

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2010

Thèse N° 075/10

LA DEPRESSION: CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MEDECINS GENERALISTES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/04/2010

PAR

M. BERTILI NABIL

Né le 27 Mai 1982 à Oujda

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Dépression - Connaissances - Attitudes - Médecin généraliste - Maroc

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT
Professeur d'Urologie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI.....	JUGE
Professeur agrégé de Neurologie	
Mme. MESSOUAK OUAFAE.....	
Professeur agrégé de Neurologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Psychiatrie	

Table des matières

Introduction	4
I. Problématique	7
A. Ampleur du phénomène	7
A.1 Fréquence de la maladie dépressive sur les plans mondial et national	7
A.2 Impact de la dépression :	11
B. Place de l'omnipraticien dans la prise en charge des troubles dépressifs	23
B.1. Dans le système de soins	23
B.2. Place de la psychiatrie et de la maladie mentale dans la formation universitaire des futurs médecins généralistes	28
B.3. Place du médecin généraliste face au patient	31
II. Intérêts et objectifs de l'enquête	38
III. Méthodologie	40
A. Type d'étude	40
B. Lieu de l'enquête	40
C. Recueil des données	40
D. Elaboration des variables de l'étude	42
D.1. Les variables sociodémographiques	42
D.2. Etablissement des scores de connaissances :	42
E. Population étudiée	46
F. Exploitation des données	47
F.1. Les résultats descriptifs et l'analyse uni-variée :	47
F.2. L'analyse multi-variée :	47
IV. Résultats de l'enquête	50
A. Description de la population étudiée	50
A.1. Section sociodémographique	50
A.2. Connaissances du médecin généraliste	58
A.3. Attitudes des médecins généralistes	67
B. Résultats de l'analyse statistique uni-variée	75
B.1. Analyse des associations des connaissances des médecins	75
B.2. Analyse des attitudes des médecins et leurs déterminants	88
B.3. Corrélation entre les attitudes des médecins	98
C. Modèles multi-variés	100
C.1. Les déterminants des connaissances globales	100
C.2. Les déterminants de la confiance des médecins	102
C.3. Déterminants de l'attitude « traiter ou référer »	103
V. Discussion	107
A. Points forts et Limites de l'étude	107

B. Discussion des données sociodémographiques	109
C. Discussion des connaissances des médecins.....	112
D. Discussion des attitudes des médecins	116
E. Discussion des résultats analytiques	121
VI. Recommandations.....	130
A. La formation des médecins généralistes.....	131
A.1. L'enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire.....	131
A.2. Instaurer une politique de formation continue qui cible le médecin généraliste	132
B. Education et information des autres acteurs potentiels et du grand public: ...	134
C. Des interventions synergiques	135
D. Les recommandations de l'OMS	137
Conclusion.....	138
Résumés.....	140
Annexes	147
Références Bibliographiques	155

Introduction

Introduction

La dépression, souvent appelée « mal du siècle » n'est pas un concept récent, et remonte aussi loin que peut remonter la mémoire de la littérature médicale. En effet les premières descriptions de la pathologie sous le terme de « mélancolie » datent de l'antiquité Grec (Hippocrate).

Le fait est qu'actuellement, la dépression est devenue un trouble fréquent, aux répercussions fonctionnelles, sociales et économiques importantes. Selon les prévisions de L'OMS, la dépression deviendra en 2020 la 2ème cause d'invalidité dans le monde après les troubles cardio-vasculaires [16,17].

Cependant, la signification de «dépression » n'est pas la même pour tout le monde. La description psychiatrique de la dépression est définie à partir de symptômes bien connus, mais qui ne concordent pas toujours avec la représentation populaire.

La plupart des professionnels de la santé utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est posé sur la base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif.

Les critères généralement utilisés et qui font actuellement autorité en matière de diagnostic psychiatrique, sont définis par l'*American Psychiatric Association* dans le DSM-IV TR [61] (annexe1). L'autre système de classification couramment utilisé est la Classification Internationale des Maladies relative aux troubles mentaux et du comportement, 10^{ème} révision, développée par l'OMS et publiée en 1992 [62] (annexe 2)

La thérapeutique pharmacologique de la dépression a connu de grandes avancées avec l'apparition de nouvelles classes de molécules (IRS, IRSNA) aussi

efficaces que les premières générations d'antidépresseurs (Tricycliques et IMAO) tout en bénéficiant d'une meilleure tolérance.

Les thérapeutiques non pharmacologiques ont été également révolutionnées par l'avènement de nouvelles approches et méthodes de psychothérapie telle la psychothérapie cognitivo-comportementale.

Actuellement, la dépression est une pathologie très fréquente sur le plan mondial certes, mais parfaitement guérissable grâce à l'arsenal thérapeutique dont dispose le personnel soignant.

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance générale avec une prévalence de l'épisode dépressif majeur en population générale estimée à 26,5 % [27]. Il existe donc une forte demande de soins en matière de dépression dans notre pays, demande qui se retrouve confrontée à une insuffisance démographique du personnel de soins spécialisés en psychiatrie (psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques). La population des médecins généralistes, beaucoup plus importante et mieux répartie que l'offre spécialisée, serait elle à même de prendre en charge correctement ces troubles en ambulatoire? Alors que ceci est effectivement le cas dans de nombreux autres pays, l'état des lieux au Maroc demeure à ce jour non encore évalué.

Problématique

I. Problématique :

A. Ampleur du phénomène :

La maladie dépressive constitue un problème majeur de santé public du fait de sa fréquence, de ses conséquences médicales, sociales et économiques.

V. Kovess [25] n'hésite pas à affirmer que les problèmes de santé mentale (au premier rang desquels les troubles dépressifs) sont « l'un des quatre grands problèmes sanitaires de la société post-industrielle avec les maladies cardiovasculaires, les cancers et les lésions dues aux accidents ».

A.1 Fréquence de la maladie dépressive sur les plans mondial et national :

A.1.1. A l'échelle mondiale :

L'OMS estimait en 2004, qu'un peu plus de 151,2 Millions de personnes à travers le monde présentaient des troubles dépressifs [17]. La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) s'élèverait à 9,5 % pour les femmes et à 5,8% pour les hommes sur une période d'un an [16]. Dans une des dernières enquêtes réalisées aux Etats-Unis entre 2001 et 2003 auprès de 9282 personnes de plus de 18 ans — la National Comorbidity Survey Replication (NCSR) [18] — la prévalence des EDC était estimée à 6,7 % sur l'année. A la même époque, une enquête a été réalisée avec le soutien de l'OMS dans six pays européens auprès de 21 425 personnes: cette enquête européenne ESEMeD, qui utilise une méthodologie similaire, indique une prévalence globale des EDC estimée à 12,8 % sur la vie et à 3,9 % sur l'année dans l'ensemble des pays enquêtés (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas) [19].

Le tableau n°1 qui suit récapitule les Données relatives à la prévalence des troubles dépressifs, émanant d'enquêtes nationales récentes ayant utilisé le CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

Tableau 1 : Prévalences des troubles dépressifs selon des enquêtes ayant utilisé le CIDI.

Nom de l'Etude	Année	Pays	Prv. Troubles dépressifs	
			12 mois	Vie
ESEMeD [24]	2001-2003	France	6,7 %	24,1 %
NCS [21]	1994	États-Unis	11,3 %	19,3 %
NCS-R [18]	2005	États-Unis	6,7 %	16 %
NEMESIS [20]	1996	Pays-Bas	7,6 %	19,0 %
National Survey [22]	2000	Australie	5,8 %	NC.
LEBANON [23]	2002-2003	Liban	4.9 % *	NC.

Prv. : prévalence.

NC. : Non calculée

* : épisode dépressif majeur.

CIDI : Composite International Diagnostic Interview .

A.1.2. A l'échelle nationale et maghrébine :

Les pays maghrébins n'échappent pas à cette tendance, et en particulier le Maroc. En effet, le bulletin épidémiologique national de 2005 présentait les résultats de la première enquête épidémiologique de santé mentale réalisée sur un échantillon représentatif de la population générale [28].

L'outil utilisé pour repérer les troubles mentaux était le MINI (Mini International Neuro-psychiatric Interview) dans une version traduite en arabe dialectale. Il permet d'explorer 17 des pathologies de l'axe I de la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 4ème révision) et de la CIM-10 (Classification Internationales des maladies, 10ème révision). Une fiche relative aux données sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, niveau d'études, situation professionnelle...) était jointe au questionnaire.

Dans cette investigation, N. kadri et al [27] ont enquêté 6000 personnes âgées de 15 ans et plus, choisies aléatoirement dans 200 communes (30 personnes par commune). Les enquêteurs étaient des médecins généralistes de la santé publique préalablement formés sur la passation du questionnaire.

Le principal résultat objective que 48.9% de la population âgée de 15 ans et plus présentait au moins un des 25 troubles mineurs ou majeurs investigués.

Sans réelle surprise, la dépression est le trouble le plus fréquent avec 26,5 % de l'échantillon porteur d'un épisode dépressif en cours. Il est plus fréquemment repéré chez les femmes (34.3 %) que chez les hommes (20.4%) ($p < 0.0001$). Cette prédominance féminine est également retrouvée dans les différentes études internationales [16, 24, 21, 18, 20, 22, 23].

La prévalence de ce trouble est aussi plus élevée chez les plus de 20 ans. Ce trouble est plus fréquemment repéré en milieu urbain (31.2 %) qu'en milieu rural (21.8 %), chez les personnes veuves (39.9%) ou divorcées (52.5 %) et chez les personnes sans activité professionnelle (30.1%). (Tableau n°2)

Tableau 2 : Epidémiologie de l'épisode dépressif majeur au Maroc. [27]

Caractéristiques sociodémographiques	Prévalence %	Caractéristiques sociodémographiques	Prévalence %
Age		Etat matrimonial	
15-19	16,6	Célibataire	23,6
20-29	25,1	Marié	25,9
30-44	28,5	Veuf	39,9
45-59	29,0	Divorcé	52,5
60	27,0	Inconnu	0,4
Sexe		Milieu	
Homme	20,4	Urbain	31,20
Femme	34,3	Rural	21,80
Avec ou sans profession			
Oui	20,5		
Non	30,1		
Inconnu	24,0		

Prévalence globale : 26.5 % [25.3 - 27.7]

La comparaison des résultats de cette enquête avec ceux issus d'une étude multicentrique coordonnée par le centre collaborateurs français de L'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), incluant la France et quelque pays africains notamment nos deux voisins frontaliers [26], est très intéressante car elle utilise également le même outil d'investigation (MINI).

Elle dénote que, des trois pays magrébins, c'est l'Algérie qui présente la plus forte prévalence, suivie du Maroc puis de la Mauritanie (tableau n°3).

Tableau 3 : Prévalence de la dépression majeure dans quelques pays maghrébins.

Année	Pays	Prévalence sur la vie
2004-2005	Maroc [27]	26 ,5 %
2003	Algérie [26]	36 %
2002	Mauritanie [26]	19 %

Le constat est un peu différent en comparant avec les résultats des autres enquêtes citées dans le (tableau n°1), puisqu'il s'avère que nous arrivons en tête devant la France suivie des Pays Bas. Toute fois, ces résultats devraient être nuancés compte tenu des différences méthodologiques entre ces enquêtes, le CIDI étant plus restrictifs que le MINI.

Ainsi, ce bref aperçu épidémiologique prouve à plus d'un titre, que la dépression constitue un réel problème de santé publique aussi bien à l'échelle nationale que mondiale.

A.2 Impact de la dépression :

A.2.1. La mortalité :

Ø Mortalité par suicide :

L'implication des troubles dépressifs dans le comportement suicidaire n'est plus à démontrer. En effet la plupart des études épidémiologiques sur le suicide estiment que 40 à 80 % des suicides sont attribuables aux troubles de l'humeur (uni- et bipolaire) [15].

Dans ses estimations sur la charge globale des maladies en 2004, l'OMS classait le suicide comme étant la 16^{ème} cause de décès dans le monde. Avec 1,4% des décès mondiaux qui lui était imputables durant cette année, et quelques 800 000 décès (soit un mort toute les 40 secondes), le suicide était à l'origine de près de la moitié des morts violentes [17]. Dans 10 ans, l'OMS estime que ce chiffre

grimpera à 1,5 million de décès.

On estime que le nombre de tentatives de suicides est 10 à 20 fois plus élevé que le nombre de décès par suicide, et ces tentatives entraînent souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux même si on ne dispose pas de données fiables sur l'étendue du phénomène. Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans dans le monde entier. D'une manière générale, le suicide touche davantage l'homme que la femme même si inversement le nombre des tentatives de suicide est le plus souvent plus élevé chez les femmes [31]

Parmi les pays fournissant des données sur le suicide, on trouve les taux les plus élevés en Europe Orientale et les taux les plus faibles le plus souvent en Amérique Latine, dans les pays musulmans et dans quelques pays asiatiques [31] (tableau n°4).

Tableau 4 : Récapitulatif des taux de suicide dans différents pays selon l'OMS [31]

Rang	Pays	Année	Taux de suicide /100.000 habitants
1	Lituanie	2005	38,6
2	Biélorussie	2003	35,1
3	Russie	2004	34,3
4	Kazakhstan	2003	29,2
5	Slovénie	2003	28,1
6	Hongrie	2003	27,7
7	Lettonie	2004	24,3
8	Japon	2004	24,0
9	Ukraine	2004	23,8
10	Sri Lanka	1996	21,6
...	France [30]	2006	16
...	Iran	1991	0,1
...	Egypte	1997	0 ,1

Par contre les données sur le suicide dans les pays africains sont plus rares. Ainsi nous n'avons pas pu trouver de chiffres officiels sur ce sujet au Maroc. L'une des rares études disponibles a été réalisée en 2002 par M. Agoub et al dans la ville de Casablanca [32]. Elle avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence de l'idéation suicidaire et dans un échantillon de 800 personnes en utilisant le MINI.

Selon cette étude, la prévalence sur un mois de l'idéation suicidaire en population générale Marocaine est de 6,4% , tandis que 2,2% des personnes enquêtées ont rapporté au moins une tentative de suicide durant leur vie . Sans surprise, les troubles dépressifs étaient présents chez 45% des personnes avec idéation suicidaire dont 23,5% rien que pour l'épisode dépressif majeur qui arrivait en tête des co-morbidités.

Ø La dépression comme facteur de mortalité en cas de co-morbidité avec des pathologies somatiques :

Au nombre de décès par suicide, il faut ajouter les décès dont la dépression est indirectement responsable, que ce soit lorsqu'elle induit des conduites d'alcoolisation ou lorsqu'elle est un facteur de mauvais pronostic d'une affection organique.

En effet nombres d'études ont souligné que, le taux de survie chez les patients déprimés ayant une pathologie organique lourde est inférieur par rapport aux patients non déprimés porteurs de cette même pathologie.

Ainsi, Satin JR et al [29] constataient dans une méta-analyse de 25 études portant sur la dépression comme facteur prédictif de la mortalité chez les patients cancéreux que la présence de symptômes dépressifs augmentait la mortalité de 25% et que l'existence d'un épisode dépressif caractérisé augmentait le risque de 35%.

François Lespérance [33] faisait un constat similaire concernant la mortalité à 5 ans en post infarctus du myocarde chez des patients présentant des symptômes

dépressifs. Selon son étude, l'amélioration des symptômes dépressifs s'accompagne d'une amélioration significative de la survie chez ses patients.

En cas de comorbidité de troubles dépressifs avec une pathologie organique lourde, la mortalité attribuable à cette coresponsabilité est difficile à chiffrer car elle concernerait aussi bien l'émoussement de la volonté de guérir liée à la perte de l'élan vital dépressif que la mauvaise observance thérapeutique ou l'irrespect des règles hygiéno-diététiques.

La mortalité attribuable à la dépression s'avère être un fait indiscutable qu'elle soit directe ou indirecte. Heureusement elle est évitable, comme l'ont démontré plusieurs expériences pilotes dans le monde, à l'instar de l'expérience menée sur l'île de Gotland. En effet, une meilleure prise en charge thérapeutique, après amélioration du dépistage, obtenue par une action volontariste de formation des médecins généralistes avait ainsi permis de faire diminuer de manière significative la suicidalité.

A.2.2. Impact sur la qualité de vie :

La dépression majeure s'inscrit dans trois quarts des cas dans un processus récurrent. Le trouble dépressif récurrent se chronicise dans 20 % des cas et n'a que des rémissions partielles entre les accès dans 30 % des cas [14]. Non traitée, la dépression récidive ou se chronicise, puis se complique, principalement de conduites addictives mais aussi de conduites de risque ou de négligences qui peuvent nuire à la santé [15]. Ceci montre l'importance de son retentissement sur la qualité de la vie des patients qui en souffrent.

