



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 041

Les troubles anxieux et dépressifs chez les internes et résidents du CHU Mohamed VI

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/02/2022

PAR

Mlle. **Manal TOUILITE**

Née Le 27/10/1996 à Marrakech

Médecin interne du CHU Mohamed VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Anxiété – Dépression – Interne – Résident – Spécialité en médecine

JURY

M. **M. BOURROUS**

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mme. **F. MANOUDI**

Professeure de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **H. EL HAOURY**

Professeure de Traumato-orthopédie

Mme. **S. AIT BATAHAR**

Professeure de Pneumo-phtisiologie

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

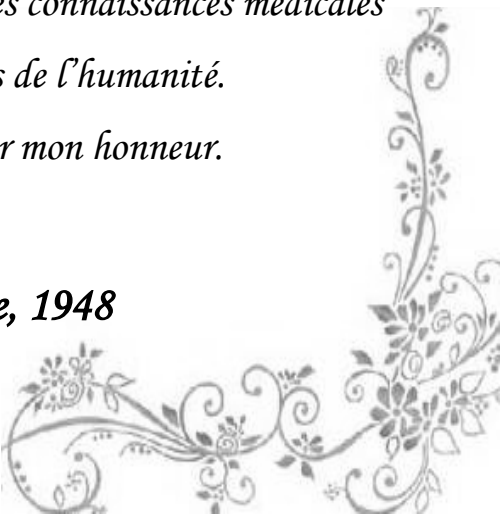
"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت علي وعلى والدي
وأن أعمل صالحا ترضاه
وأصلح لي في ذريتي إني تبت
إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم.



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.*

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino–laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino–laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie– réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro– entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie– obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato– orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie– réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Miriame	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUJI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie–réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie– réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie–réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie– orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie–mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro–entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d’urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYA OUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES



“Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.”
Marcel Proust



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toute les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours , qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif .

*C'est avec amour,
respect et gratitude que je dédie cette thèse*

Au bon Dieu,

Le tout puissant, le très miséricordieux Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin, Je vous dois ce que je suis devenue, Soumission, louanges et remerciements, Pour votre clémence et miséricorde.

*A mes adorables PARENTS,
ma chère mère NAJATE ABOULLHADI et mon cher père MOHAMED
TOULITE*

Aucun mot ne pourrait être assez fort pour exprimer toute la gratitude que je vous porte. Vous m'avez toujours entouré de votre affection et encouragé à donner le meilleur de moi-même, je vous en remercie et je vous aime très fort. A vous qui m'avez élevé dans l'honneur, la droiture et la dignité. Rien au monde ne pourrait compenser vos sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et mon bien être. Vous avez toujours été un exemple à suivre pour vos qualités humaines, votre bonté et votre sagesse. Ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, n'est que la consécration de vos grands efforts et vos immenses sacrifices. J'espère rester toujours digne de votre estime. Puisse Dieu tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse vous combler à mon tour.

A mon frère AMINE,

Que serait ma vie sans toi ? Nourri par tes qualités et enseignements, je ne peux être qu'heureuse. Tu m'as toujours comblé d'amour, de tendresse et d'affection. Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs. Tu m'as toujours épaulé dans mes longues années d'apprentie Docteur, et je sais à quel point tu as joué un rôle déterminant dans ce que je suis aujourd'hui. Tes prières et tes encouragements ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de mes études. Les mots me manquent pour décrire le formidable frère que tu es. Que ce travail soit l'accomplissement de tes vœux tant allégués et le fruit de ton soutien infaillible.

A ma grand-mère MAHJOUBA,

Je te suis reconnaissante pour l'amour inconditionnel dont tu m'as baignée tout au long de ma vie. Puisse Dieu te préserver du mal et te combler de bienfaits.

*A la mémoire de mon grand-père MATERNEL et de mes grands-parents
PATERNELS,*

*J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que votre âme repose en paix.
Que Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.*

A ma grande 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, le
respect que je porte à votre égard et soit la preuve du désir que j'aie
depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé*

A ma chère amie SALOUA

*Tu es pour moi plus qu'une amie, Je ne saurais trouver une expression
témoignant de ma reconnaissance et des sentiments d'amour que je te
porte. Tu étais toujours présente pour me soutenir, m'écouter et me gâter,
tu m'as beaucoup aidée, je t'en serai toujours reconnaissante. Merci pour
ton soutien tout au long de ces années et dans les moments difficiles. En
témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments
que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail et je te souhaite une
vie pleine de santé et de bonheur. Que notre amitié reste éternelle !*

A ma chère amie AMAL

Te connaître était l'une des plus belles choses dans ma vie, tu étais toujours là à mes côtés, tu as bien su jouer le rôle d'une amie et d'une véritable sœur. Tu étais la première à me comprendre et ne pas me juger. Tes conseils et ton soutien m'ont été précieux durant toutes ces années. Que cette amitié dure le temps d'une vie, pour le meilleur et pour le pire

A tous mes amis,

Que notre amitié reste éternelle. Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous a unis et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. Je vous dis merci.

A tous mes ami(e)s et collègues de l'Association de Médecins Internes de MARRAKECH (AMIMA) : C'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous. A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A tous mes enseignants,

De l'école primaire, collège, lycée et Faculté de Médecine de Marrakech qui m'ont imbibé de leur Savoir.

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR MONIR BOURROUS

*Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie à la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Marrakech et Chef de Service des Urgences
Pédiatriques au CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous sommes très honorés de vous avoir comme président
du jury de notre thèse.*

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles
vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que votre sens du
devoir et vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de
tous.*

*Nous vous remercions pour le temps que vous passez au service des
étudiants, pour leur apporter une formation de qualité et leur
transmettre comment la médecine est une discipline noble et
passionnante.*

*Veuillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de
notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre
profond respect.*

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME FATIHA MANOUDI

*Professeure de l'enseignement supérieur de Psychiatrie à la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

*Chef de Service de Psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis
et Directrice de l'hôpital Ibn Nafis*

du CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous avons eu le plus grand plaisir et le privilège de travailler sous votre
direction.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos conseils précieux et
votre soutien pendant la réalisation de cette thèse.*

*Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu
en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, votre dévouement
et amour pour ce métier, vos qualités humaines et professionnelles ainsi
que votre modestie, nous inspirent une grande admiration et nous
servent d'exemple.*

*Nous espérons, chère Maître, de trouver ici, le témoignage de notre
sincère reconnaissance et profonde gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME HANANE EL HAOURY

*Professeure de l'enseignement supérieur de Traumato-orthopédie à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech et au service de
Traumato-orthopédie
au CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

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

*Votre parcours professionnel, votre charisme et vos qualités humaines et
professionnelles nous inspirent une grande admiration.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond
respect ainsi que notre sincère gratitude.*

*Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et
notre très haute considération.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME SALMA AIT BATAHAR

*Professeure agrégée de Pneumo-Phthysiologie à la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Marrakech et au service de Pneumo-Phthysiologie
au CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

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

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très
aimable.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles
ainsi que votre modestie qui demeurent exemplaires.*

*Veuillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande
reconnaissance et de notre profond respect.*



FIGURES & TABLEAUX



Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des internes et des résidents en fonction du genre.
- Figure 2** : Répartition des internes et des résidents selon l'âge.
- Figure 3** : Répartition des internes et des résidents selon le statut matrimonial.
- Figure 4** : Pourcentage des internes et des résidents avec enfants à charge.
- Figure 5** : Répartition des problèmes conjugaux chez les internes et les résidents.
- Figure 6** : Autonomie financière chez les internes et les résidents.
- Figure 7** : Répartition des internes et des résidents selon le type de logement.
- Figure 8** : La satisfaction au logement chez les internes et les résidents.
- Figure 9** : Répartition des internes et résidents selon la difficulté de transport vers le lieu de travail.
- Figure 10** : La religiosité chez les internes et les résidents.
- Figure 11** : Antécédents personnel de tentative de suicide chez les internes et résidents.
- Figure 12** : Répartition des antécédents personnels de dépression chez les internes et résidents.
- Figure 13** : Répartition des antécédents personnels de trouble panique chez les internes et résidents.
- Figure 14** : Répartition des antécédents personnels de trouble obsessionnel compulsif chez les internes et résidents.
- Figure 15** : Les habitudes toxiques des internes et des résidents.
- Figure 16** : Les antécédents familiaux psychiatriques chez les internes et résidents.
- Figure 17** : Répartition des internes et des résidents selon la spécialité.
- Figure 18** : Répartition des internes et des résidents selon le grade.
- Figure 19** : Répartition du volume horaire par semaine chez les internes et les résidents.
- Figure 20** : Répartition du nombre de gardes/mois chez les internes et résidents.
- Figure 21** : L'arrêt maladie lors des six derniers mois chez les internes et résidents.
- Figure 22** : Congés lors des six derniers mois chez les internes et résidents.
- Figure 23** : Désir de reconversion de spécialité chez les internes et résidents.
- Figure 24** : La fréquence des troubles anxieux caractérisés dans notre échantillon.
- Figure 25** : La fréquence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et les résidents.
- Figure 26** : La prévalence de la dépression dans notre échantillon.
- Figure 27** : La prévalence de la dépression dans notre échantillon selon la sévérité.
- Figure 28** : La prévalence de la dépression chez les internes et les résidents selon la sévérité.
- Figure 29** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et résidents selon le genre.

- Figure 30** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de troubles anxieux.
- Figure 31** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de troubles anxieux.
- Figure 32** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la consommation toxique.
- Figure 33** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la spécialité.
- Figure 34** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le grade.
- Figure 35** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le volume horaire.
- Figure 36** : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion.
- Figure 37** : Répartition de la dépression chez les internes et résidents selon le genre.
- Figure 38** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la situation matrimoniale.
- Figure 39** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le mode de vie.
- Figure 40** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la responsabilité des rentrées financières.
- Figure 41** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la consommation toxique.
- Figure 42** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de dépression.
- Figure 43** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de dépression.
- Figure 44** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la spécialité
- Figure 45** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le grade.
- Figure 46** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le nombre de gardes.
- Figure 47** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le volume horaire.
- Figure 48** : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion.
- Figure 49** : Prévalence de la dépression selon le grade chez les résidents tunisiens.
- Figure 50** : Apparition de nouveaux symptômes dépressifs selon le volume horaire.

Liste des tableaux

Tableau I	: Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques.
Tableau II	: Récapitulatif des résultats du parcours professionnel.
Tableau III	: Récapitulatif des TAC et dépression chez les internes et les résidents du CHU Mohammed VI Marrakech.
Tableau IV	: Récapitulatif des corrélations des variables des troubles anxieux.
Tableau V	: Récapitulatif des corrélations des variables de la dépression.
Tableau VI	: Les définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V).
Tableau VII	: Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé.
Tableau VIII	: Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère.
Tableau IX	: Comparaison des taux des TAC chez les internes et résidents du CHU de Marrakech et ceux de population d'âge similaire.
Tableau X	: Comparaison des taux des TAC chez les internes et résidents du CHU de Marrakech et ceux des étudiants en médecine.
Tableau XI	: Comparaison des taux des TAC chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde.
Tableau XII	: Comparaison des taux de la dépression chez les internes résidents du CHU de Marrakech et ceux de population d'âge similaire.
Tableau XIII	: Comparaison des taux de la dépression chez les internes résidents du CHU de Marrakech et ceux des médecins spécialistes.
Tableau XIV	: Comparaison des taux de la dépression chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde.
Tableau XV	: Association de troubles anxieux caractérisés et genre.
Tableau XVI	: Association de troubles anxieux caractérisés et ATCDs personnels psychiatriques.
Tableau XVII	: Association de troubles anxieux caractérisés et la consommation des toxiques
Tableau XVIII	: Association de la dépression et le genre.

Tableau XIX : Évolution de la prévalence de la dépression dans le temps.

Tableau XX : Association de la dépression et la spécialité.

Tableau XXI : Association de la dépression et le nombre de garde.

Tableau XXII : Association de la dépression et le volume horaire.



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

AP	: Accomplissement personnel.
ATCD	: Antécédent.
BDI	: Inventaire de dépression de Beck.
CHU	: Centre hospitalier universitaire.
CIM	: Classification internationale des maladies.
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
ESPT	: État de stress post traumatique.
FMPM	: Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.
HAS	: Haute autorité de santé.
N	: Nombre total des enquêtés.
n1	: Nombre des internes dans notre échantillon.
n2	: Nombre des résidents dans notre échantillon.
OMS	: Organisation mondiale de la santé.
PS	: Phobie sociale.
SPSS	: Statistical package for the social sciences.
TS	: Tentative de suicide.
TAC	: Troubles anxieux caractérisés.
TAG	: Trouble anxieux généralisé.
TP	: Trouble panique.
TOC	: Trouble obsessionnel compulsif.



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Date et lieu de l'étude	5
III. Population cible	5
1. Méthode d'échantillonnage	5
IV. Instrument ou questionnaire	6
V. Déroulement de l'enquête et recueil de données	7
VI. Considérations éthiques	8
VII. Analyse statistique	8
VIII. Traitement des non-réponses	8
RÉSULTATS	9
I. Analyse descriptive	10
1. Profil sociodémographique des internes et des résidents	10
2. Antécédents personnels (ATCD)	16
3. Parcours professionnel	21
4. Étude des troubles anxieux caractérisés selon le Mini DSM IV	26
5. Étude de la dépression selon l'Inventaire de Beck	27
II. Analyse bi variée	29
1. Étude des associations de la variable des troubles anxieux caractérisés	29
2. Étude des associations de la variable de la dépression	36
DISCUSSION	46
I. DEFINITIONS ET CONCEPTS	47
1. Les troubles anxieux caractérisés.	47
2. La dépression	48
II. DISCUSSION DES RESULTATS	52
1. Étude des troubles anxieux caractérisés	52
2. Étude de la dépression	54
III. DISCUSSION DES CORRELATIONS	57
1. Variable troubles anxieux caractérisés	57
2. Variable dépression	61
RECOMMANDATIONS	70
I. Une cellule d'écoute et d'accompagnement à l'instar de celle dédiée aux étudiants en médecine de la FMPM.	71
II. La recherche des facteurs de risque	72
III. Promouvoir le développement personnel	72
IV. Suivi des jeunes médecins malades	72

CONCLUSION.....	73
ANNEXES.....	75
RÉSUMÉS.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	93



INTRODUCTION



Les études médicales sont connues pour être longues, pénibles, d'une grande exigence académique, une dépendance financière aux parents, laissant peu de temps aux loisirs [1].

Mais ce qui les caractérise des autres études longues est l'insertion précoce dans le milieu hospitalier, confrontant les jeunes médecins en formation à la souffrance, à la mort et à la responsabilité, les amenant parfois à des moments de doutes, de peur, de révolte ou de détresse[2].

Après sept ans d'études en moyenne, les jeunes médecins fraîchement diplômés, assoiffés de savoir et de reconnaissance relèvent alors le défi de l'internat ou de résidanat durant lequel ils doivent apprendre à travailler en équipe, devenir des médecins spécialistes à la fois compétents, responsables et empathiques.

Cette période d'internat et de résidanat s'avère être une source de stress chronique élevé et de contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique et à même d'engendrer burnout, troubles anxieux et dépressifs [3].

Pour évaluer le retentissement de ce parcours sur la santé mentale des jeunes médecins résidents et internes, des études ont été menées et ont abouti à des résultats alarmants, 49% des résidents serait en Burnout, 66% anxieux et 25% dépressifs[4].

Selon ces études, les jeunes médecins en souffrance psychique se tournent peu vers les professionnels de santé ce qui entraîne l'aggravation de leurs symptômes et retentit sur leur fonctionnement personnel par l'augmentation des taux de dépression et d'idéations suicidaires à 20% avec un passage à l'acte à 3.4%

Ce retentissement s'étend également à leur pratique professionnelle avec une augmentation des taux d'erreurs médicales déclarées, ce qui met en péril la santé de leurs patients.

Dans une plus large mesure, ces troubles nuisent à l'institution formatrice avec une élévation notable des taux d'absentéisme [2].

Le centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech offre une plateforme de formation en constante amélioration tant sur le plan quantitatif, en matière d'effectif avec plus de 852 médecins résidents et 120 médecins internes en formation, que sur le plan qualitatif avec l'intégration de nouvelles technologies à disposition des praticiens. (Annexe 1)

Cependant, ce centre a connu peu d'études s'intéressant à la santé mentale des internes et des résidents en médecine et il existe encore moins d'études comparatives entre internes et résidents ainsi que les différentes spécialités de formation [5].

Compte tenu de ce contexte, cette étude aura donc pour objectif d'évaluer la prévalence, les caractéristique des troubles anxieux et dépressifs chez les internes et les résidents et d'en identifier les facteurs de risque.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique explorant les troubles anxieux caractérisés et la dépression chez les internes et les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech, par le biais d'un auto-questionnaire.

II. Date et lieu de l'étude :

Nous avons mené notre étude entre le 10 juillet et le 10 décembre 2021 au niveau des différents services du CHU Mohammed VI de Marrakech.

III. Population cible :

Les internes et les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech

1. Méthode d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif, les internes et les résidents ayant accepté de participer à notre étude de manière libre et anonyme.

1.1. critères d'inclusion :

- Tous les internes souhaitant participer à notre étude ; à partir de la première année de formation au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Tous les résidents souhaitant participer à notre étude ; à partir de la première année de formation spécialisée au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech.

1.2. Critères d'exclusion :

- Les internes n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.

- Les résidents n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.

IV. Instrument ou questionnaire: (Annexe 2)

Nous avons utilisé pour cette étude un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu et comportant trois grands axes thématiques :

➤ La première partie :

- Les caractéristiques sociodémographiques des internes et des résidents : Genre, âge, statut matrimonial, enfants à charge, problèmes conjugaux, rentrées financières, logement, transport.
- Les antécédents personnels de tentative de suicide, de dépression, de troubles anxieux, les habitudes toxiques ainsi que les antécédents familiaux psychiatriques.
- Le parcours professionnel : Spécialité, grade, volume horaire, nombre de gardes, arrêt maladie, congés et désir de reconversion.

➤ La deuxième partie :

Étude de la prévalence de la dépression par l'inventaire de Beck.

L'Inventaire de Beck est un questionnaire à choix multiples constitué de 21 questions, servant à poser le diagnostic et à mesurer la sévérité de la dépression clinique. chaque item est coté de 0 à 3.

Les normes prises en compte sont :

- 0-9 : pas de dépression.
- 10-18 : dépression légère.
- 19-29 : dépression modérée.
- 30 ou plus : dépression sévère.

➤ La troisième partie :

Étude de la prévalence des troubles anxieux caractérisés à l'aide du Mini DSM IV diagnostic.

Les systèmes nosographiques actuels, en particulier le “Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux” dans sa version IV révisée et traduite en français (ou DSM IVLTR) présentent l'avantage de fournir un cadre nosologique cohérent et simple, fondé sur un regroupement de signes et de symptômes cliniques. Chez l'adulte la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré, validé en langue française, permettant d'évaluer la présence ou l'absence des principaux troubles psychiatrique (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs).

La MINI est structuré en items de dépistage et en items de diagnostique :

- S'il est répondu positivement aux items de dépistages alors les items de diagnostique doivent être évalué.
- S'il est répondu négativement aux items de dépistages alors l'entretien peut se poursuivre sur les items de dépistages du trouble suivant

V. Déroulement de l'enquête et recueil de données

Pour la récolte des données, une enquête par questionnaire ,établie sur Google Forms, a été menée. Le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon réduit de 10 médecins et les corrections nécessaires lui ont été apportées avant son lancement définitif.

Nous avons distribué le questionnaire à 212 personnes et retenu 200 questionnaires exploitables (sur un nombre total de 852 médecins résidents et 120 médecins internes)
La durée moyenne de passation du questionnaire a été estimée à 15 min.

VI. Considérations éthiques

Plusieurs éléments ont été considérés dans la réalisation de cette étude afin de respecter la dimension éthique :

- La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de l'anonymat des participants (questionnaire anonyme).
- Afin que le participant puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de notre étude et le sort réservé aux informations données.

VII. Analyse statistique

Les données ont été codées et saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2016, puis les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel SPSS version 25.0 . Les analyses descriptives ont fait appel au calcul des fréquences et pourcentages pour les variables qualitatives et des moyenne et écarts-types pour les variables quantitatives.

Les résultats qualitatifs ont été exprimés en pourcentage et rapportés sous forme de graphiques et de tableaux, les variables quantitatives ont été exprimées par les moyennes et les extrêmes. L'analyse bi variée a fait appel au test de Chi 2 ou le test exact de Fisher pour la comparaison des pourcentages. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

VIII. Traitement des non-réponses

Les non-réponses aux questions n'ont pas été prises en compte dans le calcul des résultats. Les proportions ont été calculées sur la base du nombre total de répondants à chaque question(N).



I. Analyse descriptive :

1. Profil sociodémographique des internes et des résidents:

1.1. Genre :

Notre échantillon était constitué de 55% (110) de femmes et de 45% (90) d'hommes, ce qui représente un sexe ratio Hommes/Femmes de 0,81(N=200). (Figure1)

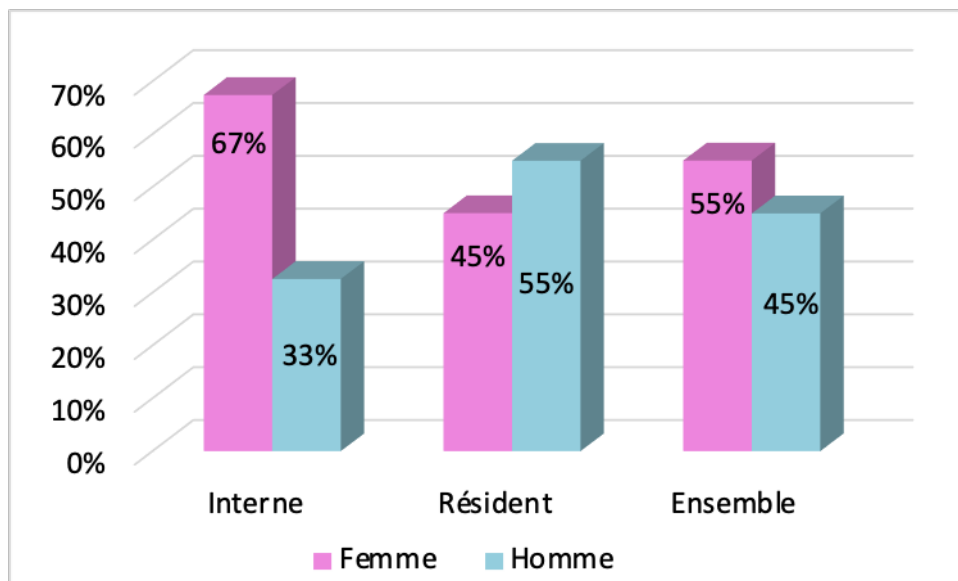


Figure 1 : Répartition des internes et des résidents en fonction du genre.

1.2. Age :

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 27,21 ans avec des extrêmes allant de 23 à 47 ans (N= 200). (Figure2)

La moyenne d'âge des internes de notre échantillon était de 24,55 ans avec des extrêmes allant de 23 à 27 ans (n1= 89) ; alors que celle des résidents était de 29,34 ans avec des extrêmes allant de 25 à 47 ans (n2= 111).

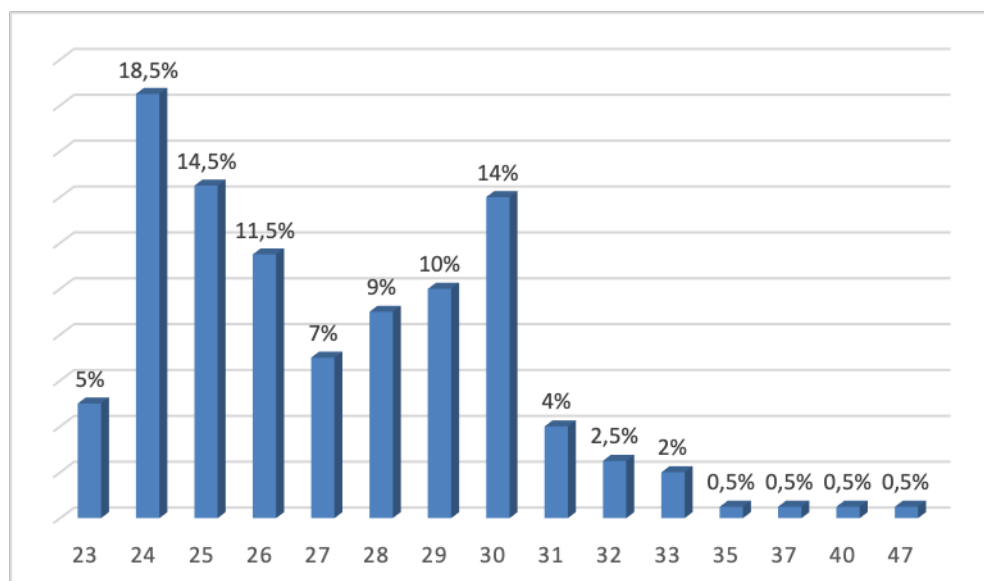


Figure 2 : Répartition des internes et des résidents selon l'âge.

