Maroc, une étude réalisée sur plus de 10 200 ordonnances a révélé que 4 % des ordonnances comprenaient au moins un psychotrope dont 64,1 % comprenaient un seul psychotrope. On a noté une légère prédominance féminine et les psychotropes seraient prescrits dans la moitié des cas entre 40 et 60 ans. Les généralistes sont au premier rang des prescripteurs (27,2 %), viennent ensuite les psychiatres (19 %). Les anxiolytiques sont les plus prescrits (44,9 %) des psychotropes, ensuite viennent les neuroleptiques (25,2 %) puis les antidépresseurs (18,7 %), enfin les hypnotiques dans 3 % des cas. 52,4 % de l'ensemble des prescriptions des généralistes sont faites d'anxiolytiques. Les psychiatres prescrivaient les neuroleptiques dans 35,3 % des cas, puis les anxiolytiques (35,2 %) et les antidépresseurs sont prescrits dans 28,7 % des cas. La monothérapie a été respectée dans 64,1 % des cas, les antidépresseurs étaient associés dans plus de 55 % des cas à des anxiolytiques [44].

Donc, Le médecin généraliste et le spécialiste non psychiatre, largement confrontés dans leur pratique quotidienne à la prescription des psychotropes, se doivent de connaître ces produits et de respecter les règles de prescription. Ils doivent aussi avertir le patient du risque de la pharmacodépendance et lui expliquer le schéma de prescription.

a.1. Les antidépresseurs [41] :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention. Ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une surveillance initiale étroite est nécessaire. Les effets indésirables sont notamment des insomnies, des nausées, une dysfonction sexuelle, une prise de poids. Ils ne provoquent pas de dépendance physique, même après un traitement long.

Les ISRS et IRSNA sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme.

Le risque d'abandon de traitement toutes causes confondues ou à cause d'un effet indésirable est plus faible sous ISRS et IRSNA.

Quand ils sont arrêtés brutalement, ce qui n'est pas recommandé, il peut exister un syndrome de sevrage avec vertiges, insomnies, syndrome pseudo-grippal.

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention ; la prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques :

1. L'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (recherche de sédation ou de stimulation).
2. L'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels.
3. Le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits.

En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace.

Dans le traitement des troubles anxieux il est recommandé de donner une double dose et une durée de traitement plus longue par rapport au traitement des troubles dépressifs.

a. 2. Les anxiolytiques :

Les anxiolytiques sont des traitements symptomatiques de courte durée, leur usage doit cesser dès que le symptôme a disparu, sont à éviter, sauf impossibilité, car ils ressemblent à des drogues : ils ont un effet rapide et net sur l'anxiété, mais cet effet s'épuise très vite pour poser des problèmes d'accoutumance.

L'association peut être nécessaire, en particulier pour les patients qui ne répondent pas à un seul traitement.

4.3.3. L'électro convulsivothérapie :

Elle est indiquée surtout dans les formes graves.

4.4. Prise en charge médico-sociale :

Elle peut se justifier pour des troubles anxieux graves difficiles à équilibrer, pour permettre un traitement efficace tout en assurant une continuité de scolarité ou un maintien dans une activité professionnelle.

4.5. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

(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, qui fournit des preuves scientifiques de l'énorme charge des troubles 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) [4].

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.

Partie Pratique



Matériels et méthodes



1. DESCRIPTION DE L'ETUDE :

1.1. Objectifs :

Notre travail a pour objectifs :

1. Déterminer la fréquence des différents symptômes physiques qui accompagnent les troubles anxieux et dépressifs.
2. Évaluer le délai entre l'apparition des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique, en précisant les facteurs influençant ce délai.

1.2. Le type d'étude :

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique qui a été réalisée au sein de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, un hôpital général disposant de différents services médico-chirurgicaux et de psychiatrie.

L'enquête s'est déroulée sur une période de 04 mois entre janvier et avril 2017.

2. L'ECHANTILLON DE L'ETUDE :

Notre enquête a concerné un échantillon de 202 patients ayant consulté au service de psychiatrie de cet hôpital, et chez qui les diagnostics de troubles anxieux ou dépressifs ont été posés selon les critères du DSM-5 :

- Épisode dépressif majeur (Trouble dépressif, trouble bipolaire).
- Trouble d'anxiété généralisée.
- Trouble panique.
- Troubles phobiques.

3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :

On a inclus dans l'étude :

- ✓ Les patients ayant eu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif, avec la présence des manifestations physiques.
- ✓ Les patients âgés de 18 ans et plus.

On a exclu de l'étude :

- ✓ Les troubles anxieux et dépressifs sans symptômes physiques.
- ✓ Les troubles anxieux et dépressifs avec des symptômes physiques dues à une affection médicale ou induits par des médicaments ou substances.

4. RECUEIL DES DONNEES :

Dans notre étude, nous avons utilisé un questionnaire comportant 20 items.

(Voir annexe)

Il s'organise autour de deux parties :

- ✓ Une première partie concerne des renseignements sociodémographiques et cliniques des patients, à savoir : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, et le diagnostic du trouble dépressif ou anxieux.
- ✓ Une deuxième partie comporte les renseignements concernant les symptômes physiques : apparition, intervenants déjà consultés, examens réalisés, médicaments pris, délai de consultation psychiatrique...

5. DEMARCHE DE L'ENQUETE :

Les patients, précédemment informés sur les modalités de l'étude afin de pouvoir donner leur consentement oral, ont été interrogés pendant les jours de consultation (Lundi, Mercredi, Vendredi) par moi-même dans une salle de consultation, juste après leur séance avec leur psychiatre traitant, qui a posé le diagnostic de trouble anxieux ou dépressif. La durée de l'entretien était d'environ 20 minutes.

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

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 le questionnaire :

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

Les questions en rapport avec l'enquête ne commencent qu'après la fin de la consultation et que le patient ait son ordonnance, et cela afin d'éviter toute crainte subjective de la part du patient que sa prise en charge soit altérée par son refus de participer à l'étude.

7. ANALYSE STATISTIQUE :

L'analyse statistique a été réalisée au laboratoire d'épidémiologie et de recherche clinique à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

La variable « délai de consultation » est exprimée en médiane et intervalle interquartile (IQ), vu la distribution non gaussienne de cette variable quantitative.

Les variables qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage.

La comparaison du délai de consultation entre les hommes et les femmes, entre les actifs et les inactifs, entre ceux qui ont 2 à 5 et ceux qui ont plus de 5 symptômes physiques, et entre les médecins et les non médecins, est faite à l'aide du test de Mann-Whitney.

La comparaison du délai de consultation entre les tranches d'âges et les niveaux d'instructions est réalisée à l'aide du test de Kruskal-Wallis.

Une régression linéaire simple puis multiple a été effectuée pour chercher une association entre le délai de consultation et le sexe, l'âge, le niveau d'instruction.... Le seuil de signification a été fixé à 0.2 pour l'introduction des variables indépendantes dans le modèle multivarié.

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS v23.



Résultats



1. RESULTATS DESCRIPTIFS :

1.1. Profil sociodémographique de l'échantillon :

1.1.1. Age :

L'âge moyen des patients est de 42 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 70ans. Le tableau 1 montre la répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tableau 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

| Age | Nombre | Pourcentage |
|-------|--------|-------------|
| 18-40 | 104 | 51.5 |
| 41-60 | 91 | 45 |
| >60 | 7 | 3.5 |

1.1.2. Sexe :

Les patients se répartissent en 118 femmes et 84 hommes. (Figure1)

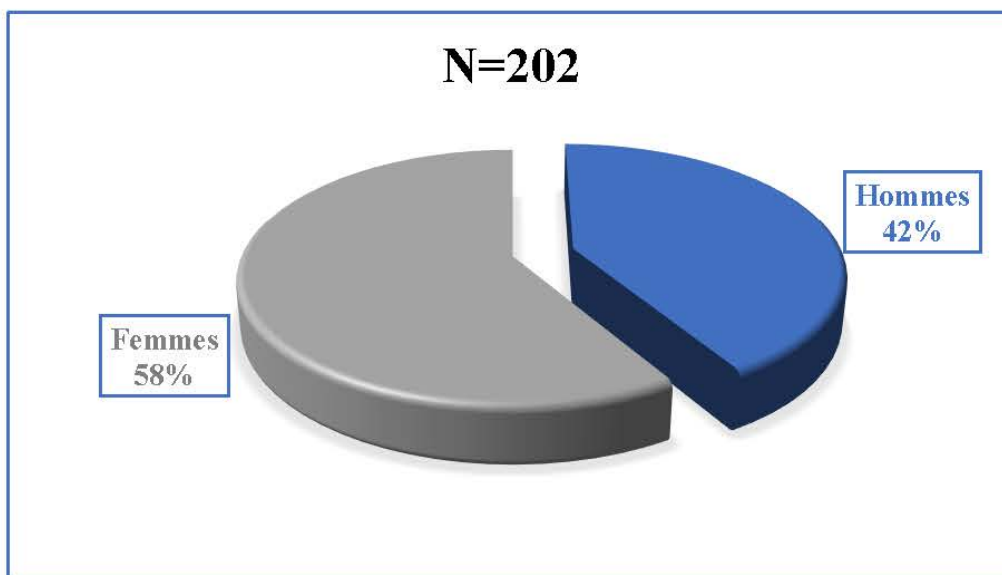


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

1.1.3. Niveau d'instruction :

Parmi la population étudiée 31% des patients ont un niveau d'instruction supérieur.
(Figure 2)