Ceci est d'autant plus vrai que le vécu douloureux du patient qui présente un épisode dépressif majeur, dépasse souvent le cadre de la souffrance morale, pour s'étendre à la souffrance physique. Céphalées, rachialgies, arthralgies, douleurs

digestives, thoraciques ou encore engourdissement douloureux des membres sont le quotidien de bon nombre de patients déprimés. En effet, cette souffrance corporelle chronique toucherait environ 50 à 90 % de ces patients [40]. Dans un tiers à la moitié des cas, ces douleurs sont cotées handicapantes [40]. Ce vécu douloureux, bien réel, trouverait son explication dans le model physiopathologique de la dépression, et serait dû selon certains auteurs, au dysfonctionnement du réseau monoaminergiques inhérent à la dépression [41].

Nombreuses sont les études qui ont tenté d'objectiver les répercussions de la dépression sur la qualité de vie. Elles se basent souvent sur des instruments de mesures qui intègrent ce vécu douloureux, à l'instar de l'échelle générique de qualité de vie (SF-36) qui explore 8 dimensions :

D1 : activité physique

D2 : limitations dues à l'état physique

D3 : douleur physique

D4 : santé perçue

D5 : limitations dues à l'état psychique

D6 : vie et relations avec les autres

D7 : vitalité

D8 : santé psychique

L'une d'elle a été conduite par M. Hadj Ammar et al. en Tunisie sur 360 patients consultant en psychiatrie [35]. Les auteurs ont constaté une altération de la qualité de vie chez 81 % des patients avec un score moyen global de 44,6. Cette altération touche toutes les dimensions avec une prédilection pour la composante mentale du score.

Ces résultats sont en concordance avec d'autres publications [36], [37]

Cependant d'autres études ont souligné une prédominance de l'altération de

la composante physique en matière de qualité de vie chez les patients déprimés, à l'image de celle menée par Williams et al [38]. Certains auteurs osent même une comparaison avec d'autres maladies chroniques et affirment que l'altération physique engendrée par la dépression dépasse à bien des égards, celles entraînées par l'hypertension ou le diabète par exemple [39].

Ceci explique pourquoi l'OMS accorde une attention croissante à la santé mentale et en particulier au phénomène de la dépression unipolaire. En l'absence d'une prévention et prise en charge adaptées, elle est qualifiée de « bombe à retardement sociale et économique » [34].

En l'an 2000, les troubles dépressifs unipolaires se plaçaient au cinquième rang des causes de morbidité, avec 4,4 % des AVCI (années de vie corrigées de l'incapacité) et le plus fort pourcentage d'AVI (années perdues pour causes d'incapacité), soit 11,9 % [16], faisant d'elle la maladie chronique la plus handicapante, devant les atteintes cardiovasculaires, l'asthme ou le diabète (figure A).

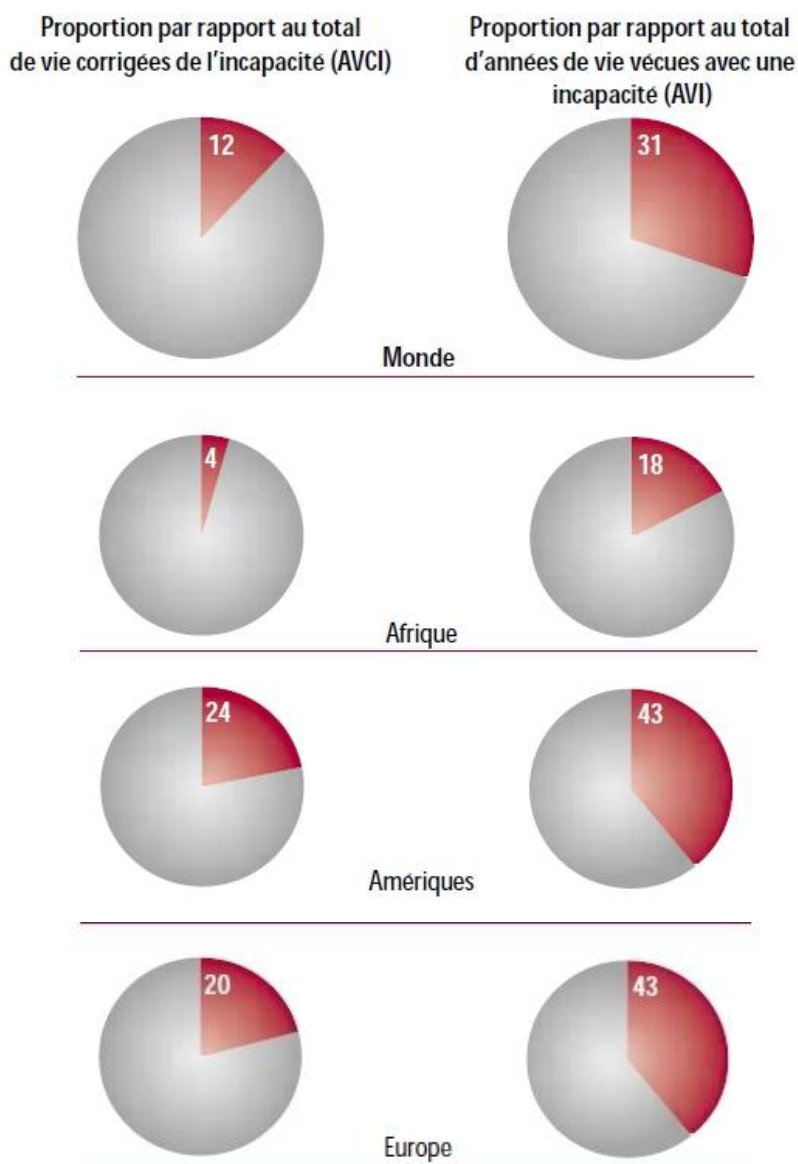
Déjà considérable aujourd'hui, comme le montrent sans ambiguïté ces estimations, la charge de morbidité imputable à la dépression devrait s'accroître encore à l'avenir. En 2020, si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, elle représentera 5,7% de la charge totale de morbidité et deviendra la deuxième cause d'AVCI dans le monde, après les maladies cardio-vasculaires ischémiques. Dans les pays développés, elle viendra en tête des causes de morbidité [16].

A la lumière de ces données, il en ressort que la dépression est l'une des maladies chroniques les plus handicapantes, voire la plus invalidante tant sur les plans psychique, physique et social. Elle altère profondément la qualité de vie des gens qui en souffrent, les condamnant ainsi à des répercussions sociales et professionnelles très lourdes.

Figure 1 :

Part des affections neuro-
psychiatriques dans la charge
totale de morbidité, dans le
monde et quelques Régions
OMS. Estimations pour 2000
[16]

La dépression à elle seule
représente 11,9% du total des
AVI.



A.2.3. Impact sur l'économie

L'impact socioéconomique de la dépression est considérable, que ce soit en terme de dépenses de soins directs, ou par la consommation de soins inadéquats qu'elle induit (multiplication d'examens para-cliniques et de traitements symptomatiques de la séméiologie somatique dépressive non diagnostiquée comme telle) et par la perte de productivité qu'elle entraîne dans le milieu du travail. Cette facture dépasse le cadre du système de santé, pour s'étendre à la société dans son ensemble.

Ø Données émanant de quelques nations :

En l'absence d'estimations nationales au Maroc, on se focalisera sur les estimations de divers d'autres pays ayant fait des études sur le sujet.

En Union Européenne par exemple, le poids économique de la dépression représente environ 1 % du produit intérieur brut (PIB) [2]. Les coûts directs de cette pathologie ne représenteraient que la partie émergée de l'iceberg car la majeure partie des coûts économiques de la dépression se fait sentir en dehors du système de santé. Certaines études situent ce coût indirect entre 60 à 80 % de l'ensemble des coûts de la dépression. [3]

En Allemagne, Friemel et al estimaient en 2005 que le coût annuel direct de la dépression avoisinait les 1.6 milliards d'euros [9] alors qu'en 2002, la dépression aurait causé la perte de 18 millions de journées de travail dans ce pays, ce qui représente pour les employeurs un coût d'environ 1,59 milliards d'euros [2].

Une autre étude sur la charge économique de la dépression menée au Portugal en a estimé le coût à environ 102 millions d'euros dont 80 % était dû à une perte de la productivité au travail. En tout, cette perte était équivalente à 50 % du budget de la sécurité sociale portugaise [4].

Au Royaume-Uni, les coûts de traitement de la dépression dépassaient en

1996 la somme des coûts de traitement de l'hypertension et du diabète [1]. Mais ces coûts directs ne sont que l'arbre qui cache la forêt, puisque l'ensemble des coûts de la dépression chez les adultes a été évalué à 15,46 milliards d'euros dont seulement 636 millions concernaient les soins directs en 2003 [5].

Aux États-Unis, Greenberg et al [6] constataient que les dépenses annuelles totales associées aux désordres affectifs (incluant la dépression majeure, la dysthymie et les troubles bipolaires) atteignaient en l'an 2000 la somme de 83.1 milliards de dollars US dont 69 % étaient imputables à des coûts indirects (morbidité et mortalité). Cette estimation soulignait une augmentation de 7% par rapport à la charge économique de ces troubles en l'an 1990.

Etant donné les différences démographiques entre ces différents pays, et pour une meilleure appréciation de l'ampleur de ces dépenses, M. Luppia et al [11] publiaient en 2007 une revue de 24 études portant sur le coût des troubles dépressifs dans divers pays. Dans cette revue, les coûts directs et indirects étaient rapportés aux nombre de patients (en se basant sur la prévalence de la dépression dans les pays concernés) et aux nombre total d'habitants (tableau n°6).

Tableau 6 : Répartition des coûts liés a la dépression selon M. Luppia [11].

Pays	Année	Coûts directs			Coûts indirects			Prv. %
		C. national *	C. par patient **	C. par habitant **	C. national *	C. par patient **	C. par habitant **	
Allemagne	2002	1702	1345.0	20.64	-	-	-	3.51
Grande Bretagne	2000	650	244.09	10.87	14268	5360.99	238.82	4.5
Suède	1997	239	601.34	27.06	963	2419.63	108.88	4.5
USA	2000	27652	1126.39	98.00	54636	2225.53	193.62	8.7
Australie-Méridionale	1999	253	2488.52	169.22	848	8355.19	568.15	6.8

- Prv. : Représente la prévalence du trouble dépressif en population générale.
- Les coûts indirects exclue les coûts liés à la mortalité sauf pour les données de la Suède.
- * coût national en millions de dollars US.
- ** coût en dollars US.
- Les coûts cités tiennent compte de l'inflation et sont représentés dans la valeur du dollar US en 2003.

Ø Répartition des dépenses :

Concernant la répartition de ces dépenses, on constate que L'hospitalisation constitue le poste le plus important des charges directes, dont elle représente 50 % dans des études américaines et britanniques, et 70 % dans des études italiennes [8] [11]. Les frais ambulatoires oscillent entre 22% et 50% et les dépenses en produits pharmaceutiques varient entre 6% et 29% [11].

Comme il en ressort du tableau n°6, les dépenses en soins sont surclassées par une charge économique indirecte énorme, qui se voit triplée dans les estimations les plus optimistes voire multipliées par 20 à l'instar de l'étude de Thomas et al menée en Grande Bretagne [5].

Afin d'objectiver l'impact de diverses pathologies chroniques dont la dépression sur le milieu du travail, W.N. Burton et al ont mené une étude auprès des employés de la banque « First Chicago NBD » sur une période de trois ans (1993-1995) [12]. Ils ont constaté que non seulement la dépression arrivait en tête des dépenses de soins directs mais qu'elle dominait aussi les causes d'incapacité temporaire. Ainsi Le nombre de journées de travail perdues surplombait celui causé par le diabète, l'hypertension artérielle, l'ulcère et l'asthme réunis (voir tableau n°7).

Cependant si les coûts indirects, en terme d'absentéisme au travail sont plutôt bien documentés, il n'en est pas de même pour la diminution de productivité au travail. Techniquement plus difficile à appréhender, les études tentant d'en évaluer l'ampleur ne sont pas nombreuses. On estime cependant que les interruptions de travail ne représentent que 30 % des pertes de productivité pour la société causées par la dépression. Les 70 % restantes seraient consécutives à la diminution du rendement des employés déprimés [7].

Tableau 7 : Nombre de journées de travail perdues pour cause d'incapacité temporaire, 1993-1995 dans la First Chicago NBD [12].

Raison de l'incapacité temporaire	Durée moyenne de l'incapacité temporaire	Taux de récurrence	Nombre total de journées de travail perdues
Dépression	43 jours	22 %	10859 jours
Diabète	33 jours	8.3 %	795 jours
Hypertension	25 jours	8.8 %	947 jours
Ulcère	24 jours	0.0 %	353 jours
Asthme	19 jours	32.7 %	1432 jours

Ainsi se profile une facture économique sombre consécutive aux troubles dépressifs, à laquelle il faut rajouter, la mortalité, les coûts intangibles et l'impact sur la qualité de vie, faisant de la dépression un problème majeur de la santé publique qui devrait constituer une priorité des politiques sanitaires.

B. Place de l'omnipraticien dans la prise en charge des troubles dépressifs :

B.1. Dans le système de soins :

B.1.1. L'insuffisance de l'offre de soins spécialisés au Maroc :

En 2007, le Maroc comptait 247 psychiatres (dont plus de la moitié qui étaient concentrés dans seulement deux régions du royaume : le Grand Casablanca et le Rabat-Salé-Zemmour-Zaïr), 611 infirmiers spécialisés en psychiatrie et 73 psychologues cliniciens pour une population totale de 32.120.000 hab. [42].

Les établissements psychiatriques cumulaient environ 1779 lits, répartis entre 4 centres psychiatriques universitaires dont un militaire, 7 hôpitaux psychiatriques et 17 services de psychiatrie intégrés dans des hôpitaux généraux répartis dans l'ensemble du pays [42].

En d'autre terme :

- 0,8 psychiatres/ 100.000 hab.
- 5.5 Lits psychiatriques/ 100.000 hab.

Des chiffres plus bas que nos voisins maghrébins comme l'Algérie (1,17 psychiatre/ 100.000 hab.) [44] ou la Tunisie (1,9 psychiatre/100.000 hab.) [43] et qui restent à des années lumière des ratios observés dans certains pays développés comme la France (22 psychiatre/ 100.000 hab.) et la suisse (24/ 100.000 hab.) [45].

L'OMS estime pour sa part que le nombre de psychiatres minimal nécessaire est de 2,5/ 100.000 hab. [45].

Autant dire que notre pays dispose de très peu de ressources humaines compétentes en psychiatrie pour faire face à une demande plus que pressante en matière de santé mentale, et ce à la lumière des données publiées dans le bulletin épidémiologique national de 2005 [28] que nous avons abordé dans le chapitre consacré à l'épidémiologie de la dépression.

Rappelons quand même les chiffres :

- 48,9% des Marocains de plus de 15 ans seraient touchés par au moins un trouble mental.
- La dépression, sujet qui nous intéresse dans le présent travail, toucherait 26,5% de la population âgée de plus de 15 ans.

La constatation de cette pénurie de psychiatres devrait amener logiquement à l'adoption d'une politique visant à former un nombre beaucoup plus important de psychiatres. Cependant cette stratégie serait insuffisante pour promouvoir la prise en charge des troubles mentaux. En effet, en plus du fait que cette stratégie ne peut être envisagée qu'à long terme, l'accès du citoyen Marocain aux soins psychiatriques reste toujours difficile devant les préjugés de notre société sur la psychiatrie et la crainte persistante de la stigmatisation. Nous reviendrons sur ce sujet ultérieurement.

Pour ces raisons, la médecine générale peut constituer une alternative efficace permettant la promotion de la santé mentale de façon générale et de la prise en charge des troubles mentaux de façon spécifique [16]. En effet, l'implication plus sérieuse des médecins généralistes dans la prise en charge des maladies mentales donnerait un aspect communautaire à la psychiatrie et offrirait une solution à court et à moyen terme au manque actuel de psychiatres.

B.1.2. La place prépondérante du médecin généraliste :

Bénéficiant d'une démographie nettement plus favorable (un nombre total de 8401 à l'échelle nationale, soit 26/100.00 hab. en 2007 [42]) et d'une meilleure répartition sur le plan géographique, le médecin généraliste pourrait constituer un maillon important de l'offre de soins, en particulier concernant la santé mentale.

S'adresser à son médecin généraliste reste une démarche simple et rapide.