1.3. Statut matrimonial :

Dans notre échantillon, 81,5 % (163) des candidats étaient célibataires. (N=200). (Figure 3)

Par ailleurs, 94,38% (84) des internes étaient célibataires (n1=89) et 71,17% (79) des résidents étaient célibataires (n2=111)

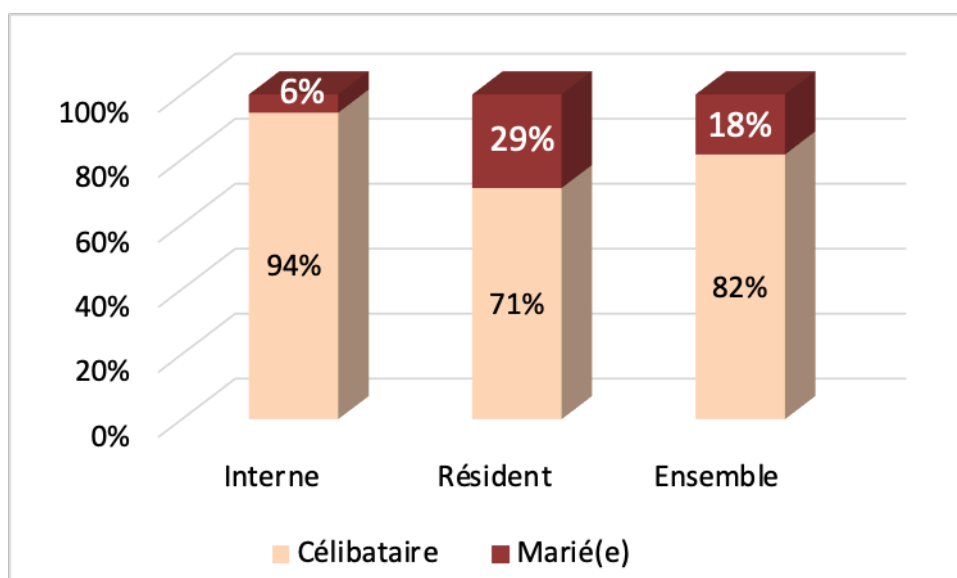


Figure 3 : Répartition des internes et des résidents selon le statut matrimonial.

a. Enfants à charge

Seulement 11,5% (23) de notre échantillon avait des enfants à charge (N=200).(Figure 4)

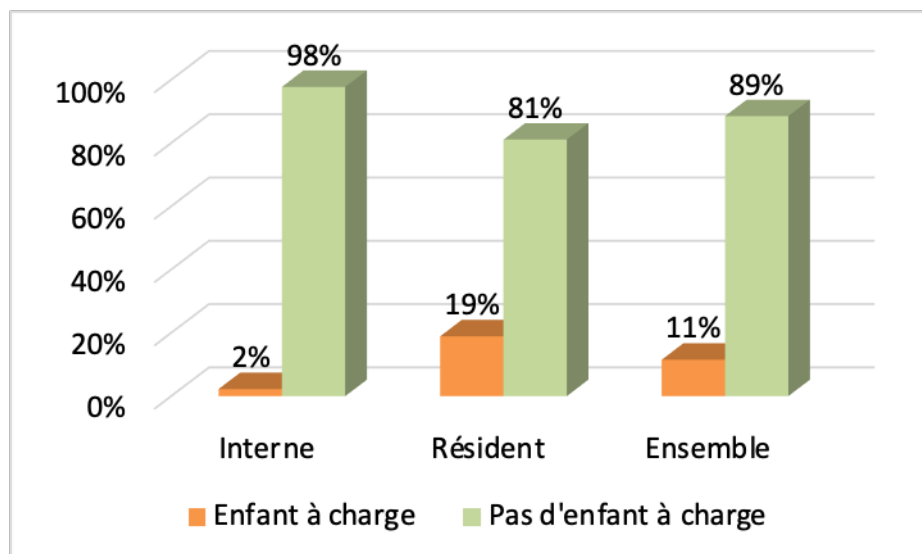


Figure 4 : Pourcentage des internes et des résidents avec enfants à charge.

b. Problèmes conjugaux

En réponse à la question sur les difficultés conjugales et relationnelles au sein du couple, seulement 5,5% (11) de notre échantillon déclaraient avoir des problèmes conjugaux. (Figure 5)

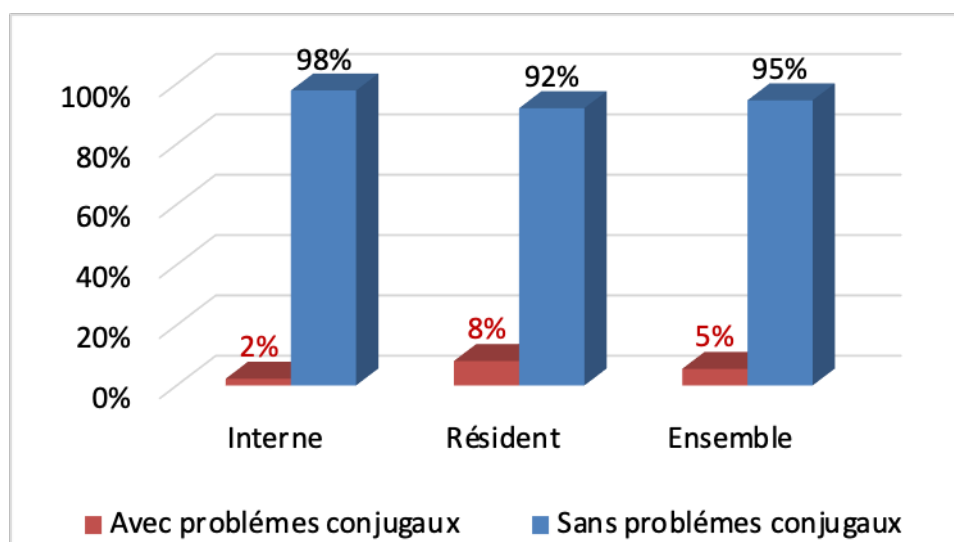


Figure 5 : Répartition des problèmes conjugaux chez les internes et les résidents.

1.4. Conditions de vie :

a. Rentrées financières :

Dans notre échantillon, uniquement un quart des enquêtés, soit 22% (44), assumaient seuls les rentrées financières (N=200), répartis comme suit :

- 10,11% (9) (n1=89) des internes ;
- 31,53% (35) (n2=111) des résidents. (Figure 6)

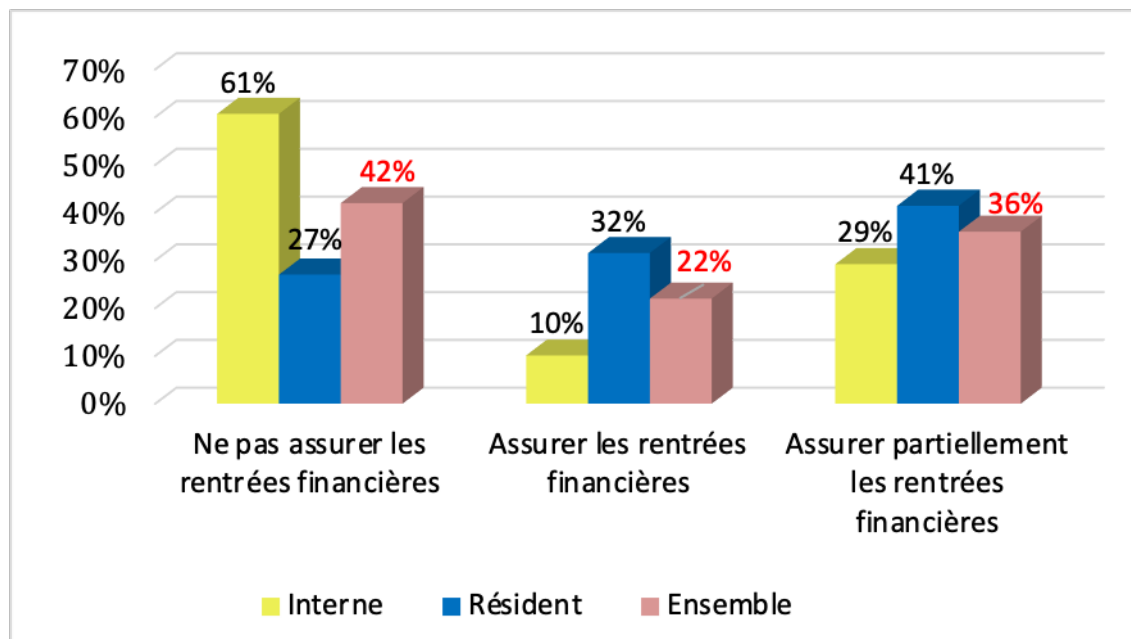


Figure 6 : Autonomie financière chez les internes et les résidents

b. Logement :

Dans notre échantillon plus de la moitié (58%) des enquêtés vivaient en famille tandis que 34% vivaient seuls (N=200) . (Figure 7)

Soit 35,96%(32) des internes vivaient seuls, tandis que 56,18%(50) vivaient en famille. (n1=89)

Ainsi que 32,43%(36) des résidents vivaient seuls, tandis que 59,46%(66) vivaient en famille. (n2=111)

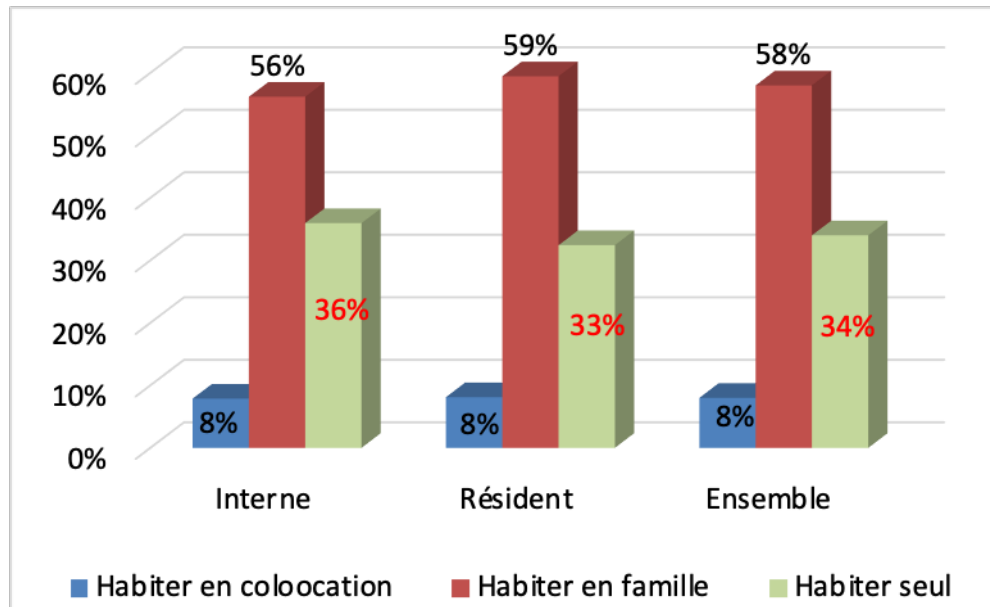


Figure 7 : Répartition des internes et des résidents selon le type de logement.

c. Satisfaction au logement :

Dans notre échantillon, seulement 17% (34) des enquêtés étaient non satisfaits de leur logement. (N=200). (Figure 8)

Soit 19,10% (17) des internes (n1=89) et 15,32% (17) des résidents(n2=111) étaient non satisfaits de leur logement.

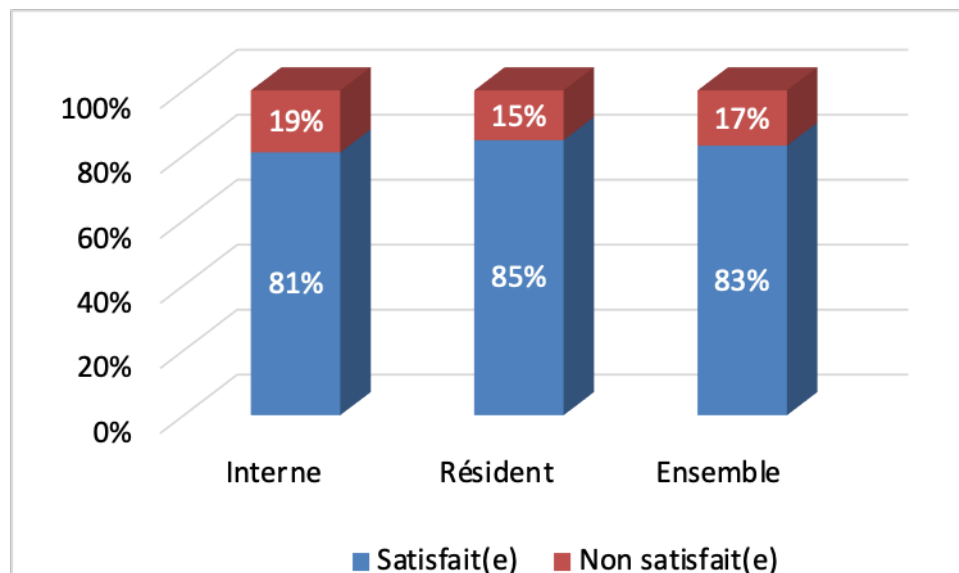


Figure 8 : La satisfaction au logement chez les internes et les résidents

d. Transport vers le lieu de travail :

Dans notre échantillon, 19,5% (39) des enquêtés éprouvaient des difficultés à se rendre vers leurs lieu de travail. (N=200) . (Figure 9)

A savoir 22,47% (20) des internes (n1=89) et 17,12 % (19) des résidents (n2=111) éprouvaient des difficultés à se rendre vers leurs lieu de travail.

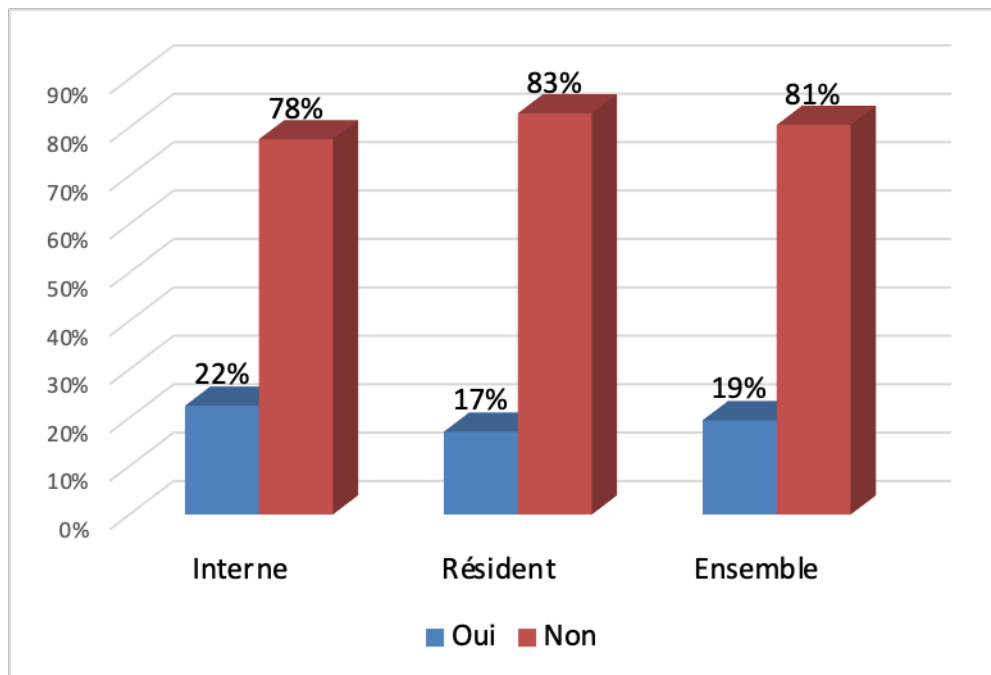


Figure 9 : Répartition des internes et résidents selon la difficulté de transport vers le lieu de travail

1.5. Religiosité

Dans notre échantillon, 76,5% (153) des enquêtés déclaraient être pratiquants. (N=200) (Figure 10)

Soit 74,16% (66) des internes (n1=89) et 78,38% (87) des résidents (n2=111) déclaraient être pratiquants.

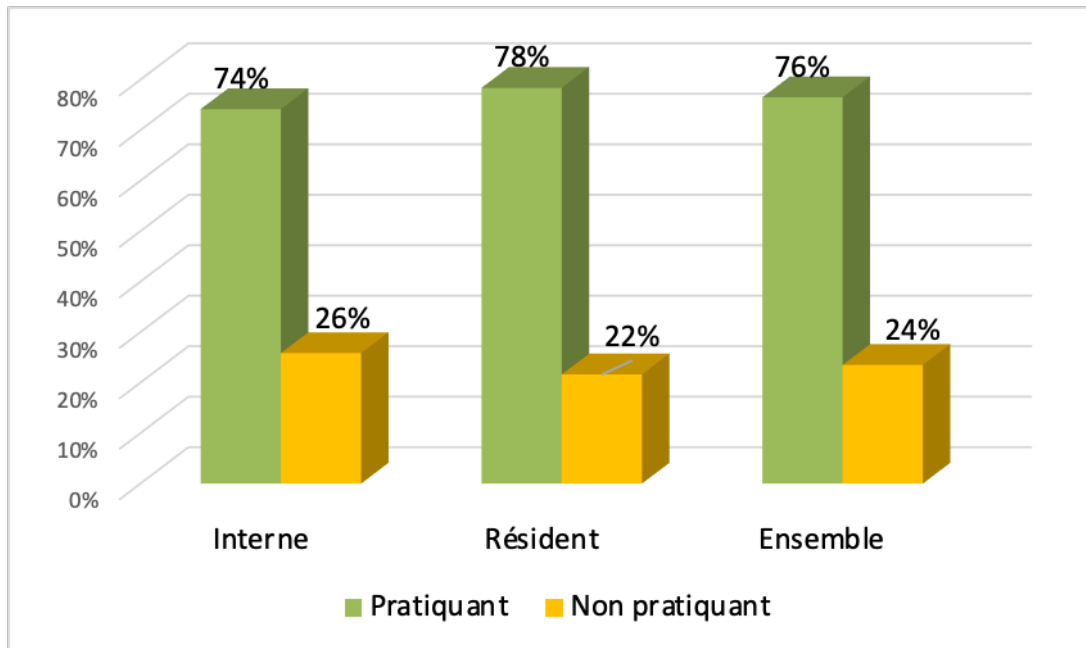


Figure 10 : La religiosité chez les internes et les résidents

2. Antécédents personnels (ATCD) :

Il est à noter que 88% (176) des enquêtés n'ont aucun antécédent médical ; seulement 4% (8) d'entre eux ont une maladie de système ; 1% (2) sont diabétiques et aucun d'entre eux ne présente de cardiopathie ni de HTA, le reste est réparti à raison d'un cas par maladie notamment le cancer, asthme, tuberculose, allergie, psoriasis...

De même, 95% (190) des enquêtés n'ont aucun antécédent chirurgical.

2.1. ATCD de tentative de suicide :

Dans notre échantillon ; 1,5% (3) déclaraient avoir un antécédent personnel de tentative de suicide ; soit 1%(2) des internes et 0,5% (1) des résidents mais sans plus ample information. (N=200). (figure11)

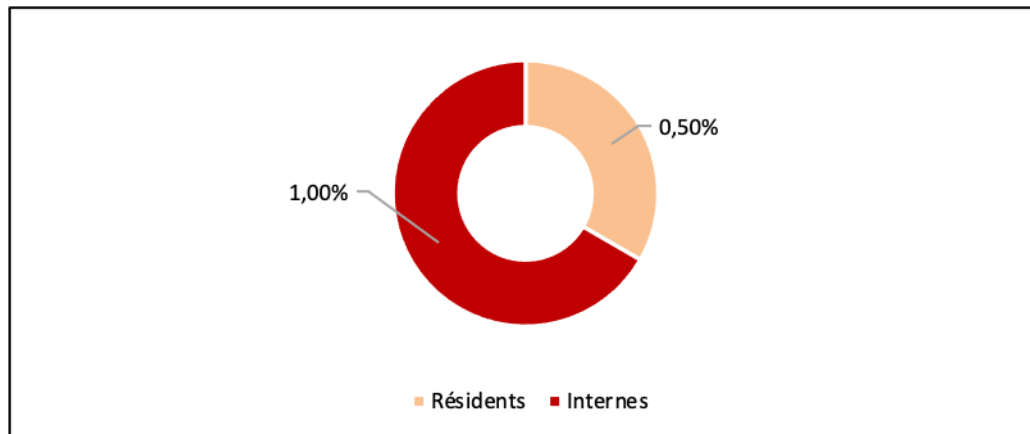


Figure 11 : Antécédents personnel de tentative de suicide chez les internes et résidents

2.2. ATCD de Dépression :

Dans notre échantillon, 15,5% (31) des enquêtés avaient un antécédent personnel de dépression; dont 6,5% (13) sont des internes et 9% (18) sont des résidents. (N=200) . (Figure 12)

Ce qui fait que ; parmi les internes 14,61% (13) avaient un antécédent personnel de dépression (n1=89) .

Et parmi les résidents 16,22% (18) avaient un antécédent personnel de dépression (n2=111) .

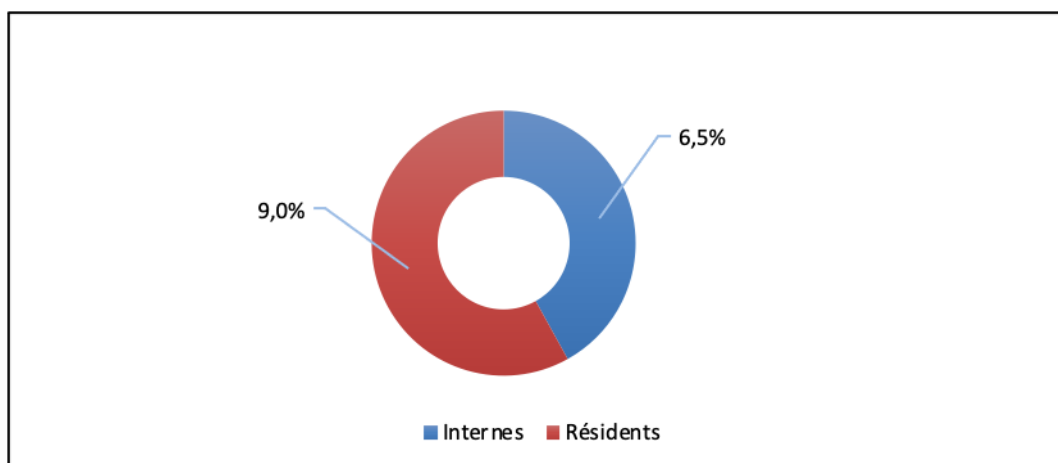


Figure 12 : Répartition des antécédents personnels de dépression chez les internes et résidents

2.3. ATCD de Trouble panique :

Dans notre échantillon, 7,5 % (15) des candidats avaient un antécédent personnel de trouble panique; dont 4% (8) des internes et 3,5% (7) des résidents (N=200) . (figure 13)

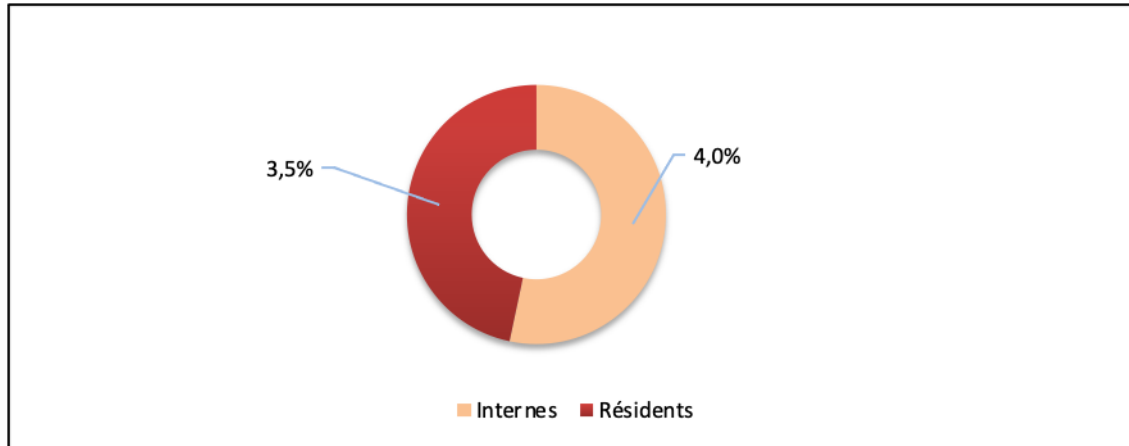


Figure 13: Répartition des antécédents personnels de trouble panique chez les internes et résidents.