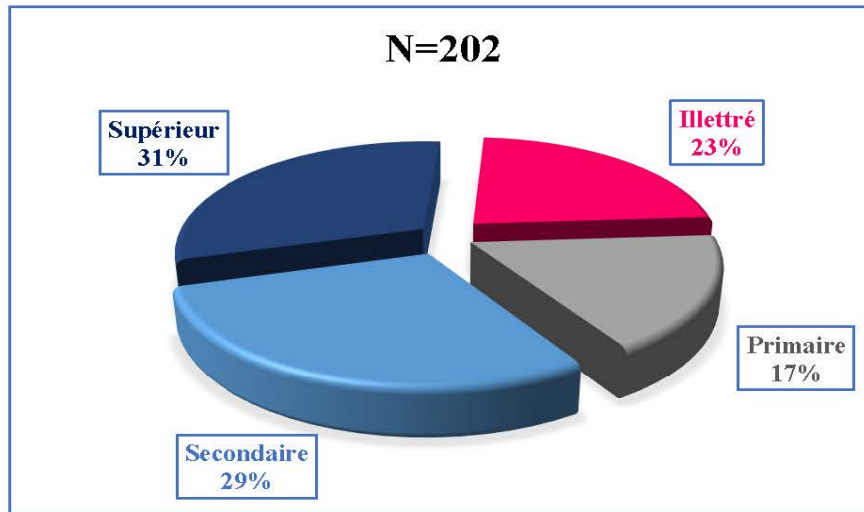


Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

1.1.4. Activité professionnelle :

Sur le plan professionnel, nous avons reparti les patients selon 2 catégories : ceux ayant une activité professionnelle (actifs) et ceux sans activité professionnelle (inactifs) au moment de l'étude. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des patients selon l'activité professionnelle.

| Activité Professionnelle | Nombre | Pourcentage |
|--------------------------|--------|-------------|
| Actif | 108 | 53,5 |
| Inactif | 94 | 46,5 |
| Total | 202 | 100,0 |

1.2. Profil clinique des patients :

1.2.1. Prévalence des troubles anxieux et dépressifs :

Dans la population étudiée, 56% des patients ont présenté un trouble dépressif (54% ont un trouble dépressif majeur et 2% ont un trouble bipolaire), alors que 72.3% des patients ont un trouble anxieux (30.2% pour le trouble panique, 27.2% pour le trouble d'anxiété généralisée et 14.9% pour les troubles phobiques). (Figure 3)

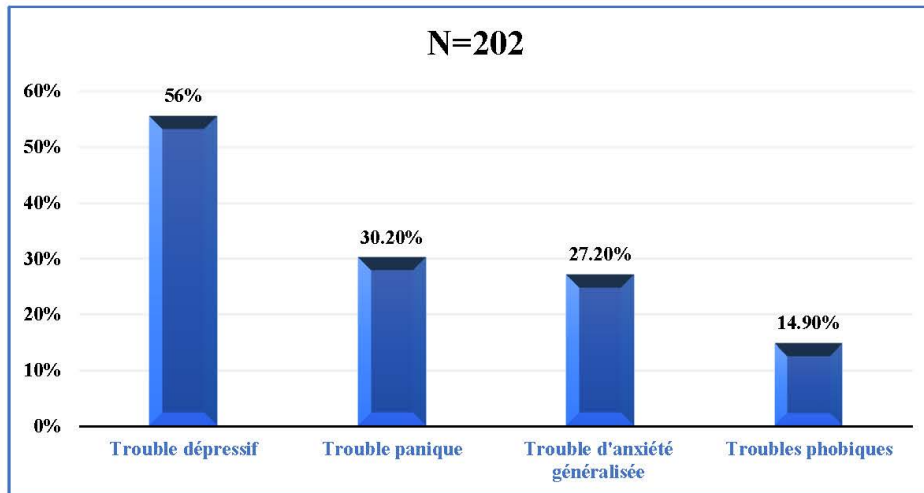


Figure 3 : Répartition des patients selon les diagnostics retenus.

On note la présence des patients ayant plus d'un diagnostic (un seul diagnostic 72.3% ; deux diagnostics 26.2% ; trois diagnostics 1.5%). (Figure 4)

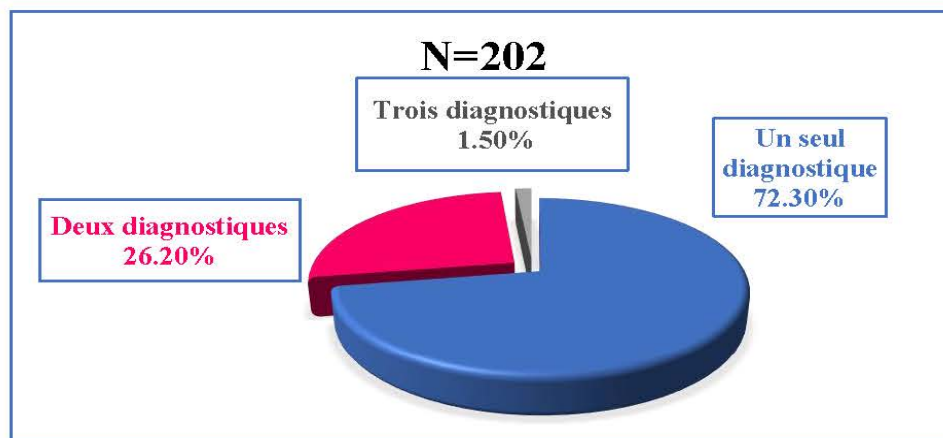


Figure 4 : Répartition des patients selon le nombre de diagnostics retenus.

1.2.2. Les antécédents personnels :

Les antécédents personnels des patients ont été répartis en 3 catégories : médicaux, chirurgicaux et psychiatriques (Figure 5).

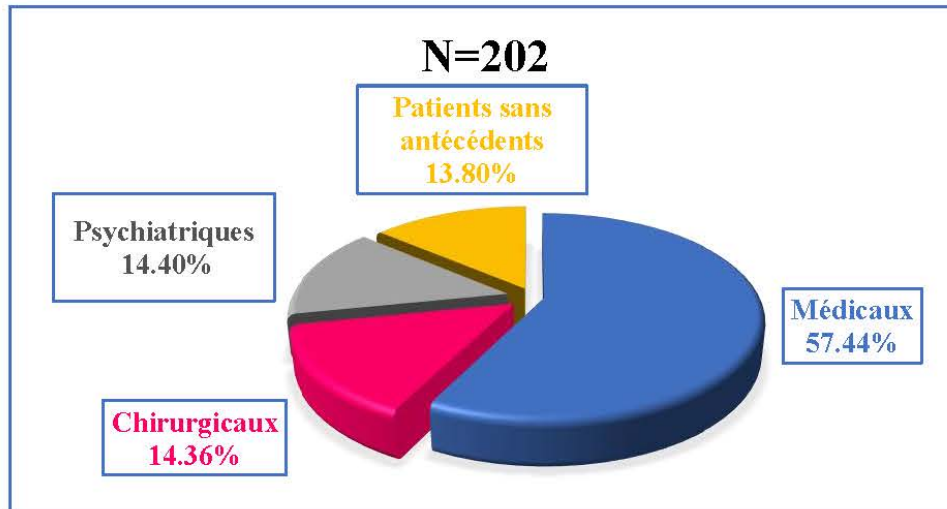


Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents personnels.

1.3. Nombre de symptômes physiques associés aux troubles anxieux et dépressifs :

Dans notre étude la fréquence des patients qui présentent 2 à 5, et plus de 5 symptômes était respectivement de 15.9%, et 39.6% dans les troubles dépressifs, de 9.5% et 62.9% dans les troubles anxieux. (Tableau 3)

Tableau 3 : Nombre de symptômes physiques associés aux troubles anxieux et dépressifs.

| Nombre de symptômes N (%) | Troubles dépressifs | Trouble panique | Trouble anxieux généralisé | Troubles Phobiques |
|------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|
| 2 à 5 | 32 (15.9%) | 8 (4%) | 9 (4.5%) | 2 (1%) |
| >5 | 80 (39.6%) | 53 (26.2%) | 46 (22.8%) | 28 (13.9%) |

1.4. Les symptômes physiques :

1.4.1. Les différents symptômes physiques de notre échantillon :

Tableau 4 : Les symptômes physiques rapportés par les patients selon les appareils.

| | |
|----------------------------|---|
| Cardiopulmonaires | Précordialgies ou oppression thoracique, étouffement, tachycardie, bradycardie, palpitations, respiration rapide, dyspnée |
| Générales | Asthénie, mains et pieds froides et humides, sécheresse buccale, trouble du sommeil, anorexie, pâleur. |
| Neurologiques | Vertige, migraine, céphalée, cervicalgie, tremblement et secousses musculaires, picotements, paresthésie, paralysie des membres supérieur ou inférieur ou de la bouche, lipothymie, clonie palpébral, facialgie, agitation. |
| Gastro-intestinales | Nausées, vomissements, fringales, gêne ou douleur abdominale, épigastralgies, diarrhée, constipation, dysphagie, dyspepsie |
| Rhumatologiques | Lombalgie, dorsalgie, arthralgie, arthrite, douleur musculaire, douleur osseuse. |
| Uro-génitales | Douleur ou pesanteur pelvienne, mastodynie, prurit ou brûlure vaginal ou vulvaire, métrorragie, pollakiurie, dysurie, aménorrhée, diminution de libido, frigidité, impuissance. |
| Dermatologiques | Prurit, urticaire, eczéma, l'acné, chute des cheveux. |
| Autres | Épistaxis, acouphènes, trouble visuel, douleur dentaire. |

1.4.2. La fréquence des symptômes physiques rapportés par les patients :

Les principaux symptômes physiques rapportés par les patients sont les symptômes cardiopulmonaires, généraux, et neurologiques. La prévalence de chaque groupe des symptômes est détaillée dans la figure 6.