- Simple car le patient peut voir son généraliste pour beaucoup de raisons différentes touchant de près ou de loin à l'existence d'une souffrance morale. C'est l'image de la consultation comme « billet d'accès aux soins ».
- Simple aussi car le médecin généraliste ne souffre pas de la même stigmatisation que son confrère psychiatre (généralement considéré comme un praticien à éviter vu les préjugés qui pèsent sur la santé mentale et toute personne consultant ces professionnels au sein de notre société).
- Rapide car c'est bien un médecin de proximité. Proche du patient géographiquement mais aussi parfois proche de sa vie, avec une connaissance de ses antécédents, de son environnement, et une relation de confiance pré-installée.

D'ailleurs, Plusieurs enquêtes corroborent le fait que le médecin généraliste soit le représentant du système de santé le plus consulté par les patients ayant des troubles mentaux [19, 57, 58]. Selon ces auteurs, parmi les personnes souffrant de troubles dépressifs qui consultent, 34,6 % à 60,5 % s'adressent d'abord à leur médecin généraliste. Le taux des patients consultant chez le psychiatre oscillerait entre 10,8 % et 21,4 %.

Cela confirme, à plus d'un égard, que le médecin généraliste occupe une place de choix dans la prise en charge des patients dépressifs. Ceci est d'autant plus vrai que ce trouble est fréquent dans la pratique de la médecine générale comme en témoignent les données de l'OMS (tableau 8). En effet la prévalence de la dépression dans les structures de soins primaires varierait entre 2,5 % et 29,5 % [16].

Tableau 8 : Prévalence de la dépression en soins primaires selon l'OMS. [16]

Villes	Dépression %
Santiago (Chili)	29,5
Manchester (Royaume-Uni)	16,9
Groningue (Pays-Bas)	15,9
Rio de Janeiro (Brésil)	15,8
Paris (France)	13,7
Ankara (Turquie)	11,6
Mainz (Allemagne)	11,2
Bangalore (Inde)	9 ,1
Athènes (Grèce)	6,4
Casablanca (Maroc) [54]	6,4
Seattle (Etats-Unis d'Amérique)	6,3
Vérone (Italie)	4,7
Ibadan (Nigeria)	4,2
Shanghai (Chine)	4,0
Nagasaki (Japon)	2,6

Le Maroc s'inscrit aussi dans cette tendance. Ainsi en 1989 et dans le cadre d'une thèse sur l'épidémiologie de la dépression majeure en médecine générale, Nadia Mouchtaq [54] a constaté une prévalence générale de 6,4 % dans un échantillon de 1000 patients consultant dans trois centres de santé casablancais sur 4 mois.

De plus, les médecins généralistes semblent être les premiers prescripteurs de psychotropes au Maroc, à l'image de leurs homologues français [59] [60]. Du moins, c'est ce qui ressort de l'enquête de l'équipe de A. BELKACEM [46] portant sur le profil de prescription des psychotropes dans un organisme de sécurité sociale marocain.

Les enquêteurs de cette étude avaient tiré au hasard et étudié 10 200 ordonnances prescrites au cours de l'année 1997 dans les archives de la CNOPS. L'analyse des résultats a objectivé que 4% des ordonnances contenaient au moins un psychotrope. Au premier rang des prescripteurs, figuraient les médecins généralistes avec au total 27,2 % des ordonnances retenues. Les psychiatres étaient au deuxième rang avec 19 % de cas, suivis des autres spécialistes. Ceci pourrait nous renseigner de manière indirecte sur la prévalence des troubles mentaux dans la pratique de la médecine générale, bien que l'étude ne s'attardait pas sur l'aspect qualitatif des prescriptions (respect des AMM, des indications thérapeutiques...).

L'autre résultat souligné par cette même étude, est que 52,4 % des prescriptions des généralistes sont faites d'anxiolytiques, 27,2 % de neuroleptiques, quant aux antidépresseurs, ils ne représentent que 15,8 % du total des psychotropes prescrits. Ce profil de prescription contraste fortement avec le profil de la maladie mentale en population générale Marocaine (prévalence EDM = 26,5 %) et de celle consultant en soins primaire (prévalence EDM= 6,4 %), puisque le trouble le plus fréquent demeure l'épisode dépressif majeur (26,5%).

Comment expliquer cette discordance ? Les prescriptions des généralistes seraient elles erronées ? Ou bien la dépression est elle sous diagnostiquée en médecine générale ? Les généralistes sont ils bien formés durant leur cursus universitaire à la prise en charge de la maladie mentale et la dépression en particulier ? Ces interrogations soulèvent la problématique cruciale de l'adéquation de l'enseignement dispensé aux futurs généralistes au sein de nos facultés de médecine, aux besoins de la population générale Marocaine, notamment en matière de santé mentale.

B.2. Place de la psychiatrie et de la maladie mentale dans la formation universitaire des futurs médecins généralistes : [47, 48, 49]

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

- Un module de psychologie générale (16 à 30 h selon les facultés), dans lequel sont abordées quelques notions fondamentales, comme la mémoire, l'intelligence, le cycle du sommeil, les aspects psychologiques de la douleur et le stress...).
- Un module de psychologie médicale qui insiste principalement sur la psychologie du malade et du médecin, la relation qui les lie et introduit la notion de médecine psychosomatique [47].

La pathologie mentale à proprement parler, est enseignée au cours du 2^{ème} cycle des études médicales (4^{ème} ou 5^{ème} année selon les facultés), dans le cadre d'un module de psychiatrie dont le volume horaire varie grandement d'une université à une autre (42h à Rabat ; 22h à Fès). Il se présente sous forme d'enseignement théorique (cours magistraux qui traitent la classification des

maladies mentales, les troubles psychotiques, névrotiques et de l'humeur, ainsi qu'un aperçu sur la thérapeutique en psychiatrie) et une formation pratique qui consiste en un stage hospitalier (4 semaines moyenne) ,1^{ère} réelle confrontation de l'étudiant à la pathologie mentale.

D'un point de vue quantitatif, un bref calcul nous montre que le volume horaire consacré à la pathologie mentale ne représente que 1 à 2 % (selon les facultés) du temps total des cours théoriques dispensés aux étudiants. En effet il s'avère que La psychiatrie fait partie des modules les moins dotés en volume horaire : Autant d'heures que les maladies systémiques et deux fois moins que la dermatologie, la pathologie digestive, cardiovasculaire ou respiratoire par exemple [47].

D'un point de vue qualitatif, on constate que l'essentiel du module est théorique et que les enseignements dirigés ou les travaux de groupes se font rares (4h au totale en psychologie médicale) [47]. Du coté des stages, ce n'est guerre mieux, trop courts (4 semaines en moyenne) ils sont loin d'assurer une formation qui prépare les futurs généralistes au terrain qui les attend. Pire ce stage fut considéré pendant longtemps comme faisant partie des stages facultatifs ou optionnels (au même titre que la chirurgie cardio-vasculaire par exemple [48]). Ainsi nombreux sont les médecins diplômés qui n'ont jamais fait un passage en psychiatrie, si court soit il, et qui ont intégré le réseau de soins de santé de base pour se retrouver confrontés à une demande en matière de santé mentale pour laquelle ils n'ont pas été préparés.

Pendant longtemps, la psychiatrie et la pathologie mentale ont été reléguées au second plan sur les bancs des facultés de médecine. Les causes d'une telle politique de marginalisation sont multiples. Sans doute, le lourd héritage de stigmatisation de la pathologie mentale et de la psychiatrie endosse une part de

responsabilité. Mais le manque de données chiffrées sur la prévalence des troubles mentaux en population générale semble avoir été le facteur le plus déterminant dans la minimisation de ce besoin chez la population et partant, dans la négligence qui a touché la psychiatrie dans le cursus universitaire du futur généraliste.

Disposant actuellement de chiffres assez alarmants concernant la prévalence des troubles mentaux [27,28], il est grand temps d'amorcer une réforme des études médicales, pour que l'enseignement dispensé soit en adéquation avec les besoins de la population, en particulier en ce qui concerne la santé mentale.

Heureusement que l'on assiste depuis peu, à une prise de conscience qui a initié une politique de réforme. En effet le stage de psychiatrie est devenu fondamental dans certaines facultés (faculté de médecine et de pharmacie de rabat, et depuis septembre 2009 à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès) et sont en passe de le devenir dans les autres.

B.3. Place du médecin généraliste face au patient :

B.3.1. Le patient et sa présentation : Particularités cliniques de la dépression vues en médecine générale :

Plusieurs auteurs soulignent le fait que le médecin généraliste, s'il voit peu de dépressions mélancoliques, est très souvent confronté à des troubles dépressifs de diagnostic difficile, car masqué par une symptomatologie bâtarde, incomplète ou trompeuse avec une composante somatique marquée [50,51].

Ainsi selon Cremniter D. [50], les trois symptômes prédominants chez le médecin généraliste sont plutôt d'ordre somatique : la fatigabilité, l'anxiété, et l'insomnie. Alors que chez le psychiatre, ce sont l'humeur dépressive, la douleur morale, l'auto dévalorisation et le ralentissement psychomoteur.

Dans cette même optique Bao et al. [52] ont constaté que, si la présence de symptômes corporels comme la douleur chez les patients déprimés s'accompagnait d'une plus grande fréquence de consultations (20 %), elle diminuait la susceptibilité à ce que le patient consulte un psychiatre (20% de moins).

Par ailleurs, Gréco et al. [53] ont conclu à la grande fréquence des symptômes somatiques dans un échantillon de 6 000 sujets déprimés consultant en médecine générale. En effet, 80 % des cas souffraient de céphalées, les trois quarts présentaient des dorsalgies et des lombalgies alors que les douleurs digestives touchaient 63 % des patients. Enfin, 37 % des patients se plaignaient de douleurs thoraciques.

Du côté du Maroc, Nadia Mouchtaq [54] soulignait que le principal motif de consultation des patients déprimés dans son enquête était d'ordre somatique (tableau n°9).

Tableau 9 : Motifs de consultation des patients dépressifs marocains en médecine générale. [54]

Motifs de consultation	Pourcentage % n=64	Motif de consultation	Pourcentage % n=64
Céphalées	57,38	Idées de suicide	6,55
Fatigue générale inexpliquée	45,90	Troubles dyspeptiques	4,92
Insomnie	36,07	Troubles divers	4,92
Trouble du comportement	27,87	Semi-mutisme	1,64
Algies diverses	26,23	Agitation psychomotrice	1,64
Anxiété	21,31	Enfant-symptôme	1,64
Douleurs abdominales	14,75	Tentative de suicide	1,64

Tableau 10 : Fréquence des symptômes somatiques chez les patients dépressifs consultant en médecine générale au Maroc [54].

Symptômes	%	Symptômes	%
Fatigue générale	97	Troubles de l'accommodation	66
Maux de tête	89	Palpitations, fourmillement des membres	63
Vertiges	86	Douleurs lombaires	60
Diminution de l'appétit	80	Troubles des règles	54
Douleurs musculaires diffuses	71	Douleurs abdominales	46
Sécheresse de la bouche	69	Troubles du transit	34

Même quand ils ne constituaient pas un motif de consultation, les symptômes somatiques étaient omniprésents comme en témoigne le tableau n°10.

Cet éclatement des tableaux cliniques de la dépression complique d'avantage la tâche à ce médecin de première ligne et contribuerait grandement à une prise en charge inadéquate de la dépression car :

- D'une part, le fait que le tableau soit masqué, avec au premier plan des symptômes purement somatiques (insomnies, troubles de l'appétit ou d'ordre sexuels, syndrome douloureux...) ou cognitifs comme c'est le cas de la forme pseudo démentielle du sujet âgé (troubles de la mémoire et de la concentration...), induirait facilement le médecin généraliste en erreur.
- D'autre part, il serait très difficile de négocier le diagnostic de la dépression avec un patient qui consulte essentiellement pour des symptômes somatiques.

Une situation somme toute paradoxale, qui fait que les patients présentant la forme typique (et donc la plus aisée à diagnostiquer) de l'épisode dépressif s'orientent vers le psychiatre, alors que le généraliste, moins compétent en la matière par rapport à ce dernier, se retrouve confronté aux formes masquées ou floues de cette pathologie.

B.3.2. le généraliste Face au patient et sa représentation de la maladie mentale :

L'attente du patient en matière de santé est déterminée par une certaine image individuelle et collective de cette dernière. Les conceptions sociales et personnelles de la maladie ont une grande influence sur l'orientation du patient

dans sa demande de soin et sur la communication avec le médecin lorsqu'il s'adresse à ce dernier.

Dans l'imaginaire de notre société, le mystère et le mystique enveloppe encore certaines maladies dont la physiopathologie est pourtant bien expliquée sur le plan médical. Les troubles neuropsychiatriques arrivent, dans ce cadre, en chef de file.

Djnoun, sorcellerie, mauvais œil, châtement divin ... les représentations des causes de la maladie mentale arborent diverses facettes dans notre société. Ces perceptions, assez répandues en population générale (mais sans véritables données chiffrées en l'absence d'études nationales dans ce sens) ont créé un besoin particulier qui a fait naître une filière de soins parallèle, antérieure à la médecine occidentale et rationnelle, la médecine traditionnelle. Une offre parallèle diversifiée aussi bien en terme de « personnel soignant » et « d'institutions » qu'en terme de méthodes de soins qui impliquent voyantes, fquih et autres marabouts et herboristes.

Cette pratique de « L'autre psychiatrie » comme l'avaient intitulé Touhami M. et Moussaoui D. [55] dans un article sur « Bouya Omar » (un marabout qui rivalise avec les institutions psychiatriques dans « la prise en charge » des troubles mentaux au Maroc), contribue à maintenir la stigmatisation. C'est ainsi que, d'une part le malade mental se retrouve mal perçu dans la société, et d'autre part les hôpitaux psychiatriques ont encore du mal à s'affranchir de leur statut asilaire.

Cette vision de la santé mentale est propre à la plupart des pays sous développés.

Ainsi, dans une étude sur une population rurale, à majorité musulmane au Nigeria, Mohammed Kabir et al. [56] avaient constaté que le symptôme le plus fréquemment associé au malade mental était « l'agressivité et le penchant destructeur » (22 %). En outre, 34,3 % des gens enquêtés considéraient que l'alcool

et les drogues étaient les causes des maladies mentales, 18,8 % qu'elles étaient imputables à la colère ou la volonté divine, 18 % l'attribuaient à des causes mystiques et magiques et 11,7 % incriminaient les accidents et les traumatismes.

Mais qu'en est-il de la dépression ? Et comment elle est perçue dans la population générale ?

La réponse est à chercher du côté d'une enquête multicentrique qui a intéressé aussi bien le territoire Français que les îles Comores et Madagascar [26]. Cette investigation s'est penchée sur les représentations de trois entités que sont le « Fou », « le malade mental » et le « dépressif ».

Si la dépression était totalement méconnue à Madagascar, elle était assimilée à la folie aux îles Comores et à la fatigue dans les territoires Français. Selon les auteurs, toutes ces représentations créaient une distance entre la dépression et la notion de « maladie ». De ce fait, les demandes d'aide des personnes qui en souffrent ne s'adressaient pas prioritairement au personnel de santé compétent en psychiatrie, mais à l'entourage (famille, amis), les médecins généralistes, voire les marabouts et autres pratiquants de « médecine parallèle » fortement évoqués dans les deux pays africains. Dans le même registre, l'enquête au Nigeria citée plus haut a souligné que 52 % des malades mentaux recourraient en premier soit à des « guérisseurs spirituels », soit à des individus qui pratiquent la médecine traditionnelle [56].

Le médecin, face au patient, doit négocier le diagnostic de dépression en luttant contre cette image déformée, en corrigeant diverses idées fausses et en apaisant certaines craintes. Mais est ce le cas ? Car avant d'être un médecin, le généraliste est un être humain, produit de la société dans laquelle il vit, avec ses propres conceptions et connaissances sur la dépression.

Dépression, antidépresseur, psychiatre, ces mots ont une signification et une connotation propre à chacun (qu'il soit patient ou médecin), alimentés de souvenirs, de lectures, d'images relayées par les medias, de fantasme parfois et qui risquent de se répercuter sur la démarche diagnostique et thérapeutique.

Intérêts et objectifs de l'étude

II. Intérêts et objectifs de l'enquête :

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

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

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

Ø Objectif principal de l'enquête :

- Evaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis la dépression.

Ø Objectifs secondaires:

- Montrez la place du médecin généraliste dans la stratégie de lutte contre la dépression.
- Mettre en évidence les lacunes et les points de faiblesse au niveau des connaissances et compétences des médecins généralistes en matière de troubles dépressifs.
- Proposer des moyens et des méthodes pour une bonne formation des médecins généralistes en matière de dépression.
- Montrer les obstacles qui s'opposent à une bonne prise en charge des patients déprimés dans nos structures de soins primaires.
- Discuter les moyens d'interventions susceptibles d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'épisode dépressif dans les structures de soins primaires.