2.4. ATCD de Trouble Obsessionnel Compulsif :

Dans notre échantillon, 2,5 % (5) des candidats avait un antécédent personnel de trouble obsessionnel compulsif ; dont 1,5% (3) des internes et 1% (2) des résidents. (N=200). (figure 14)

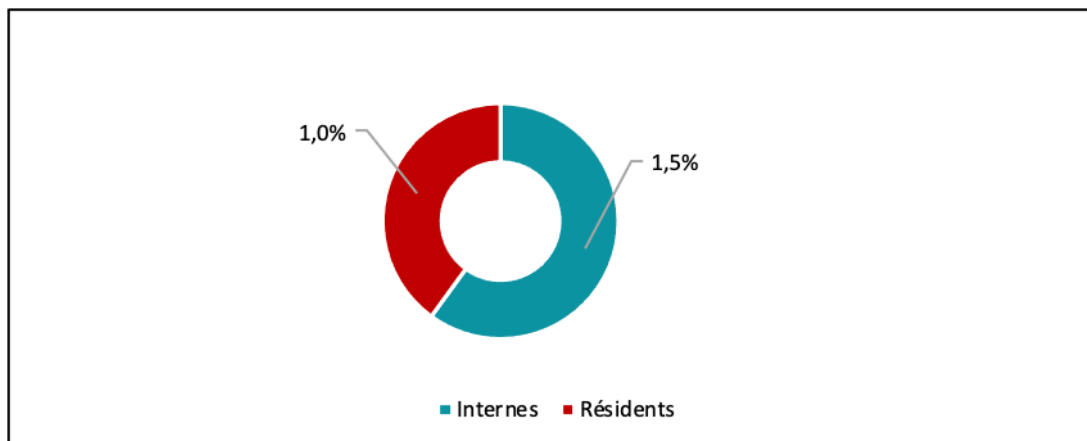


Figure 14 : Répartition des antécédents personnels de trouble obsessionnel compulsif chez les internes et résidents.

2.5. Habitudes toxiques:

Dans notre échantillon, il est à noter que 83,5%(167) n'ont aucune habitude toxique ; cependant le tabac vient en tête des habitudes toxiques des internes et des résidents avec 12,5%(25), suivi de l'alcool 10%(20) ;(N=200). (figure 15)

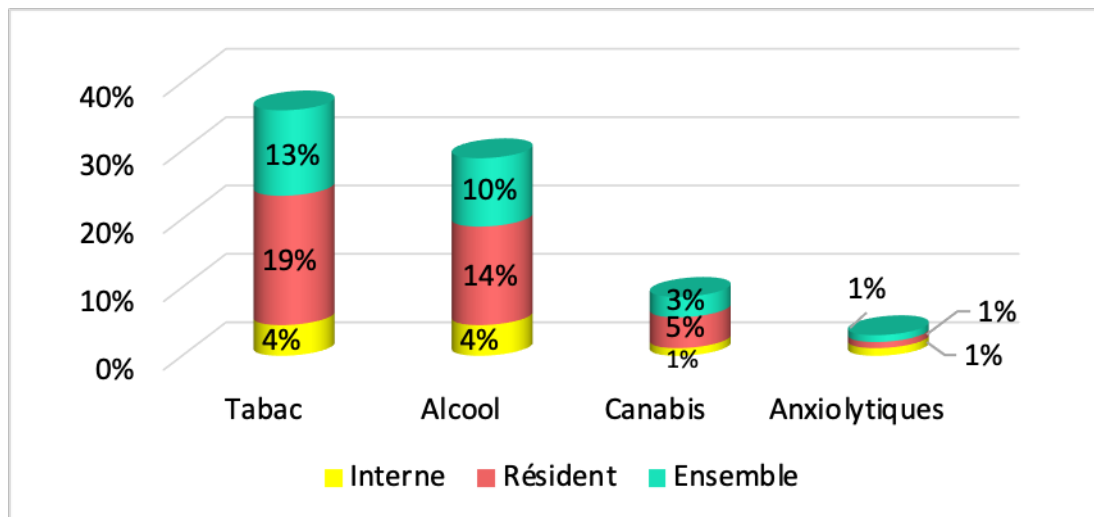


Figure 15: Les habitudes toxiques des internes et des résidents.

2.6. Antécédents familiaux psychiatriques :

Dans notre échantillon, la dépression vient en tête des antécédents familiaux psychiatriques avec 21%, suivie du TAG puis du TOC avec respectivement 9% et 6% (N=200) .(figure 16)

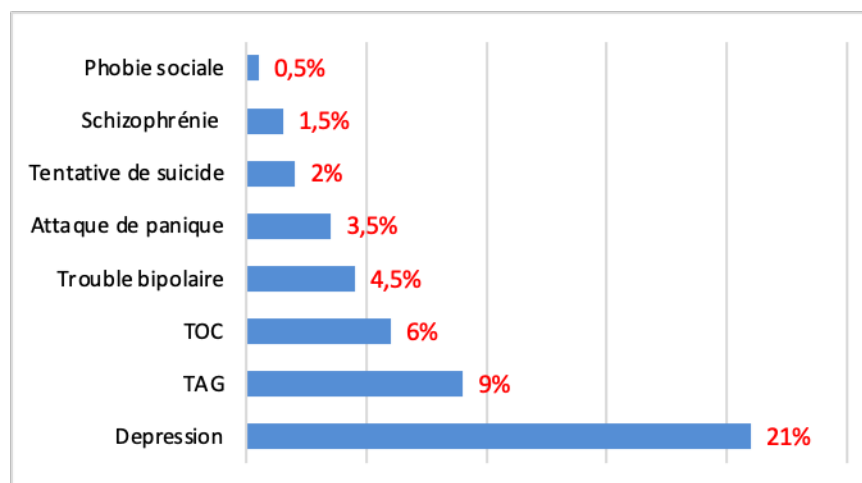


Figure 16 : Les antécédents familiaux psychiatriques chez les internes et résidents.

Tableau I: récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques étudiées		Internes	Résidents	Total
Genre	Hommes	33% (29)	55% (61)	45% (90)
	Femmes	67% (60)	45% (50)	55% (110)
Age moyen		24,55	29,34	27,21
Statut matrimonial	Célibataires	94% (84)	71% (79)	81.5% (163)
	Mariés	6% (5)	29% (32)	18.5% (37)
	Divorcés	–	–	–
Enfants à charge		2% (2)	19% (21)	11.5% (23)
Problèmes conjugaux		2% (2)	8% (9)	5.5% (11)
Assurer les rentrées financières	Oui	10% (9)	32% (35)	22% (44)
	Non	61% (54)	27% (30)	42% (84)
	Partiellement	29% (26)	41% (46)	36% (72)
Logement	Seul	36% (32)	32.5% (36)	34% (68)
	En famille	56% (50)	59.5% (66)	58% (116)
	Colocation	8% (7)	8% (9)	8% (16)
Difficulté de transport		22% (20)	17% (19)	19.5% (39)
Religion, pratiquant		74% (66)	78% (87)	76.5% (153)
Antécédents personnels	Tentative de suicide	1% (2)	0.5% (1)	1.5 % (3)
	Dépression	6.5% (13)	9% (18)	15.5% (31)
	Trouble panique	4% (8)	3.5% (7)	7.5% (15)
	TOC	1.5% (3)	1% (2)	2.5% (5)
Habitudes toxiques	Alcool	4% (4)	14% (16)	10% (20)
	Tabac	4% (4)	19% (21)	12.5% (25)
	Cannabis	1% (1)	5% (5)	3% (6)
	Anxiolytiques	1% (1)	1% (1)	1% (2)
Antécédents familiaux	Dépression	21% (19)	21% (23)	21% (42)
	Trouble panique	4% (4)	3% (3)	3.5% (7)
	TOC	7% (6)	5% (6)	6% (12)
	Schizophrénie	1% (1)	2% (2)	15% (3)

3. Parcours professionnel :

3.1. Spécialité :

Dans notre étude, la répartition des spécialités était comme suit : (figure 17)

- Médicale 47.5% (95)
- Chirurgicale 36.5% (73)
- Biologie 8.5% (17)
- Radiologie 7.5% (15)

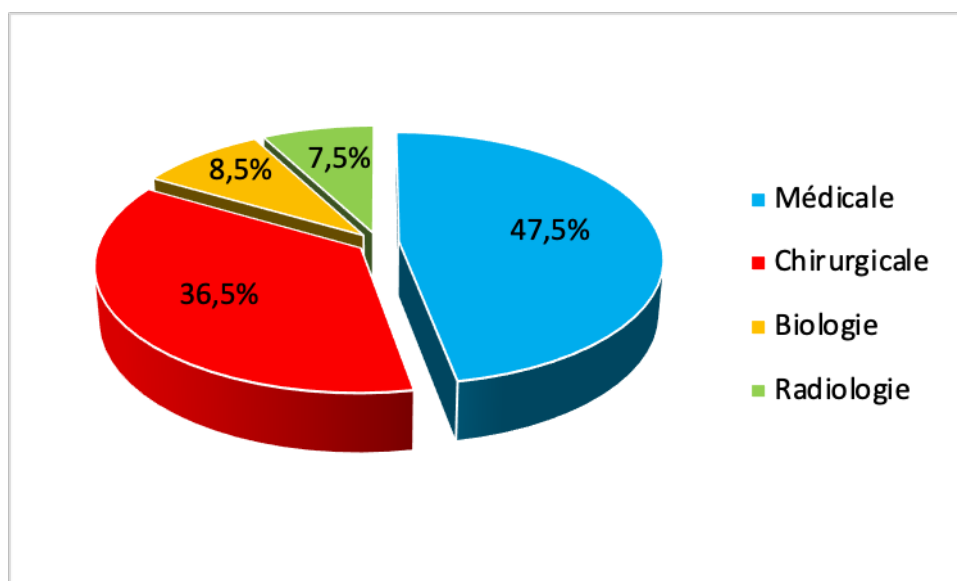


Figure 17 : Répartition des internes et des résidents selon la spécialité

3.2. Grade :

Les internes en 2^{ème} année constituaient le plus grand nombre de cette série, soit 23% (N=200). (figure 18)

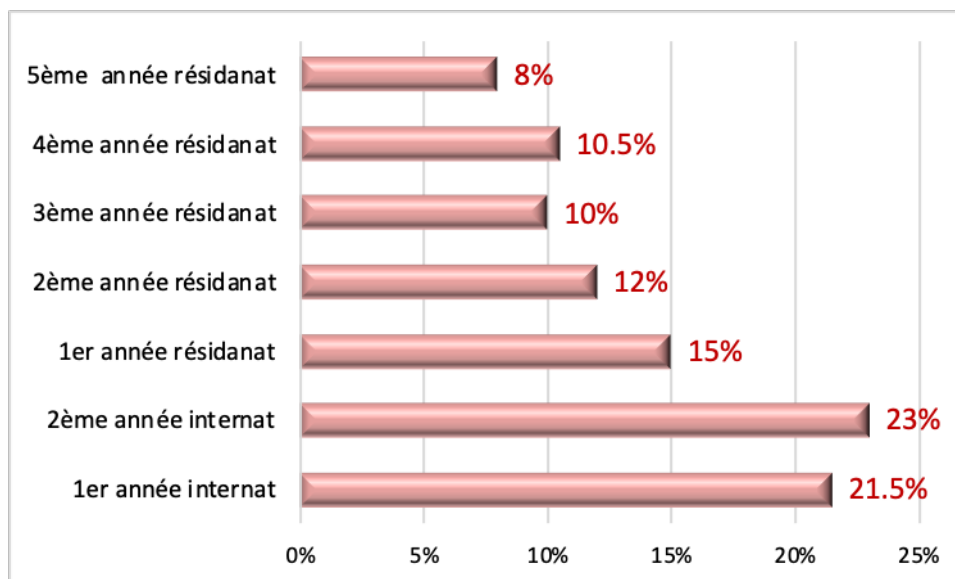


Figure 18 : Répartition des internes et des résidents selon le grade.

3.3. Volume horaire par semaine :

La majorité des enquêtés, soit 46%(92), avait un volume horaire compris entre 40 et 60 heures par semaine. (Figure 19)

A noter que 57,30 % des internes et 58,56% des résidents travaillaient plus de 40 heures par semaine .

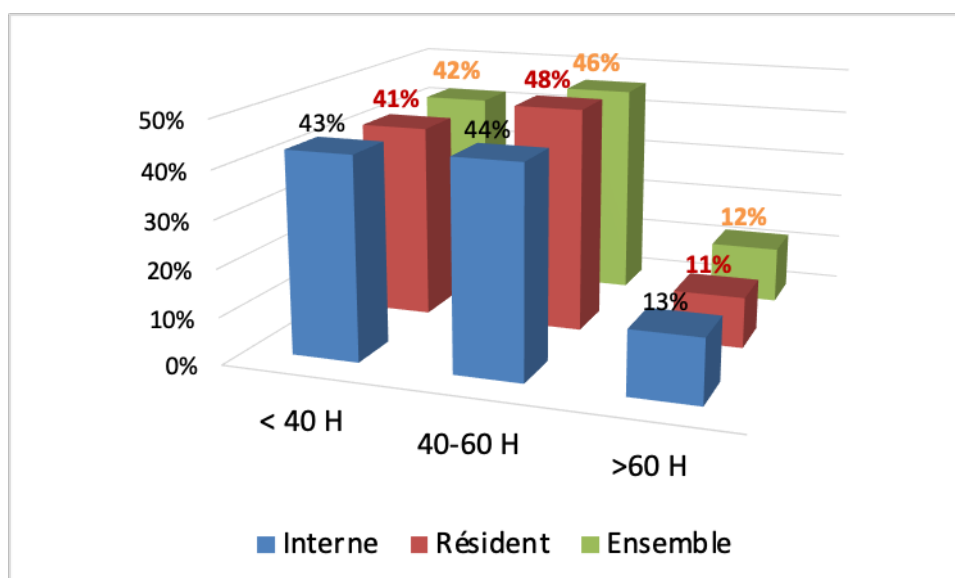


Figure 19 : Répartition du volume horaire par semaine chez les internes et les résidents.

3.4. Nombre de gardes par mois :

Dans notre série, le nombre de garde moyen par mois était de 7,5 , avec des extrêmes allant de 0 à 15 gardes par mois. Il est à noter que 15,50% (31) ont plus de 10 gardes par mois (N=200). (Figure 20)

Soit 26,97% (24) des internes (n1=89) et 6,31% (7) des résidents(n2=111) ont plus de 10 gardes par mois.

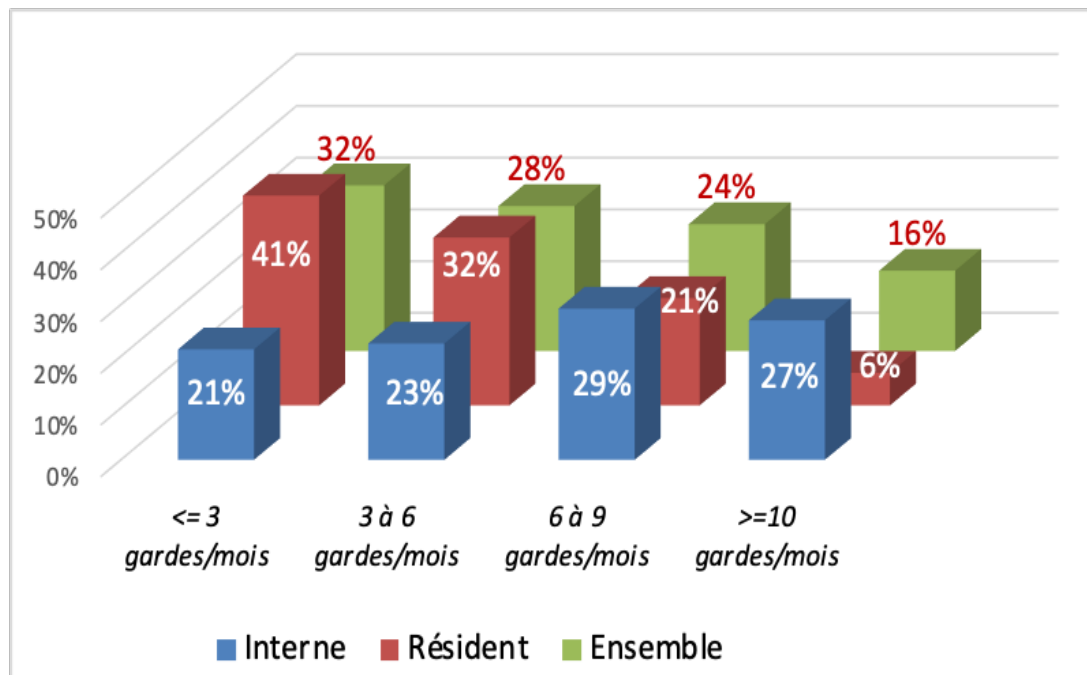


Figure 20 : Répartition du nombre de gardes/mois chez les internes et résidents.

3.5. L'arrêt maladie lors des six derniers mois :

Dans notre échantillon, presque un quart des enquêtés, soit 23,5% avaient bénéficié d'un arrêt maladie lors des six derniers mois. (Figure 21)

Soit 25,84% (23) des internes (n1=89) et 21,62% (24) des résidents (n2=111) avaient bénéficié d'un arrêt maladie lors des six derniers mois.

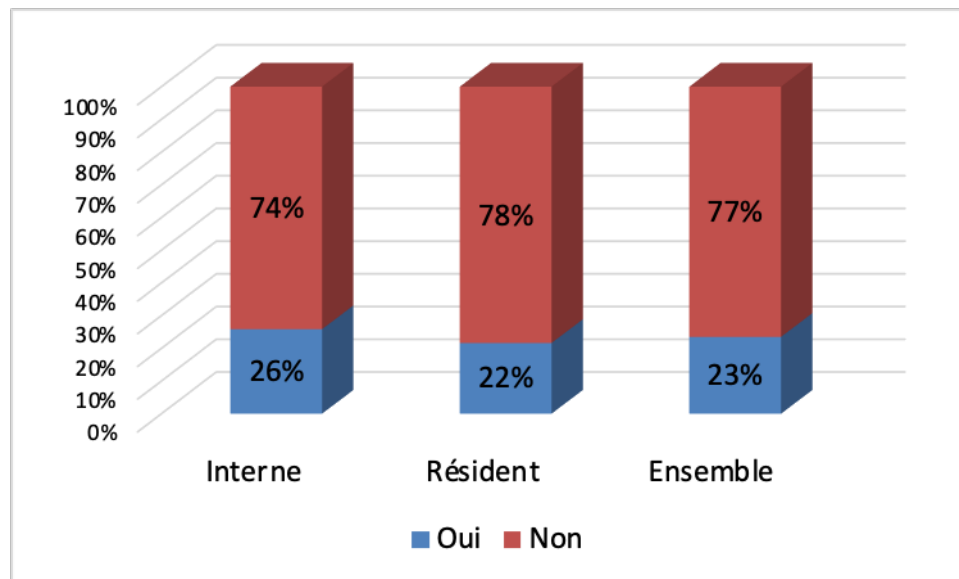


Figure 21 : L'arrêt maladie lors des six derniers mois chez les internes et résidents.

3.6. Congés :

Dans notre étude, 63% des candidats avaient bénéficié d'un congé lors des six derniers mois de formation. (Figure 22)

Soit 79,78% (71) des internes ($n_1=89$) et 49,55% (55) des résidents($n_2=111$) avaient bénéficié d'un congé lors des six derniers mois de formation.

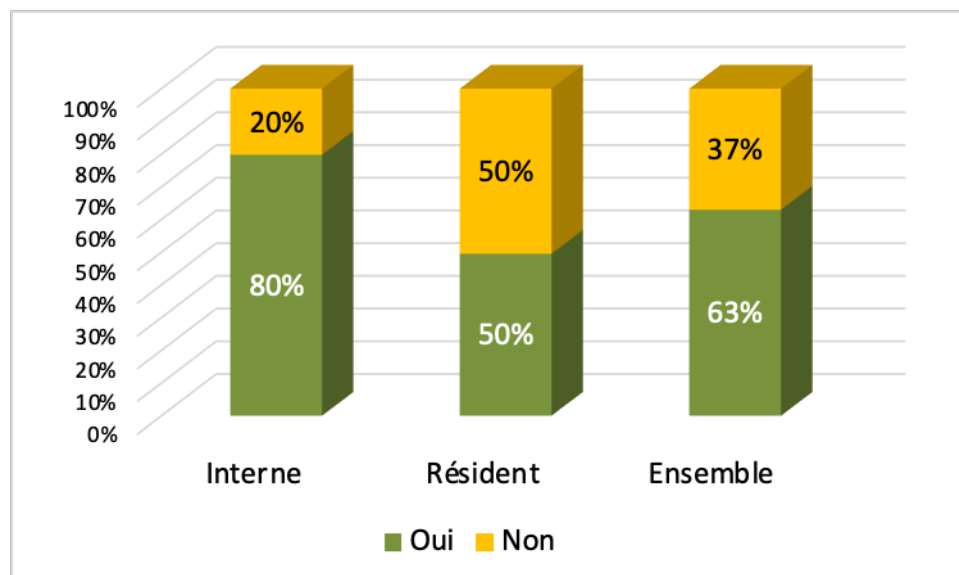


Figure 22 : Congés lors des six derniers mois chez les internes et résidents.

3.7. Désir de reconversion de spécialité :

Dans notre échantillon, la moitié des enquêtés (50%) avaient déjà pensé à changer de spécialité depuis le début de leur formation (N=200). (figure 23)

Soit 52,81% (47) des internes (n1=89) et 47,75% (53) des résidents (n2=111) avaient déjà pensé à changer de spécialité depuis le début de leur formation.

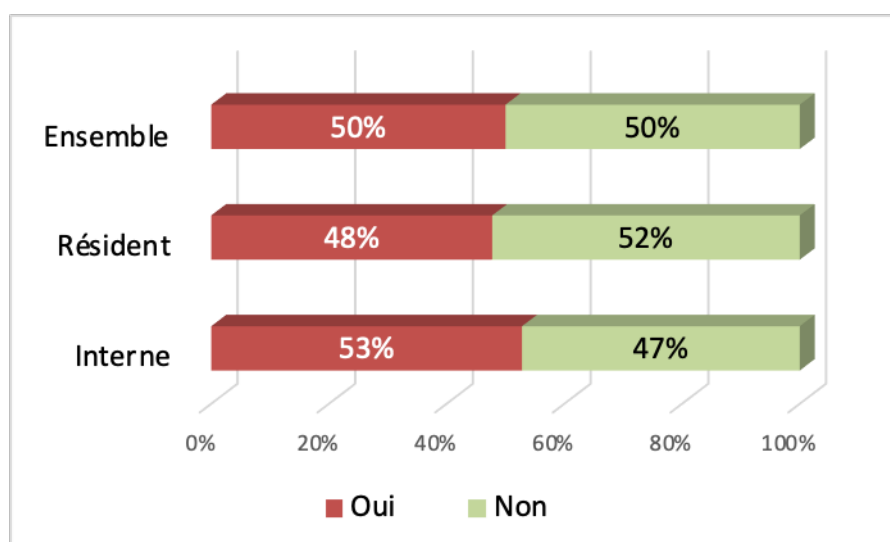


Figure 23 : Désir de reconversion de spécialité chez les internes et résidents.

Tableau II : récapitulatif des résultats du parcours professionnel.