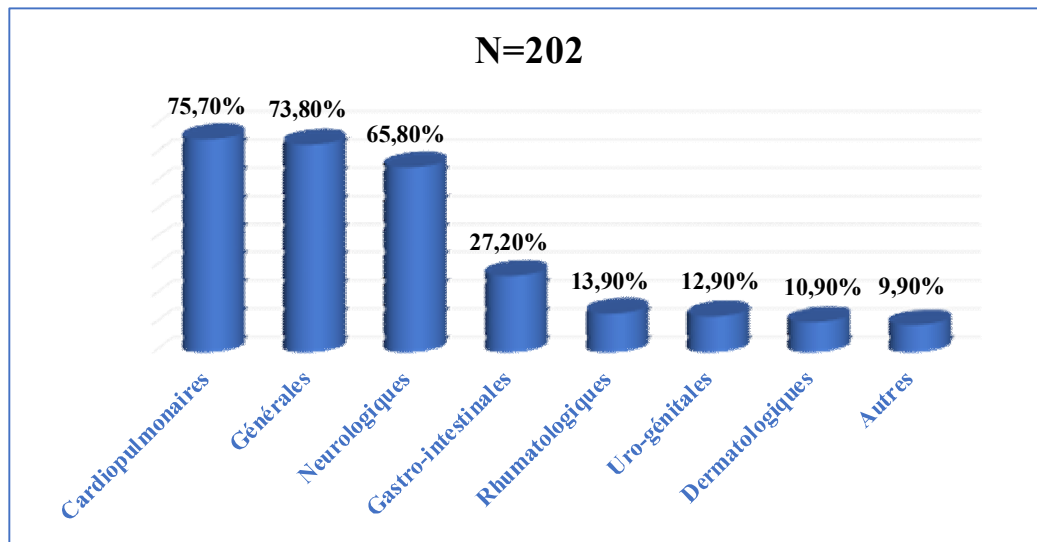


Figure 6 : Fréquence des symptômes physiques rapportés par les patients.

1.4.3. Les symptômes physiques en rapport avec chaque pathologie psychiatrique :

Tableau 5 : Fréquence des symptômes physiques en fonction du trouble psychiatrique.

| Variables | Valeurs N=202 |
|--|------------------|
| -Troubles dépressifs (n=113) | |
| *Cardiopulmonaires | 81 (74.3%) |
| *Généraux | 73 (67%) |
| *Neurologiques | 71 (65.1%) |
| *Gastro-intestinaux | 26 (23.9%) |
| *Dermatologiques | 22 (20.2%) |
| *Rhumatologiques | 17 (15.6%) |
| *Uro-génitaux | 10 (9.2%) |
| *Autres | 7 (6.4%) |
| -Trouble panique (n=61) | |
| *Cardiopulmonaires | 50 (82%) |
| *Généraux | 48 (78.7%) |
| *Neurologiques | 39 (63.9%) |
| *Gastro-intestinaux | 25 (41%) |
| *Dermatologiques | 0 |
| *Rhumatologiques | 7 (11.5%) |
| *Uro-génitaux | 14 (23%) |
| *Autres | 13 (21.3%) |
| -Trouble d'anxiété généralisée (n=55) | |
| *Cardiopulmonaires | 41 (74.5%) |
| *Généraux | 48 (87.3%) |
| *Neurologiques | 45 (81.8%) |
| *Gastro-intestinaux | 10 (18.2%) |
| *Dermatologiques | 7 (12.7%) |
| *Rhumatologiques | 8 (14.5%) |
| *Uro-génitaux | 3 (5.5%) |
| *Autres | 3 (5.5%) |
| -Troubles phobiques (n= 30) | |
| *Cardiopulmonaires | 27 (90%) |
| *Généraux | 27 (90%) |
| *Neurologiques | 14 (46.7%) |
| *Gastro-intestinaux | 13 (43.3%) |
| *Dermatologiques | 0 |
| *Rhumatologiques | 5 (16.7%) |
| *Uro-génitaux | 7 (23.3%) |
| *Autres | 6 (20%) |

1.5. L'apparition des symptômes physiques par rapport aux symptômes psychiques :(Figure 7)

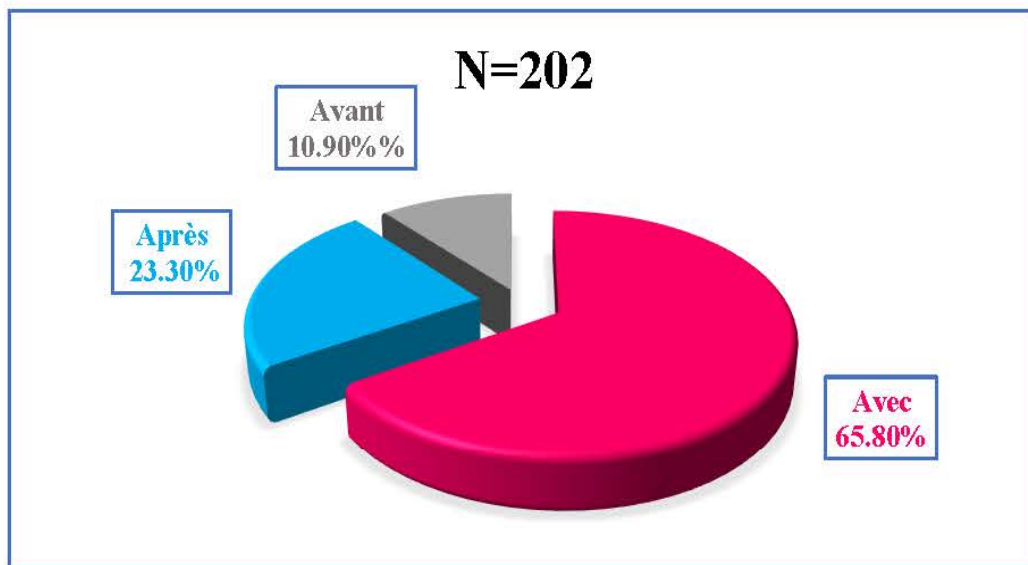


Figure 7 : L'apparition des symptômes physiques par rapport aux symptômes psychiques.

1.6. Les interventions faites :

Presque trois quarts des patients, soit 74.3% (n=150) ont consulté pour leurs symptômes physiques un ou plusieurs médecins généralistes ou spécialistes, tandis que 25.7% n'ont pas consulté (n=52). Par ailleurs, 37.1% patients (75) ont eu recours à d'autres intervenants.

1.6.1. Les médecins non psychiatres :

Dans notre étude 53% des patients ont consulté des médecins généralistes pour les symptômes physiques, et 23.8% d'entre eux ont consulté des cardiologues (figure 8).

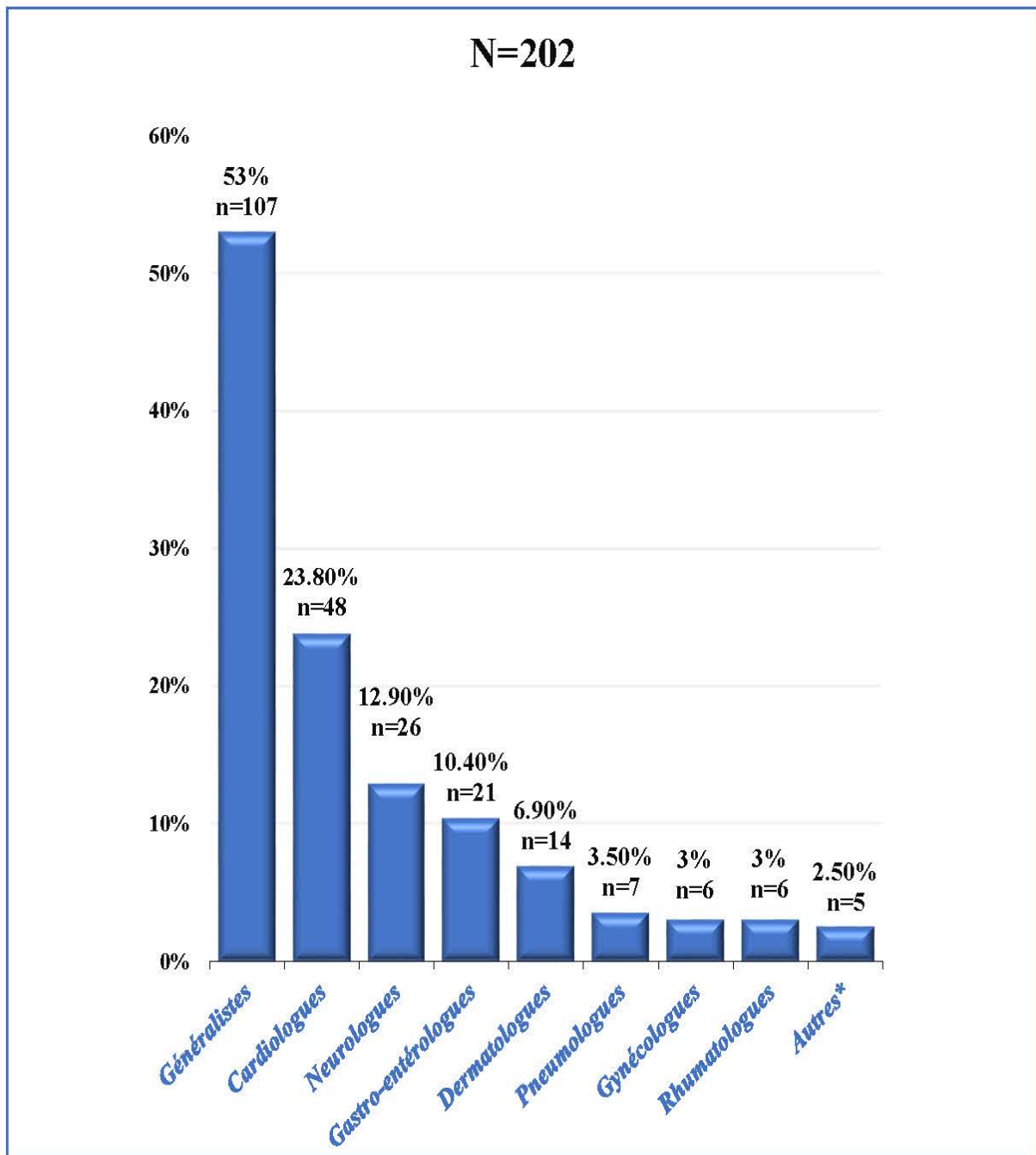


Figure 8 : Répartition des patients selon les spécialistes consultés avant la consultation psychiatrique.

*ORL, internistes, ophtalmologues...