Méthodologie

III.Méthodologie :

A. Type d'étude :

L'objectif principal de ce travail étant d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes, le choix s'est porté sur une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des médecins généralistes des secteurs public et libéral en milieu urbain.

B. Lieu de l'enquête :

L'enquête a été réalisée dans cinq sites urbains: Oujda, Fès, Sefrou, Errachidia, et Taza.

C. Recueil des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme en langue française de 36 Items, comportant 31 questions à choix uniques 3 questions à choix multiples ainsi que 2 questions ouvertes (voir annexe 3). Le questionnaire est subdivisé en trois sections :

- Une section sociodémographique comportant des renseignements sur :
 - Le sexe ; l'âge ; au statut matrimonial ; le lieu de formation ; le secteur d'exercice ; les années d'expérience professionnelle ; la ville.
 - Des informations relatives à la formation universitaire et post-universitaire : stage en psychiatrie ; formation continue ; formations spécifiques en psychologie ou en psychiatrie.
 - Des informations concernant les antécédents familiaux et personnels de dépression.

- Une section connaissances qui comporte 14 items répartis en :
 - Connaissances générales sur la dépression : son statut de maladie ou non, l'ampleur du phénomène à l'échelle mondiale et nationale, son étiopathogénie.
 - Connaissance des critères diagnostiques et de gravité.
 - Connaissances en thérapeutique: la curabilité de la dépression ; les indications thérapeutiques ; le nombre de classes d'antidépresseurs ; le délai d'amélioration de l'humeur ; la durée minimale de traitement ; le délai pour juger de l'inefficacité du traitement ; l'existence ou non d'un effet de dépendance imputable aux antidépresseurs.

- Une section attitudes :
 - Attitude thérapeutique: priorité après avoir établi le diagnostic, Préférences thérapeutiques de première intention, attitude après échec du traitement.
 - Orientation psychosociale : stigmatisation du dépressif, temps consacré au patient dépressif, utilisation du terme dépression pour communiquer le diagnostic au patient.
 - Attitude attribuée aux patients par le médecin : refus du diagnostic, refus du traitement, refus d'être référé au psychiatre. Cette rubrique cherche à explorer les obstacles à la prise en charge qui seraient liés aux convictions du patient.
 - Confiance en sa capacité à traiter le patient dépressif ou le référer au spécialiste.

Après la conceptualisation des objectifs de l'enquête et une recherche bibliographique sur des études traitant du même sujet, une première version du questionnaire a été élaborée au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de FES. Cette version a été d'abord testée sur un échantillon de 18 internes pour détecter les questions qui posent des difficultés de compréhension puis après reformulation, le questionnaire a été revu et corrigé par le service d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

D. Elaboration des variables de l'étude :

D.1. Les variables sociodémographiques :

Ces variables correspondent aux questions de la section sociodémographique du questionnaire.

Pour des raisons pratiques, les détails et les précisions de certaines questions n'ont pas été pris en compte dans l'analyse et ont seulement été rapportés à titre informatifs dans la partie descriptive des résultats. Il s'agit des question n°9 (précision sur le moyen de formation continue) et n°10 (précision sur le degré de parenté avec en cas d'antécédents de dépression).

D.2 Etablissement des scores de connaissances :

Pour avoir une appréciation aussi bien quantitative que qualitative des connaissances des médecins, nous avons choisi d'établir des scores de connaissances.

- Ø Pour les questions à réponse binaire (Oui/Non), la réponse juste est cotée : 1 et la fausse : 0 (questions n°13 ; n°20 ; n°21 ; n°28).

Ø Pour les autres questions à choix uniques (questions n°14 ; n°15 ; n°20 ; n°23 ; n°24 ; n°25 ; n°26) nous avons procédé de la même façon et ce à quelques exceptions près :

- En effet pour la question n°15 (prévalence de la population générale au Maroc) nous avons considéré comme juste toute réponse dans l'intervalle [9-50%]. Ainsi donc, les réponses [9-20%] et [20-50%] sont cotées : 1 et le reste des réponses : 0.
- Ainsi en est il aussi pour la question n°23 portant sur le nombre de classes d'antidépresseurs, où les réponses « 4 » et « >4 » sont considérées comme justes et cotées en conséquence : 1, alors que les reste des réponses sont cotées : 0.

Ø Pour la question à choix multiples n° 16 sur les causes de la dépression, les 3 réponses justes sont cotées : 1 (biologique, héréditaire, et socio-économiques). En revanche les 2 réponses fausses ne sont pas cotées : 0 mais sont plutôt pénalisantes. Ainsi la réponse « mystiques » retrace 2 du score (-2), alors que la réponse éducation retrace 1 du score (-1).

Ø Pour la question ouverte (question n°18 portant sur la triade de la dépression), chaque élément de la triade est coté : 1. Ainsi si la triade est complète, elle est cotée : 3. Par contre, si aucun élément n'est cité, la réponse est cotée : 0.

Ainsi, nous obtenons pour l'ensemble de la section des connaissances un score global dont le minimum théorique correspond à -2 et alors que le maximum s'élève à 17.

Il faut préciser qu'au cours du traitement des résultats de l'analyse, l'idée de distinguer entre les connaissances globales sur la dépression et les connaissances

en modalités thérapeutiques par antidépresseurs nous a semblé pertinente. En effet nous avons supposé que cela permettrait d'affiner la recherche ultérieure des déterminants des attitudes.

C'est dans cette optique que nous parlerons désormais du :

- Ø Score global des connaissances variant dans l'intervalle $[-2 ; 17]$ et qui est basé sur toutes les réponses de la section connaissance du questionnaire.
- Ø Score de connaissances en thérapeutique, qui varie dans l'intervalle $[0 ; 5]$ constitué par les réponses aux questions suivantes :
 - N°23 : le nombre de classes d'antidépresseurs.
 - N°24 : la durée minimale du traitement antidépresseur.
 - N°25 : le délai d'amélioration de l'humeur sous antidépresseurs.
 - N°26 : le délai pour juger de l'inefficacité d'un traitement antidépresseur.
 - N°28 : l'imputabilité d'un effet de dépendance aux antidépresseurs.

D.3 Conception des variables « attitudes » :

Certaines questions de cette section du questionnaire constituent des variables à part entière. C'est notamment le cas de :

- Ø La question portant sur la confiance du médecin en son aptitude à traiter le patient dépressif.
- Ø La question concernant la préférence du généraliste quant au fait de traiter lui-même ce patient ou de le référer au médecin psychiatre.

En revanche, quelques variables « attitudes » ont nécessité le regroupement d'un certain nombre d'items. C'est ainsi donc nous distinguons les variables :

Ø La variable « Difficultés liées aux patients » : elle regroupe les réponses du médecin aux questions concernant la négociation du diagnostic, du traitement, et de la référence au psychiatre :

- Question n°29 : le refus du diagnostic par la majorité des patients.
- Question n°30 : le refus du traitement antidépresseur par la plupart des patients.
- Question n°32 : le refus d'être référé au psychiatre par la majorité des patients.

Nous avons ainsi distingué entre des médecins qui rapportent :

- Une difficulté ou moins (une ou aucune difficulté).
- Deux difficultés ou plus (deux ou trois).

Ø La variable « orientation psychosociale » du médecin généraliste, composée des réponses aux questions :

- N°33 : l'avis du médecin sur le fait que la dépression stigmatise le patient qui en souffre ou non. Si oui l'item est coté 0, sinon : 1.
- N°34 : le temps de consultation accordé aux patients dépressifs en comparaison avec celui accordé à ceux présentant des maladies organiques. Si le temps accordé aux dépressifs est plus long, la réponse est cotée 1, sinon 0.

Ainsi s'individualisent deux profils de médecins :

- Un profil à orientation psychosociale défavorable quand la somme des deux réponses = 0 :
- Un profil à orientation plus favorable quand la somme des deux réponses est différente de 0 (1 ou 2)

E. Population étudiée :

Le choix s'est porté sur les médecins généralistes exerçant en milieu urbain dans les secteurs libéral et public des différentes villes enquêtées.

- Critères d'inclusion :

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

- Critères d'exclusion :

- Médecins ayant refusé de participer à l'enquête.
- Médecins généralistes attachés aux services hospitaliers autres que ceux des urgences.
- Échantillon d'internes sur lequel a été testé le questionnaire.
- Médecins injoignables durant la période de l'enquête (congrés).
- Médecins généralistes exerçant dans le Milieu rural.

La liste des médecins à enquêter a été obtenue auprès des conseils de l'ordre pour le secteur libéral et auprès des SIAAP pour le secteur public dans chacune des villes concernées.

L'enquête a été débutée le 23/11/2009 et a été terminée le 23/01/2010. Nous avons eu recours à des enquêteurs qui ont fait le tour des cabinets privés et des structures de soins publiques. Ils ont expliqué aux médecins l'intérêt et le but de l'étude. Puis ils ont remis à ceux d'entre eux qui ont consenti à participer à l'enquête le questionnaire avec l'enveloppe qui doit le contenir afin de garantir au mieux l'anonymat. Le questionnaire complété était récupéré soit dans l'immédiat soit au bout d'une 2^{ème} visite, selon la disponibilité et le temps des médecins enquêtés.

Sur 270 médecins contactés, 183 questionnaires ont été recueillis. 87 médecins ont refusé de participer à l'enquête, soit un taux de réponse de 68 %. Parmi les questionnaires collectés, 7 n'ont pas été pris en compte car incomplets ou mal remplis. Au total, nous avons retenu 176 questionnaires exploitables.

F. Exploitation des données :

F.1. les résultats descriptifs et l'analyse uni-variée :

Les données des questionnaires ont été saisies sur Excel 2003 sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel Epi Info 3.5 qui nous permis d'obtenir le descriptif de la population étudiée et d'effectuer une analyse uni-variée.

Les scores de connaissances ont été croisés avec les autres variables qualitatives grâce au test d'ANOVA (Parametric Test for Inequality of Population Means), qui permet d'obtenir la moyenne du score pour chaque variable donnée. Le test a été considéré comme significatif à partir d'une valeur de $p < 0,05$.

La corrélation de deux variables qualitatives (une variable attitude avec une variable sociodémographique par exemple) a fait appel aux tests « Chi² non corrigé bilatéral » et au test Fisher exact (lorsque l'effectif est faible). Les deux test sont considérés comme significatifs quand $p < 0,05$.

F.2. l'analyse multi-variée :

Le recours au modèle d'analyse multi-variée a pour objectif d'isoler les déterminants de la variable dépendante souhaitée.

Les variables dépendantes de nos modèles initiaux étaient :

- le score global de connaissances.
- La confiance des médecins en leurs aptitudes à traiter un patient déprimé.

- la préférence du médecin quant à gérer lui-même ses patient ou les adresser au psychiatre.

Nous avons fait appel à un modèle de régression linéaire multiple pour la variable dépendante « score global des connaissances ». Ce type de modèle est adapté à l'étude des variables quantitatives et son résultat est exprimé par le facteur b (facteur de croissance ou de décroissance d la variable quantitative)

Les variables dépendantes « confiance » et « traiter ou référer » ont été analysées grâce à un modèle de régression logistique, qui permet d'obtenir le risque par rapport à une valeur de référence (Odds Ratio).

Nous avons intégré aux modèles initiaux les variables dont la significativité (p) à l'étude uni-variée était inférieure à 0,2 alors que les modèles finaux n'ont retenu que les variables qui ont une valeur $p < 0,05$.

Résultats

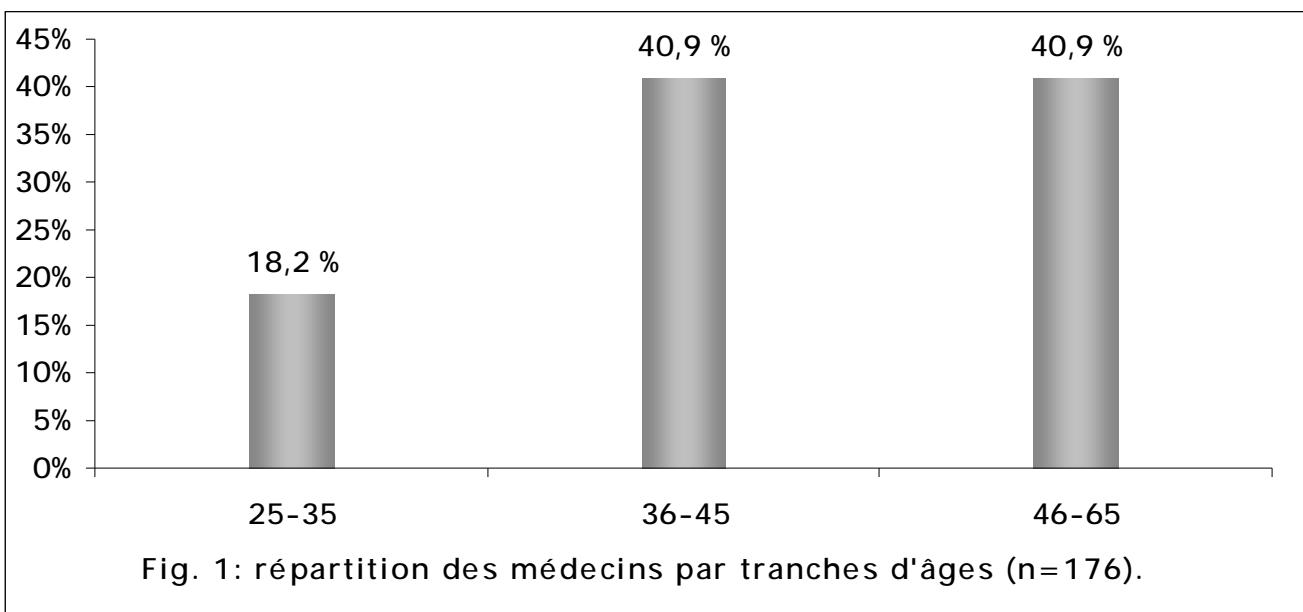
IV. Résultats de l'enquête :

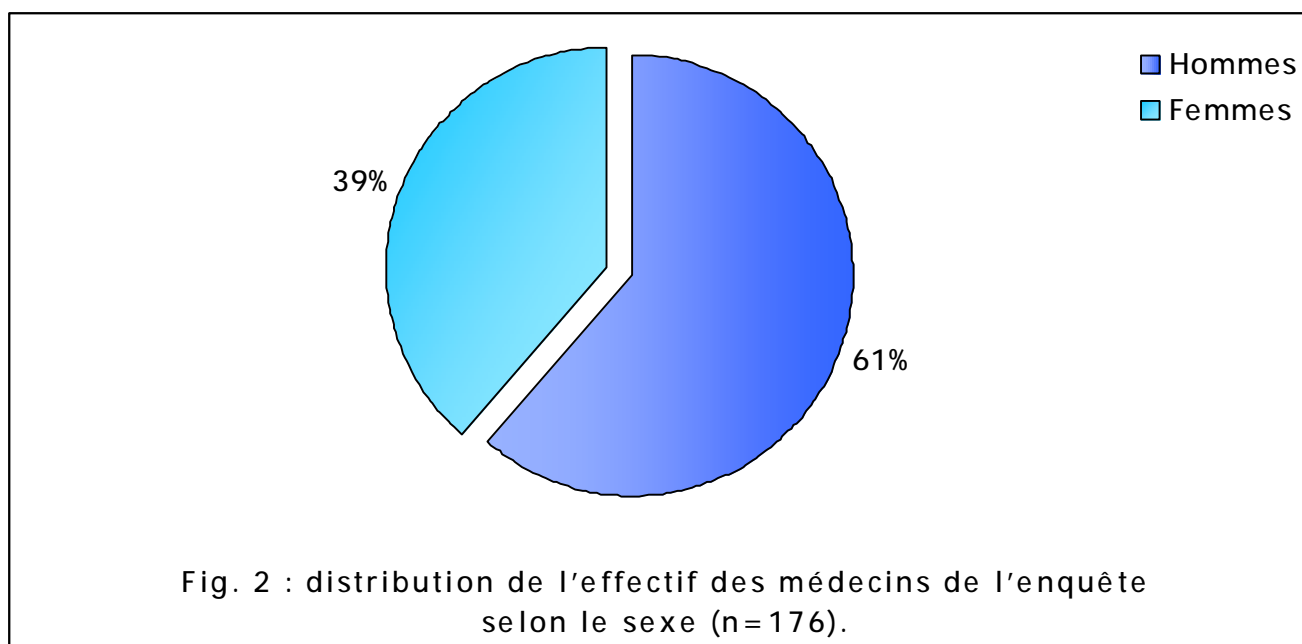
A. Description de la population étudiée :