Caractéristiques étudiées		Internes	Résident	Total
Spécialité	Médicale	54% (48)	42% (47)	47.5% (95)
	Chirurgicale	37% (33)	36% (40)	36.5% (73)
	Biologie	6% (5)	11% (12)	8.5% (17)
	Radiologie	3% (3)	11% (12)	7.5% (15)
Grade	1 ^{er} année internat	21.5% (43)		
	2 ^{ème} année internat	23% (46)		
	1 ^{er} année résidanat	15% (30)		
	2 ^{ème} année résidanat	12% (24)		
	3 ^{ème} année résidanat	10% (20)		
	4 ^{ème} année résidanat	10.5% (21)		
	5 ^{ème} année résidanat	8% (16)		
Volume horaire	<40h	43% (38)	41% (46)	42% (84)
	40-60h	44% (39)	48% (53)	46% (92)
	>60h	13% (12)	11% (12)	12% (24)
Arrêt maladie		26% (23)	22% (24)	23.5% (47)
Congés		80% (71)	50% (55)	63% (126)
Désir de reconversion		53% (47)	48% (53)	50% (100)

4. Étude des troubles anxieux caractérisés selon le Mini DSM IV:

Le trouble panique et la phobie sociale sont les troubles anxieux caractérisés les plus présents chez les internes et les résidents avec respectivement une prévalence de 17% et 14%, suivis du trouble anxieux généralisé (TAG) et l'agoraphobie avec un même taux de 13% ,puis l'état de stress post traumatique (ESPT) 9%, et enfin le trouble obsessionnel compulsif (TOC) 5%. (Figure 24)

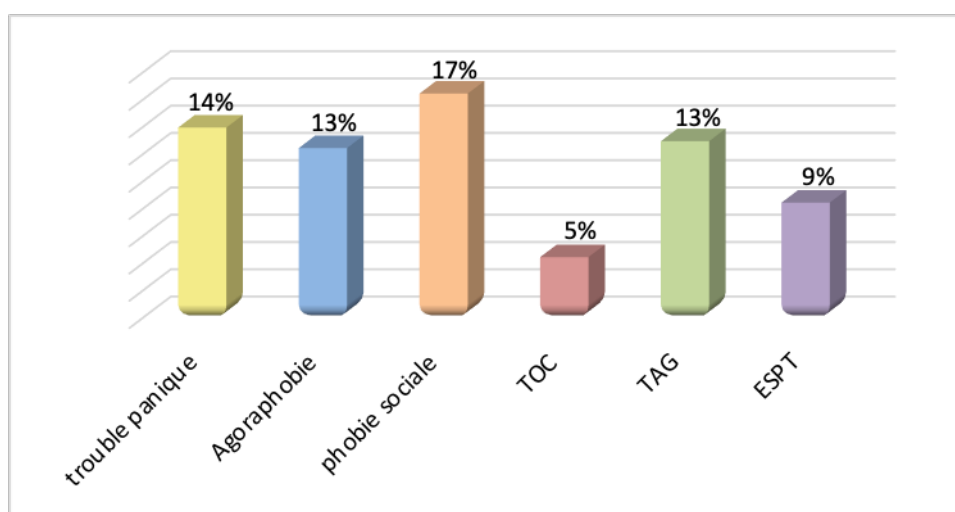


Figure 24 : La fréquence des troubles anxieux caractérisés dans notre échantillon

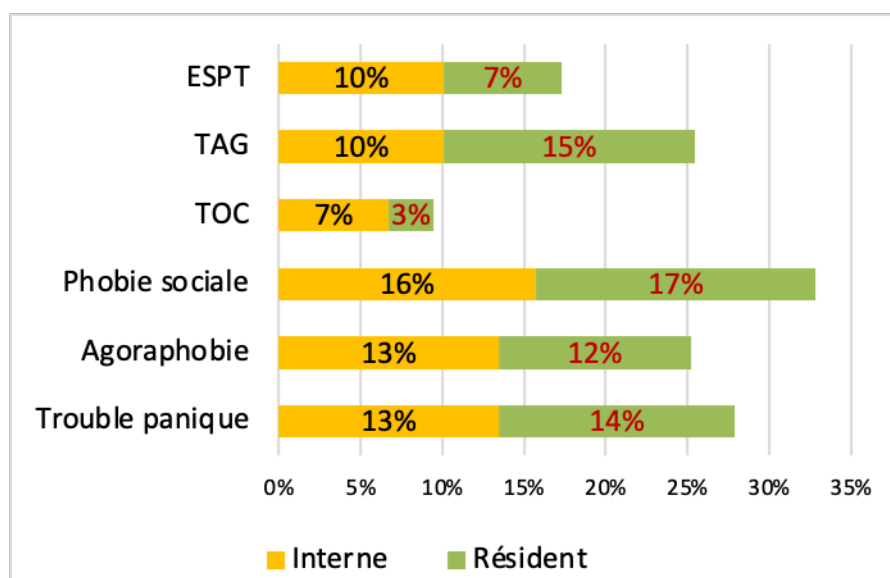


Figure 25 : La fréquence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et les résidents

5. Étude de la dépression selon l'Inventaire de Beck :

5.1. Diagnostic de dépression :

Plus de 43.5% (87) des individus de notre échantillon étaient déprimés dont 21% (42) sont des internes et 22,5% (45) sont des résidents (N=200). (Figure 26)

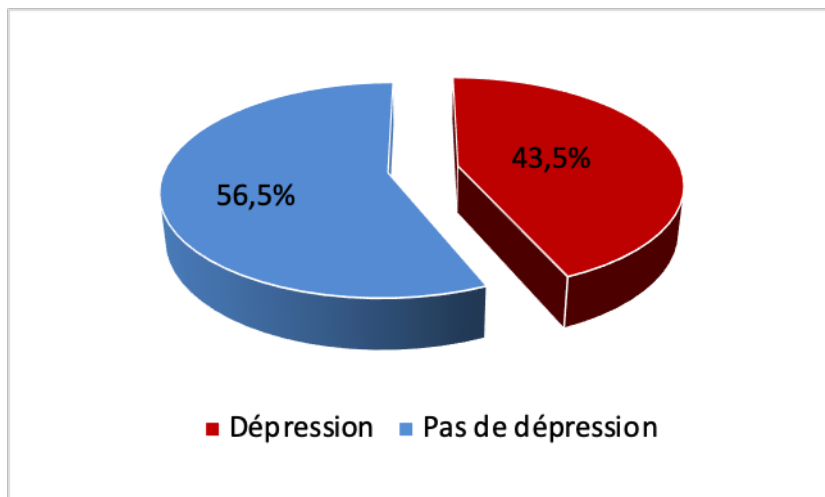


Figure 26 : La prévalence de la dépression dans notre échantillon

5.2. Diagnostic de sévérité de la dépression :

Il est à noter également que parmi les enquêtés déprimés 23,5% présentaient une dépression légère ; 13,5% une dépression modérée et 6,5% une dépression sévère.(figure 27)

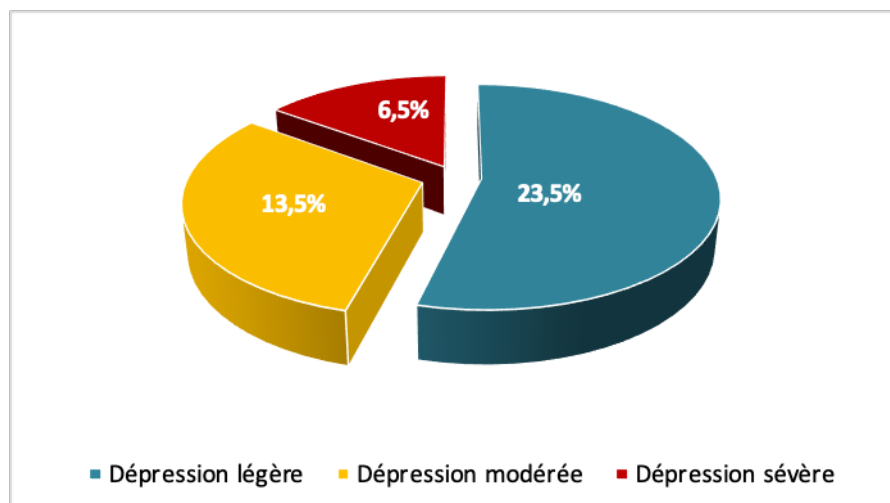


Figure 27 : La prévalence de la dépression dans notre échantillon selon la sévérité

Par ailleurs ; 31% des internes présentaient une dépression légère contre 17% chez les résidents ; 10% des internes présentaient une dépression modérée contre 16% chez les résidents et 6% des internes présentaient une dépression sévère contre 7% chez les résidents .(figure 28)

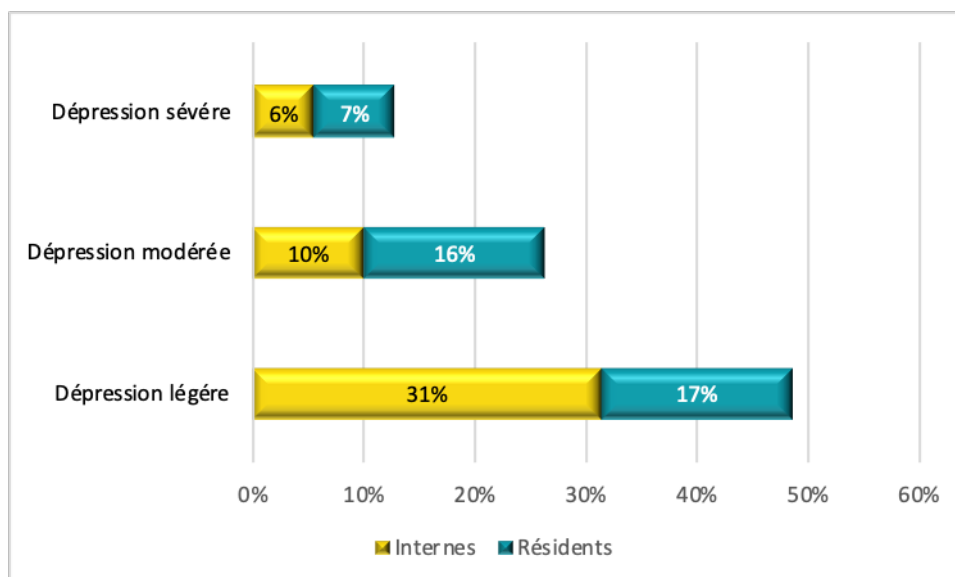


Figure 28 : La prévalence de la dépression chez les internes et les résidents selon la sévérité

Tableau III : récapitulatif des TAC et dépression chez les internes et les résidents du CHU Mohammed VI Marrakech

Caractéristiques étudiées		Internes	Résidents	Total
Prévalence des troubles anxieux caractérisés	Trouble panique	13% (12)	14% (16)	14% (28)
	Agoraphobie	13% (12)	12% (13)	13% (25)
	Phobie sociale	16% (14)	17% (19)	17% (33)
	Trouble obsessionnel compulsif	7% (6)	3% (3)	5% (9)
	État de stress post traumatique	10% (9)	7% (8)	9% (17)
	Trouble anxieux généralisé	10% (9)	15% (17)	13% (26)
	Total des TAC	40.5% (36)	40% (41)	39% (77)
Prévalence de la dépression	Pas de dépression	53% (47)	59% (66)	56,5% (113)
	Dépression légère	31% (28)	17% (19)	23.5% (47)
	Dépression modérée	10% (9)	16% (18)	13,5% (27)
	Dépression sévère	6 % (5)	7% (8)	6,5% (13)
	Total Dépression	47% (42)	41% (45)	43,5% (87)

II. Analyse bi variée :

1. Étude des associations de la variable des troubles anxieux caractérisés :

1.1. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le genre :

Dans notre série, la fréquence des troubles anxieux chez les enquêtés était plus élevées chez les femmes que les hommes, ainsi on retrouve 45% de TAC parmi les femmes et seulement 31% de TAC parmi les hommes. (Figure 29)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.038$)

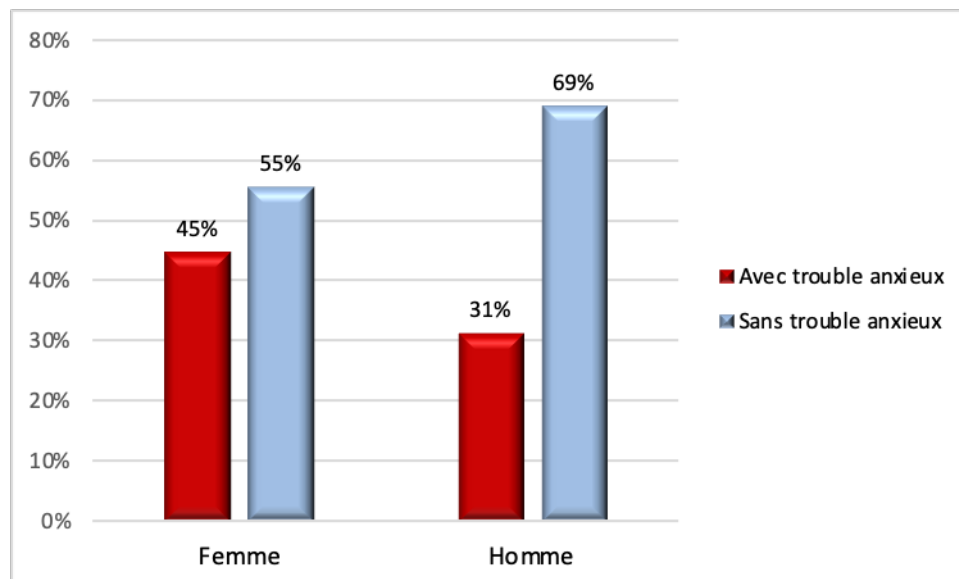


Figure 29 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et résidents selon le genre.

1.2. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de troubles anxieux :

La fréquence des troubles anxieux chez les internes et les résidents ayant un antécédent personnel de troubles anxieux était de 61%, ce qui représentait presque le double du pourcentage retrouvé chez ceux sans antécédent personnel de troubles anxieux avec 35%. (Figure 30)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.022$)

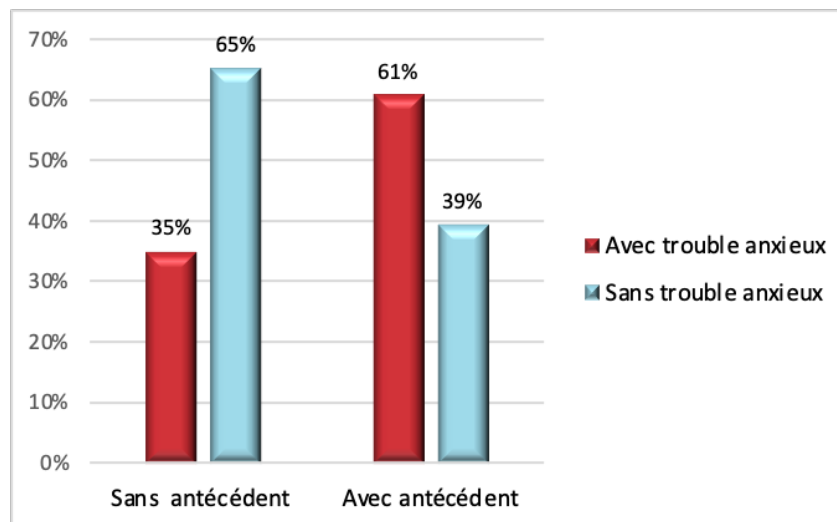


Figure 30 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de troubles anxieux.

1.3. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de troubles anxieux :

Il est à noter que le taux de troubles anxieux chez les internes et les résidents avec et sans antécédent familial de troubles anxieux est sensiblement similaire avec respectivement 39% et 38% (Figure 31)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.13$)

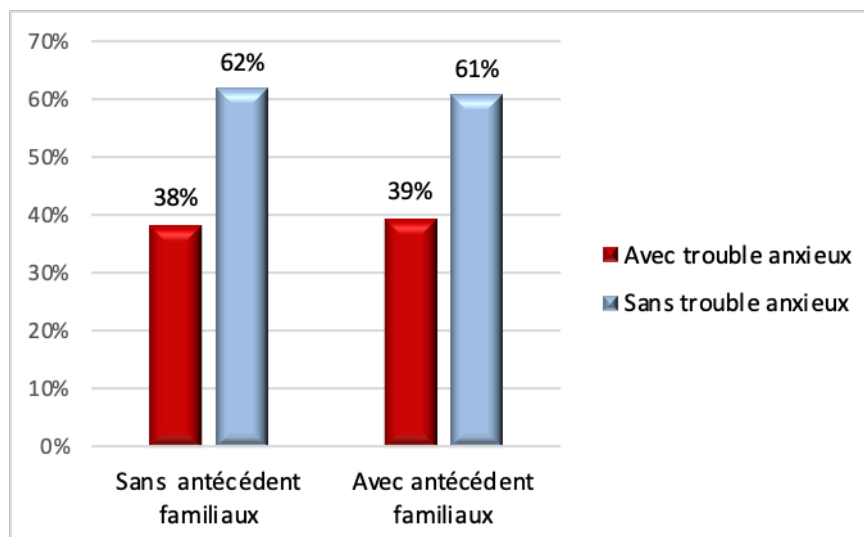


Figure 31 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de troubles anxieux

1.4. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la consommation toxique :

Presque la moitié des internes et des résidents 45% qui présentaient un trouble anxieux caractérisé étaient des consommateurs d'alcool et 32% étaient tabagiques.

(Figure 32)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.041$)

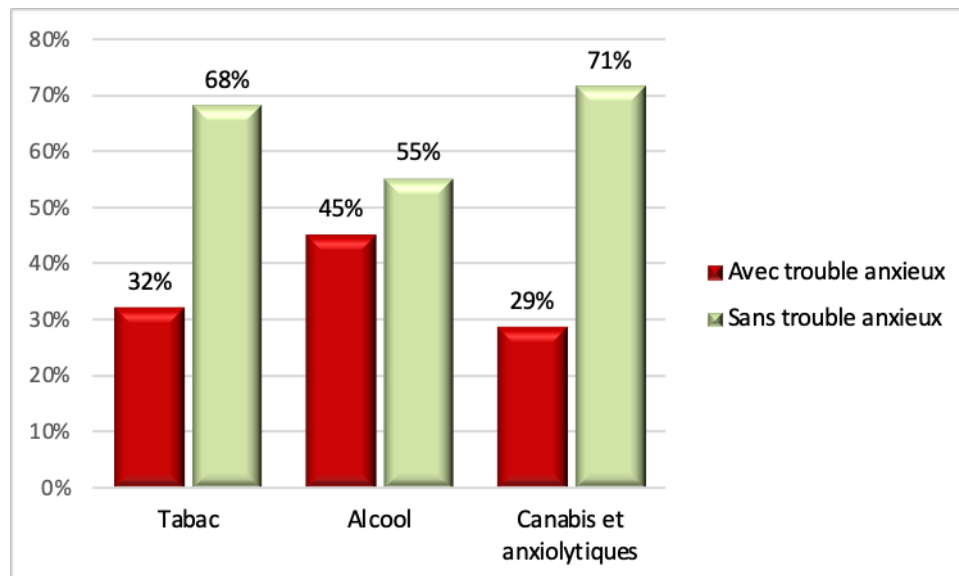


Figure 32 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la consommation toxique.

1.5. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la spécialité :

Dans notre échantillon, les internes et les résidents affectés dans un service médicale avaient un pourcentage de 40% de troubles anxieux, on retrouve un pourcentage presque similaire chez ceux affectés dans un service chirurgicale avec 36 % de troubles anxieux. (Figure 33)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.082$)

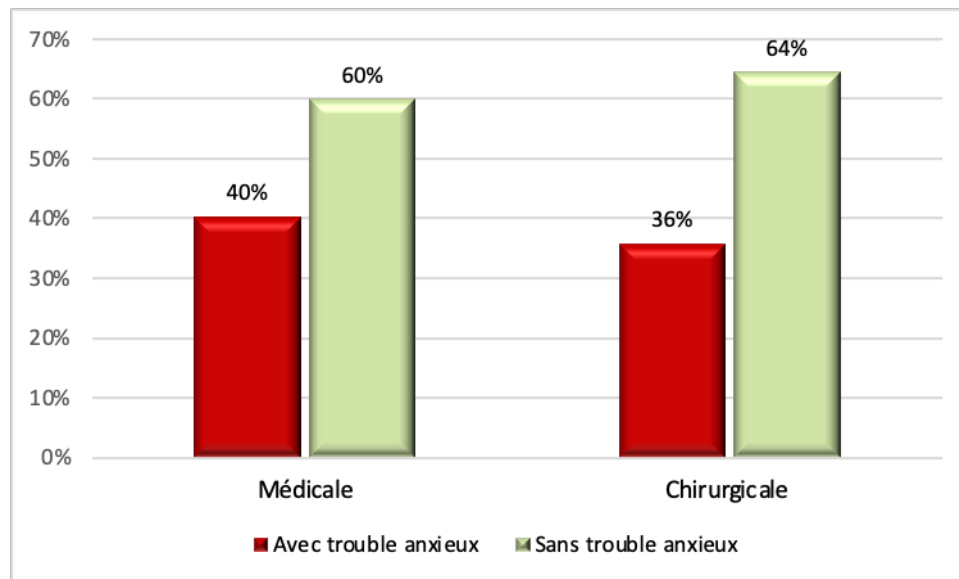


Figure 33 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon la spécialité

1.6. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le grade :

Dans notre échantillon, à l'exception de la 4^{ème} année chez qui on retrouve uniquement 14% de TAC , on remarque que pour les autres années de formation le taux des TAC variait entre 35% et 50%. (Figure 34)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.062$)

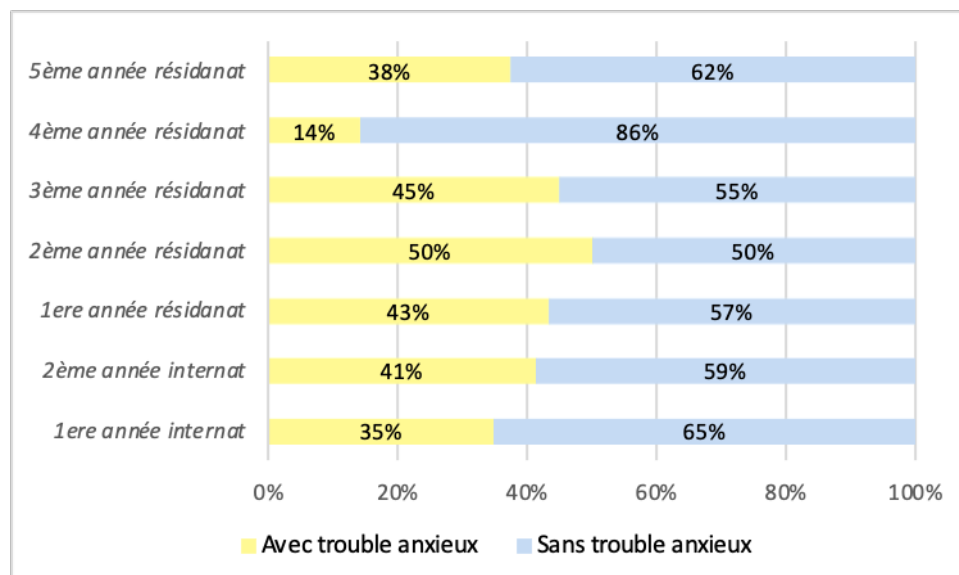


Figure 34: Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le grade

1.7. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les selon le volume horaire :

Dans notre étude, la fréquence des troubles anxieux chez les enquêtés augmentait avec le volume horaire hebdomadaire. En effet ; les internes et les résidents qui travaillaient moins de 40 heures par semaine avaient une fréquence de 36% de TAC, ceux qui travaillaient entre 40 et 60 heures par semaine avaient une fréquence de 38% de TAC et ceux qui travaillaient plus de 60 heures par semaine avaient une fréquence de 50% de TAC. (Figure 35)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.036$)

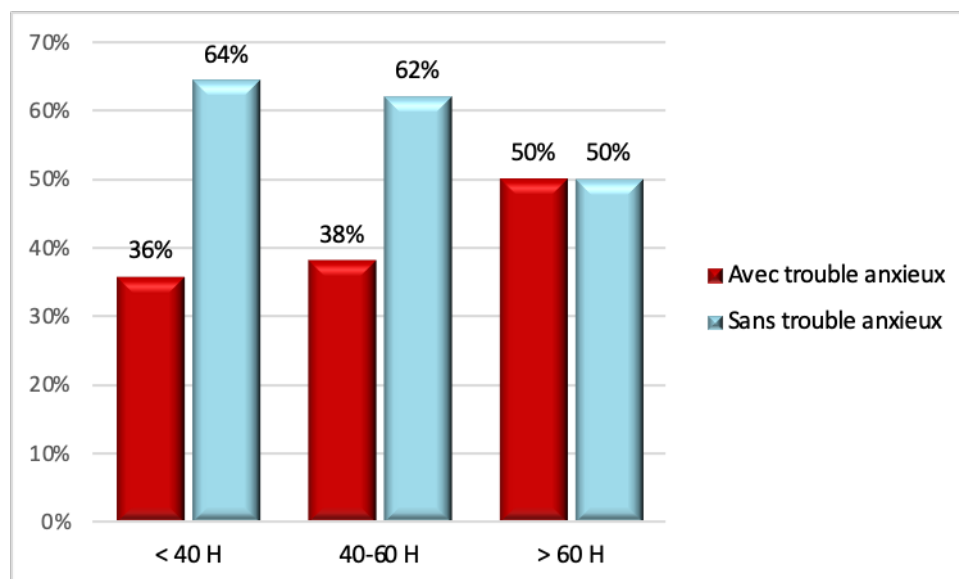


Figure 35: Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le volume horaire.