1.6.2. Autres intervenants :

Certains patients ont eu aussi recours à d'autres intervenants : incantations coraniques, herboristes traditionnels, saints charlatans, saignées. (Figure 9)

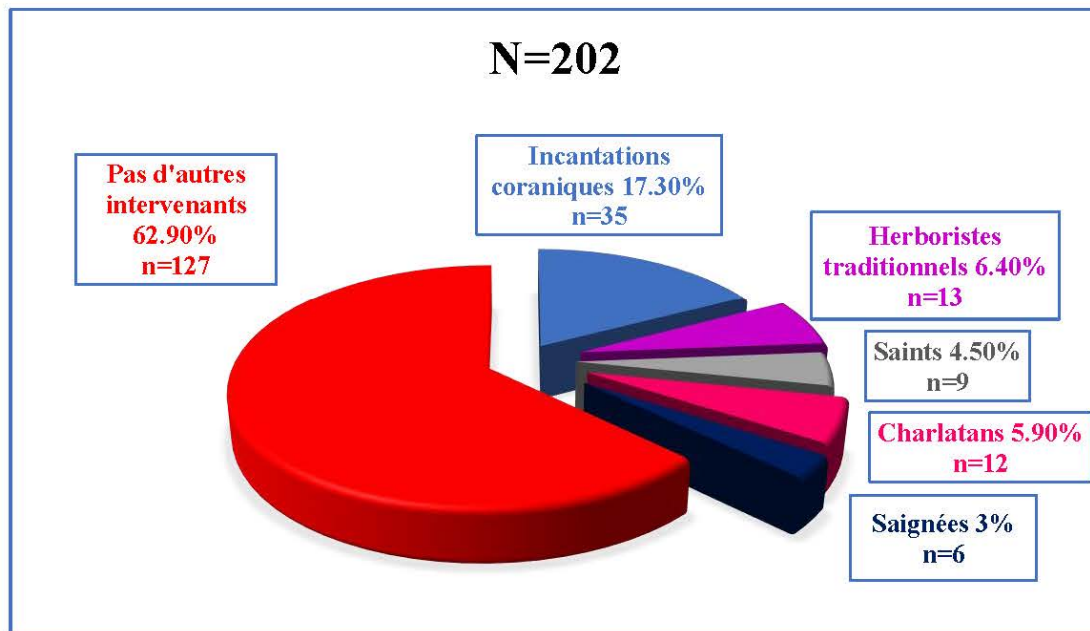


Figure 9 : Répartition des patients selon leur recours ou pas à d'autres intervenants.

1.7. Le délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique :

Tableau 6 : Répartition des patients selon le délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique.

| Troubles psychiatriques | Délai par mois |
|---------------------------------|----------------|
| - Trouble dépressif | 48 |
| - Trouble panique | 24 |
| - Trouble d'anxiété généralisée | 60 |
| - Troubles phobiques | 96 |
| - Total | 48 (24; 96) * |

* M(IQ) : médiane et intervalle interquartile.

1.8. Autres variables de notre étude :

Tableau 7 : Répartition des patients selon le nombre de consultation, les explorations et les traitements médicaux antérieurs.

| Variables | Valeurs N=202 |
|--|------------------|
| -Nombre de consultation antérieure [M(IQ)] * | 3 (1; 5) |
| -Explorations médicales antérieures (%) : | 104 (51.5%) |
| *Biologiques | 77 (38.1%) |
| *Electrophysiologiques | 72 (35.6%) |
| *Imageries médicales | 60 (29.7%) |
| -Traitement médical antérieur N (%) : | 141 (69.8%) |
| *Traitement symptomatique** | 85 (42.1%) |
| *Anxiolytiques | 51 (25.2%) |
| *Antidépresseurs | 44 (21.8%) |

* M(IQ) : médiane et intervalle interquartile.

** Antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes...

Les patients ont bénéficié de plusieurs explorations médicales, ces explorations sont détaillées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Les explorations médicales antérieures réalisées par les patients de notre échantillon.

| Examens biologiques | Examens électrophysiologiques | Examens d'imagerie médicale |
|---|--|---|
| NFS, ionogramme sanguin, prélèvement vaginal et cutané, bilan thyroïdienne, bilan hépatique... | Électrocardiogramme, électroencéphalogramme, électromyogramme... | Radiographie pulmonaire, fibroscopie œsogastroduodénale, TDM, IRM cérébral... |

2. RESULTATS ANALYTIQUES :

2.1. Facteurs influençant le délai de consultations en psychiatrie :

Tableau 9 : Comparaison du délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

| Les variables | Le délai de la consultation par mois M(IQ) | p |
|--|--|---------|
| Sexe : | | p=0.3 |
| - Femme | 48 (24 ; 108) | |
| - Homme | 6 (24 ; 72) | |
| Age : | | p<0.001 |
| - 18-40 | 24 (15.7 ; 48) | |
| - 41-60 | 84 (36 ; 120) | |
| - >60 | 48 (2 ; 60) | |
| Niveau d'instruction : | | p<0.001 |
| - Illettré | 96 (36 ; 120) | |
| - Primaire | 60 (36 ; 168) | |
| - Secondaire | 48 (24 ; 84) | |
| - Supérieur | 24 (12 ; 48) | |
| Activité professionnelle : | | p=0.016 |
| - Actif | 36 (24 ; 60) | |
| - Inactif | 48 (24 ; 120) | |
| Nombre de symptômes physiques : | | p=0.029 |
| - 2 à 5 | 36 (23 ; 63) | |
| - Plus de 5 | 48 (24 ; 108) | |
| Interventions faites : | | |
| - Médecins non psychiatres | 48 (24 ; 96) | p=0.10 |
| - Autres intervenants | 48 (24 ; 93) | p=0.8 |

L'âge, le niveau d'instruction, l'activité professionnelle et le nombre de symptômes physiques influencent le délai.

2.2. Analyse univariée et multivariée des facteurs associés au délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique :

Tableau 10 : Analyse univariée et multivariée des facteurs associés au délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique.

| Variables | Analyse univariée | | | Analyse multivariée | | |
|--------------------------------------|-------------------|------------------|--------|---------------------|------------------|---------|
| | Bêta | IC 95% | p | Bêta | IC 95% | p |
| Sexe | 0.3 | [-3.72 ; 4.34] | 0.88 | | | |
| Age : | | | | | | |
| 18-40 | 1 | | | 1 | | |
| 41-60 | 51.18 | [38.23 ; 64.11] | <0.001 | -9.5 | [-45.64 ; 26.64] | 0.6 |
| >60 | 20.91 | [-14.29 ; 56.11] | 0.24 | 33.8 | [19.08 ; 48.54] | <0.001* |
| Niveau d'instruction : | | | | | | |
| Illettré | 52.28 | [34.33 ; 70.22] | <0.001 | 28.78 | [6.72 ; 50.8] | 0.011* |
| Primaire | 54.88 | [35.4 ; 74.38] | <0.001 | 30.46 | [9.13 ; 51.8] | 0.005* |
| Secondaire | 17.22 | [0.44 ; 34] | 0.04 | 3.63 | [-12.69 ; 20] | 0.66 |
| Supérieur | 1 | | | 1 | | |
| Activité professionnelle | 24.12 | [11.04 ; 39.48] | 0.001 | 4.33 | [-10.57 ; 19.22] | 0.56 |
| Nombre de symptômes physiques | | | | | | |
| Médecins consultés | 13.8 | [-2.64 ; 30.36] | 0.10 | 10.23 | [-4 ; 0.16] | 0.15 |
| Autres intervenants | 0.432 | [-18.6 ; 19.44] | 0.96 | | | |

*significatif < à 0.05

En analyse univariée :

- Un intervalle d'âge entre 41-60 ans est associé à une augmentation du délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique (Bêta=51.18), d'une façon statistiquement significative ($p < 0.001$), et ceci par rapport à l'intervalle d'âge 18-40 ans.

- Le fait d'être illettré, augmente le délai entre le début des symptômes et la première consultation psychiatrique, par rapport à ceux ayant un niveau d'étude supérieur (Bêta=52.28). Cette association est statistiquement significative ($p < 0.001$).

-Le niveau primaire augmente le délai (Bêta=54.88) par rapport au niveau supérieur. Cette association est statistiquement significative ($p < 0.001$).

- Le niveau secondaire est associé aussi à une augmentation du délai de consultations (Bêta=17.22) par rapport au niveau supérieur et d'une façon statistiquement significative ($p = 0.04$).

- Le fait d'être inactif augmente le délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique (Bêta=24.12). L'association est statistiquement significative ($p = 0.001$).

- Le fait d'avoir plus de 5 symptômes physiques augmente le délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique (Bêta=24). La relation est statistiquement significative ($p = 0.005$).

En analyse multivariée (régression linéaire multiple) :

-En ajustant sur l'âge, le niveau d'instruction, l'activité professionnelle, les symptômes physiques et les médecins consultés, les variables qui sont statistiquement associées à une augmentation du délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique sont : l'intervalle d'âge > 60 ans (Bêta= 33.8, IC95% [19.08 ; 48.54], $p < 0.001$) par rapport à l'intervalle d'âge 18-40 ans, et le fait d'être illettré (Bêta=28.78, IC95% [6.72 ; 50.8], $p = 0.001$), et le niveau d'instruction primaire (Bêta=30.46, IC95% [9.13 ; 51.8], $p = 0.005$) par rapport au niveau supérieur, et le nombre de symptômes physiques supérieur à 5 (Bêta=13.32, IC95% [9.48 ; 25.7], $p = 0.035$).



Discussion



1. DISCUSSION DES RESULTATS :

Le retard diagnostique des troubles psychiatriques est l'un des facteurs les plus déterminants de leur pronostic. En effet, plus la durée d'évolution sans traitement de ces troubles est importante, plus leur réponse au traitement est moindre et leurs complications sont plus fréquentes. Ainsi, pouvoir diagnostiquer rapidement ces troubles constitue un gain important du point de vue pronostique. La présence de symptômes physiques au cours de l'évolution des troubles anxieux et dépressifs est très fréquente, ils représentent plus de 50% des consultations ou environ 400 millions de visites par an aux États-Unis seulement [45], et peuvent retarder le diagnostic de ces troubles. Notre étude permet d'avoir un aperçu sur les principaux symptômes physiques accompagnant les troubles anxieux et dépressifs chez les patients consultants en service de Psychiatrie de l'HMIM-V de Rabat, ainsi que le retard diagnostique qui en découle, et les différents facteurs qui l'influencent.