A.1. Section sociodémographique :

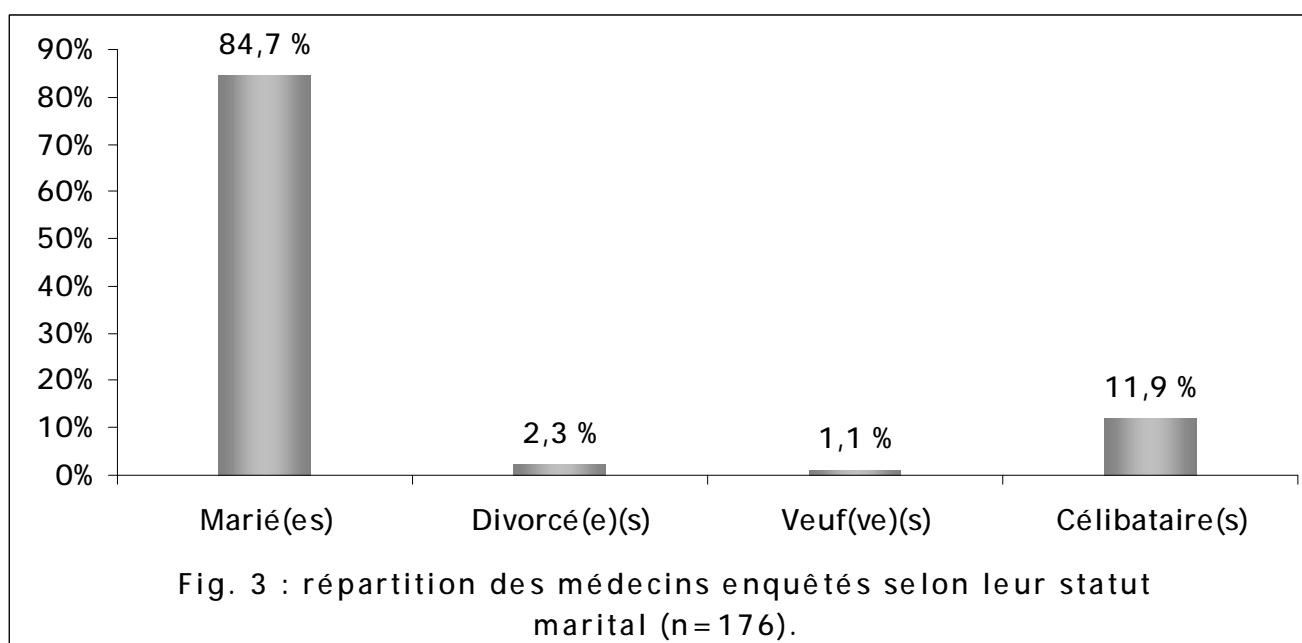
Ø données socio-démographiques :

La plupart des médecins enquêtés (81,8 %) sont âgés de plus de 35 ans. Les 18,2 % restant se situent dans l'intervalle des 25-35 ans. La répartition en fonction des tranches d'âges est représentée par le graphique n°1. Il a été noté une prédominance du sexe masculin dans l'échantillon avec un sexe ratio (H/F) de 1,6 (graphique n°2).

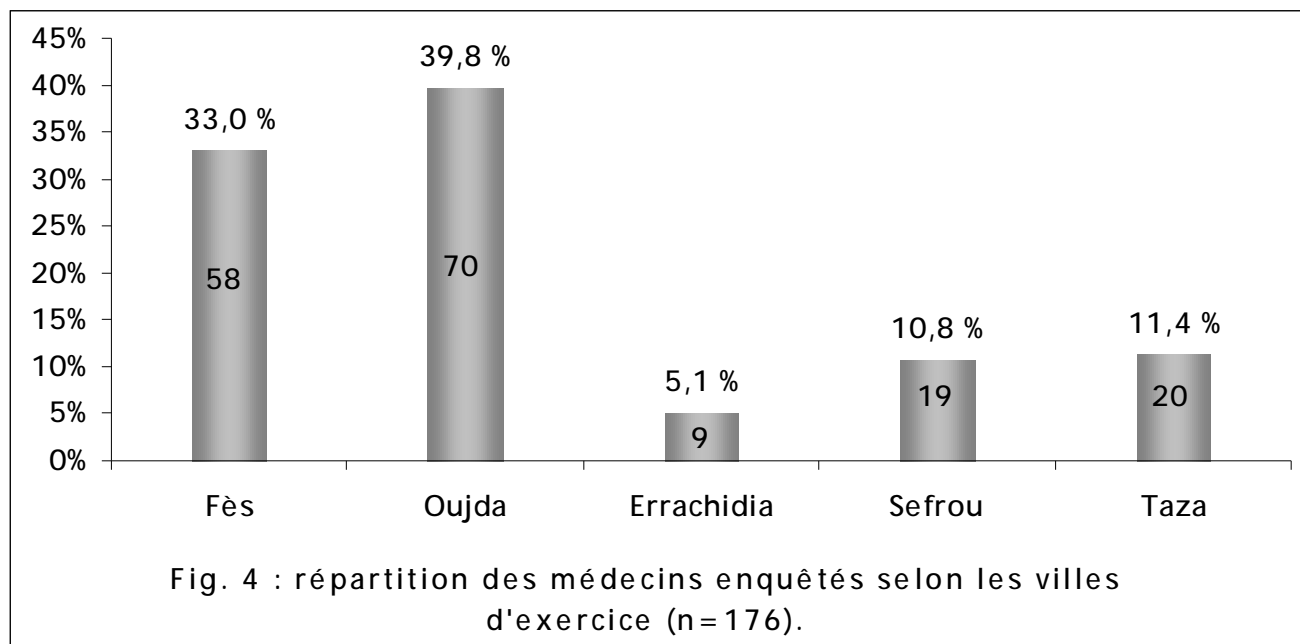




Concernant le statut matrimonial détaillé dans le graphique n°4, un grand nombre des Médecins enquêtés (84,7 %) sont mariés, 11,9 % célibataires, 2,3 % divorcés, alors qu'une très faible proportion (1,1 %) étaient veufs (graphique n°3).

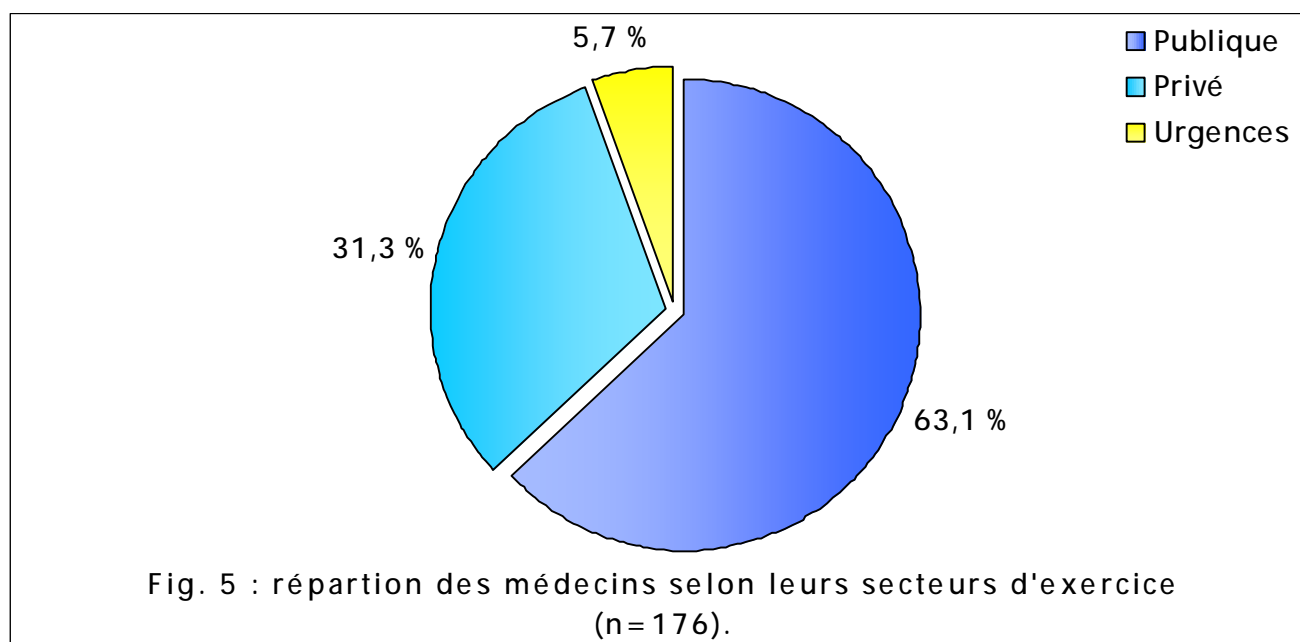


Parmi les médecins enquêtés, 39,8 % exercent dans la ville d'Oujda, 33 % dans la ville de Fès, 11,4 % à Taza, 10,8% à Sefrou et 5,1 % dans la ville d'Errachidia. (Graphique n°4.)

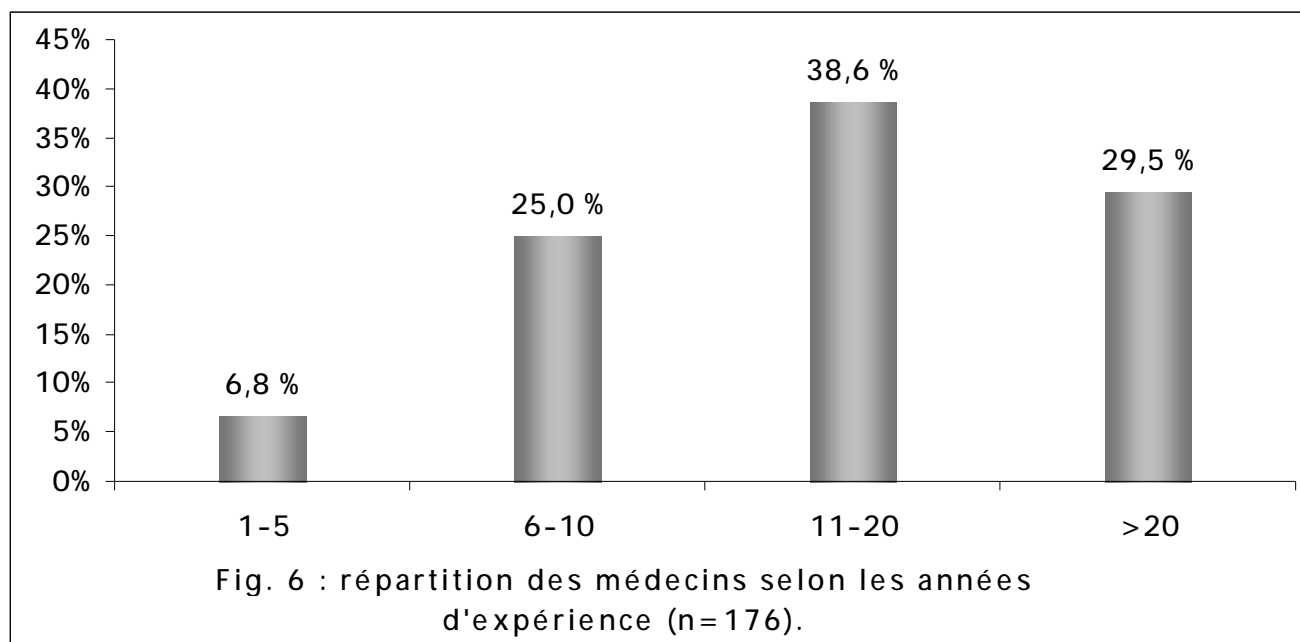


Ø Statut professionnel :

La majorité des médecins enquêtés exercent dans les centres de santé urbains (63,1 %), 5,7 % dans les urgences d'un hôpital public et 31,3 % sont installés dans des cabinets de consultation privés (graphique n° 5).



Le graphique n°6 donne un aperçu sur le nombre d'années d'exercices des médecins enquêtés. On constate plus des deux tiers des médecins généralistes enquêtés cumulent plus de 11 ans d'expérience.



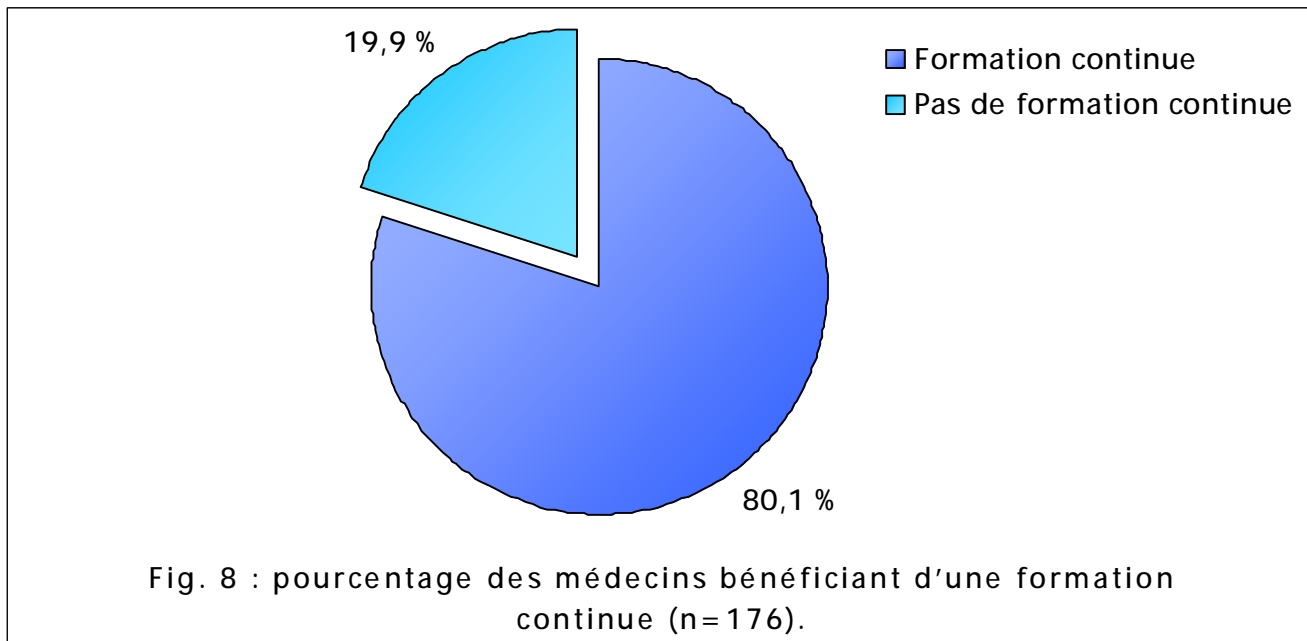
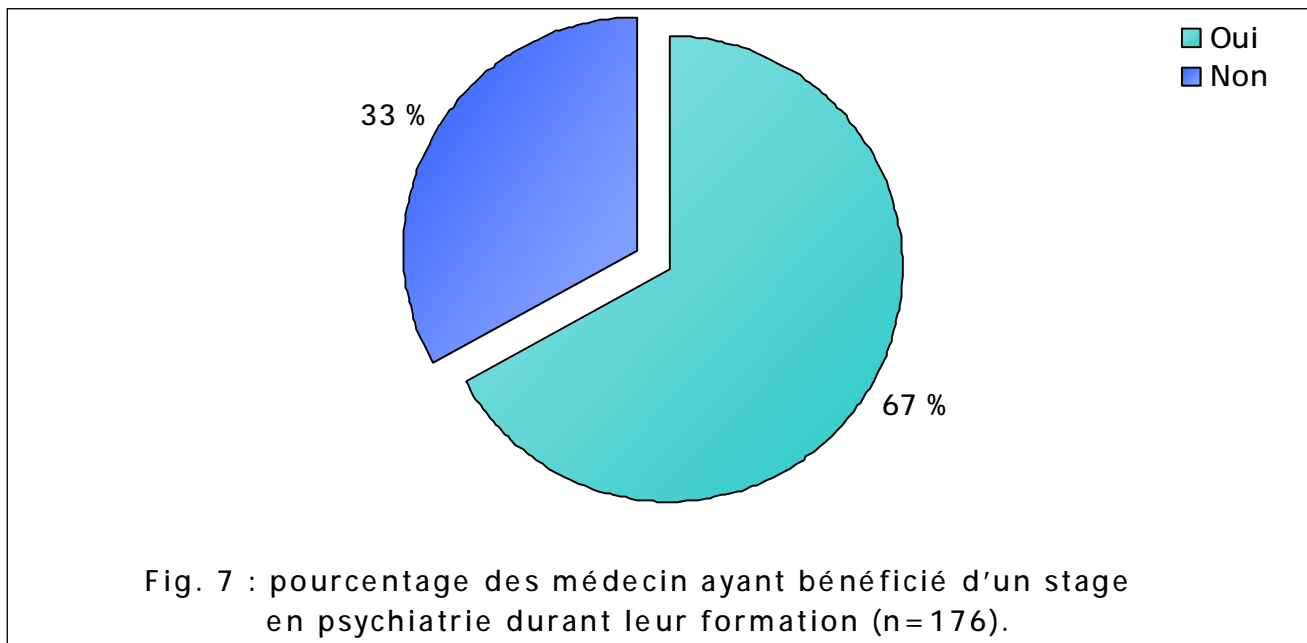
Ø Formation universitaire et post-universitaire :

La grande majorité des médecins enquêtés ont reçu leur formation universitaire au Maroc. Seulement 6,3 % ont été formés à l'étranger. Le tableau n°5 récapitule les lieux de formation chez les médecins qui l'ont précisé (n=46).