1.8. Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion de spécialité :

Dans notre étude, la fréquence des TAC chez les internes et résidents avec désir de reconversion de spécialité était de 46%, alors qu'on note chez ceux qui ne présentaient pas un désir de reconversion de spécialité uniquement 31% de TAC. (Figure 36)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.027$)

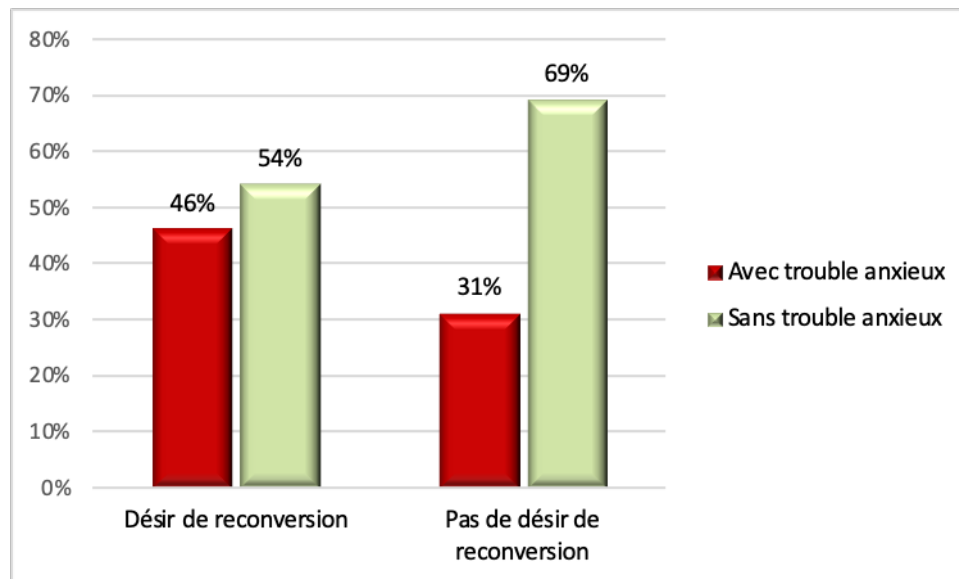


Figure 36 : Répartition des troubles anxieux chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion

Profil des internes et des résidents souffrant de troubles anxieux caractérisés:

- Le genre a une influence sur la survenue des TAC chez les enquêtés avec une prédominance féminine.
- L'antécédent personnel de TAC est un facteur influençant la survenue des troubles anxieux chez les internes et les résidents.
- L'antécédent familial de TAC n'a pas d'influence sur la survenue des troubles anxieux chez les internes et les résidents.
- La consommation de toxique est un facteur influençant la survenue de TAC chez les internes et les résidents
- Le choix de spécialité n'a pas d'influence sur la survenue des troubles anxieux chez les internes et les résidents.
- Le grade n'a pas d'influence sur la survenue des troubles anxieux chez les internes et les résidents.

- Le volume horaire hebdomadaire est un facteur influençant la survenue des troubles anxieux chez les internes et les résidents.
- Le désir de reconversion est un signal d'alarme à rechercher dans le cadre des troubles anxieux chez les internes et les résidents.

Tableau IV : récapitulatif des corrélations des variables des troubles anxieux

Caractéristiques étudiées		Pourcentage	Indice de Pearson
Genre	Homme	31%	<u>P=0.038</u>
	Femme	45%	
Antécédent personnel de dépression	Non	35%	<u>P=0.022</u>
	Oui	61%	
Antécédent familial de dépression	Non	38%	P=0.13
	Oui	39%	
Spécialité	Médicale	40%	P=0.082
	Chirurgicale	36%	
Grade	1 ^{er} année internat	35%	P=0.062
	2 ^{ème} année internat	41%	
	1 ^{er} année résidanat	43%	
	2 ^{ème} année résidanat	50%	
	3 ^{ème} année résidanat	45%	
	4 ^{ème} année résidanat	14%	
	5 ^{ème} année résidanat	38%	
Consommation toxique	Tabac	32%	<u>P=0.041</u>
	Alcool	45%	
	Autres	29%	
Volume horaire hebdomadaire	<40h	36%	<u>P=0.036</u>
	40–60h	38%	
	>60h	50%	
Désir de reconversion	Oui	46%	<u>P=0.027</u>
	Non	31%	

2. Étude des associations de la variable de la dépression :

2.1. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le genre :

Dans notre série, les fréquences de la dépression chez les enquêtés étaient plus élevées chez les femmes que les hommes, ainsi on retrouve 54% de dépression parmi les femmes et seulement 31% de dépression parmi les hommes. (Figure 37)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.027$)

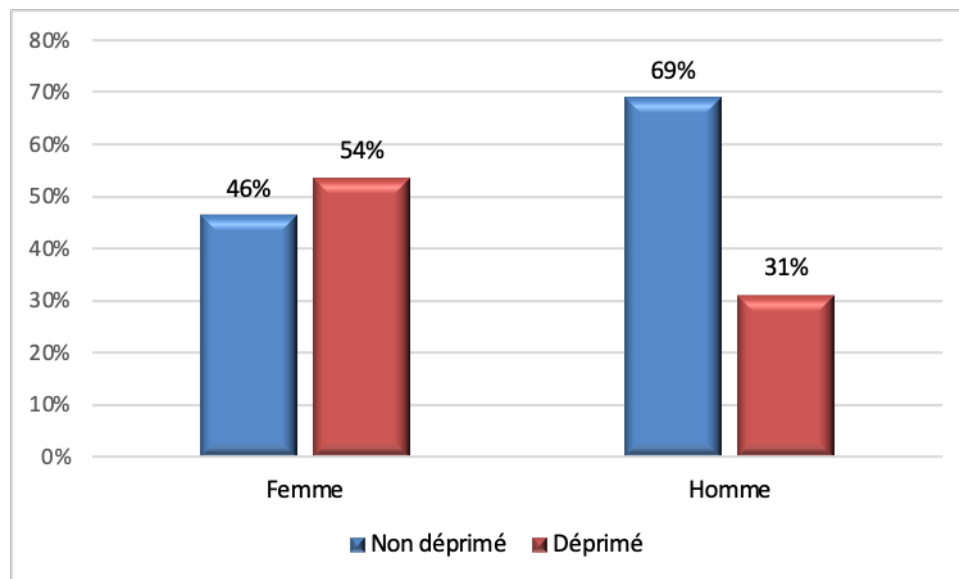


Figure 37 : Répartition de la dépression chez les internes et résidents selon le genre.

2.2. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la situation matrimoniale:

La majorité des internes et les résidents déprimés étaient célibataires 47%. (Figure 38)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.030$)

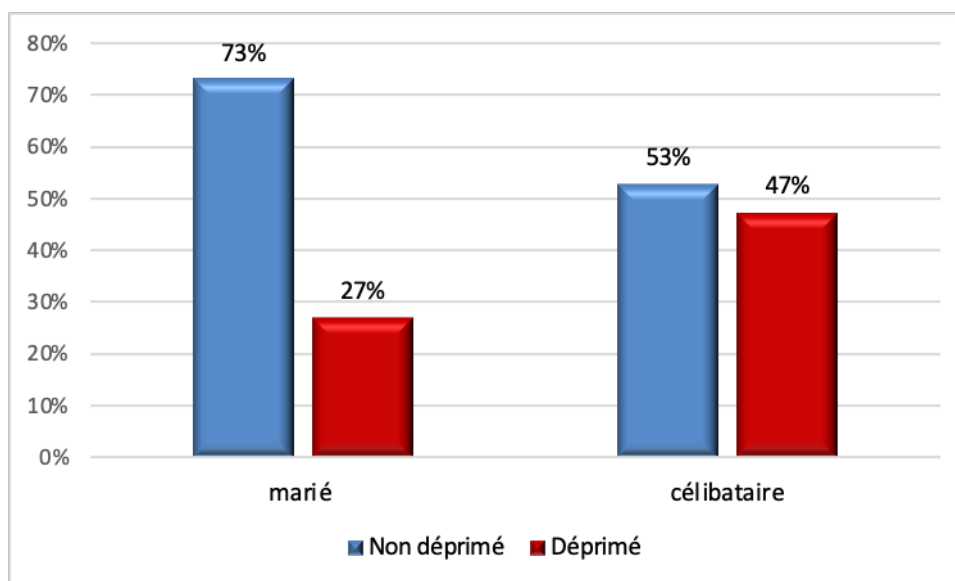


Figure 38 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la situation matrimoniale

2.3. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le mode de vie :

Parmi les internes et les résidents qui habitaient seuls, 51% ont développé une dépression. Cependant, 40% des enquêtés qui habitaient en famille souffraient de dépression et uniquement 38% de ceux qui habitaient en colocation avaient une dépression. (figure 39)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.070$)

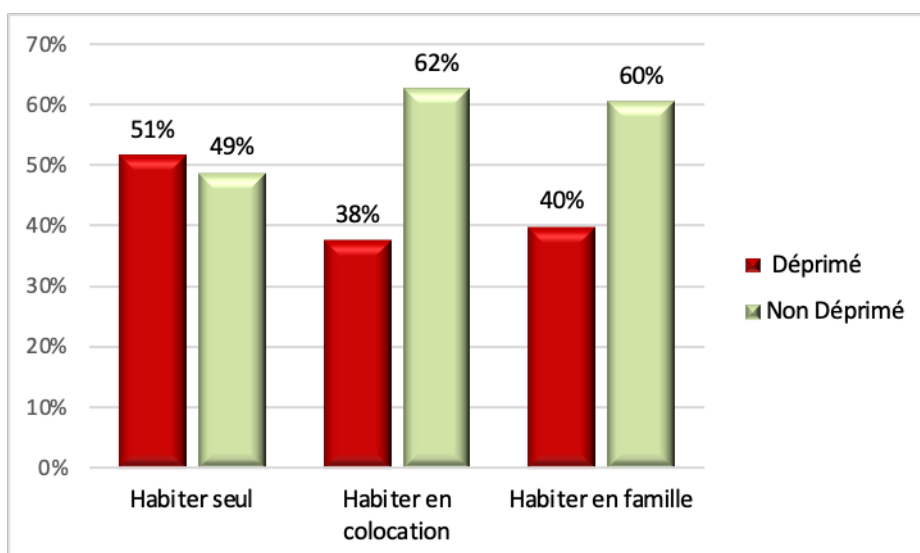


Figure 39 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le mode de vie

2.4. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la responsabilité des rentrées financières :

Presque la moitié des enquêtés déprimés n'assuraient pas les rentrées financières avec un taux de 46% . (Figure 40)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.058$)

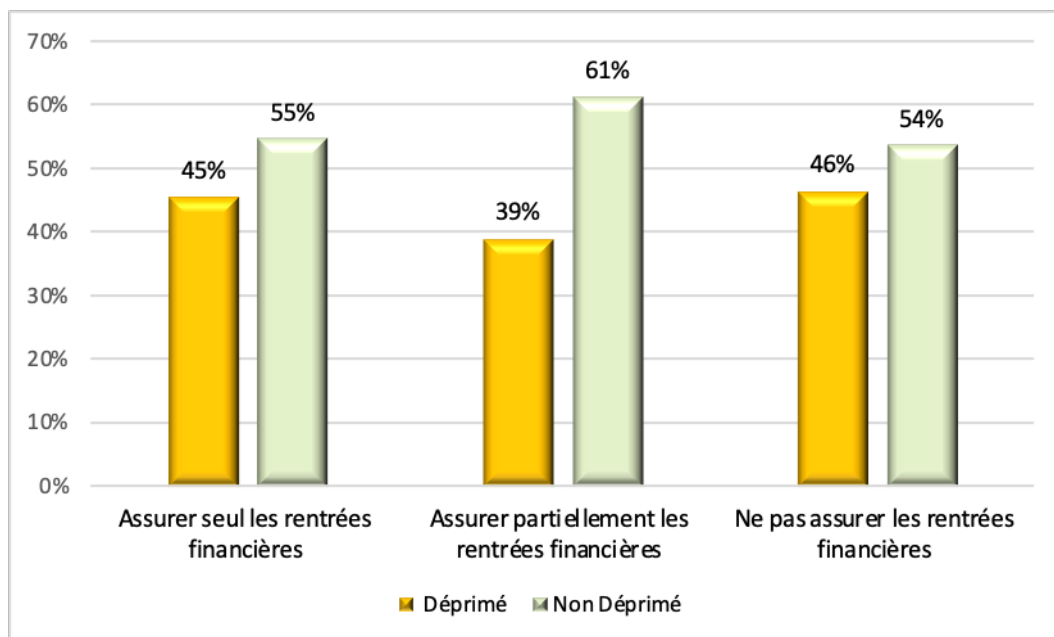


Figure 40 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la responsabilité des rentrées financières.

2.5. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la consommation toxique :

Il est à noter que 40% des internes et résidents déprimés sont des consommateurs d'alcool et 36% sont tabagiques .(Figure 41)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.042$)

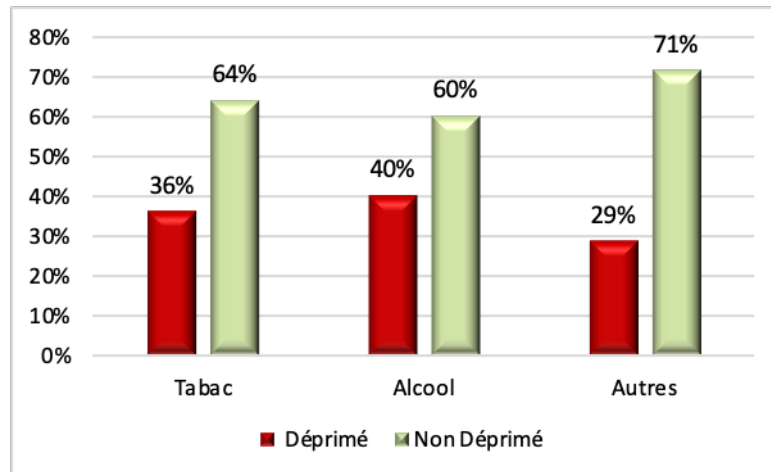


Figure 41 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la consommation toxique

2.6. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de dépression :

La fréquence de la dépression chez les internes et les résidents ayant un antécédent personnel de dépression était de 66%, ce qui représentait le double du pourcentage retrouvé chez les internes et les résidents déprimés sans antécédent personnel de dépression avec 39%. (Figure 42)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.022$)

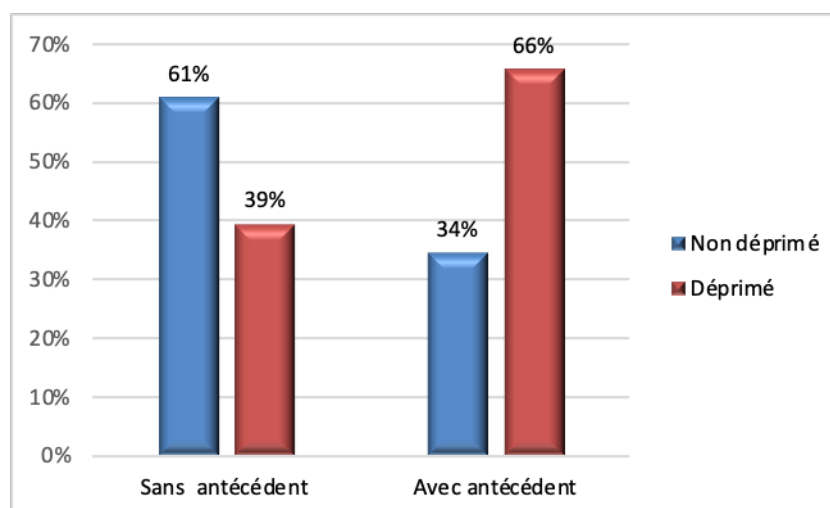


Figure 42 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents personnels de dépression.

2.7. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de dépression :

La majorité des internes et résidents ayant un antécédent familial de dépression étaient déprimés (62%), tandis que les sujets déprimés n'ayant pas d'antécédents familiaux de dépression ne représentaient que 39%. (Figure 43)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.027$)

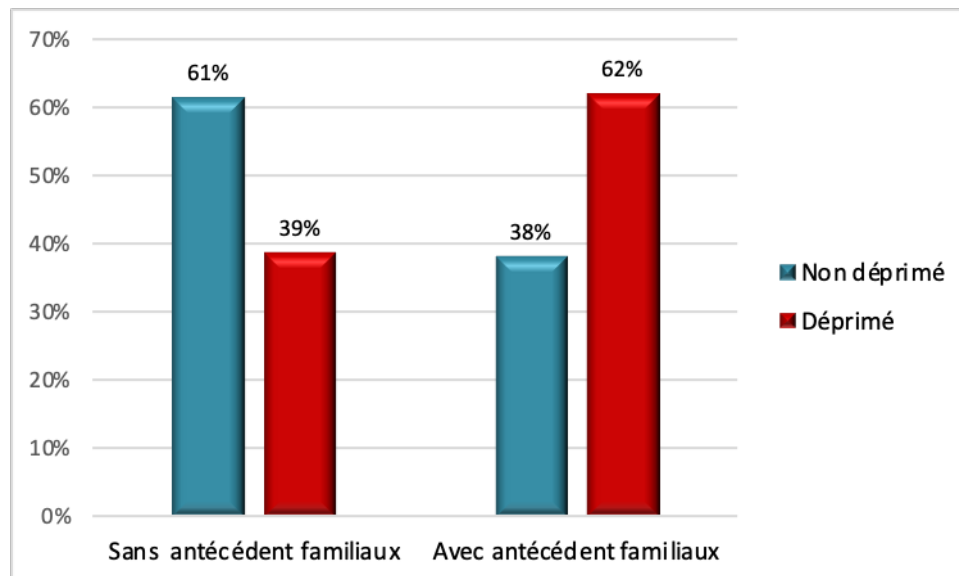


Figure 43 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon les antécédents familiaux de dépression

2.8. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la spécialité :

Dans notre échantillon, les internes et les résidents affectés dans un service chirurgical avaient un taux de 45% de dépression, on retrouve un taux similaire chez ceux affectés dans un service médical avec 47% de dépression.

Par contre on retrouve uniquement 24% de dépression parmi les internes et les résidents affectés dans un service de biologie et 33% chez ceux affectés en radiologie. (Figure 44)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.057$)

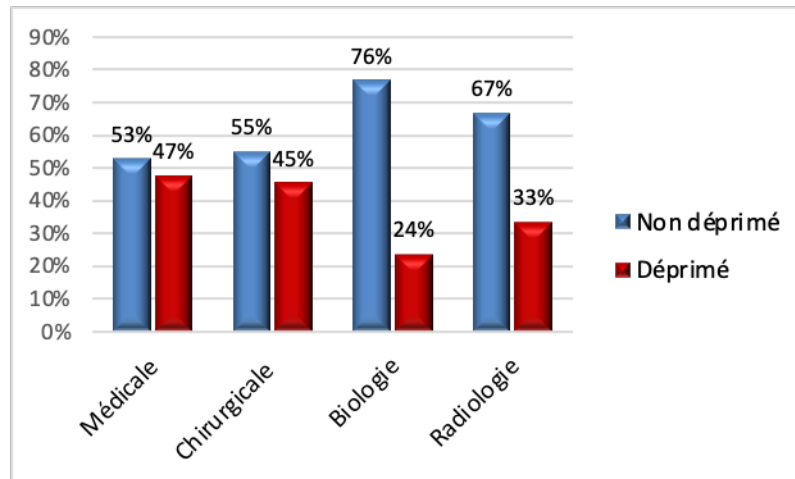


Figure 44 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon la spécialité

2.9. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le grade :

Dans notre échantillon, les taux de dépression les plus élevés ont été observés essentiellement chez les résidents en 1^{er} et 2^{ème} année avec respectivement 53% et 54% de dépression ; il en est de même pour les internes en 1^{er} et 2^{ème} année avec respectivement, 51% et 43% de dépression ; tandis qu'on note un taux nettement inférieur chez les résidents en fin de cursus, soit 4^{ème} et 5^{ème} année avec respectivement, 14% et 25% de dépression.(Figure 45)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.064$)

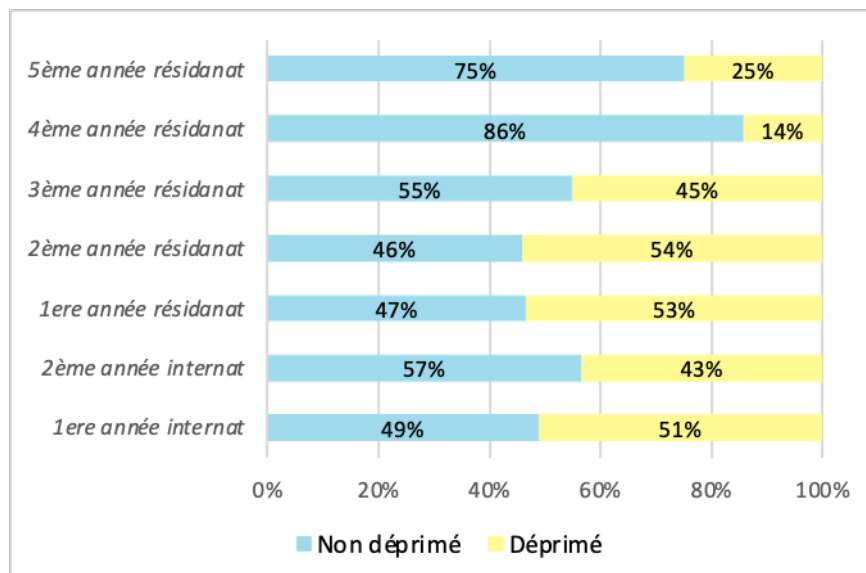


Figure 45 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le grade.

2.10. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le nombre de gardes :

Parmi les internes et les résidents qui avaient plus que 5 gardes par mois, 50% souffraient de dépression, tandis que seulement 37% des enquêtés qui avaient un nombre de gardes ≤ 5 par mois avaient une dépression . (Figure 46)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.044$)

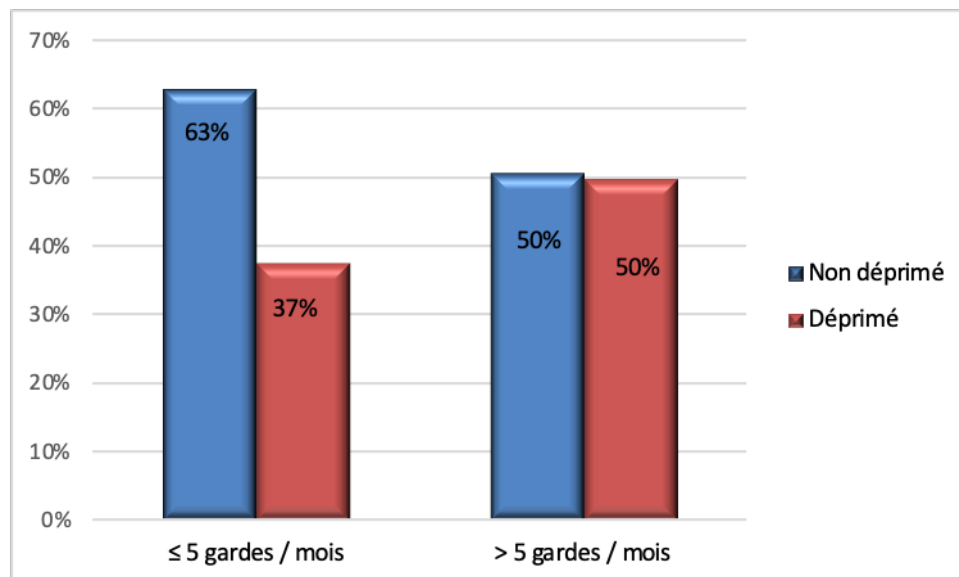


Figure 46 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le nombre de gardes.

2.11. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le volume horaire :

Dans notre étude, la fréquence de la dépression chez les internes et les résidents augmentait avec le volume horaire hebdomadaire. Les enquêtés qui travaillaient moins de 40 heures par semaine avaient une fréquence de 33% de dépression, ceux qui travaillaient entre 40 et 60 heures par semaine avaient une fréquence de 48% et ceux qui travaillaient plus de 60 heures par semaine avaient une fréquence de 63% de dépression. (Figure 47)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.035$)

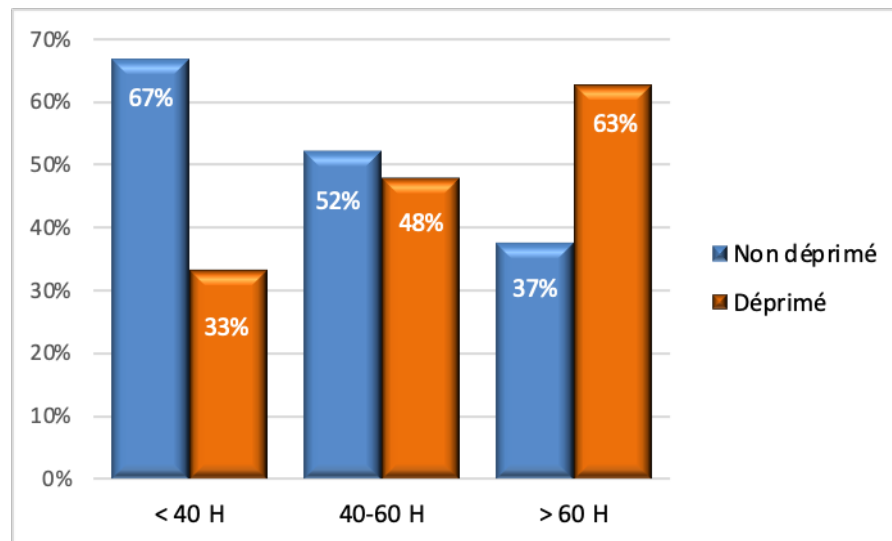


Figure 47: Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le volume horaire.