Notre étude indique, que chez les patients anxieux ou dépressifs avec des symptômes physiques, 56% d'entre eux ont un diagnostic de troubles dépressifs (54% de trouble dépressif majeur (TDM) et 2% pour le trouble bipolaire (TBP)), alors que 72.3% des patients ont un trouble anxieux (30.2% pour le trouble panique (TP), 27.2% pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et 14.9% pour les troubles phobiques (TPH)).

Nos résultats sont proches de l'étude d'Ella Bekhuis et Al (2015) qui ont révélé que 52.1% des patients avec des symptômes physiques ont un diagnostic de trouble dépressif et 70.3% d'entre eux ont un trouble anxieux (18.8% d'entre eux ayant un TAG, 24.7% présentent un TP et 26.8% présentent un TPH) [46].

D'autres auteurs ont rapporté des prévalences supérieures à la nôtre notamment : Simms et Kr, (2012) qui ont constaté sur un groupe de 5433 patients avec une présentation somatique, provenant de 14 pays, les prévalences suivantes : TDM74.9%, TBP 35.1%, TP 72.4%, TAG 47.3% et TPH 29.7% [47].

Etant donné que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle des patients sont des facteurs qui se sont révélés déterminants dans notre enquête, nous avons jugé nécessaire de les comparer avec les données de la littérature.

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 42 ans, ce résultat est similaire à celle de Di. Albert et G. Heim, dans une étude comparative entre deux pays la Turquie et l'Allemagne en 1994, et qui ont constaté que la Turquie avait un âge moyen de 39 ans et l'Allemagne avait un âge moyen de 40 ans [48], alors que, Kroenke et Al aux États-Unis (1997) ont rapporté un âge moyen de 45 ans [49], et Ella Bekhuis et Al (2015) ont trouvé un âge moyen de 41.6 ans [46].

Dans notre étude nous avons trouvé une légère prédominance féminine (58%). Ces caractéristiques sont similaires à celles retrouvées dans plusieurs études, Ella Bekhuis et Al en 2015 (64.9%) [46], Kroenke et Al en 1997(64%) [49], Nakao et E. Yano en 2006 en Japon (65%) [50].

Concernant le niveau d'instruction, nous avons constaté qu'il y avait un pourcentage plus élevé de patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs accompagnés de symptômes physiques qui ont de niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport aux patients ayant un faible niveau d'instruction (illettrés ou primaire). Notre résultat converge avec celui de plusieurs études : Gi. Perugi et Al en Italie (2011) [51], M. shah et Al au Pakistan (2011) [52], Von korff et Al aux États-Unis (1987) [53].

Notre étude montre que 53.5% des sujets sont actifs. Ce résultat correspond à l'étude de M. Shah et Al au Pakistan (2011) qui ont révélé que 42% des patients sont actifs [52], et à l'étude d'Ella Bekhuis et Al aux Pays-Bas (2015) qui ont constaté que 57.1% des patients ont une activité professionnelle [46], par contre l'étude de Nakao et E. Yano au Japon (2006) ont trouvé une valeur élevée (83%) [50]. Cela peut s'expliquer par le taux général de la population active dans ces pays, qui se reflète aussi dans la population de consultants.

Nous avons constaté que les symptômes cardiopulmonaires sont fréquemment observés (75.7%), ceci est similaire aux résultats d'autres études. (Tableau 11)

Tableau 11 : Comparaison des échantillons des enquêtes selon la nature des symptômes physiques.

| Auteur | Pays | Année | Fréquence des symptômes cardiopulmonaires |
|---------------------------|--------------|--------------|--|
| Nakao et Yano [50] | Japon | 2002 | 70% |
| Albert et Gh [48] | Turquie | 1994 | 76.5% |
| Albert et Gh [48] | Allemagne | 1994 | 84.3% |
| Gerber et Al [54] | Angleterre | 1992 | 62.3% |
| Notre étude | Maroc | 2017 | 75.7% |

La majorité des patients de notre enquête présentent plus de 5 symptômes dans les troubles dépressifs et anxieux. Ceci a été également décrit dans plusieurs études listées dans le tableau 12.

Tableau 12 : Tableau comparant les pourcentages de patients atteints de troubles anxieux et dépressifs, présentant plus de cinq symptômes physiques dans différentes études.

| Auteur | Pays | Année | Troubles dépressifs | Troubles anxieux |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Simon et Mv [55] | États-Unis | 1991 | 14.5% | 55.6% |
| Kroenke et Al [45] | États-Unis | 1994 | 30% | 44% |
| Kroenke et Al [49] | Inde | 1997 | 48% | 60% |
| Kurt Kroenke [56] | États-Unis | 2003 | 42% | 26% |
| Nakao et Yano [50] | Japon | 2003 | 27.8% | 44.4% |
| Haug et al [57] | Norvège | 2004 | 54.8% | 53.7% |
| Perugi et Al [51] | Italie | 2011 | 51.8% | 55.4% |
| Notre étude | Maroc | 2017 | 39.6% | 62.9% |

Dans une étude faite sur les voies prises par 1554 patients anxieux ou dépressifs dans 11 pays, Gater et Al (1991) a montré qu'au Mexique 54% des patients ont consulté les médecins généralistes pour leurs symptômes physiques, 66% en Angleterre et Cuba, 81% en Espagne et au Portugal, 71% au Yémen, 24% au Pakistan, 29% en Inde, 18% en Indonésie et 6% à Kenya [58].

Amadeo et Al en Italie (2001) ont noté que 44% des patients ont consulté un médecin de soins de santé primaire pour leurs symptômes physiques [59].

PS. Wanget Al en 2004 ont révélé que 46.1% des Américains anxieux ou dépressifs avec une présentation somatique ont consulté un médecin de famille [60].

En 2014, Xuemei Li et Al lors d'une étude longitudinale faite sur un échantillon de 203 patients anxieux et dépressifs avec une présentation somatique portant sur les voies de recherche d'aide et de traitement, ont conclu que 7.1% des Chinois ont consulté les médecins généralistes [61].

Les chiffres varient selon les systèmes de santé du pays. Par exemple, au Royaume-Uni, tous les patients ayant un trouble anxieux ou dépressif, ont consulté d'abord leur médecin généraliste [59-62], alors que dans les pays d'Europe de l'Est, environ un tiers ont accédé directement au psychiatre [63].

Quant à nous, nous avons trouvé que 53% des consultants de notre échantillon ont visité un médecin généraliste avant la consultation psychiatrique.

Dans notre étude, 37.1% des patients ont recours à d'autres voies de traitement hors du domaine médical (charlatans, saints, herboristes...).

Gater et Al ont montré que 58% en Indonésie ont consulté les guérisseurs indigènes ou religieux, 61% en Inde, 66% des patients au Yémen, 72% au Pakistan [58].

PS. Wang et Al ont noté ainsi que 34.1% des Américains consultent les professionnels religieux [60].

Kunihiko Asai, a trouvé que juste 2% des sujets japonais anxieux ou dépressifs consultent les guérisseurs pour leurs symptômes [64].

Ces données reflètent clairement que le recours aux autres intervenants non médecins, est liée à la culture et au niveau socio-économique de chaque pays.

Une étude australienne rapporte que les patients ayant des problèmes de santé mentale ont souvent effectué en moyenne trois consultations avant le premier contact avec les services de santé mentale [65]. Par contre Margot et Al en Hollande (2008) ont trouvé une moyenne de sept consultations [66], et W. Rief et Al en Allemagne (2005) ont révélé une moyenne de douze consultations sur un échantillon de 2507 patients [67].

Quant à nous, cette moyenne est de 3 consultations.

Dans notre étude, les examens complémentaires sont moins demandés pour l'exploration des symptômes physiques par rapport aux pays listés dans le tableau 13.

Tableau 13 : Tableau comparant les pourcentages des patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs qui ont bénéficié d'explorations médicales antérieures selon différentes études.

| Auteur | Pays | Biologies | Imageries | Electrophysiologies |
|-----------------------------|--------------|------------------|------------------|----------------------------|
| G. Perugi et Al [51] | Italie | 41.9% | 43% | 42.7% |
| PS. Wang et Al [60] | USA | 43.4% | 47.6% | 84% |
| Notre étude | Maroc | 38.1% | 29.7% | 35.6% |

Les médicaments symptomatiques sont les traitements les plus prescrits en première intention pour les patients de notre étude (42.1%). Ce constat est similaire aux résultats d'autres études, notamment : Gater et Al qui ont noté que 55% des patients anxieux ou dépressifs ont reçu des antalgiques et des anti-inflammatoires, comme traitement pour les symptômes physiques en Indonésie, 56% en Inde, 36% au Mexique [58], de même que Amadeo et Al en Italie ont trouvé le pourcentage de 36% [59], alors que Margot et Al ont trouvé en Hollande le pourcentage de 82% [66].

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que le patient n'ose pas toujours parler de ses angoisses et sa tristesse, les considérant comme un signe de faiblesse. Il a honte et peur de ne pas être pris au sérieux, ou pire, d'être considéré comme "fou". Ce sont ces idées qui font qu'une personne concernée ne parle pas de son trouble, ou qu'elle le cache derrière ses symptômes physiques qui sont mieux acceptés sur le plan social, ce qui rend difficile le

diagnostique des troubles anxieux et dépressifs et leur prise en charge. Le médecin quant à lui, ne pose pas systématiquement toutes les questions qui permettraient de mettre en évidence ces troubles [46, 47,68].

Dans notre étude, le retard dans le recours à une consultation psychiatrique pour les troubles anxieux était plus long que dans le cas des troubles dépressifs. Le retard était de 4ans pour les troubles dépressifs et de 15ans pour les troubles anxieux.