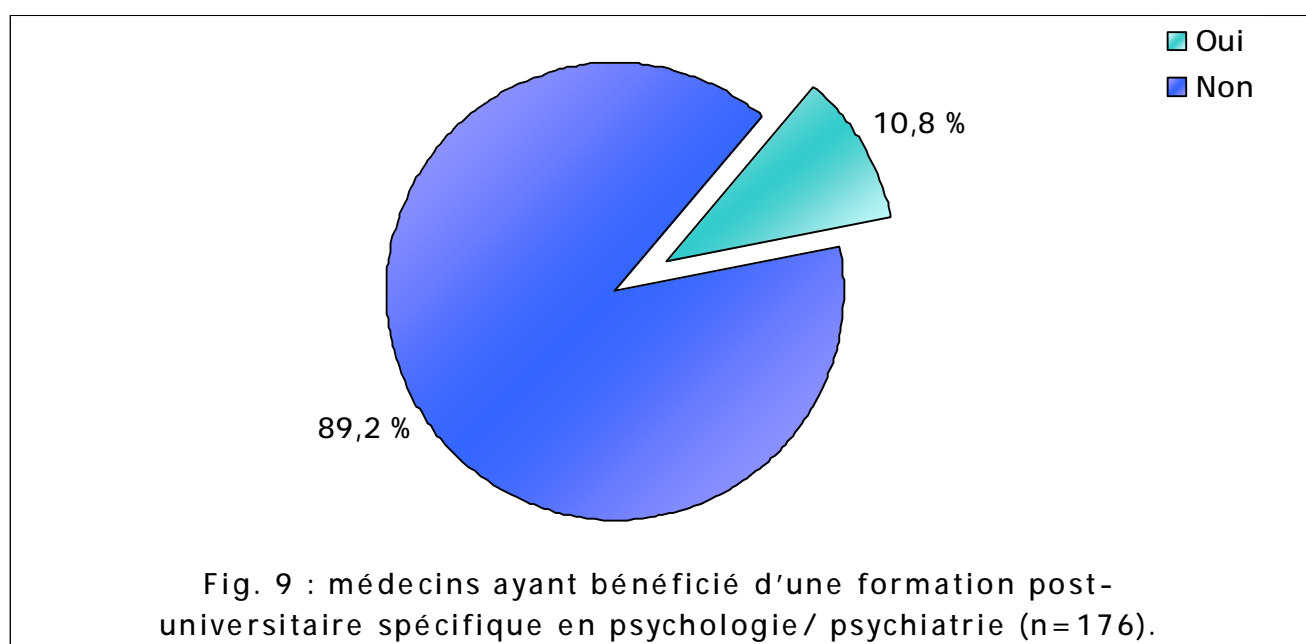
Tableau 5 : précision sur le lieu de formation quand celui-ci était mentionné.

Lieu de formation	pourcentage	Nombre de médecins
Rabat	73,9 %	34
France	10,9 %	5
Fès	4,3 %	2
Algérie	4,3 %	2
Belgique	2,2 %	1
Casablanca	2,2 %	1
Tunisie	2,2 %	1
Total	100 %	46

Il est intéressant de constater que dans notre échantillon, 33 % des médecins n'ont pas bénéficié d'un stage en service de psychiatrie comme l'illustre le graphique n° 7.



Le pourcentage des médecins bénéficiant d'une formation continue avoisine les 80 %, tandis qu'à peu près 20 % des généralistes enquêtés disent ne pas suivre de formation continue (graphique n°8). Parmi les 141 médecins (sur 176) ayant précisé leurs moyens de formation continue, nous avons constaté que les séminaires et Internet constituent les outils privilégiés par un grand nombre d'entre eux (respectivement 73,8 % et 65,1 %) suivis de près par la presse écrite médicale (citées par 64,5 % des médecins).

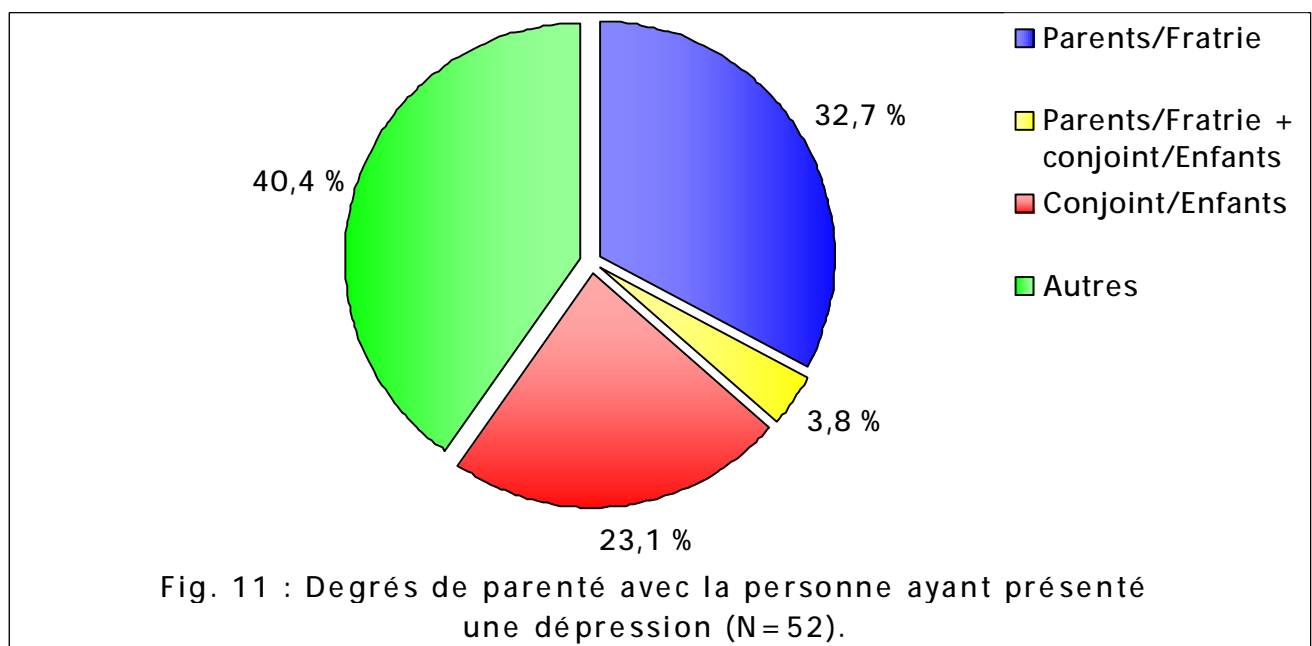
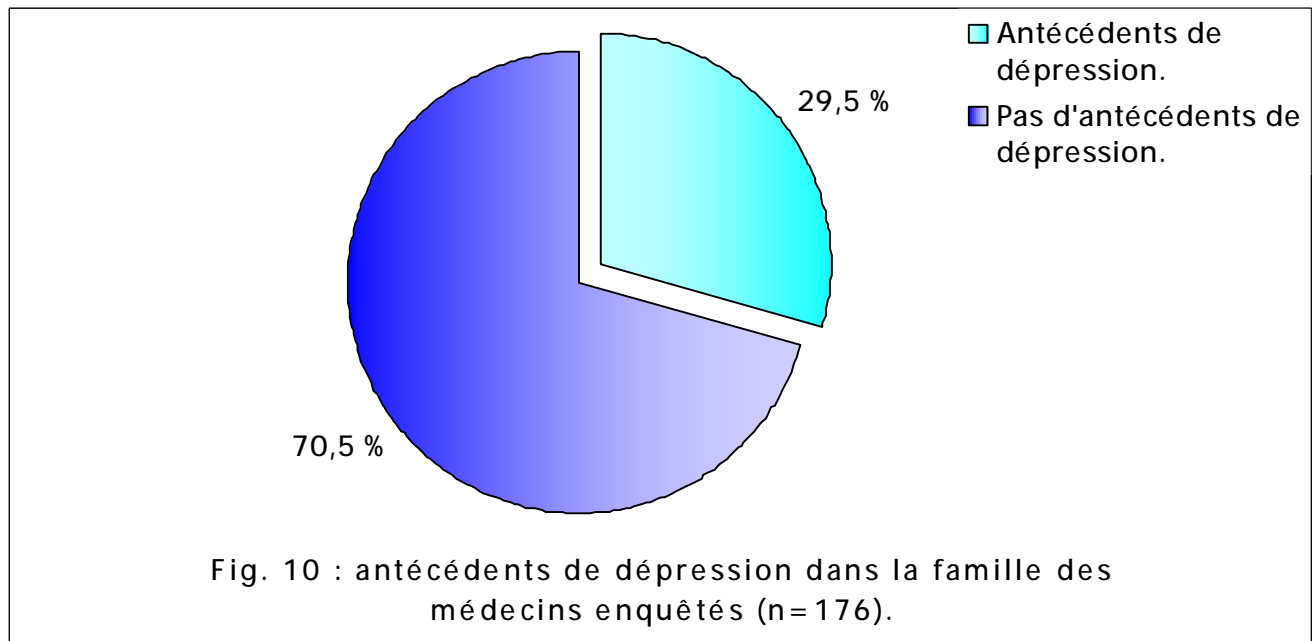


Cependant, nous avons remarqué que peu de médecins (moins de 20 %) ont reçu une formation post-universitaire spécifique en psychologie ou en psychiatrie de type diplômes universitaires, séminaires ou ateliers (Graphique n°9).

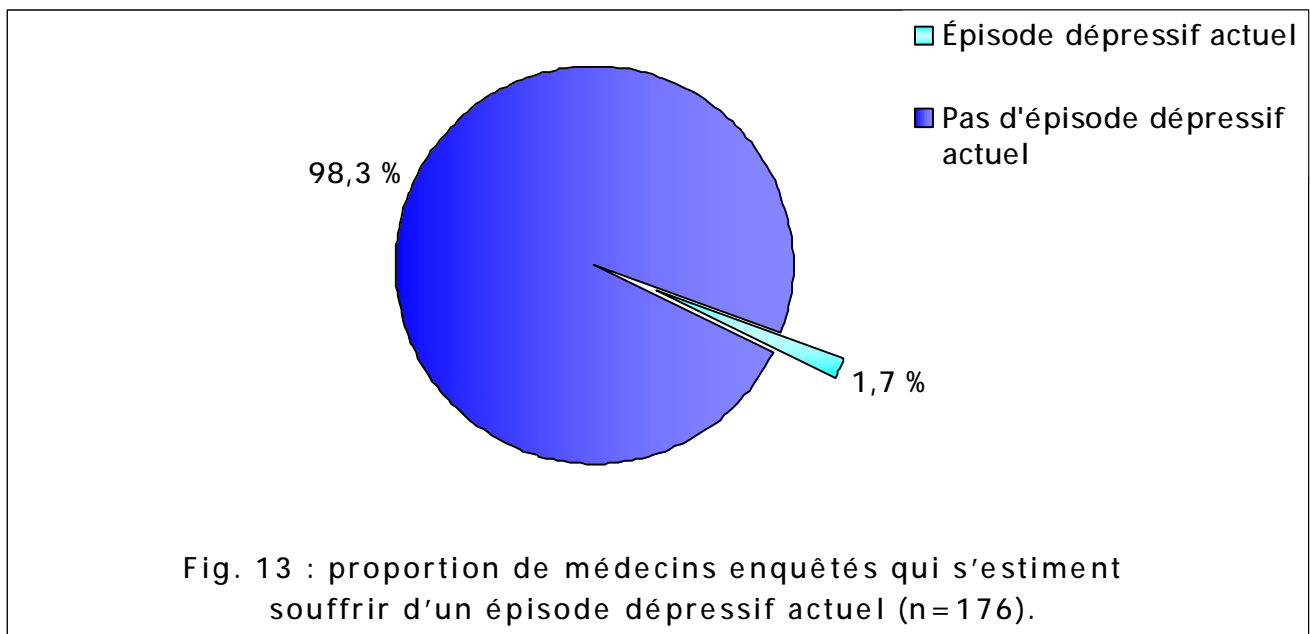
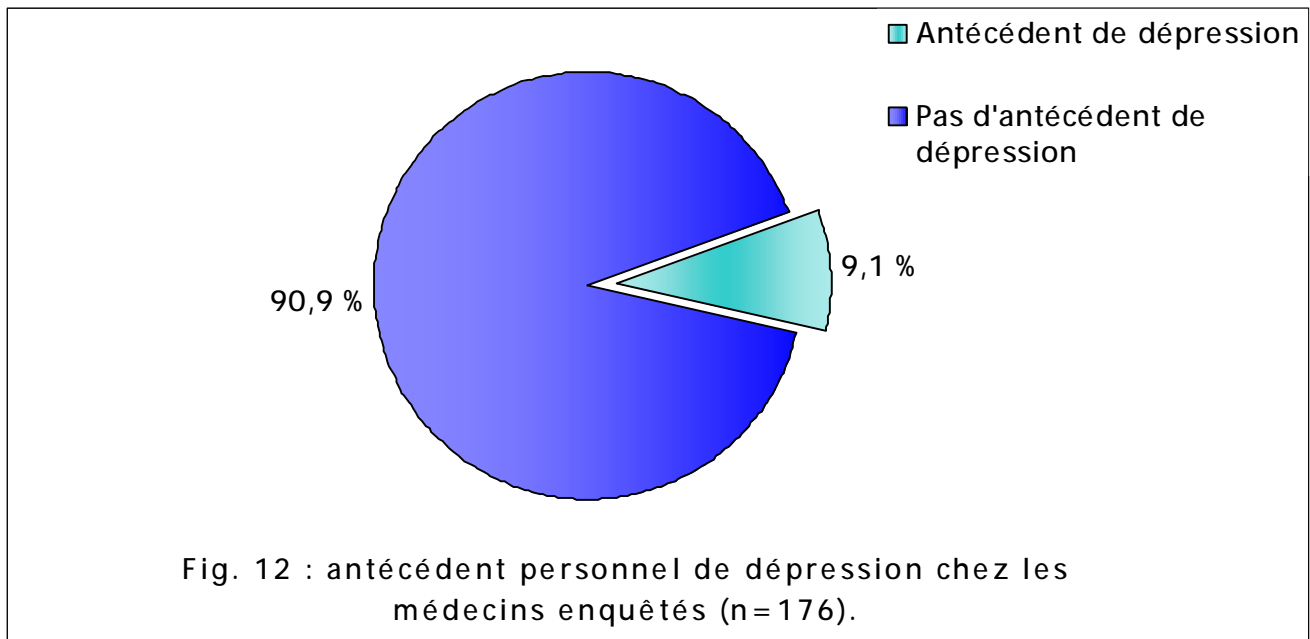
Ø Antécédents de dépression :

Comme l'illustrent les graphiques n°10 et n°11, parmi les médecins enquêtés, 29,5 % affirment qu'un ou plusieurs de leurs proches ont présenté une dépression. Dans 32,7 % des cas, il s'agissait de quelqu'un de la fratrie ou de l'un des parents.

Dans 23,1 % des cas, la personne appartenait à la petite famille (conjoint ou enfants). 3,8 % ont mentionné à la fois les 2 situations précédentes tandis que 40 % ont cité un ou des proches plus ou moins éloignés (famille ou amis).



Sur les 176 médecins de l'échantillon, 9,1 % affirment avoir déjà présenté ou été traités pour un épisode dépressif alors que 90,9 % estiment qu'ils n'ont pas eu d'antécédents de dépression au cours de leur vie (graphique n° 12).