2.12. Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion de spécialité :

Dans notre étude, 53% des enquêtés présentant un désir de reconversion de spécialité souffraient de dépression ; tandis que seulement 34% de ceux n'ayant pas un désir de reconversion de spécialité étaient déprimés . (Figure 48)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.032$)

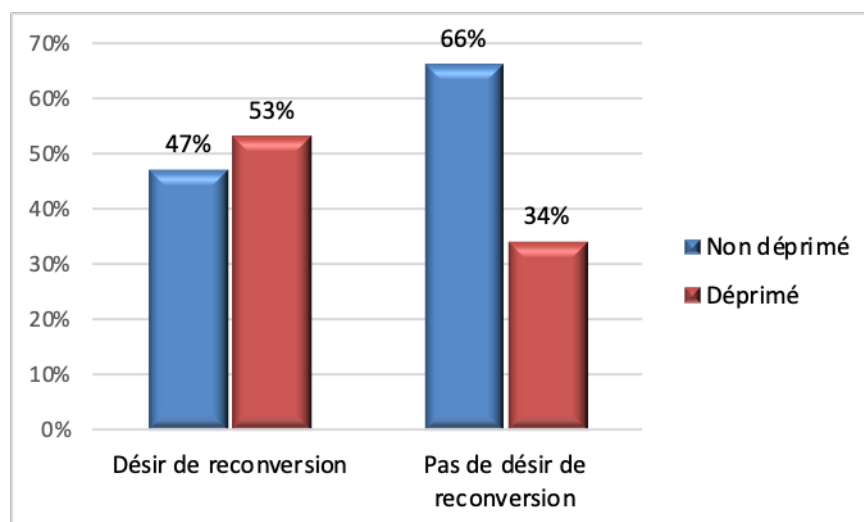


Figure 48 : Répartition de la dépression chez les internes et les résidents selon le désir de reconversion.

Profil des internes et les résidents souffrant de dépression :

- Le genre a une influence sur la survenue de la dépression chez les enquêtés avec une prédominance féminine.
- L'antécédent personnel et familial de dépression est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les internes et les résidents.
- La consommation du tabac et d'alcool est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les internes et les résidents.
- La responsabilité financière n'est pas un facteur influençant la survenue de la dépression chez les enquêtés .
- Le choix de spécialité n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les enquêtés.
- Le grade n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les internes et les résidents.
- Le nombre de garde >5 / mois est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les internes et les résidents.
- Le volume horaire hebdomadaire est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les internes et les résidents.
- Le désir de reconversion est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les internes et les résidents .

Tableau V : récapitulatif des corrélations des variables de la dépression

Caractéristiques étudiées		Pourcentage	Indice de Pearson
Genre	Homme	31%	<u>P=0.027</u>
	Femme	54 %	
Situation matrimoniale	Marié	27 %	<u>P=0.030</u>
	Célibataire	47 %	
Mode de vie	Seul	51%	P=0.070
	En famille	40%	
	En collocation	38%	
Responsabilité financière	Seul	45%	P=0.058
	Partiellement	39%	
	Non	46%	
Habitude Toxique	Tabac	36%	<u>P=0.042</u>
	Alcool	40%	
	Autre	29%	
Antécédent personnel de dépression	Non	39%	<u>P=0.022</u>
	Oui	66%	
Antécédent familial de dépression	Non	39%	<u>P=0.027</u>
	Oui	62%	
Spécialité	Médicale	47%	P=0.057
	Chirurgicale	45%	
Nombre de garde mensuel	<=5 gardes	37%	<u>P=0.044</u>
	>5 gardes	50%	
Volume horaire hebdomadaire	<40h	33%	<u>P=0.035</u>
	40-60h	48%	
	>60h	63%	
Désir de reconversion	Oui	53%	<u>P=0.032</u>
	Non	34%	



DISCUSSION



I. DEFINITIONS ET CONCEPTS

1. Les troubles anxieux caractérisés.

Les troubles anxieux caractérisés regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique et l'état de stress posttraumatique (ESPT). le trouble obsessionnel compulsif (TOC) n'est plus considéré comme trouble anxieux caractérisé (DSM V).

Tableau VI : Les définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V)

DSM V	CIM 10
Trouble anxieux généralisé	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
Trouble panique	
Elle associe les critères suivants : • attaques de panique récurrentes et inattendues ; • au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants : ▸ crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, ▸ préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »), ▸ changement de comportement important en relation avec les attaques.	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
Trouble anxiété sociale	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.	Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
Phobie simple ou spécifique	
Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc.	Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

DSM V	CIM 10
Trouble obsessionnel compulsif	
Existence soit d'obsessions soit de compulsions : • obsessions définies par : des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ; • compulsions définies par : des comportements répétitifs (par exemple laver ses mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.	Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.
État de stress post-traumatique	
Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : • le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ; • la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.	Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

2. La dépression

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique. La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche: le DSM-V.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- Être présents durant une période minimum de deux semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial)

- Induire une détresse significative.

Tableau VII : Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
Au moins 2 symptômes principaux : – Humeur dépressive ; – Perte d'intérêt, abattement ; – Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	Au moins 2 des autres symptômes : – Concentration et attention réduite ; – Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; – Sentiment de culpabilité et d'inutilité ; – Perspectives négatives et pessimistes Pour le futur ; – Idées et comportement suicidaires ; – Troubles du sommeil ; – Perte d'appétit.

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

Certains symptômes peuvent avoir une expression différente selon les cultures et les croyances.

2.1. Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif caractérisé sont :

- D'autres troubles psychiatriques ;
- L'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la poly médication chez le sujet âgé ;
- L'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac)
- D'autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives.

Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent être également une comorbidité.

Évaluation initiale de l'épisode dépressif caractérisé

Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen.

a. Entretien clinique

a.1. Évaluation de l'épisode dépressif caractérisé actuel

Pour le bilan initial de l'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les éléments suivants :

- Le risque suicidaire ;
- Un trouble psychiatrique associé, notamment parmi les troubles anxieux
- une auto ou hétéro-agressivité ;
- Une diminution des fonctions sensorielles, physiques ou cognitives (notamment pour les patients âgés ou ayant subi un traumatisme crânien) ;
- L'existence de maltraitance actuelle physique, psychique, verbale ou sexuelle ;
- Des expressions somatiques des états dépressifs (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées)
- Des troubles de la sexualité ;
- Des facteurs de risques psychosociaux ; il est nécessaire d'évaluer la durée et l'intensité du facteur de risque et la possibilité d'une amélioration spontanée.

a.2. Évaluation des antécédents personnels et familiaux

En cas de suspicion d'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les antécédents psychiatriques et somatiques lors du bilan initial.

Il est recommandé de recueillir si nécessaire les informations complémentaires auprès de la famille ou des amis avec l'accord du patient.

Il est recommandé d'évaluer les ressources, aides, fonctionnement socioprofessionnel, etc.

2.2. Outils d'aide au diagnostic

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, HADS, HDRS, le GDS-15.

Pour certains patients l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire

2.3. Définition

Il est recommandé de qualifier la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 qui proposent 3 niveaux : léger, modéré ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif

Tableau VIII: Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (Perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Étude des troubles anxieux caractérisés

1.1. Population générale d'âge similaire.

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et résidents était de 39%. Ce taux, certes élevé, est comparable avec les résultats trouvés dans la littérature.

L'étude faite sur la population générale à Tétouan au Maroc, en 2013 par L.El Amrani et al [6], a trouvé une prévalence de l'anxiété à hauteur de 35.87% chez la tranche d'âge des 25–34 ans.

Cette différence de résultat entre les internes et résidents et la population générale est confortée par plusieurs études internationales [7][8][2][9][10].

Notamment celle de Moussa OY et al [10], réalisée en 2016 aux États-Unis dont les résultats suggèrent que les étudiants en médecine, les résidents et les médecins spécialistes ont des taux de dépistage positifs de l'anxiété plus élevés que les taux retrouvés dans une population américaine d'âge similaire.

Les internes et résidents en médecine ont des taux d'anxiété supérieurs au reste de la population générale d'âge similaire, il est donc pertinent de souligner l'impact des conditions de formation et de travail dans la survenue de ces troubles.

Tableau IX: Comparaison des taux des TAC chez les internes et résidents du CHU de Marrakech et ceux de population d'âge similaire.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence des TAC
L.El Amrani et al [6]	Tétouan, Maroc	2013	35,87%
Moussa OY et al [10]	États-Unis	20176	32%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	39%

1.2. Étudiants en médecine.

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et les résidents était de 39%.

L'étude d'Ouchtain et al [11], réalisé en 2014 et publié en 2016, chez les étudiants de la FMPPM avait trouvé un taux de 54% chez un échantillon de 350 étudiants.

L'étude de Kelly Macauley [12], faite en 2017 aux États-Unis a trouvé un taux de 56% chez un échantillon de 183 étudiants.

Tableau X : Comparaison des taux des TAC chez les internes et résidents du CHU de Marrakech et ceux des étudiants en médecine.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence des TAC
Ouchtain et al [11]	Marrakech, Maroc	2016	54%
Kelly Macauley [12]	États-Unis	2017	56%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	39%

Les similitudes au niveau des taux des troubles anxieux caractérisés entre internes, résidents et les étudiants en médecine pourrait être expliqués, selon l'étude de Mata et al [2], par le fait que contrairement à la dépression, l'anxiété n'évolue pas chez les étudiants après leur passage au statut de résident.

1.3. Médecins spécialistes.

Dans notre étude, la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et les résidents était de 39%.

L'étude faite en 2019 par P.Hardy et al [13] sur un échantillon de 611 médecins de différentes spécialités exerçant à Paris, en France, a trouvé une prévalence de l'anxiété de 53.5%.

Par ailleurs, cette étude a révélé une différence significative dans les taux d'anxiété entre les médecins psychiatres et non psychiatres, ils ont donc émis l'hypothèse que cette différence pourrait être expliqué par les connaissances en gestion psychologique et la meilleure utilisation des médicaments psychotropes chez les psychiatres.

On note donc que le passage du statut de résident à celui de spécialiste ne garantit pas l'amélioration des troubles anxieux caractérisés, et qu'une bonne formation en matière de prévention et de prise en charge des troubles anxieux caractérisés serait la clé pour une meilleure santé mentale.

1.4. Résidents du monde

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les internes et les résidents était de 39%.

- l'étude de Marzouk et al [14] qui a trouvé en 2017, une prévalence de 43.6% chez un échantillon de 1700 résidents tunisiens.
- Pereira-lima et al [3] qui a trouvé en 2014 une prévalence de 41.31% chez un échantillon de 400 résidents brésiliens.
- L'étude de Barbara Buddeberg-Fischer [15] qui a trouvé en 2009 une prévalence de 30% chez un échantillon de 390 résidents en suisse.

Tableau XI : Comparaison des taux des TAC chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence des TAC
Marzouk et al [14]	Tunisie	2017	43.6%
Pereira-lima et al [3]	Brésil	2014	41.31%
Buddeberg-Fischer [15]	Suisse	2009	30%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	39%

Cette différence de résultat entre les différentes études serait, selon Mata et al [2], imputée aux différents instruments de mesure utilisés et aux caractéristiques sociodémographiques de chaque population étudiée.

2. Étude de la dépression :

1.1. Population générale d'âge similaire.

Dans notre étude la prévalence de la dépression chez les internes et les résidents était de 43.5%, ce qui est comparable avec les résultats trouvés dans la littérature.

En effet, dans l'étude de Christophe Léon [16] sur la dépression chez la population générale en France en 2017, la tranche d'âge des 25-34 ans avait un taux de dépression estimé à seulement 11.2%.

D'autres études internationales ont souligné le fait que les médecins résidents ont généralement des taux de dépression plus élevés que la population générale [9] [10] [14].

D'où l'importance d'établir des stratégies de prévention et de prise en charge ciblées pour cette population estimée, à juste titre, à haut risque de dépression.

Tableau XII : Comparaison des taux de dépression chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux de population d'âge similaire.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence de la dépression
Christophe Léon [16]	France	2013	11.2%
S. E. Schneider et al [9]	États-Unis	1993	13%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	39%

1.2. Étudiants en médecine de la FMPM:

Dans notre étude, le taux de dépression chez les internes et les résidents était de 43.5%.

L'étude faite par Ouchtain [11] sur la prévalence de la dépression chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en 2016 avait trouvé un taux de 35.1%.

Cette augmentation est corroborée par une analyse limitée aux études longitudinales de Mata et al [5] qui a trouvé une augmentation significative des symptômes dépressifs chez les étudiants après le début du cursus de spécialité. L'augmentation dans les symptômes dépressifs chez les jeunes résidents était de 15,8% (Fourchette, 0,3% –26,3%) dans l'année suivant le début de la formation.

Par ailleurs, les estimations de la santé mondiale de l'OMS sur la dépression et autres troubles mentaux courants [17] paru en 2017, a révélé que le nombre total estimé de personnes vivant avec la dépression a augmenté de 18,4% entre 2005 et 2015; cela reflète la croissance globale de la population mondiale, ainsi qu'une augmentation proportionnelle des groupes d'âge où la dépression est plus répandue.

1.3. Médecins spécialistes :

Dans notre étude, le taux de dépression chez les internes et les résidents était de 43.5%. Les études concernant les médecins spécialistes rapportent des taux inférieurs au notre, notamment :

Dans l'étude faite en 2019 par P.Hardy et al [13] sur un échantillon de 611 médecins de différentes spécialités exerçant à Paris, en France a trouvé une prévalence de la dépression de 25.9%.

Dans l'étude de Dyrbye et al [18], où la prévalence de la dépression était de 50.8% chez les résidents, contre 40% chez les médecins spécialistes aux États-Unis.

Tableau XIII : Comparaison des taux de la dépression chez les internes résidents du CHU de Marrakech et ceux des médecins spécialistes.

Auteurs	Pays	Année	Population cible	Prévalence de la dépression
P.Hardy et al [13]	Paris, France	2019	Médecins spécialistes	25.9%
Dyrbye et al [18]	États-Unis	2014	Médecins spécialistes	40%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Internes et résidents	43,5%

1.4. Résidents du monde

Dans notre étude, la prévalence de la dépression chez les internes et les résidents était de 43.5%.

L'étude de Dyrbye et al [18] a trouvé un résultat similaire avec 50.8% dans un échantillon de 1701 résidents aux États-Unis.

Certaines études ont trouvé des résultats supérieurs aux nôtres, notamment :

- l'étude de Marzouk et al [14] qui a trouvé en 2017, une prévalence de 69.5% chez un échantillon de 1700 résidents tunisiens.
- Al Maddah et al [19] qui a trouvé en 2015, un résultat de 63.2% chez un échantillon 171 résidents saoudiens.

Tandis que d'autres études ont trouvé des résultats inférieurs aux nôtres, comme :

- Pereira–lima et al [3] qui a trouvé en 2014 une prévalence de 21.6% chez un échantillon de 400 résidents brésiliens.
- P.Lebensohn et al [20] qui ont trouvé en 2013 un taux de 23% chez un échantillon de 168 résidents en Arizona, États-Unis.

Selon Mata et al [5], l'estimation de la prévalence de la dépression chez les résidents en médecine varie entre 3% à 60% avec une médiane de 28.8% d'après une récente méta-analyse de 54 études, une médiane inférieure à notre résultat.

Cette étude [5] a mis en évidence la différence d'approche méthodologique pour aborder cette différence (études transversales vs études longitudinales) et la grande variabilité des instruments utilisés (pas moins de 13 instruments différents utilisés dans les 54 études).

Tableau XIV : Comparaison des taux de la dépression chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat
Marzouk et al [14]	Tunis, Tunisie	2017	69.5%
Al-Maddah et al [19]	Arabie saoudite	2015	63.2%
Dyrbye et al [18]	États-Unis	2014	50.8%
P.Lebensohn [20]	Arizona, États-Unis	2013	23%
Pereira–lima et al [3]	Brésil	2014	21.6%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	43.5%

III. DISCUSSION DES CORRELATIONS

1. Variable troubles anxieux caractérisés :

1.1. Genre :

Dans la population générale les femmes ont un risque plus élevé de développer des troubles anxieux caractérisés que les hommes[40][41].

Nous avons objectivé une différence significative de la prévalence des TAC en fonction du genre ,avec presque la moitié des internes et des résidents qui présentaient un TAC sont de sexe féminin.

Des résultats similaires ont été reportés par plusieurs auteurs notamment

Lloyd et al en 1990 [42] qui ont objectivé que les étudiantes déclaraient plus de symptôme d'anxiété que leurs collègues masculins ($p= 0,05$).

Farhad Ghorban et Al [43] en 2011 en IRAN

Cassady et Al [44] en 2001 en Inde , ($P=<0,04$)

Pour bien asseoir cette corrélation, des études longitudinales [45] [46] ont été menées notamment par Richman et Flaherty [46] qui ont trouvé que les scores d'anxiété de base étaient similaires chez les deux genres ; mais, les étudiantes ont développé plus de TAC tout au long de la première année que leurs homologues masculins ($P=0,001$).

Toutes ces études sont d'accord sur la prédominance féminine des TAC .

Tableau XV: Association de troubles anxieux caractérisés et genre.

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Lloyd et al en 1990 [42]	États-Unis	1990	Prédominance féminine	≤ 0.05
Farhad Ghorban et Al [43]	Iran	2011	Prédominance féminine	≤ 0.05
Cassady et Al [44]	Inde	2001	Prédominance féminine	≤ 0.05
Richman et Flaherty [46]	États-Unis	1990	Prédominance féminine	≤ 0.001
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Prédominance féminine	≤ 0.05

1.2. Les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques :

Dans notre étude, nous avons objectivé une relation statistiquement significative entre les ATCDs personnels psychiatriques et la prévalence des TAC . Cependant, nous n'avons pas objectivé de relation statistiquement significative entre les ATCDs familiaux psychiatriques et la prévalence des TAC dans notre échantillon .

Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs chercheurs notamment Khan MS et Al [59] chez les étudiants de l'université médicale de Karachi au Pakistan ($P=16,3$) et Shawaz et Al [60] en 2015 dans un échantillon de 353 étudiants en médecine de l'Inde.

Par contre Z Mehanna [47] de Bierut au Liban, il évoque que les ATCDs psychiatriques sont des forts prédicteurs de la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les médecins en formation.

On peut expliquer cette différence des résultats par l'origine de chacune des études, les caractères socioculturels de chacun des échantillons.

Tableau XVI: Association de troubles anxieux caractérisés et ATCDs personnels psychiatriques

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Khan MS et Al [59]	Pakistan	1990	Pas un facteur prédicteurs	>0.05
Shawaz et Al [60]	Inde	2015	Pas un facteur prédicteurs	>0.05
Z Mehanna [47]	Bierut, Liban	2006	Facteur prédicteurs	<0.05
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Facteur prédicteur	<0.05

1.3. la consommation des toxiques:

Nous avons objectivé une relation statistiquement significative entre la consommation des toxiques (tabac, alcool, cannabis et anxiolytiques) d'une part et la prévalence des TAC d'autre part. Seul 32% des enquêtés tabagique présentaient un TAC, tandis que 45% des enquêtés consommateurs d'alcool présentaient un TAC.

Shawaz Iqbal et Al [60] de l'Inde ont fait le constat que le tabagisme est un facteur directement proportionnel avec une prévalence faible des troubles anxieux caractérisés. Ils ont trouvé aussi que la consommation de l'alcool n'a pas de corrélation statistiquement significative avec la prévalence des TAC.

Newbury-Birch et Al [61] lors d'une étude longitudinale faite à Newcastle en Angleterre entre 1995 et 1998, portant sur la consommation d'alcool, des drogues et leurs conséquences sur la santé mentale des étudiants suivis, ont conclu qu'il y avait une association statistiquement significative négative entre la prévalence des TAC et la consommation d'alcool (P

= 0,001). Ils ont trouvé aussi qu'il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre la consommation du haschich et la prévalence des TAC.

Jorien et Al [62] des Pays-Bas ont fait une étude longitudinale sur les étudiants de l'université d'Amsterdam. Ils ont conclu que la consommation d'alcool même si elle conduit à une augmentation de plusieurs risques pour la santé, il apparaît qu'elle réduit le risque de développer des problèmes de santé mentale pendant les premières années des études médicales, chose que Geisner et Al [63] ont confirmé chez un échantillon de 867 étudiants des États-Unis d'Amérique.

En comparant les résultats de ces études on déduit que la consommation de toxique influence la prévalence des TAC et la consommation de l'alcool peut parfois être la conséquence des TAC [64].

Tableau XVII : Association de troubles anxieux caractérisés et la consommation des toxiques

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Shawaz Iqbal et Al [60]	Inde	2015	Prévalence faible des TAC	≤ 0.05
Newbury-Birch et Al [61]	Newcastle, Angleterre	1995-1998	Prévalence faible des TAC	≤ 0.001
Jorien et Al [62]	Amsterdam, Pays-Bas	2012	Prévalence faible des TAC	≤ 0.05
Geisner et Al [63]	États-Unis	1990	Prévalence faible des TAC	≤ 0.001
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Prévalence faible des TAC	≤ 0.05

1.4. Grade:

Nos études médicales se répartissent en trois stades :

préclinique, intermédiaire et internat ou clinique, nous n'avons pas objectivé une variation statistiquement significative de la prévalence des TAC en fonction du niveau d'étude.

Z Mehanna et Al [47] rapportent une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la prévalence des troubles anxieux caractérisés, en trouvant qu'au premier cycle

69,1% des étudiants avaient un trouble anxieux caractérisé, chiffre qui s'accroît à la phase intermédiaire pour atteindre 76,45%, puis diminue au dernier cycle pour atteindre 42,5% .

Jadoon NA et Al [48] ont rapporté ,en 2010 dans un échantillon de 815 étudiants en médecine pakistanais, une variation de la prévalence de TAC qui est de l'ordre de 49,22% au premier cycle ,et qui diminue à 38% à la phase intermédiaire et remonte à 45,1% à la phase finale.

BASSOLS, Ana M. et al [49] rapportaient aussi que la prévalence et la gravité de l'anxiété manifestée par les étudiants de première année était trois fois supérieure à celle des répondants de la sixième année de la faculté de médecine de Porto Alegre, RS, Brésil.

A la lumière de ces études [50] [51] [52] , nous constatons que la prévalence des troubles anxieux caractérisés varie en fonction du niveau d'étude, mais la variation d'un cycle à l'autre diffère d'une étude à l'autre.

D'autres études [53] [54] [55] rapportaient aussi une prévalence élevée des TAC au début des études médicales qui peut être due à la transition du lycée à l'université et aux modalités d'admission à la faculté de médecine [56]. Trois études, sur quatre trouve une prévalence faible à la phase clinique, chose qui peut être expliqué par l'acquisition des capacités d'adaptation au fils du temps.

Il est d'importance capitale d'exploiter ces résultats pour instaurer un soutien psychologique adéquat au bon moment aux groupes à risque.

2. Variable dépression

2.1. Genre

Dans notre étude, les femmes étaient plus touchées par la dépression avec une différence statistiquement significatif.

Plusieurs études sont unanimes sur la corrélation entre la dépression et le sexe féminin, notamment :

Chez la population générale, l'étude de Ch.Kuehner et al [21], faite en 2017 démontre que les femmes sont environ deux fois plus susceptibles que les hommes de développer une dépression au cours de leur vie.

Pour les médecins spécialistes, l'étude de P.Hardy et al [13] a trouvé une prédominance féminine de 61.7% mais sans signification statistique.

Concernant les étudiants en médecine, l'étude d'Ouchtain et al [11], a trouvé une nette prédominance féminine, avec un test significatif.

Pour les résidents en médecine :

- L'étude de Marzouk et al [14] a également trouvé une prédominance féminine avec un test significatif ;
- L'étude de Guille et al [22], faite en 2017, sur la différence entre les sexes dans le développement de la dépression chez les résidents, a trouvé que la prévalence des symptômes dépressifs augmente de manière significative durant le résidanat chez les hommes et les femmes, mais que cette augmentation est plus importante chez les femmes.
- Par ailleurs, dans cette même étude, on note que les résidents sont plus à risque d'actes suicidaires, les hommes avec 1.41 et les femmes avec 2.27 de risque relatif au décès par suicide comparé à la population générale.

Tableau XVIII: Association de la dépression et le genre

Population cible	Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Population générale	Ch.Kuehner et al [21]	Allemagne	2017	Prédominance féminine	≤ 0.05
Médecins spécialistes	P.Hardy et al [13]	Paris, France	2019	Prédominance féminine	Non significatif
Étudiants en médecine	Ouchtain et al [11]	Marrakech, Maroc	2016	Prédominance féminine	≤ 0.05
Résidents	Marzouk et al [14]	Tunis, Tunisie	2017	Prédominance féminine	≤ 0.05
	Guille et al [22]	États-Unis	2017	Prédominance féminine	≤ 0.05
	Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Prédominance féminine	≤ 0.05

D'après l'analyse de ces résultats, le sexe féminin constitue un facteur de risque avéré de la dépression à prendre en considération dans la prise en charge et la prévention chez les internes et les résidents.