Dans la littérature, ce retard est variable d'une étude à l'autre, pouvant aller à 14ans pour le trouble dépressif, et de 9 à 30ans pour le trouble anxieux. (Tableau 14)

Tableau 14 : Le délai entre le début des troubles dépressifs et anxieux et la première consultation psychiatrique.

| Auteur | Pays | Année | Délai (ans) | |
|------------------------------|--------------|-------------|---------------------|------------------|
| | | | Troubles dépressifs | Troubles anxieux |
| S. Wang et Al [69] | États-Unis | 2005 | 6 | 9 |
| B. Anke et Al [70] | Belgique | 2007 | 1 | 16 |
| J. Maria et Al [71] | Nigeria | 2007 | 6 | 16 |
| S. Aguilar et Al [71] | Espagne | 2007 | 1 | 17 |
| S. Lee et Al [72] | Chine | 2007 | 1 | 21 |
| G. Borges et Al [73] | Mexique | 2007 | 14 | 30 |
| E. Karam et Al [74] | Liban | 2008 | 6 | 28 |
| Green et Al [75] | Australie | 2012 | 4 | 29 |
| Margreet et Al [76] | Pays-Bas | 2013 | 0 | 19 |
| Notre étude | Maroc | 2017 | 4 | 15 |

Le retard est moins important pour les troubles dépressifs que pour les troubles anxieux, cela peut être le résultat de dépistage de masse dans le grand public, ainsi que d'une amélioration de la reconnaissance et du traitement de la dépression dans les soins primaires dans certains pays [77,78]. Les pensées et les comportements suicidaires peuvent aussi raccourcir les délais, car le risque suicidaire alerte rapidement les professionnels de santé et les autres intervenants sur la nécessité de recourir à un spécialiste.

Nous avons constaté que le premier contact avec un médecin psychiatre se fait plus rapidement chez les patients qui ont un trouble panique (24 mois), que pour les autres types de troubles anxieux (60 mois pour le trouble de l'anxiété généralisé et 96 mois pour les troubles phobiques). Ce résultat, converge avec l'étude de S. Wang et Al [69].

Les symptômes physiques proéminents peuvent expliquer le fait que le contact avec le psychiatre est plus fréquent et plus rapide pour le trouble panique et les troubles dépressifs [79,80].

Le retard plus long pour les autres troubles anxieux peut être dus d'une part, à leur âge d'apparition précoce (c'est l'exemple des phobies). Des recherches antérieures ont révélé que les troubles d'apparition précoce étaient associés à des probabilités plus faibles de consultation initiale, car les mineurs dépendent de l'aide d'adultes pour obtenir un traitement [81,82]. D'autre part, à la peur des prestataires ou des traitements impliquant des interactions sociales (par exemple, les salles d'attente) [83, 84,85].

Nous avons objectivé une relation statistiquement non significative entre le sexe et le délai de diagnostique dans notre étude. Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs chercheurs notamment S. Wang et Al [69], S. Lee et Al [72], G. Borges et Al [73], M. Have et Al [76], Ricky Cheung et Al [86].

Nous avons constaté que le retard diagnostique est long dans la cohorte des sujets âgés (> 60ans), avec une association statistiquement significative ($p < 0.001$). Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont moins d'informations en matière de soins de santé mentale, qu'ils sont moins exposés aux campagnes publicitaires et aux programmes d'éducation. Une autre possibilité est que les sujets âgés croient que leurs symptômes somatiques sont liés à leur âge avancé. De plus, les troubles anxieux et dépressifs chez les

sujets âgés peuvent être associés à des maladies organiques qui rendent le tableau psychiatrique moins évident pour les médecins non psychiatres. Ce résultat, est en parfaite concordance avec les données de la littérature notamment : Margreet et Al [76], Olfson M. et Al [87], Wang et Al [71].

Les personnes avec un niveau d'instruction supérieur avaient un délai plus court de consultation. Cette constatation est conforme aux résultats du Margreet et Al [76], et du Wang et Al [71].

Les patients atteints de plus de 5 symptômes ont le délai le plus long de consultation. L'association est statistiquement significative. Le même constat a été objectivé par Ricky Cheung et Al en 2014 [86].

À la lumière de notre étude et de cette revue de littérature, il semble intéressant de mener des recherches plus approfondies, sur les facteurs spécifiques qui mènent au retard diagnostique chez ces patients. Cela permettra de mener des actions dirigées vers les professionnels et le grand public, afin d'améliorer cette situation qui serait à l'origine de multiples complications.

2. SUGGESTIONS POUR REDUIRE LE RETARD

DIAGNOSTIQUE :

Les obstacles au diagnostic, et à la prise en charge des pathologies psychiatriques accompagnées des symptômes physiques sont énormes :

D'abord, il faut que le malade prenne conscience de son état pathologique, et surmonte les préjugés qui entourent encore tout ce qui touche à la maladie mentale, pour aller frapper à la bonne porte, celle du médecin, et surtout du médecin psychiatre.

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 pour une bonne prise en charge.

L'information dispensée au patient doit être éclairée, complète, compréhensible et accessible. Elle concerne la pathologie en cause, les traitements disponibles, les objectifs, les bénéfices et les effets secondaires des médicaments prescrits. Le médecin doit favoriser une attitude active du patient vis-à-vis de son traitement. Un patient comprenant la nature de sa maladie et connaissant les risques évolutifs aura une meilleure observance thérapeutique.

Selon les résultats de notre enquête, 53% des patients ont consulté les médecins généralistes pour leurs troubles. Il semble donc que toute stratégie de diagnostic et de prise en charge des symptômes physiques des troubles anxieux et dépressifs, doit s'articuler d'abord autour du médecin généraliste, en se basant par exemple sur des programmes de formation continue. Des campagnes d'information auprès de la population générale peuvent aussi être envisagées, notamment en profitant du développement des réseaux sociaux et des médias en général. Les patients consultant dans les structures des premiers soins, doivent aussi être ciblés par ces mesures de sensibilisation.

3. LES LIMITES DE L'ETUDE :

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail de thèse :

Notre étude est transversale portant sur le recueil des informations lors d'un entretien psychiatrique selon un questionnaire conçu à cet effet, cela nous a exposé à plusieurs biais en matière de recueil d'informations, et de nombreuses difficultés ont été rencontrées à cause de l'insuffisance de renseignements sur les malades. Des efforts ont été faits pour aider les répondants à se rappeler du délai exact entre l'apparition des symptômes physiques et la première consultation psychiatrique, du nombre de consultation et des examens antérieurs, et des traitements reçus.

Par ailleurs, la taille réduite de l'échantillon pourrait aussi être considérée comme une limite de notre étude.

Enfin, le manque de statistiques et de travaux dans notre pays sur ce sujet, rend difficile la comparaison des résultats de notre étude avec des données nationales, sur une population similaire au nôtre, particulièrement prise en charge au sein d'un hôpital général multidisciplinaire où il y a une collaboration étroite entre les différents spécialistes somaticiens et psychiatres.



Conclusion



Les troubles dépressifs et anxieux présentent plusieurs défis aux praticiens. Leur diagnostic et leur prise en charge rapides sont une condition première pour pouvoir les gérer et réduire les risques qu'ils peuvent engendrer. Parmi les difficultés qui peuvent avoir un impact négatif sur le cours évolutif de ces troubles, la présence de symptômes physiques qui peuvent inaugurer, accompagner ou compliquer le tableau clinique. Ces symptômes, de part leur intensité et fréquence, peuvent faire ignorer le trouble psychiatrique et retarder sa prise en charge.

À la lumière des résultats obtenus par notre étude, ainsi que celles de la littérature, nous avons confirmé la fréquence des symptômes physiques qui accompagnent les troubles anxieux et dépressifs, ainsi que le retard qui en résulte. Ce constat doit constituer un sujet de préoccupation pour les praticiens, qui doivent porter une attention particulière à ce problème. Il semble que toute stratégie de diagnostic et de prise en charge des symptômes physiques des troubles anxieux et dépressifs, doit s'adresser d'abord aux médecins généralistes et autres spécialistes à travers des programmes de formation continue, ainsi que des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population générale et des patients consultant dans les structures des premiers soins.



Résumés



RESUME

Titre: les manifestations somatiques des troubles anxieux et dépressifs: fréquence et conséquences.

Auteur: Asmae FAKIR

Les mots clés: troubles anxieux-troubles dépressifs-symptômes physiques-retard diagnostique.

Les symptômes physiques associés aux troubles anxieux et dépressifs sont assez fréquents, et ont fait l'objet de plusieurs études. Le but de notre étude est de préciser la fréquence des principaux symptômes physiques des troubles anxieux (trouble panique, trouble anxieux généralisé, troubles phobiques), et dépressifs (trouble dépressif majeur et trouble bipolaire), ainsi que le retard diagnostique qui en découle, et les différents facteurs qui l'influencent.

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique qui a été réalisée au sein de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, sur un échantillon de 202 consultants. L'enquête s'est déroulée sur une période de 04 mois entre janvier et avril 2017.

À la lumière de nos résultats, nous avons constaté que les symptômes physiques sont très fréquents dans les troubles anxieux et dépressifs. Les symptômes liés au système cardiopulmonaire, neurologique et les symptômes généraux, sont fréquemment observés dans ces troubles. La fréquence des patients atteints de 2 à 5, et plus de 5 symptômes était respectivement de 15.9% et 39.6% dans les troubles dépressifs, et de 9.5% et 62.9% dans les troubles anxieux. Par ailleurs, le retard diagnostique était plus important dans les troubles anxieux (15ans) que les troubles dépressifs (4ans). L'âge avancé (Bêta=33.8, IC95%=[19.08;48.54], $p<0.001$), le bas niveau d'instruction (Illettré: Bêta=28.78, IC95%=[6.72;50.8], $p=0.011$;primaire: Bêta=30.46, IC95%=[9.13;51.8], $p=0.005$),et la présence de plusieurs symptômes physiques (Bêta=13.32, IC95%=[9.48;25.7], $p=0.035$) sont les facteurs qui augmentent le délai entre l'apparition des symptômes et la première consultation psychiatrique.

Les symptômes physiques qui accompagnent les troubles anxieux et dépressifs, peuvent donc aggraver leur pronostic et rendre difficile leur prise en charge. Un dépistage précoce de ces troubles en portant une attention particulière aux symptômes physiques, permettra de prévenir ces complications.