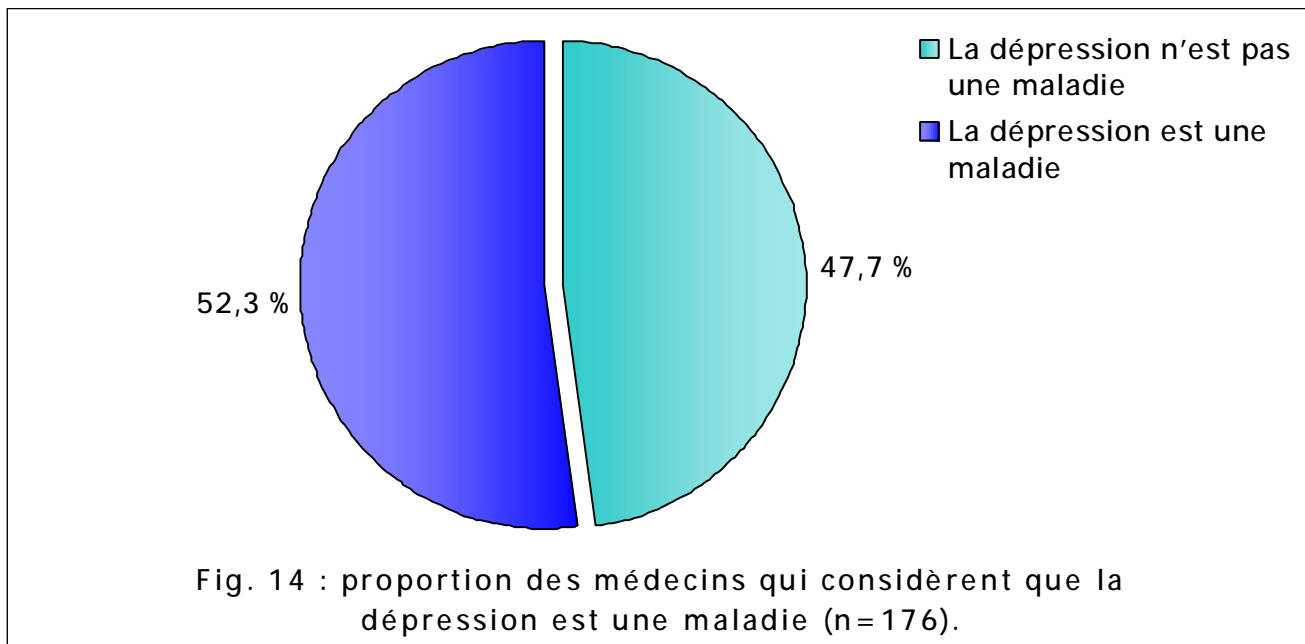


La proportion des médecins qui disent présenter actuellement un épisode dépressif est beaucoup plus faible et avoisine les 1,7 % (graphique n°13).

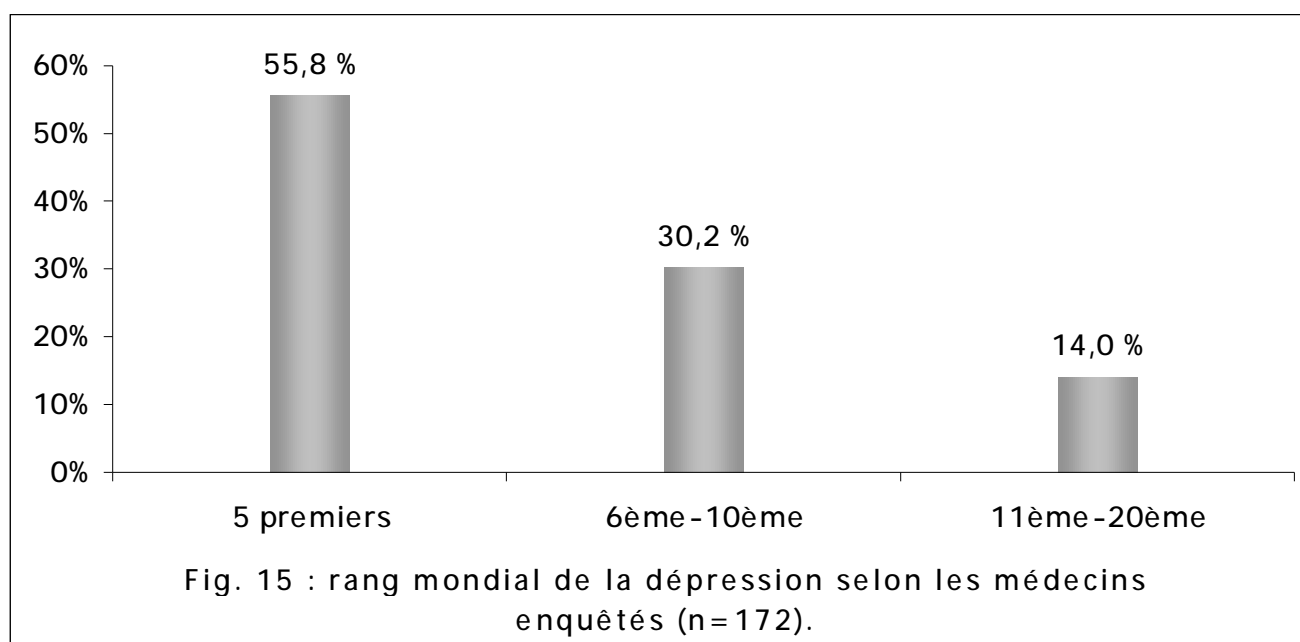
A.2. Connaissances du médecin généraliste :

Ø Connaissances générales sur la dépression :

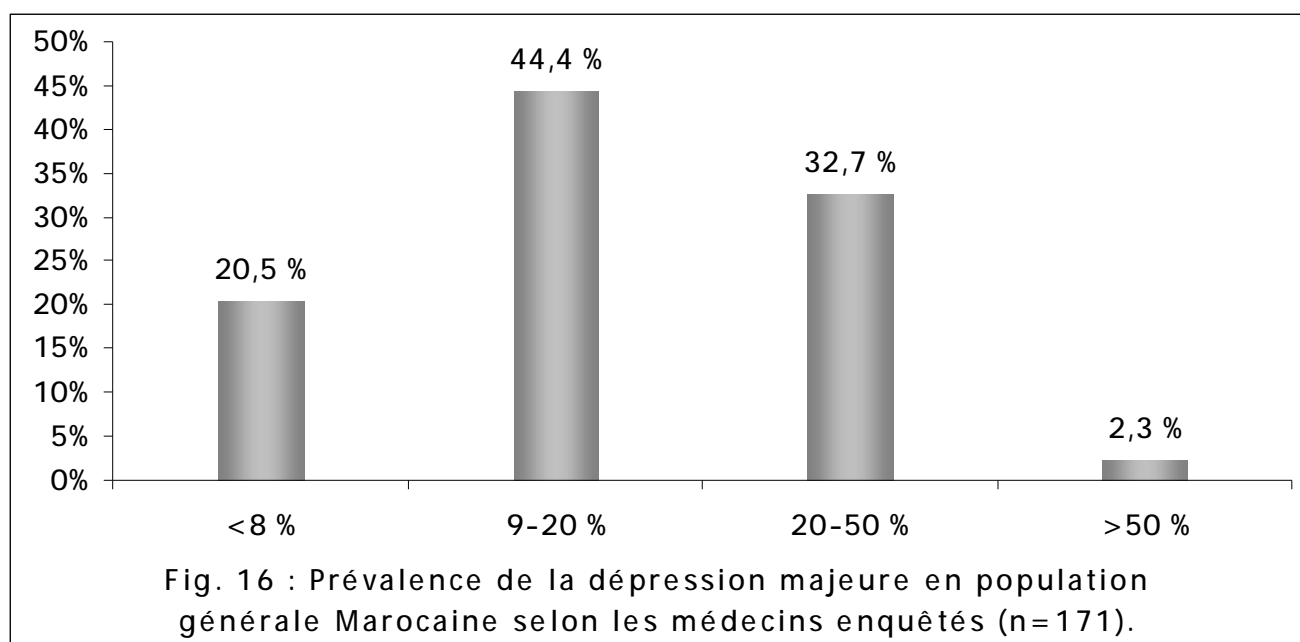
Presque la moitié des généralistes enquêtés (47,7 %) ne considèrent pas la dépression comme une maladie à part entière et l'apparentent plutôt à un état mental que beaucoup de gens peuvent traverser (graphique n° 14).



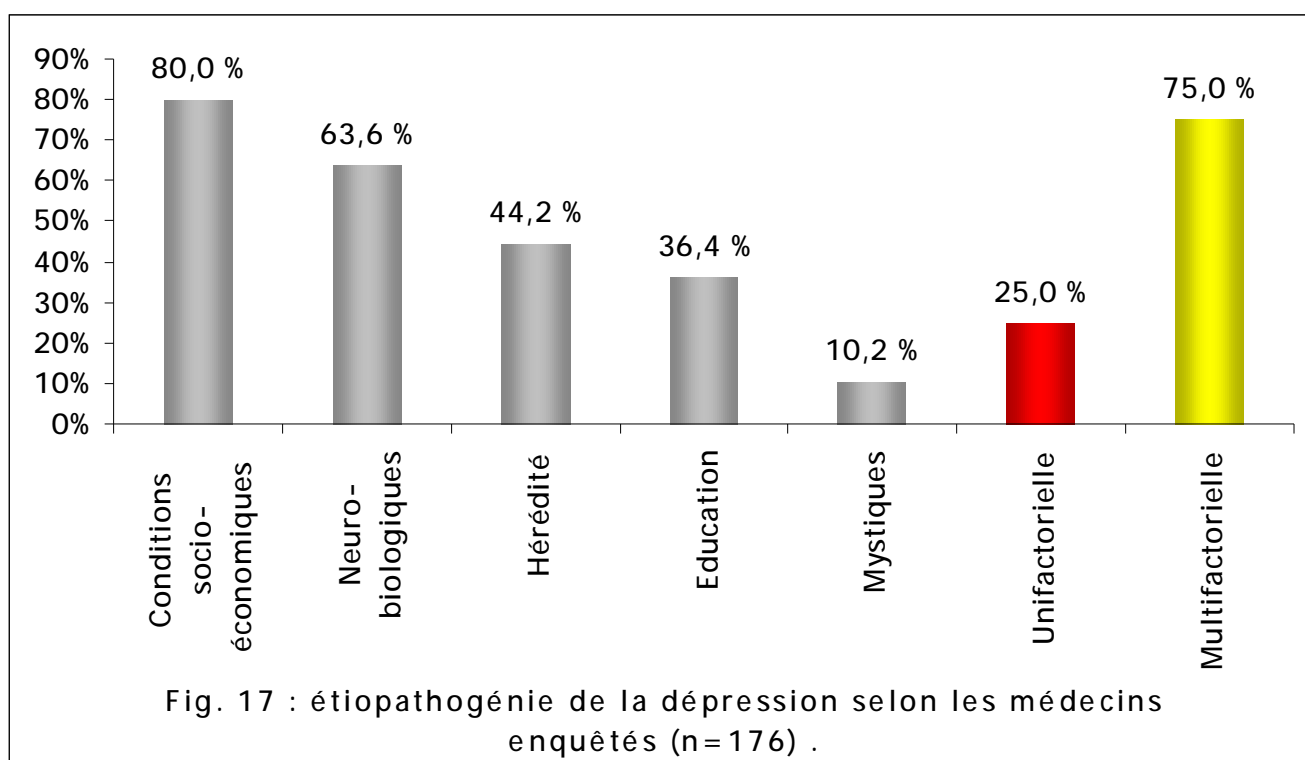
Ils sont pourtant 86 % parmi 171 à être conscients de l'ampleur du phénomène à l'échelle mondiale et considèrent que la dépression fait partie des 10 premières maladies à l'échelle mondiale (graphique n° 15). Les données sur les estimations des généralistes concernant la prévalence en population générale Marocaine figurent sur le graphique n° 16.



Ainsi pour 20,5 % des médecins interrogés, cette prévalence est inférieure à 8 %, tandis que le plus grand nombre (44,4 %) estiment qu'elle se situe entre 9 et 20 %. Il n'y a que le tiers d'entre eux qui sont conscients de l'importante prévalence de la dépression majeure au Maroc tandis qu'une minorité surestime cette prévalence (2,3 %).



Concernant l'étiopathogénie de la dépression, l'une des causes les plus récurrentes dans les réponses des médecins était les conditions socio-économiques (80 %), suivie de près par l'hypothèse neuro-biologique (64 %). L'implication de l'hérédité est évoquée dans 44,2 % des cas et l'éducation dans 36,4 %. Il est intéressant de noter que les causes mystiques (sorcellerie, mauvais œil...) sont citées entre autres, par 10,2 % des médecins généralistes de l'échantillon (graphique n° 17).

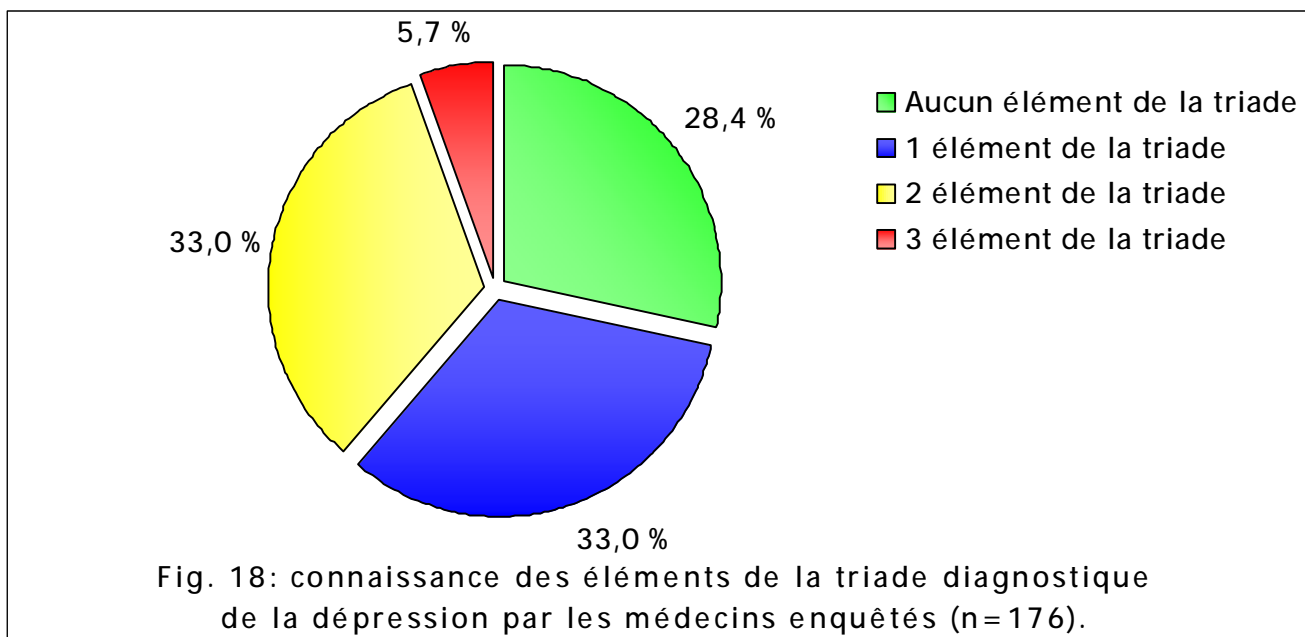


La dépression est considérée comme multifactorielle dans 75 % des cas, alors qu'elle incombe à une seule cause pour 25 % des médecins: neurobiologique dans 9,1 % des cas, éducation dans 1,7 % et les conditions socio-économiques uniquement dans 13,7 % des cas. Il convient de noter que ni l'hérédité, ni les causes mystiques ne sont évoquées isolément comme causes potentielles de la dépression (graphique n° 17).

Ø Connaissances en matière de diagnostic de la dépression :

Bien que 84,7 % des médecins enquêtés affirment avoir déjà diagnostiqué une dépression durant leur exercice, seuls 5,7 % d'entre eux connaissent la triade clinique de la dépression dans son intégralité (tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, symptômes somatiques). Il est à noter qu'environ le tiers de l'échantillon n'ont cité aucun élément de la triade clinique (graphique n°18).