2.2. Antécédent personnel de dépression :

Dans notre étude, nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la dépression et l'antécédent personnel de dépression.

Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs études, notamment dans le dossier publié par Alain Gardier et Emmanuelle Corruble[23] pour l'Institut national de la santé et de la recherche médicale français (INSERM), en décembre 2019 sur la dépression, on peut noter qu'en l'absence de prise en charge, un épisode dépressif caractérisé peut se résoudre spontanément en 6 à 12 mois dans certains cas.

Mais les épisodes dépressifs caractérisés isolés sont rares : ils sont récidivants chez 80% des patients. Ainsi, la dépression est une maladie pour laquelle les risques de rechute (au cours du traitement), de récurrence (après une rémission) et de chronicité sont élevés. La qualité de la prise en charge –nature des traitements mis en œuvre et observance– est déterminante pour le pronostic du trouble dépressif caractérisé.

Après un premier épisode dépressif, plus d'un patient sur deux en fera un deuxième et le taux de rechute augmente ultérieurement après chaque décompensation.

Plusieurs études prospectives ont démontré l'évolution à la hausse de la prévalence de la dépression chez une même population de résidents dans le temps.

Tableau XIX: Évolution de la prévalence de la dépression dans le temps.

Étude	Année	Population cible	Évolution	Durée
Vélasquez–Pérez et al [24]	2013	Résident en médecine	+6.7%	12 mois
Sen et al [25]	2013	Résident en médecine	+6.6%	12 mois
Kleim et al [26]	2014	Résident en médecine	+1.7%	3 mois

D'après l'analyse de ces résultats, l'antécédent personnel de dépression est donc un facteur de risque important à prendre en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les résidents.

2.3. Antécédent familial de dépression :

Dans notre étude, l'antécédent familial de dépression paraissait comme un facteur de risque de la dépression, avec un test statistiquement significatif.

La revue de la littérature n'a pas objectivé d'études s'intéressant aux antécédents familiaux de dépression chez les internes et les résidents.

D'après l'analyse de ces résultats, les antécédents familiaux de dépression ne peuvent pas être considérés comme un facteur de risque avéré de la dépression. D'où la nécessité d'autres études prospectives sur le sujet.

2.4. Spécialité :

Dans notre étude nous avons trouvé un taux de dépression légèrement similaire chez les internes et les résidents en spécialité médicale et chirurgicale, sans que cela soit statistiquement significatif.

Nos résultats peuvent être comparés aux autres études sur la corrélation entre la spécialité et la dépression :

- L'étude de Pereira-lima et al [3] a trouvé que les spécialités chirurgicales avaient plus de dépression avec 22.9% contre 17.5% pour les spécialités médicales, avec un test significatif.
- L'étude de Marzouk et al [14] a trouvé que les résidents en spécialité chirurgicale avaient un taux de dépression plus élevé que les résidents en spécialité médicale, avec un test significatif.

Tableau XX : Association de la dépression et la spécialité

Auteur	Pays	Spécialité	Test de Pearson
Pereira-lima et al [3]	Brésil	Chirurgicale	<0.05
Marzouk et al [14]	Tunisie	Chirurgicale	<0.05
Notre étude	Marrakech, Maroc	Pas de différence	0.057

D'après l'analyse des différents résultats, les chirurgiens seraient donc plus susceptibles à développer la dépression. Il est donc important de le prendre en considération dans l'élaboration d'un plan ciblé de prise charge et de prévention de la dépression chez les internes et les résidents.

2.5. Grade :

Dans notre étude, les taux de dépression les plus élevés ont été observés essentiellement chez les résidents en 1^{er} et 2^{ème} année avec respectivement 53% et 54% de dépression ; il en est de même pour les internes en 1^{er} et 2^{ème} année avec respectivement 51% et 43% de dépression ; tandis qu'on note un taux nettement inférieur chez les résidents en fin de cursus soit 4^{ème} et 5^{ème} année avec respectivement 14% et 25% de dépression.

La corrélation entre la dépression et le grade chez les internes et les résidents trouve des résultats disparates, certaines études comme l'étude de Marzouk et al [14] ont trouvé que les plus jeunes avaient plus tendance à la dépression avec respectivement 22.3% pour la 2^{ème} année, 24.7% pour la 3^{ème} année contre 18.5% pour la 4^{ème} année et 9.7% pour la 5^{èmes} année, avec un test de Pearson significatif. (Figure 48)

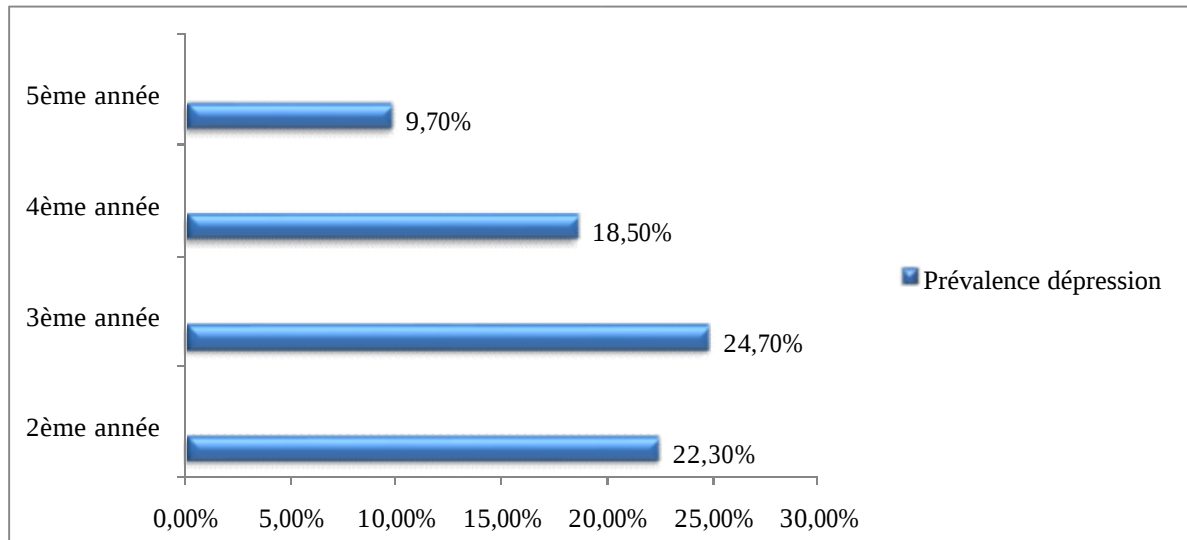


Figure 49: Prévalence de la dépression selon le grade chez les résidents tunisiens.

Tandis que d'autres comme l'étude de P.Hardy et al [13] a trouvé que les résidents en phase avancé de formation avait un résultat de 64.8% mais sans que cela soit statistiquement significatif.

D'après l'analyse de ces résultats, la dépression concerne tous les médecins en formation et ne dépend pas du grade.

2.6. Nombre de garde :

Dans notre étude, la dépression touchait les internes et les résidents qui avaient plus que 5 gardes/mois avec 50%, tandis que les enquêtés qui avaient moins de 5 gardes/mois présentaient un résultat de 37%. Le test était statistiquement significatif.

D'autres études comme celle de Marzouk et al [14] ont également trouvé que le nombre de gardes >5 par mois constitue un facteur de risque avéré à la survenue de la dépression.

Par ailleurs, plusieurs études ont souligné la corrélation entre les gardes fatigantes, le manque de récupération et la dépression [3] [20] [27] [28] [29].

D'après l'analyse de ces résultats, le nombre de gardes élevé constitue un facteur de risque de la dépression, il doit être pris en considération dans l'élaboration d'un plan de prise en charge et de prévention de la dépression chez les internes et les résidents.

Tableau XXI : Association de la dépression et le nombre de garde

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Marzouk et al [14]	Tunisie	2017	Nombre de garde élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
P.Lebensohn [20]	Arizona, États-Unis	2013	Nombre de garde élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
Pereira-lima et al [3]	Brésil	2014	Nombre de garde élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
Notre étude	Marrakech, Maroc	2021	Nombre de garde élevé est facteur de dépression	≤ 0.05

2.7. Volume horaire :

Dans notre étude, le taux de dépression chez les internes et les résidents augmentait avec le volume horaire hebdomadaire. Le test était statistiquement significatif.

Cette corrélation entre la dépression et le volume horaire élevé est retrouvé dans plusieurs études [30] [14] [31] [23] [32] [33] [34] [35] , notamment :

Dans l'étude de Marzouk et al [14] qui a trouvé que le volume horaire de 60 heures par semaine constituait un facteur de risque à la survenue de la dépression chez les résidents tunisiens.

Ainsi que dans l'étude de Sun Huaping et al [36], faite en 2019 chez les résidents en anesthésie réanimation aux États-Unis.

On note également dans l'étude d'Ogawa R et al [37], réalisée au Japon, sur la relation entre les longues heures de travail et la dépression chez les résidents de première année. Il a été démontré que le taux d'apparition de nouveaux symptômes dépressifs augmentait en corrélation avec le volume horaire hebdomadaire. (Figure 49)

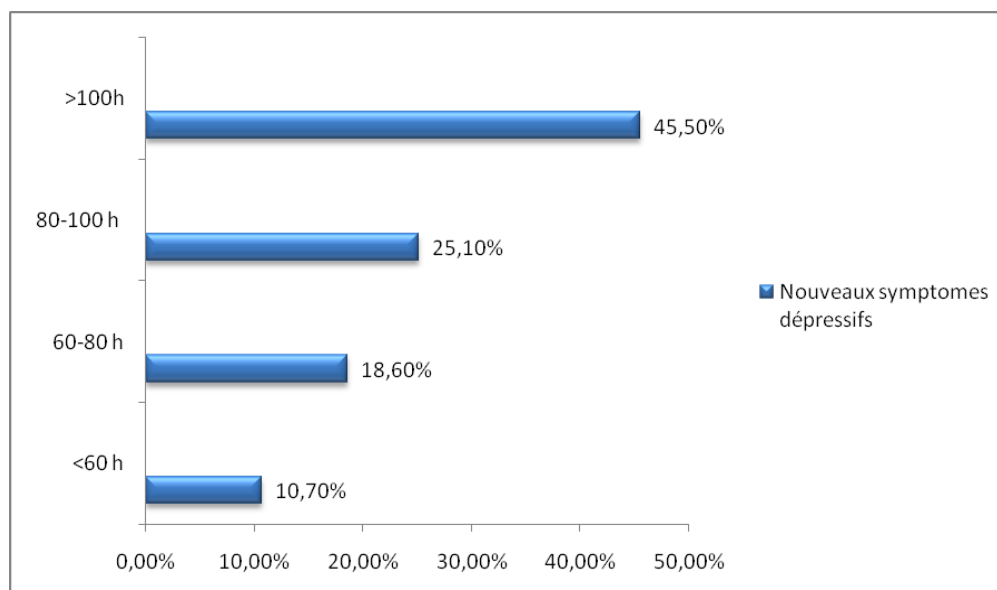


Figure 50: Apparition de nouveaux symptômes dépressifs selon le volume horaire.

D'après l'analyse de ces résultats, le volume horaire élevé constitue un facteur de risque avéré de la dépression, il doit être pris en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les internes et les résidents.

Tableau XXII : Association de la dépression et le volume horaire

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Marzouk et al [14]	Tunisie	2017	Volume horaire élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
Sun Huaping et al [36]	États-Unis	2019	Volume horaire élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
Ogawa R et al [37]	Japon	2014	Volume horaire élevé est facteur de dépression	≤ 0.05
Notre étude	Marrakech, Maroc	2018	Volume horaire élevé est facteur de dépression	≤ 0.05

2.8. Désir de reconversion :

Dans notre étude, nous avons une corrélation évidente entre le désir de reconversion et la dépression.

Peu d'études se sont intéressées à cette corrélation, mais on trouve des résultats similaires dans l'étude de Sullivan et al [38] et N.Doghmi et al [39].

Le désir de reconversion est à l'origine de demandes de mutations en série et d'abandon de postes, qui peuvent entraîner une véritable hémorragie de personnel, accentuant le problème dans certains services.



RECOMMANDATIONS



Les résultats de notre étude appellent à des mesures pouvant contribuer à améliorer le climat de la formation médicale et au même titre favoriser l'épanouissement des jeunes médecins en formation.

Nous proposons un certain nombre de recommandations afin d'intervenir auprès des futurs spécialistes :

I. Une cellule d'écoute et d'accompagnement à l'instar de celle dédiée aux étudiants en médecine de la FMPM.



Figure 50:

Objectifs : Recevoir et écouter en entretiens individuels les internes et résidents à leur demande (permanence libre et prises de rendez-vous)

- Apporter une aide aux internes et résidents par le biais de conseils et d'orientations cohérentes.
- Proposer un relais auprès de praticien pour une prise en charge sur le plan psychologique si nécessaire .
- Proposer des mesures préventives.

- Guetter les facteurs de risque .

II. La recherche des facteurs de risque :

Elle commence par l'analyse des conditions de travail :

- Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- Autonomie et marge de manœuvre ;
- Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- Conflits de valeurs.

III. Promouvoir le développement personnel :

Établir des conventions avec des instituts (culturels, cinémas, salles de sports etc.) ; pour permettre aux internes et résidents de se réaliser dans des hobbies en dehors du contexte médical : théâtres, lecture, écriture, peinture, danse, musique, sport...; en complément des structures déjà mises en place au sein de la faculté pour encourager l'épanouissement des médecins en formation.

Encourager les jeunes médecins à participer aux journées scientifiques aux conférences et activités qui y sont proposées, aux caravanes médicales, à des échanges nationaux ou internationaux et à des voyages organisés.

IV. Suivre des jeunes médecins malades :

Établir une prise en charge spécialisée bien codifiée respectant la confidentialité et assurant le soutien jusqu'à la réinsertion professionnelle.



CONCLUSION



Les troubles anxieux caractérisés et la dépression ont atteint des fréquences inacceptables, car elles mettent en péril la santé mentale des internes et des résidents, ainsi que le bien être des patients et l'équilibre des institutions.

La fréquence des troubles anxieux caractérisés était de 39%. Le taux de la dépression était de 43% .

Cette étude nous a permis de déterminer des associations entre d'une part, les troubles anxieux et dépressifs et d'autre part, le sexe féminin, les ATCDs personnels psychiatriques ,le nombre de gardes élevés ,le volume horaire hebdomadaire >60h, ainsi qu'avec le désir de reconversion de spécialité.

Mais la complexité individuelle et multifactorielle de ces troubles rend la détection et la prise en charge plus compliqué.

Des études plus approfondies concernant l'environnement de travail d'une part ; en adoptant le modèle de Karasek ; et le cercle social d'autre part, pourraient nous aider à améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles anxieux caractérisés et de la dépression chez les internes et les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech et de sécuriser leurs capital de santé durant et après leur formation.



ANNEXES



ANNEXE 1 :

Liste des spécialistes faculté de médecine et de pharmacie Marrakech 2019

OPTION	SPECIALITE	EFFECTIF
Spécialités de médecine	Anesthésie- Réanimation	57
	Cardiologie	61
	Dermatologie	31
	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	28
	Gastro-entérologie	37
	Médecine interne	10
	Médecine nucléaire	3
	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	2
	Hématologie clinique	14
	Médecine communautaire	2
	Médecine d'urgence et de catastrophes	5
	Maladies infectieuses	7
	Néphrologie	21
	Neurologie	19
	Oncologie	13
	Pédiatrie	38
	Psychiatrie	27
	Pédopsychiatrie	8
	Pneumophtisiologie	13
	Radiologie	45
	Radiothérapie	20
	Réanimation Médicale	2
	Rhumatologie	17

OPTION	SPECIALITE	EFFECTIF
Spécialités de chirurgie	Chirurgie cardio-vasculaire	11
	Chirurgie Vasculaire Périphérique	2
	Chirurgie générale	33
	Chirurgie pédiatrique	13
	Chirurgie réparatrice	8
	Chirurgie Thoracique	3
	Gynécologie-Obstétrique	55
	Neurochirurgie	20
	Ophtalmologie	50
	Oto-rhino-laryngologie	22
	Urologie	18
	Traumatologie-orthopédie	38
	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale	15
Spécialités de Biologie	Anatomie-pathologique	14
	Analyses biologies médicales	59
	Biochimie	1
	Génétique	3
	Pharmacologie	1

Annexe 2 :

Ce questionnaire est totalement anonyme et confidentiel. Simple à remplir et durant une quinzaine de minutes en moyenne, il a pour but d'établir un état des lieux concernant la santé mentale des résidents, décrire les troubles anxieux caractérisés, la dépression en milieu du travail des jeunes médecins en formation au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech. En accordant quelques minutes de votre temps, vous contribuez à l'évolution et œuvrez à l'amélioration de la santé du jeune médecin en formation.

Merci de l'intérêt que vous portez à cette enquête et de la qualité de vos réponses.

Questionnaire :

1. Vous êtes : ☐ Homme ☐ Femme
2. Age :
3. Statut matrimonial : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
 - 3.1. : enfants à charge ☐ Oui ☐ Non
 - 3.2. : Problèmes conjugaux ☐ Oui ☐ Non
4. Conditions de vie :
 - 4.1. Est-ce que vous portez seul la responsabilité des rentrées financières :
☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non
 - 4.2. Actuellement vous habitez : ☐ Seul ☐ En colocation ☐ En famille
 - 4.3. Êtes-vous satisfait de votre logement : ☐ Oui ☐ Non
 - 4.4. Difficulté de transport vers votre lieu de travail : ☐ Oui ☐ Non
5. Religiosité : ☐ Pratiquant ☐ Non pratiquant
6. Antécédents personnels
 - Médicaux:.....
 - Chirurgicaux :.....
 - Judiciaires:.....
 - Psychiatriques :
 - ☐ Dépression : ☐ Tentative de suicide ☐ TOC
 - ☐ Trouble anxieux : ☐ Attaque de panique ☐ Autres :.....
 - Toxiques :
 - ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis ☐ Autres :
 - Antécédents familiaux psychiatriques :.....
7. parcours professionnel
 - 7.1 Votre grade : INTERNE ☐ RESIDENT ☐
 - 7.2. Spécialité : ☐ Médicale :..... ☐ Chirurgicale ;.....
 - 7.3. Ancienneté : ☐ 1^{ere} année ☐ 2^e année ☐ 3^e année ☐ 4^e année ☐ 5^e année
 - 7.4. Volume horaire / semaine : ☐ < 40h ☐ 40-60h ☐ > 60h
 - 7.5. Nombre de gardes / mois :.....
 - 7.6. Arrêt maladie lors des derniers 6 mois : ☐ Oui ☐ Non

7.7. Congés lors des derniers 6 mois : ☐Oui ☐Non

7.8. Depuis le début de votre formation, avez-vous déjà pensé à une reconversion de spécialité : ☐Oui ☐Non

Inventaire de Dépression de Beck

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état :

0- Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- 1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- 3- Je me hais.

- 0- Je ne crois pas être pire que les autres.
 - 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.
 - 2- Je me blâme constamment de mes défauts.
 - 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
-
- 0- Je ne pense jamais à me tuer.
 - 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
 - 2- J'aimerais me tuer.
 - 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
-
- 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 - 1- Je pleure plus qu'autrefois.
 - 2- Je pleure constamment.
 - 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
-
- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
 - 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
 - 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
 - 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
-
- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
 - 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
 - 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
 - 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
-
- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
 - 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
 - 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
 - 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
-
- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
 - 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
 - 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
 - 3- Je crois que je suis laid(e).
-
- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
 - 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
 - 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
 - 3- Je suis absolument incapable de travailler.

- 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
2- Un rien me fatigue.
3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0- Mon appétit n'a pas changé.
1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
2- Mon appétit a beaucoup diminué.
3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).
- 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou des vertiges.
2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma sexualité.
1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.
- Votre Total: (sur 63)

Mini DSM IV pour les troubles anxieux :

E. TROUBLE PANIQUE

Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations

E1 où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignent elles leur paroxysme en moins de 10 minutes? NON OUI 1

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEignent LEUR PAROXYsME EN MOINS DE 10 MINUTES

SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A

E2 F1.Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ? NON OUI 2

SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A

F1.A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu E3 une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? NON OUI 3

SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A E4

F1Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

a Avez-vous des palpitations ou votre cœur battait- il très fort ? NON OUI 4

b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites? NON OUI 5

c Avez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? NON OUI 6

d Avez-vous l'impression d'étouffer ? ou du mal à respirer NON OUI 7

e Avez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? NON OUI 8

f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax? NON OUI 9

g Avez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? NON OUI 10

h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? NON OUI 11

i Avez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ? NON OUI 12

j Avez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)? NON OUI 13

k Avez-vous peur de mourir ? NON OUI 14

l Avez-vous des engourdissements ou des picotements ? NON OUI 15

Avez-vous des bouffées de chaleur ou des m frissons ? NON OUI 16

E5 Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? NON OUI

SI E5= NON, PASSER A E7

Trouble
Panique
Vie entière

Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises E6 (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? NON OUI 17

SI E6 = OUI, PASSER A F1 Trouble

Panique

Actuel

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ? NON OUI 18

Attaques Pauci symptomatiques vie entière

F. AGORAPHOBIE

Êtes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous

F1 paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? OUI 19

SI F1 = NON, ENTOURER non EN F2

Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les

F2 affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) NON lorsque vous devez les affronter ? OUI 0

Agoraphobie Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON et (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ? E6

NON OUI
TROUBLE PANIQUE sans
Agoraphobie ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI et (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ? E6

NON OUI
TROUBLE PANIQUE avec
Agoraphobie ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI et

NON OUI
AGORAPHOBIE
sans antécédents de Trouble
Panique

E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

ACTUEL

G. PHOBIE SOCIALE

Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple

G1 NON OUI 1 lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	NON	OUI	2
	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les			
G3	évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les	NON	OUI	3
	affronter ?			
	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou			
G4	vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec	NON	OUI	4
	les autres ?			
	NON			

G4 EST-ELLE COTEE OUI ? OUI PHOBIE SOCIALE ACTUEL

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF :

Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que

H1 NON OUI 1 vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépessibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

SI H1 = NON, PASSER A H4

Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

H2SI H2 = NON, PASSER A H4 NON OUI 2

Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le

H3produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de NON OUI 3 l'extérieur ?

Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en

H4 NON OUI 4

empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

H3OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ? NON OUI

Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces H5comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ? NON OUI 5

Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos				
H6	NON	OUI	6	
activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?				
H6	NON	OUI		
EST-ELLE COTEE OUI ?	TROUBLE OBSESSIONNEL-			
COMPULSIF ACTUEL				
<u>I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE</u>				
Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous- même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?				
I1	NON	OUI	1	
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...				
Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon				
I2 pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	NON	OUI	2	
I3 Au cours du mois écoulé :				
a Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler?	NON	OUI	3	
Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est	NON	OUI	4	
b passé ?				
Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient	NON	OUI	5	
c auparavant ?				
d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6	
Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous e n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7	
Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la f même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8	
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	NON	OUI		
I4 Au cours du mois écoulé :				
a Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9	
Étiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez- vous	NON	OUI	10	
b facilement en colère ?				

Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
c			
Étiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
d			
Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
e			
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	NON	OUI	
Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment			
I5 gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations	NON	OUI	14
avec les autres ?			
	NON	OUI	

ETAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE ACTUEL
I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

O. ANXIETE GENERALISEE

O1

a/Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage? NON OUI 1

(NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b/Aviez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ? NON OUI 2

O2

a/Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient-ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ? NON OUI 3

b/Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ? NON OUI
SI O2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S SI O2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE
DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3

Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent :

a/De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ? NON OUI 4

b/D'avoir les muscles tendus ? NON OUI 5

c/De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ? NON OUI 6

d/D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? NON OUI 7

e/D'être particulièrement irritable ? NON OUI 8

f/ D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ? NON OUI 9

O4

Ces préoccupations / soucis ont-elles / ils été provoqué(e)s et maintenues par une maladie physique ou par la prise de médicaments ou de drogue ? NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ? NON OUI ANXIETE GENERALISEE -ACTUEL

-PASSE

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE



RÉSUMÉS



Résumé :

Les troubles anxieux caractérisés et la dépression sont très répandus en milieu hospitalier et leurs gravité est encore plus accrue chez les internes et les résidents.

La présente étude avait pour but de déterminer la prévalence des troubles anxieux caractérisés et de la dépression ainsi que les facteurs de risque associés chez les internes et les résidents en formation au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, en 2021, sur un échantillon de 200 internes et résidents à l'aide d'un auto-questionnaire ; les troubles anxieux caractérisés étaient évalués par le Mini DSM IV et la dépression par l'inventaire de Beck.

L'échantillon de notre étude était constitué de 55% de femmes, l'âge moyen était de 27ans, 81,5% des enquêtés étaient célibataires. Les antécédents personnels psychiatriques les plus fréquents étaient la dépression avec 15,5% et le trouble panique avec 7,5%. La tentative de suicide représentait 1,5%. Pour les antécédents familiaux psychiatriques, la dépression était la plus fréquente avec 21%. La spécialité médicale représentait 47,5% de l'échantillon, les internes constituaient 44,5%, les résidents constituaient 55,5% et 46% des enquêtés travaillaient entre 40 et 60 heures par semaine.