ABSTRACT

Title: The physical symptoms of depressive and anxious disorders: frequency and consequence.

Author: Asmae FAKIR

Keywords: anxious disorders, depressive disorders, physical symptoms, diagnostic delay.

The physical symptoms associated with anxious and depressive disorders are frequent, have been the object of several studies. The purpose of our study is to determine the frequency of the main physical symptoms of anxious disorders (panic disorder, generalized anxiety disorder, phobic disorders), and depressive disorders (major depressive disorder and bipolar depressive episode), as well as the resulting diagnosis delay, and the various factors that which influence it.

We conducted a cross-sectional, descriptive and analytical study, in the Military Instruction Mohamed V Hospital on a sample of 202 consultants, during four months period between January and April 2017.

In the light of our results, we noted that physical symptoms are very frequent in anxious and depressive disorders. Cardiopulmonary, neurological and general symptoms, are frequently observed in these disorders. The frequency of patients with 2 to 5, and more than 5 symptoms were respectively of 15.9% and 39.6% in depressive disorders, and of 9.5% and 62.9% in anxious disorders. The diagnosis delay was longer in anxious disorders (15 years) than depressive disorders (4 years). Older age (Beta=33.8, 95% CI= [19.08 ; 48.54], $p < 0.001$), lower educational level (Illiterate: Beta= 28.78, 95% CI= [6.72 ; 50.8], $p = 0.011$; primary: Beta= 30.46, 95% CI= [9.13 ; 51.8], $p = 0.005$), and the presence of a high number of physical symptoms (Beta= 13.32, 95% CI= [9.48 ; 25.7], $p = 0.035$) increase the delay between the symptoms appearance and the first psychiatric consultation.

The physical symptoms in anxious and depressive disorders, may aggravate their prognosis and make difficult their treatment. Early detection of these disorders with special attention to physical symptoms will prevent these complications.

المخلص

العنوان: الأعراض الجسمية للاضطرابات القلقية و الإكتئابية: التردد والنتائج.

المؤلفة: أسماء فقير

الكلمات الأساسية: الاضطرابات القلقية- الاضطرابات الإكتئابية- الأعراض الجسمية- التشخيص المتأخر.

اهتمت عدة دراسات بالأعراض الجسمية المصاحبة للاضطرابات القلقية و الإكتئابية نظرا لانتشارها. تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار أهم الأعراض الجسمية للاضطرابات القلقية (الاضطراب الهلعي و اضطراب القلق المعمم و الاضطرابات الرُّهابية) و الإكتئابية (اضطراب الاكتئاب الرئيسي و الحلقة الإكتئابية ثنائية القطب)، وكذلك التشخيص المتأخر الناتج عنها و مختلف العوامل التي تؤثر عليه.

لقد أنجزنا دراسة مستعرضة بهدف وصفي و تحليلي بالمستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس على عينة من 202 مريض تقدم للعيادة الطبية النفسية، و لقد استغرقت الدراسة 4 أشهر من يناير 2017 إلى أبريل من نفس السنة.

اتضح على ضوء نتائجنا أن الأعراض الجسمية شائعة جدا في الاضطرابات القلقية و الإكتئابية، و قد لاحظنا أن غالبية الأعراض في هذه الاضطرابات هي أعراض قلبية رئوية، أعراض عصبية و أعراض عامة. و كان تردد الأعراض من 2 إلى 5، و أكثر من 5 أعراض لدى 15.9% و 39.6% على التوالي في الاضطرابات الإكتئابية، و 9.5%، 62.9% في الاضطرابات القلقية. من جهة أخرى، يطول التأخر في تشخيص الاضطرابات القلقية (15 سنة) أكثر من الاضطرابات الإكتئابية (4 سنوات). و تؤثر على الأجل بين ظهور الأعراض الجسمية و أول استشارة نفسية عدة عوامل، هي السن المتقدمة، و المستوى التعليمي المنخفض و وجود أعراض جسمية متعددة.

قد تفاقم الأعراض الجسمية المصاحبة مآل الاضطرابات القلقية و الإكتئابية و قد تصعب من تدبير علاجها. بينما يمكن الكشف المبكر لهذه الاضطرابات مع إيلاء اهتمام خاص لهذه الأعراض الجسمية من الوقاية من مضاعفاتها.



Annexe



Renseignements concernant le patient

Sexe: Homme Femme

Age:

Niveau d'instruction:

Sans

Primaire

Secondaire

Supérieur

Activité professionnelle: Actif Inactif

Antécédents médico-chirurgicaux : Oui Non

- 1.
- 2.
- 3.

Antécédents psychiatriques: Oui Non

- 1.
- 2.
- 3.

Diagnostic psychiatrique :

Episode dépressif majeur (Trouble dépressif majeur, trouble bipolaire)

Trouble d'anxiété généralisée

Trouble panique

Trouble phobique

Renseignements concernant les symptômes physiques

Présence de symptômes physiques : Oui Non

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Apparition des symptômes physiques par rapport aux symptômes psychiques :

Avant Avec Après

Les interventions faites :

Oui Non

1. Généraliste
2. Spécialiste:

Gastrologue Cardiologue Neurologue

Gynécologue Rhumatologue

Traumatologue Pneumologue Orl

Ophtalmologue Dermatologue

3. Autres intervenants :

Saints
Incantations coraniques
Charlatans
Herboristes traditionnels
Saignées

Nombre de consultations faites : { }

Explorations médicales déjà effectuées en rapport avec le symptôme physique :

Oui

Non

- 1. Bilogiques
- 2. Radiologiques
- 3. Electrophysiologiques

Médicaments prescrits :

Oui

Non

- 1. Traitements symptomatiques
- 2. Anxiolytiques
- 3. Antidépresseurs
- 4. Antipsychotiques

**Délai entre le début des symptômes physiques et la première consultation
psychiatrique :**



Références



- [1] **Webmd.com, Mayo Clinic.**
Anxiety.
- [2] **American Psychiatric Association.**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: APA Press; 2013.
- [3] **Passeportsanté.net**
La dépression : dépression chronique ou déprime ?
- [4] **Organisation mondiale de la santé**
Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001.
- [5] **BOARDMAN J., HENSHAW C., WILLMOTT S.**
Needs for mental health treatment among general practice attenders. Br J Psychiatry, 2004 Oct; 185:318-27.
- [6] **WEISBERG RB, DYCK I., CULPEPPER L., KELLER MB.**
Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care provider and psychiatrists. Am J Psychiatry. 2007 Feb; 164(2):276-82.
- [7] **[PULL C., PULL M.C.**
Preface. J'ai peur. Editions Saint Paul, Luxembourg. 2008, p.10-11.
- [8] **REGIER D.A., RAE D.S., et al.**
Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J Psychiatry Suppl. 1998. ; 34 : 24-28.
- [9] **Carrefour-conseil :** <http://www.cegep-ste-foy.qc.ca/freesite/index.php?id=33143>.
- [10] **William Coryell, MD, George Winokur Professor of Psychiatry.**
Troubles dépressifs. Carver College of Medicine at University of Iowa.

- [11] **Webmd.com, Mayo Clinic.**
Symptômes physiques des troubles anxieux.
- [12] **Nader Haftgoli, Bernard Favrat, François Verdon, Paul Vaucher, Thomas Bischoff, Bernard Burnand and Lilli Herzig.**
Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. BMC Family Practice 2010 11:67.
- [13] **Alan J. Gelenberg, MD.**
Psychiatric and somatic markers of anxiety: identification and pharmacologic treatment. Prime Care Companion J Clin Psychiatry. 2000 Apr; 2(2):49-54.
- [14] **André Tylee, and Paul Gandhi.**
The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Prime Care Companion J Clin Psychiatry. 2005; 7(4):167-176.
- [15] **Hans-Peter Kapfhammer.**
Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci. 2006 Jun ; 8(2) : 227–239.
- [16] **Pascal Couderc.**
Symptomes de la dépression.
- [17] **Philippe-jean PARQUET, psychiatre.**
Itinéraires des déprimés : Réflexion sur leurs trajectoires en France.
- [18] **Katja Maglon-Bingenheimer, David Magalon, Xavier Zendjidjian, Laurent Boyer, YgalGriguer, Christophe Lançon.**
Dépression en médecine générale. Presse Med. 2013 ; 42 : 419

- [19] **Institut Montaigne.**
Prévention des maladies psychiatriques : Pour en finir avec le retard français.
- [20] **Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K.**
Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004 Aug;61(8):807-16.
- [21] **A. Tom Horvath, Abpp, Kaushik Misra, Amy K. Eener, and Galen Morgan Cooper.**
Addiction with Depression, and Anxiety. MAR 15, 2016.
- [22] **ALM, Melmoudden.**
Un marocain sur quatre touché par la dépression.
- [23] **University of Ottawa Heart Institute.**
Stress, anxiety and depression. 2017.
- [24] **Jason Lee, Slate.fr**
La dépression augmente le risque de crise cardiaque de 40%.
- [25] **Annelieke M. Roest, Elisabeth J. Martens, Peter de Jonge, and Johan Denollet.**
Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis Journal of American College of Cardiology. 2010, 56 : 38-46.
- [26] **Marion Lagneau.**
Digestion difficile : quels sont les effets de la dépression.
- [27] **Philip Gorwood.**
Dépression à répétition : quels effets sur le cerveau. Presse inserm. Oct. 2014.