La fréquence des troubles anxieux caractérisés était de 39%. Le taux de la dépression était de 43,5%.

Cette étude nous a permis de déterminer des associations entre les troubles anxieux et dépressifs et le sexe féminin ($p < 0.05$), les antécédents personnels psychiatriques ($p < 0.05$), au nombre de gardes mensuels > 5 ($p < 0.05$), au volume horaire hebdomadaire $> 60h$ ($p < 0.05$) ainsi qu'au désir de reconversion ($p < 0.05$).

Les troubles anxieux et dépressifs sont bien une réalité dans nos hôpitaux, particulièrement chez les internes et les résidents, ayant des conséquences potentiellement nuisibles pour l'individu lui-même, pour le patient et pour l'institution.

Ainsi une prévention, basée sur une prise en charge tant personnelle que sur les conditions de travail, s'impose afin de garantir l'équilibre socioprofessionnel des jeunes médecins en formation au centre hospitalier universitaire de Marrakech.

Abstract :

Characterized anxiety disorders and depression are very common in hospitals and their severity is even greater among interns and residents.

The purpose of this study was to determine the prevalence of anxiety disorders and depression as well as the associated risk factors among interns and residents in training at the Mohammed VI University Hospital Center of Marrakech.

We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study, in 2021, on a sample of 200 interns and residents using a self-administered questionnaire; scores for anxiety disorders were characterized by the Mini DSM IV and depression by Beck's inventory.

The sample in our study consisted of 55% women, the average age was 27 years ; 81,5 % of the participants were single. The most frequent personal psychiatric history was depression with 15,5% and panic disorder with 7,5%. The attempted suicide represented 1,5 %.

For the family psychiatric history, depression was the most frequent with 21%. The medical specialty represented 47,5% of the sample, interns constituted 44,5% whereas residents constituted 55,5% and 46 % of the participants worked between 40 and 60 hours per week.

The frequency of characterized anxiety disorders was 39%. The rate of depression was 43,5%.

This study allowed us to determine associations between anxiety and depressive disorders and psychiatric personal history of depression ($p < 0.05$), number of monthly guards > 5 ($p < 0.05$), weekly hourly volume $> 60h$ ($p < 0.05$) and desire to retrain ($p < 0.05$).

Anxiety and depressive disorders are a reality in our hospitals, especially among interns and residents, with potentially harmful consequences for the individual himself, for the patient and for the institution.

Prevention, based on personal care as well as on working conditions, is essential in order to guarantee the socio-professional balance of young doctors in training at the University Hospital Center of Marrakech.

ملخص :

تعتبر اضطرابات القلق و الاكتئاب النفسي الحاد جد متفشية في ميدان الصحة و بالأخص عند الأطباء الداخليين والمقيمين المتدربين.

كان هدفنا من هذه الدراسة تقييم مدى انتشار اضطرابات القلق و الاكتئاب و كذا عوامل الخطورة المصاحبة لدى الأطباء المتدربين على مستوى المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. لهذا الغرض قمنا بدراسة وصفية و تحليلية سنة ٢٠٢١ على عينة من ٢٠٠ طبيب متدرب بواسطة استبيان ذاتي.

نتائج اضطرابات القلق تم رصدها عن طريق دي اس ام الرابع المصغر و الاكتئاب بواسطة استبيان بيك العينة المدروسة كانت مكونة من ٥٥٪ من النساء، معدل الأعمار كان ٢٧ سنة. ٨١,٥٪ كانوا عزاب، السوابق النفسية الشخصية الأكثر انتشارا هو الاكتئاب النفسي ب ١٥,٥٪ و اضطراب الهلع ب ٧,٥٪، محاولة الانتحار شكلت ١,٥٪. اما السوابق النفسية العائلية: الاكتئاب أكثر انتشارا ب ٢١٪.

التخصص الطبي كان يمثل ٤٧,٥٪ من العينة المدروسة: الأطباء الداخليين يشكلون ٤٤,٥٪ و الأطباء المقيمين يشكلون ٥٥,٥٪. ٤٦٪ من الأطباء المتدربين كانوا يعملون لمدة تتراوح بين ٤٠ و ٦٠ ساعة في الأسبوع. نسبة اضطرابات القلق كانت ٣٩٪ و نسبة الاكتئاب النفسي ٤٣,٥٪.

مكننا هذه الدراسة من تحديد العلاقة بين اضطرابات القلق و الاكتئاب النفسي و السوابق الشخصية النفسية، عدد المداومات الشهرية الفائقة ل ٥، عدد ساعات العمل الأسبوعية الفائقة ل ٦٠ ساعة، و كذا الرغبة في تغيير ميدان التخصص.

اضطرابات القلق و الاكتئاب النفسي حقيقة في مستشفياتنا و تهم بالأخص الأطباء الداخليين والمقيمين المتدربين مما قد يؤدي إلى نتائج مضرّة للطبيب نفسه، لمرضاه و للمنظومة الصحية عامة. لذلك يتوجب استباق الأحداث و الاهتمام بالشخص من ناحية و بظروف العمل من ناحية أخرى لضمان التوازن في تدريب الأطباء المتدربين في مستشفى محمد السادس بمراكش.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Z. Idrissi Kaitouni,**
« La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude », transversale descriptive, FMPM, Marrakech, 2018. Consulté le: sept. 14, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/2018.htm>
2. **L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, et T. D. Shanafelt,**
« Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students », *Academic Medicine*, vol. 81, n° 4, p. 354-373, avr. 2006.
3. **K. Pereira-Lima et S. R. Loureiro,**
« Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 353-362, 2015, doi: 10.1080/13548506.2014.936889.
4. **La commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins, présidée par le Dr. Jean-Marcel Mourgues,**
« Santé des étudiants et jeunes médecins : des résultats inquiétants », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, avr. 16, 2019. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/santé-etudiants-jeunes-medecins-resultats-inquietants-0> (consulté le sept. 13, 2021).
5. **D. A. Mata et al.,**
« Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA*, vol. 314, n° 22, p. 2373-2383, déc. 2015, doi: 10.1001/jama.2015.15845.
6. **L. El Emrani, A. Bendriss, et M. Senhaji,**
« Santé et qualité de vie?: situation pour la population de Tétouan (Maroc) », *Santé Publique*, vol. 25, n° 5, p. 639, 2013, doi: 10.3917/spub.135.0639.
7. **S. V. Waldman, J. C. L. Diez, H. C. Arazi, B. Linetzky, S. Guinjoan, et H. Grancelli,**
« Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina », *Acad Psychiatry*, vol. 33, n° 4, p. 296-301, août 2009, doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296.
8. **R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. R. Merikangas, et E. E. Walters,**
« Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, n° 6, p. 593-602, juin 2005, doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.

9. **S. E. Schneider et W. M. Phillips,**
« Depression and anxiety in medical, surgical, and pediatric interns », *Psychol Rep*, vol. 72, n° 3 Pt 2, p. 1145-1146, juin 1993, doi: 10.2466/pr0.1993.72.3c.1145.
10. **O. Y. Mousa, M. S. Dhamoon, S. Lander, et A. S. Dhamoon,**
« The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees », *PLoS One*, vol. 11, n° 6, p. e0156554, 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0156554.
11. **OUCHTAIN,**
« La prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech », transversale descriptive, FPMP, Marrakech, 2016. Consulté le: sept. 14, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/2016.htm>
12. **K. Macauley, L. Plummer, C. Bemis, G. Brock, C. Larson, et J. Spangler,**
« Prevalence and Predictors of Anxiety in Healthcare Professions Students », *Health Professions Education*, vol. 4, n° 3, p. 187-196, sept. 2018, doi: 10.1016/j.hpe.2018.01.001.
13. **P. Hardy et al.,**
« Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study », *Psychiatry Res*, vol. 284, p. 112662, févr. 2020, doi: 10.1016/j.psychres.2019.112662.
14. **M. Marzouk, L. Ouanes-Besbes, I. Ouanes, Z. Hammouda, F. Dachraoui, et F. Abroug,**
« Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey », *BMJ Open*, vol. 8, n° 7, p. e020655, juill. 2018, doi: 10.1136/bmjopen-2017-020655.
15. **B. Buddeberg-Fischer, R. Klaghofer, et C. Buddeberg,**
« [Stress at work and well-being in junior residents] », *Z Psychosom Med Psychother*, vol. 51, n° 2, p. 163-178, 2005, doi: 10.13109/zptm.2005.51.2.163.
16. **C. Léon,**
« LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS: RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / DEPRESSION IN FRANCE AMONG THE 18-75 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER », p. 8, 2017.
17. **World Health Organization,**
« Depression and other common mental disorders: global health estimates », World Health Organization, WHO/MSD/MER/2017.2, 2017. Consulté le: sept. 14, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

18. **L. N. Dyrbye *et al.*,**
« Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population », *Acad Med*, vol. 89, n° 3, p. 443-451, mars 2014, doi: 10.1097/ACM.0000000000000134.
19. **E. M. Al-Maddah, B. K. Al-Dabal, et M. S. Khalil,**
« Prevalence of Sleep Deprivation and Relation with Depressive Symptoms among Medical Residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia », *Sultan Qaboos Univ Med J*, vol. 15, n° 1, p. e78-e84, févr. 2015.
20. **P. Lebensohn *et al.*,**
« Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout », *Fam Med*, vol. 45, n° 8, p. 541-549, sept. 2013.
21. **C. Kuehner,**
« Why is depression more common among women than among men? », *Lancet Psychiatry*, vol. 4, n° 2, p. 146-158, févr. 2017, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2.
22. **C. Guille *et al.*,**
« Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians », *JAMA Intern Med*, vol. 177, n° 12, p. 1766-1767, déc. 2017, doi: 10.1001/jamainternmed.2017.5138.
23. **J. L. Jiménez-López, J. Arenas-Osuna, et U. Angeles-Garay,**
« [Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year] », *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, vol. 53, n° 1, p. 20-28, févr. 2015.
24. **L. Velásquez-Pérez, R. Colin-Piana, et M. González-González,**
« [Coping with medical residency: depression burnout] », *Gac Med Mex*, vol. 149, n° 2, p. 183-195, avr. 2013.
25. **S. Sen *et al.*,**
« A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 67, n° 6, p. 557-565, juin 2010, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.41.
26. **B. Kleim, H. A. Thörn, et U. Ehler,**
« Positive interpretation bias predicts well-being in medical interns », *Frontiers in Psychology*, vol. 5, p. 640, 2014, doi: 10.3389/fpsyg.2014.00640.

27. N. Joules, D. M. Williams, et A. W. Thompson,
« Depression in Resident Physicians: A Systematic Review », p. 13.
28. R. A. Kirsling, M. S. Kochar, et C. H. Chan,
« An evaluation of mood states among first-year residents », *Psychol Rep*, vol. 65, n° 2, p. 355-366, oct. 1989, doi: 10.2466/pr0.1989.65.2.355.
29. M. Rose, T. Manser, et J. C. Ware,
« Effects of call on sleep and mood in internal medicine residents », *Behav Sleep Med*, vol. 6, n° 2, p. 75-88, 2008, doi: 10.1080/15402000801952914.
30. H. Sun, D. O. Warner, A. Macario, Y. Zhou, D. J. Culley, et M. T. Keegan,
« Repeated Cross-sectional Surveys of Burnout, Distress, and Depression among Anesthesiology Residents and First-year Graduates », *Anesthesiology*, vol. 131, n° 3, p. 668-677, sept. 2019, doi: 10.1097/ALN.0000000000002777.
31. C. P. West *et al.*,
« Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study », *JAMA*, vol. 296, n° 9, p. 1071-1078, sept. 2006, doi: 10.1001/jama.296.9.1071.
32. « Final report on doctor work reform. Steering Committee on DoctorWork Hour, Hospital Authority.
https://www.ha.org.hk/haho/ho/hesd/FinalReportonDWR_2009_10_Full_Version.pdf.
Accessed November 6, – Recherche Google ».
https://www.google.com/search?q=Final+report+on+doctor+work+reform.+Steering+Committee+on+DoctorWork+Hour%2C+Hospital+Authority.+https%3A%2F%2Fwww.ha.org.hk%2Fhaho%2Fho%2Fhesd%2FFinalReportonDWR_2009_10_Full_Version.pdf.+Accessed+November+6%2C&oq=Final+report+on+doctor+work+reform.+++Steering+Committee+on+DoctorWork+Hour%2C+Hospital+Authority.++https%3A%2F%2Fwww.ha.org.hk%2Fhaho%2Fho%2Fhesd%2FFinalReportonDWR_2009_10_Full_Version.pdf.++Accessed+November+6%2C+&aqs=chrome..69i57.5764j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (consulté le sept. 14, 2021).
33. ***Directive 2003/88/EC of the European Parliament and of the Council of 4 November 2003 concerning certain aspects of the organisation of working time***, vol. OJ L. 2003. Consulté le: sept. 14, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/88/oj/eng>

34. **D. A. Revicki, M. E. Gallery, T. W. Whitley, et E. J. Allison,**
« Impact of work environment characteristics on work-related stress and depression in emergency medicine residents: A longitudinal study », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 3, n° 4, p. 273-284, 1993, doi: 10.1002/casp.2450030405.
35. **D. B. Reuben,**
« Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation », *Arch Intern Med*, vol. 145, n° 2, p. 286-288, févr. 1985.
36. **W. B. Schaufeli et E. R. Greenglass,**
« Introduction to special issue on burnout and health », *Psychol Health*, vol. 16, n° 5, p. 501-510, sept. 2001, doi: 10.1080/08870440108405523.
37. **R. Ogawa, E. Seo, T. Maeno, M. Ito, M. Sanuki, et T. Maeno,**
« The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan », *BMC medical education*, vol. 18, p. 50, mars 2018, doi: 10.1186/s12909-018-1171-9.
38. **P. Sullivan et L. Buske,**
« Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession », *CMAJ*, vol. 159, n° 5, p. 525-528, sept. 1998.
39. **E. Masson,**
« Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains », *EM-Consulte*. <https://www.em-consulte.com/article/837893/enquete-sur-le-syndrome-d-epuisement-professionnel> (consulté le sept. 14, 2021).
40. **D. A. Regier et al.,**
« One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 88, n° 1, p. 35-47, juill. 1993, doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x.
41. **D. A. Regier et al.,**
« One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 45, n° 11, p. 977-986, nov. 1988, doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800350011002.
42. **C. Lloyd et N. K. Gartrell,**
« Psychiatric symptoms in medical students », *Compr Psychiatry*, vol. 25, n° 6, p. 552-565, déc. 1984, doi: 10.1016/0010-440x(84)90036-1.

43. **F. G. DordiNejad *et al.*,**
« On the relationship between test anxiety and academic performance », *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 15, -3778, 2014, doi:
10.1016/j.sbspro.2011.04.372.
44. **J. C. Cassady et R. E. Johnson,**
« Cognitive Test Anxiety and Academic Performance », *Contemporary Educational Psychology*, vol. 27, n° 2, p. 270-295.
45. **P. P. Vitaliano, R. D. Maiuro, J. Russo, et E. S. Mitchell,**
« Medical student distress. A longitudinal study », *J Nerv Ment Dis*, vol. 177, n° 2, p. 70-76, févr. 1989, doi: 10.1097/00005053-198902000-00002.
46. **J. A. Richman et J. A. Flaherty,**
« Gender differences in medical student distress: contributions of prior socialization and current role-related stress », *Soc Sci Med*, vol. 30, n° 7, p. 777-787, 1990, doi:
10.1016/0277-9536(90)90201-3.
47. **Z. MEHANNA (1), S. RICH (2),**
« Z ,Mehhana S Richa prevalence des trouble anxieux et dépressifs chez les étudiant en médecine (l'Encéphale,2006 ;32 :976-82,cahier 1). – Recherche Google », 2006.
[https://www.google.com/search?q=Z+%2CMehhana+S+Richa+prevalence+des+trouble+anxieux+et+d%C3%A9pressifs+chez+les+%C3%A9tudiant+en+m%C3%A9decine+\(l%E2%80%99Enc%C3%A9phale%2C2006+%3B32+%3A976-82%2Ccahier+1\).&oq=Z+%2CMehhana++S+Richa+prevalence+des+trouble+anxieux+et+d%C3%A9pressifs+chez+les+%C3%A9tudiant+en+m%C3%A9decine+\(l%E2%80%99Enc%C3%A9phale%2C2006+%3B32+%3A976-82%2Ccahier+1\).&aqs=chrome..69i57j14264j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Z+%2CMehhana+S+Richa+prevalence+des+trouble+anxieux+et+d%C3%A9pressifs+chez+les+%C3%A9tudiant+en+m%C3%A9decine+(l%E2%80%99Enc%C3%A9phale%2C2006+%3B32+%3A976-82%2Ccahier+1).&oq=Z+%2CMehhana++S+Richa+prevalence+des+trouble+anxieux+et+d%C3%A9pressifs+chez+les+%C3%A9tudiant+en+m%C3%A9decine+(l%E2%80%99Enc%C3%A9phale%2C2006+%3B32+%3A976-82%2Ccahier+1).+&aqs=chrome..69i57j14264j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
(consulté le sept. 14, 2021).
48. **N. A. Jadoon, R. Yaqoob, A. Raza, M. A. Shehzad, et S. C. Zeshan,**
« Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study », *J Pak Med Assoc*, vol. 60, n° 8, p. 699-702, août 2010.
49. **A. M. Bassols *et al.*,**
« First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? », *Braz. J. Psychiatry*, vol. 36, p. 233-240, sept. 2014, doi: 10.1590/1516-4446-2013-1183.
50. **S. M. Ketelaar, M. H. W. Frings-Dresen, et J. K. Sluiter,**
« Is change in health behavior of Dutch medical students related to change in their ideas on how a physician's lifestyle influences their patient's lifestyle? », *Int J Adolesc Med Health*, vol. 26, n° 4, p. 511-516, 2014, doi: 10.1515/ijamh-2013-0328.

51. **M. T. Compton, J. Carrera, et E. Frank,**
« Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey », *J Nerv Ment Dis*, vol. 196, n° 12, p. 891-897, déc. 2008, doi: 10.1097/NMD.0b013e3181924d03.
52. **S. Weich et G. Lewis,**
« Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain », *J Epidemiol Community Health*, vol. 52, n° 1, p. 8-14, janv. 1998.
53. **J. Hunt et D. Eisenberg,**
« Mental health problems and help-seeking behavior among college students », *J Adolesc Health*, vol. 46, n° 1, p. 3-10, janv. 2010, doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008.
54. **F. O. Omokhodion et O. Gureje,**
« Psychosocial problems of clinical students in the University of Ibadan Medical School », *Afr J Med Med Sci*, vol. 32, n° 1, p. 55-58, mars 2003.
55. **C. J. Othieno, R. O. Okoth, K. Peltzer, S. Pengpid, et L. O. Malla,**
« Depression among university students in Kenya: prevalence and sociodemographic correlates », *J Affect Disord*, vol. 165, p. 25-32, août 2014, doi: 10.1016/j.jad.2014.04.070.
56. **U. Chandavarkar, A. Azzam, et C. A. Mathews,**
« Anxiety symptoms and perceived performance in medical students », *Depress Anxiety*, vol. 24, n° 2, p. 103-111, 2007, doi: 10.1002/da.20185.
57. **S. Mancevska, L. Bozinovska, J. Tecce, J. Pluncevik-Gligoroska, et E. Sivevska-Smilevska,**
« Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia », *Bratisl Lek Listy*, vol. 109, n° 12, p. 568-572, 2008.

58. **Muhamad Saiful Bahri Yusoff, MScMedEd a,* , Mohamad Najib Mat Pa, MScMedEd a, Ab Rahman Esa, MHPed b and Ahmad Fuad Abdul Rahim, MHPed, « Yusoff M.S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R., Abdul Rahim A.F**
Mental health of medical students before and during medical education: A prospective T3 study 03T .08T 08T 0T (2013)9T Journal of Taibah University Medical Sciences, 8 (2) , pp. 86-92. – Recherche Google », 2013.
[https://www.google.com/search?q=Yusoff+M.S.B.%2C+Mat+Pa+M.N.%2C+Esa+A.R.%2C+Abdul+Rahim+A.F+Mental+health+of+medical+students+before+and+during+medical+education%3A+A+prospective+T3+study03T .08T+08T+0T+\(2013\)9T+Journal+of+Taibah+University+Medical+Sciences%2C+8+\(2\)+%2C+pp.+86-92.&oq=Yusoff+M.S.B.%2C+Mat+Pa+M.N.%2C+Esa+A.R.%2C+Abdul+Rahim+A.F++Mental+health+of+medical+students+before+and+during+medical+education%3A+A+prospective+T3+%09study03T+.08T+08T%090T++%09\(2013\)9T%09++Journal+of+Taibah+University+Medical+Sciences%2C++8++\(2\)+%2C+pp.+86-92.+&aqs=chrome..69i57.9741j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Yusoff+M.S.B.%2C+Mat+Pa+M.N.%2C+Esa+A.R.%2C+Abdul+Rahim+A.F+Mental+health+of+medical+students+before+and+during+medical+education%3A+A+prospective+T3+study03T+.08T+08T+0T+(2013)9T+Journal+of+Taibah+University+Medical+Sciences%2C+8+(2)+%2C+pp.+86-92.&oq=Yusoff+M.S.B.%2C+Mat+Pa+M.N.%2C+Esa+A.R.%2C+Abdul+Rahim+A.F++Mental+health+of+medical+students+before+and+during+medical+education%3A+A+prospective+T3+%09study03T+.08T+08T%090T++%09(2013)9T%09++Journal+of+Taibah+University+Medical+Sciences%2C++8++(2)+%2C+pp.+86-92.+&aqs=chrome..69i57.9741j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8) (consulté le sept. 14, 2021).
59. **M. S. Khan, S. Mahmood, A. Badshah, S. U. Ali, et Y. Jamal,**
« Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan », *J Pak Med Assoc*, vol. 56, n° 12, p. 583-586, déc. 2006.
60. **S. Iqbal, S. Gupta, et E. Venkatarao,**
« Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates », *Indian J Med Res*, vol. 141, n° 3, p. 354-357, mars 2015, doi: 10.4103/0971-5916.156571.
61. **Dorothy Newbury-Birch, David Walshaw, et Farhad Kamali,**
« Dorothy Newbury-Birch a, David Walshaw b, Farhad Kamali Drink and drugs: from medical students to doctors Drug and Alcohol Dependence 64 (2001) 265-270 – Recherche Google », 2001.
[https://www.google.com/search?q=Dorothy+Newbury-Birch+a%2C+David+Walshaw+b%2C+Farhad+Kamali+Drink+and+drugs%3A+from+medical+students+to+doctors+Drug+and+Alcohol+Dependence+64+\(2001\)+265%E2%80%93270&oq=Dorothy+Newbury-Birch+a%2C+David+Walshaw+b%2C+Farhad+Kamali+Drink+and+drugs%3A+from+medical+students+to+doctors++Drug+and+Alcohol+Dependence+64+\(2001\)+265%E2%80%93270+&aqs=chrome..69i57.6485j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Dorothy+Newbury-Birch+a%2C+David+Walshaw+b%2C+Farhad+Kamali+Drink+and+drugs%3A+from+medical+students+to+doctors+Drug+and+Alcohol+Dependence+64+(2001)+265%E2%80%93270&oq=Dorothy+Newbury-Birch+a%2C+David+Walshaw+b%2C+Farhad+Kamali+Drink+and+drugs%3A+from+medical+students+to+doctors++Drug+and+Alcohol+Dependence+64+(2001)+265%E2%80%93270+&aqs=chrome..69i57.6485j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8) (consulté le sept. 14, 2021).
62. **J. M. Borst, M. H. W. Frings-Dresen, et J. K. Sluiter,**
« Prevalence and incidence of mental health problems among Dutch medical students and the study-related and personal risk factors: a longitudinal study », *Int J Adolesc Med Health*, vol. 28, n° 4, p. 349-355, nov. 2016, doi: 10.1515/ijamh-2015-0021.

63. I. M. Geisner, K. Mallett, et J. R. Kilmer,
« An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students », *Issues Ment Health Nurs*, vol. 33, n° 5, p. 28087, mai 2012, doi: 10.3109/01612840.2011.653036.
64. Z. B. Moak et A. Agrawal,
« The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. », *Journal of public health*, 2010, doi: 10.1093/pubmed/fdp093.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي،

نقية مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 041

سنة 2022

اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطباء الداخليين والمقيمين على مستوى المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/02/14

من طرف

السيدة منال تويليت

المزودة في 27 أكتوبر 1996 بمراكش

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

القلق - الاكتئاب - الأطباء الداخليين - الأطباء المقيمين - التخصص في الطب

اللجنة

الرئيس

م. بو الروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

ح. الهوري

السيدة

أستاذة في جراحة العظام والمفاصل

س. ايت بطهار

السيدة

أستاذة في طب الأمراض التنفسية

{
الحكام