- [28] **David Bême.**
Asthme et anxiété. ERS - Avril 2017.
- [29] **Emilie Cailleau.**
La peur de perdre son travail augmente le risque d'être asthmatique. Sept 2014.
- [30] **SCL Gough.**
Diabetes and schizophrenia, Pract Diab Intjan-feb 2005 vol 22 no 1.
- [31] **Stephane Richard Dervantoy, Annelise Galloyer Fortier.**
Schizophrénie et diabète. Santé mentale 157 avril 2011.
- [32] **Knol MJ et coll.**
Diabetologia 2006 ; 49 :837.
- [33] **Timonen M et coll.**
Psychosom Med 2007 ; 69 : 723 -9.- Gary TL et coll. Diabetes care 2000 ;23 :23.
- [34] **Lustman PJ.**
Anxiety disorders in adults with IDDM. PsychiatClin North Am, 1988, 11: 419-432.
- [35] **Popkin MK, Callies AL, Lentz RD.**
Prevalence of Major Depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. Arch Gen Psychiatry 1988;45: 64-68.
- [36] **Friedman S, Vila G, Timsit J, Boitard C, Mouren-Siméoni MC.**
Anxiety and depressive disorders in IDDM adult population: relationships with glycaemic control and somatic complications. Eu Psychiatry 1998, 13: 295-302.
- [37] **Mika kivimaki, PhD.**
Depression, anxiety linked to weight gain. The University College London 2009.

[38] T.M. Gadalla, PhD.

Association de l'obésité avec les troubles de l'humeur et les troubles anxieux chez l'ensemble de la population adulte. Faculté de service social Factor-Inwentash de l'Université de Toronto 2009.

[39] Blaine B.

Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. HealthPsychol. 2008 Nov ;13(8) :1190-7.

[40] Lindsay Holmes. Le HuffPost.

Santé : l'anxiété peut avoir de graves conséquences, 10/2016.

[41] Haute autorité de la santé – 2007

Guide pratique GUIDE D'AFFECTION DE LONG DUREE, Affection psychiatriques de longue durée : trouble anxieux graves.

[42] Amin 2009

Bilan somatique du patient dit « PSYCHIATRIQUE ».

[43] F-Z. Sekkat, J-E. Ktiouet

Les psychotropes : pour une meilleure prescription des anxiolytiques et des hypnotiques.

[44] A. Belkacem, F. El Omari, J.E. Khadri, M. Paes, J.E. Ktiouet

Profil de prescription des psychotropes dans un organisme de sécurité sociale marocain.

[45] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.

Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med. 1994;3: 774–9.

- [46] **Ella Bekhuis, Lynn Boschloo, Judith G. M. Rosmalen, Robert A. Schoevers.**
Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, February 2015.
- [47] **L. J. Simms, J. J. Prisciandaro, R. F. Krueger, and D. P. Goldberg**
The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychol Med*. 2012 Jan; 42(1): 15–28.
- [48] **Diefenbacher. A, Heim. G**
Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*: November-December 1994 - Volume 56 - Issue 6 - ppg 551-556.
- [49] **Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J.**
Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *Am J Med*. 1997 Nov; 103(5):339-47.
- [50] **Nakao M, Yano E.**
Somatic symptoms for predicting depression: one-year follow-up study in annual health examinations. *Psychiatry ClinNeurosci*. 2006 Apr;60(2):219-25.
- [51] **Perugi G, Canonico PL, Carbonato P, Mencacci C, Muscettola G, Pani L, Torta R, Vampini C, Fornaro M, Parazzini F, Dumitriu A.**
Unexplained somatic symptoms during major depression: prevalence and clinical impact in a national sample of Italian psychiatric outpatients. *Psychopathology*. 2011;44(2):116-24. doi: 10.1159/000319848. Epub 2011 Jan 12.
- [52] **Mubashar Shah, Wahid Bukhsh Sajid, DrFazailaSabih, Muhammad Shoaib Hanif**
Pattern of somatic symptoms in anxiety and depression. Vol 61, No. 3, September 2011.

- [53] **Von Korff M, Shapiro S, Burke JD, Teitlebaum M, Skinner EA, German P, Turner RW, Klein L, Burns B.**
Anxiety and depression in a primary care clinic. Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Feb; 44(2) :152-6.
- [54] **Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R, Whiting RD.**
The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med*. 1992 Mar-Apr;7(2):170-3.
- [55] **Simon GE, VonKorff M.**
Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*. 1991 Nov;148(11):1494-500.
- [56] **Kroenke K.**
Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):34-43.
- [57] **Haug TT, Mykletun A, Dahl AA.**
The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosom Med*. 2004 Nov-Dec;66(6):845-51.
- [58] **Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K, et al.**
The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med*. 1991 Aug;21(3):761-74.
- [59] **Amaddeo F, Zambello F, Tansella M, Thornicroft G.**
Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001 Oct;36(10):500-7.

- [60] **Philip S Wang, Patricia A Berglund, Mark Olfson, and Ronald C Kessler.**
Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder. *Health Serv Res.* 2004 Apr; 39(2): 393–416.
- [61] **Li X, Zhang W, Lin Y, Zhang X, Qu Z, Wang X, Zhang Y, Xu H, Zhao S, Li Y, Tian D.**
Pathways to psychiatric care of patients from rural regions: a general-hospital-based study. *Int J Soc Psychiatry.* 2014 May.
- [62] **Bhugra D, Thompson N, Piracha S, Kapoor J, Oommen G, Wing JC.**
Mental Health of Ethnic Minority Elders in West London: Pathways into secondary care. *Indian J Psychiatry.* 2003 Apr; 45(2):27-30.
- [63] **Gater R, Jordanova V, Maric N, Alikaj V, Bajcs M, Cavic T, Dimitrov H, Iosub D, Mihai A, Szalontay AS, Helmchen H, Sartorius N.**
Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *Br J Psychiatry.* 2005 Jun; 186:529-35.
- [64] **Kunihiko Asai, M.D.**
Pathways of help-seeking of psychiatric patients in Japan: a research study in Togane city. *The American journal of social psychiatry* IV, 2, spring 1984.
- [65] **Steel Z, McDonald R, Silove D, Bauman A, Sandford P, Herron J, Minas IH**
Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 Apr; 40(4):347-54.
- [66] **Margot WM de Waal, Ingrid A Arnold, Just AH Eekhof, Willem JJ Assendelft, and Albert M van Hemert.**
Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. 2008 Jan 24. doi: 10.1186/1471-2296-9-5.

- [67] **Rief W, Martin A, Klaiberg A, Brähler E.**
Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosom Med.* 2005 Jul-Aug;67(4):596-601.
- [68] **Hans-Peter Kapfhammer, Dipl Psych.**
Somatic symptoms in depression. *Dialogues ClinNeurosci.* 2006 Jun; 8(2): 227–239.
- [69] **Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC.**
Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):603-13.
- [70] **Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K.**
Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2007 Nov;42(11):937-44. Epub 2007 Aug 3.
- [71] **Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Ustün TB.**
Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007 Oct;6(3):177-85.
- [72] **Lee S, Fung SC, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Shen YC, Kessler RC.**
Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. *Acta Psychiatry Scand.* 2007 Jul;116(1):10-6.

- [73] **Guilherme Borges, Philip S. Wang, Maria Elena Medina-Mora, Carmen Lara, and Wai Tat Chiu.**
Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *Am J Public Health*. 2007 September; 97(9): 1638–1643.
- [74] **Elie G Karam, Zeina N Mneimneh, Hani Dimassi, John A Fayyad, Aimee N Karam, Soumana C Nasser, Somnath Chatterji, and Ronald C Kessler.**
Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. *PLoS Med*. 2008 Apr; 5(4): e61.
- [75] **Green AC, Hunt C, Stain HJ.**
The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. 2012;47(9):1475-1487.
- [76] **Ten Have Margreet, de Graaf R, van Dorsselaer S, Beekman A.**
Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatr Serv*. 2013 Oct;64(10):981-9. doi: 10.1176/appi.ps.201200454.
- [77] **Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, Endicott J, Froom J, Goldstein M, Gorman JM, Marek RG, Maurer TA, Meyer R, Phillips K, Ross J, Schwenk TL, Sharfstein SS, Thase ME, Wyatt RJ.**
The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*. 1997 Jan 22-29; 277(4):333-40.
- [78] **Jacobs DG.**
National Depression Screening Day: educating the public, reaching those in need of treatment, and broadening professional understanding. *Harv Rev Psychiatry*. 1995 Sep-Oct; 3(3):156-9.
- [79] **Katerndahl DA, Realini JP**
Where do panic attack sufferers seek care? *J Fam Pract*. 1995 Mar; 40(3):237-43.

- [80] **Katon WJ, Von Korff M, Lin E**
Panic disorder: relationship to high medical utilization. *Am J Med.* 1992 Jan 24; 92(1A):7S-11S.
- [81] **Janicke DM, Finney JW, Riley AW.**
Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care.* 2001 Sep; 39(9):990-1001.
- [82] **Morrissey-Kane E, Prinz RJ**
Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1999 Sep; 2(3):183-98.
- [83] **Solomon PGordon B.**
Outpatient compliance of psychiatric emergency room patients by presenting problems. *Psychiatr Q* 1988;59271- 283
- [84] **Leaf PJBruce, MLTischler, GLFreeman, DHWeissman, MMYers JK.**
Factors affecting the utilization of specialty and general medical mental health services. *Med Care* 1988;269- 26.
- [85] **Leaf PJJLivingston, MMTischle, GLWeissman, MMHolzer, CEMyers, JK**
Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Med Care* 1985;231322- 1337.
- [86] **Ricky Cheung, Siobhan O'Donnell, Nawaf Madi, Elliot M. Goldner.**
Factors associated with delayed diagnosis of mood and/or anxiety disorders. Volume 37 · Number 5 · May 2017.
- [87] **Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, et al.**
Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry* 155 :1415–1422, 1998.



Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé
de mes malades sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur
et les nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon
contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم
أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.

وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.

وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريض هدي الأول.

وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.

وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.

وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.

وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.

وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.

وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.

بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس – الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 12

سنة : 2018

الأعراض الجسمية للاضطرابات القلقية والإكتئابية: التردد والنتائج

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيدة: أسماء فقير

المزودة في: 28 نونبر 1991 بالعطارية (قلعة السراغنة)

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الاضطرابات القلقية – الاضطرابات الإكتئابية – الأعراض الجسمية –
التشخيص المتأخر.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: محمد زكرياء بشرة
أستاذ في الطب النفسي
السيد: محمد قادري
أستاذ في الطب النفسي
السيد: منصف رابحي
أستاذ في الطب الباطني
السيد: حسن كسرى
أستاذ في الطب النفسي
السيد: محمد صبري
أستاذ في طب القلب
السيد: جمال المحساني
أستاذ في الطب النفسي