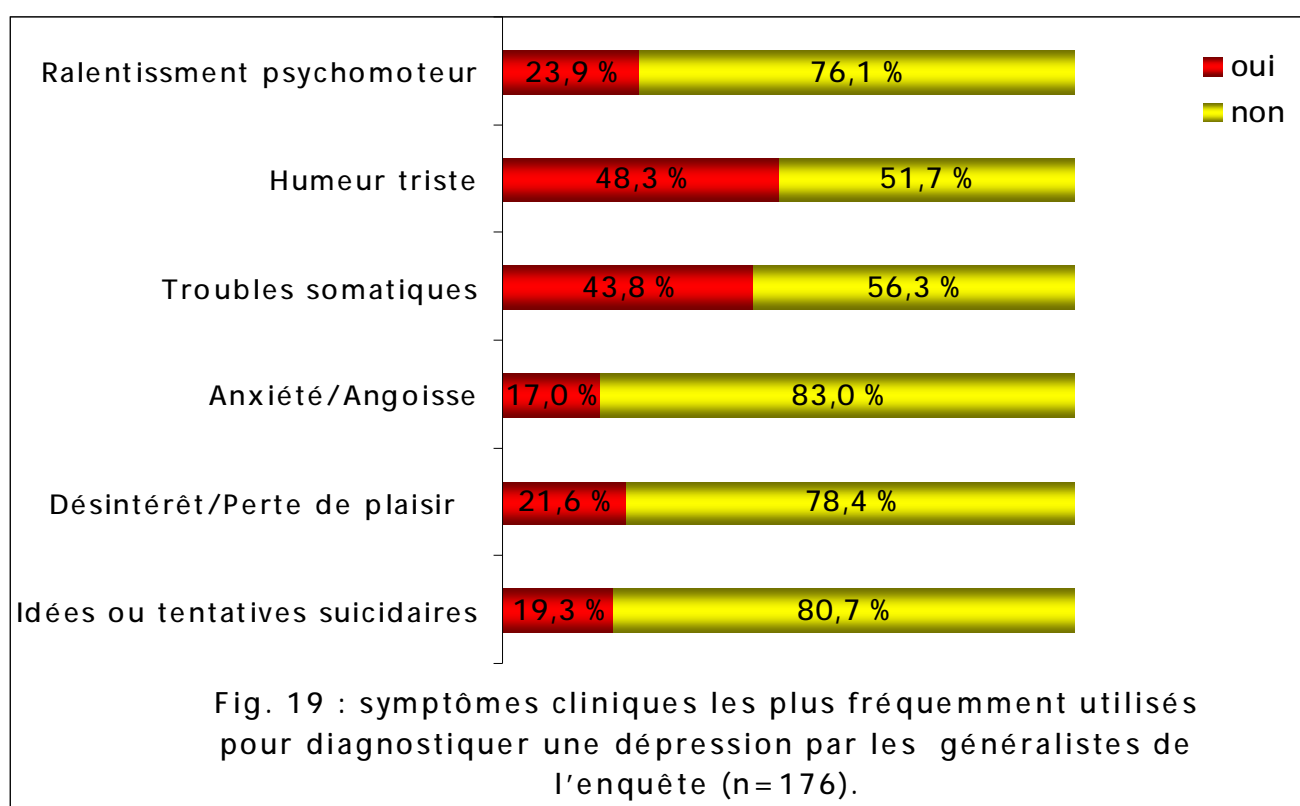
Cependant, devant la diversité des critères diagnostiques que ce soit selon l'association américaine de psychiatrie ou ceux adoptés par l'OMS (répartis en critères majeurs et mineurs ; voir les annexes n°2 et n°3) ou encore les anciens critères constituant la triade, nous rapportons dans le graphique n° 19 les symptômes cliniques retrouvés dans les réponses des médecins.



Le symptôme le plus fréquemment évoqué par les médecins reste la tristesse de l'humeur (48,3 %), suivie par les symptômes somatiques (43,8 %). L'inhibition psychomotrice n'est citée que dans 24 % des cas. Une proportion proche de celle d'un autre symptôme ne faisant pas partie de la triade classique, mais considéré

comme critère majeur dans les manuels de diagnostic DSM IV TR et CIM 10 (voir annexes 1 et 2) : le désintérêt ou la perte de plaisir pour les activités quotidiennes (21,6 %)

Outre les éléments de la triade clinique classique, 19,3 % des généralistes considèrent que l'idéation suicidaire ou une tentative de suicide sont des éléments clés du diagnostic de la dépression majeure. L'anxiété ou l'angoisse sont considérées comme critères diagnostiques par 17 % des médecins interrogés.



Ø Connaissances de la thérapeutique pharmacologique de la dépression :

Sur les 176 médecins enquêtés, 97,2 % sont convaincus que la dépression est parfaitement curable, alors que 2,8 % pensent qu'elle est incurable. Dans le même registre, un peu plus de la moitié (57,2 % des 173 répondants) considèrent que la dépression ne peut pas guérir spontanément, tandis que 42,8 % estiment le contraire (figures n°20 et n°21).

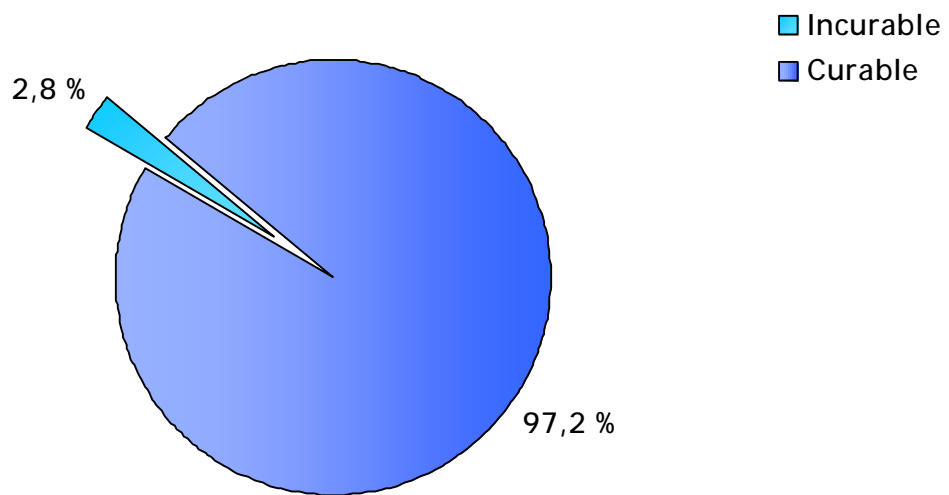


Fig. 20 : proportion des médecins qui pensent que la dépression est incurable (n=176).

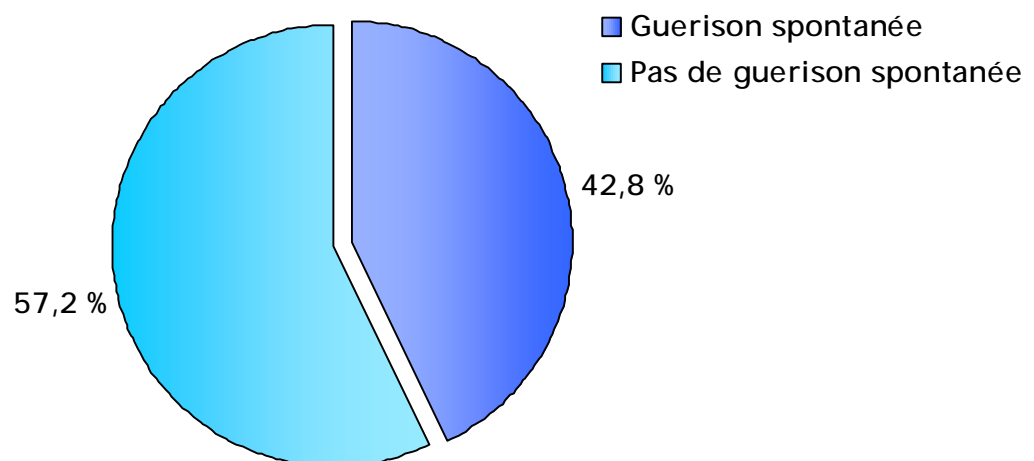


Fig. 21 : proportion des médecins qui pensent que la dépression peut guérir spontanément (n=173).

Environ 45,5 % des médecins sur 156 savent qu'il existe plus de trois classes d'antidépresseurs, alors qu'une proportion relativement similaire (41 %) pensent que le nombre de classes se limite à trois. 11,5 % estiment qu'il n'existe que deux classes alors qu'un très faible pourcentage (1,9 %) n'ont connaissance que d'une seule classe d'antidépresseurs (graphique n°22).

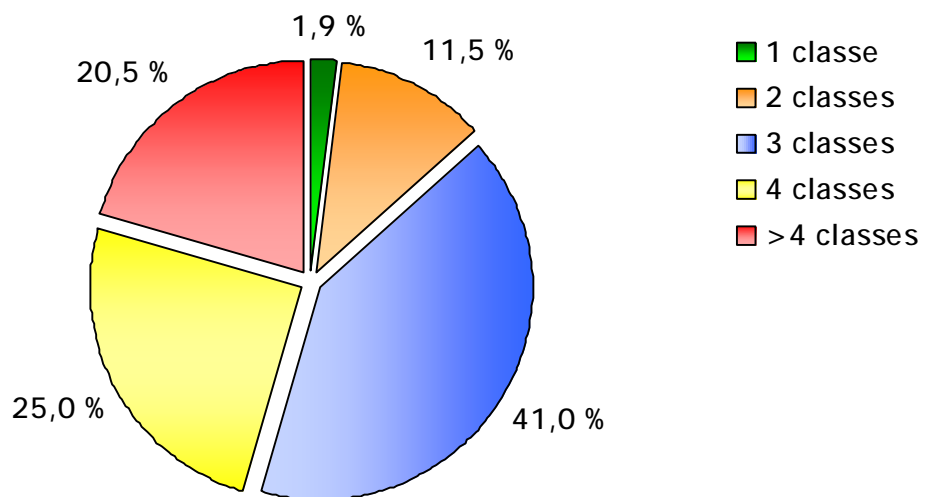


Fig. 22 : nombre de classes d'antidépresseurs selon les médecins enquêtés (n=156).

La majorité des médecins connaissent la durée minimale du traitement antidépresseur (69,3 %). Une durée plus longue est évoquée par 15,3 % des médecins et une proportion similaire (15,4 %) sous-estime cette durée (graphique n°23).

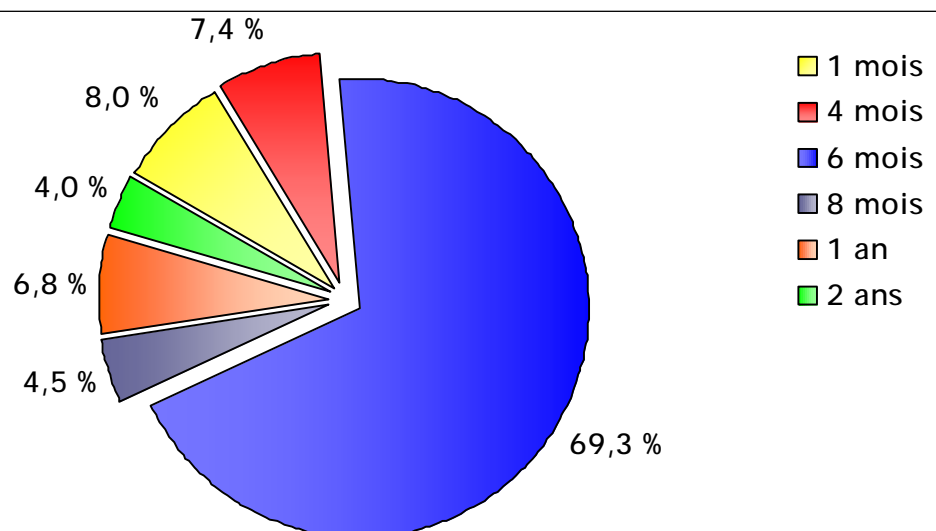
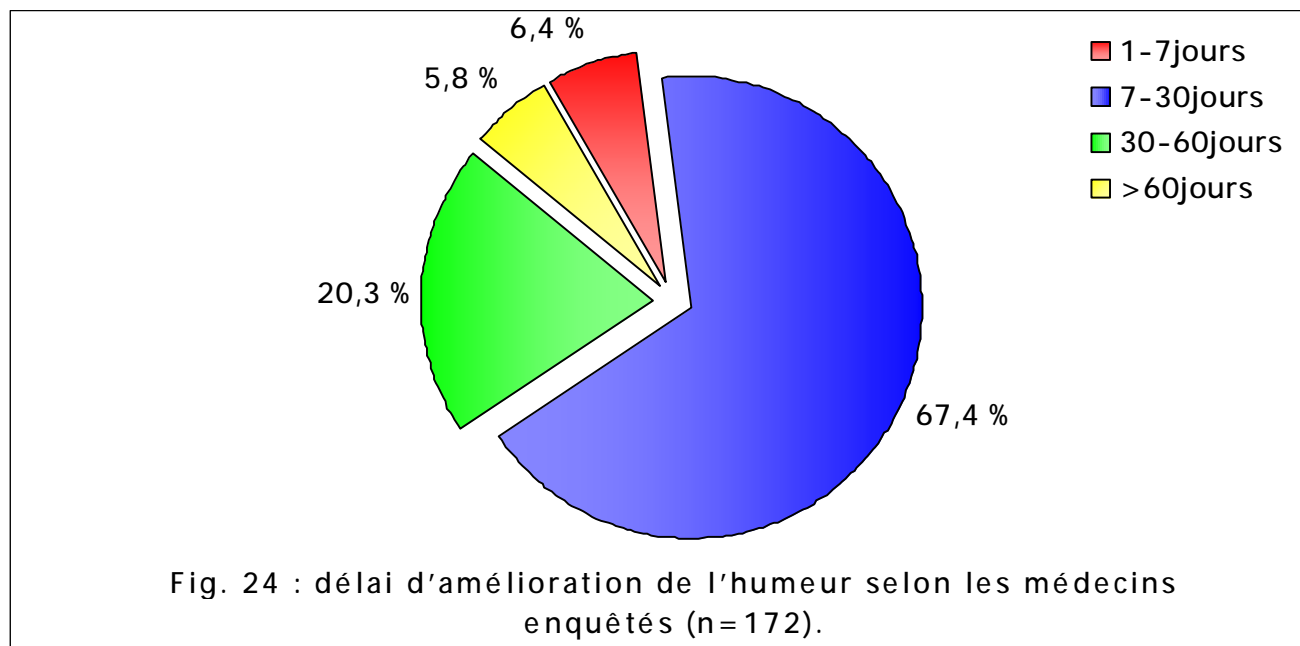


Fig. 23 : durée minimale de traitement par antidépresseurs selon les médecins enquêtés (n=176).

De même, la plupart connaissent le délai d'amélioration de l'humeur par le traitement antidépresseur (67,4 %). Cependant, 6,4 % considèrent cette amélioration se fait au bout de la première semaine, 20,3 % au cours du 2^{ème} mois de traitement et une minorité estime qu'il faut plus de deux mois pour sentir une amélioration de l'humeur (graphique n°24).



Le graphique n°25 montre que 47,3 % des médecins jugent qu'un antidépresseur est inefficace s'il n'y a pas d'amélioration au bout de 4 semaines. 32,3 % concluent à un échec thérapeutique en l'absence d'amélioration après deux mois de traitement tandis que 12% prolongent cette durée à 3mois. La proportion des médecins qui jugent précocement (à 2 semaines) le résultat du traitement antidépresseur est de 8,4 %.

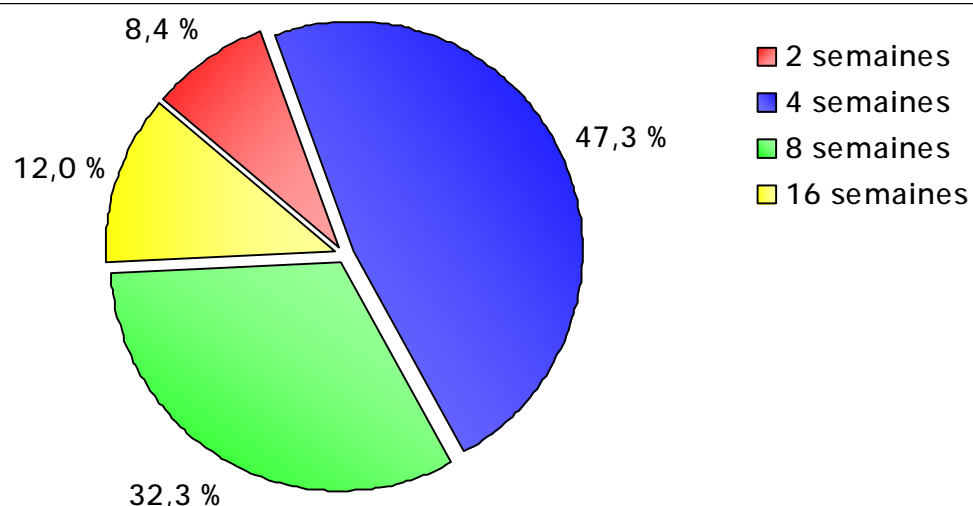


Fig. 25 : temps nécessaire pour juger de l'inefficacité du traitement antidépresseur selon les médecins enquêtés (n=167).

Notons enfin, que 42,5 % des généralistes enquêtés attribuent aux antidépresseurs un effet de dépendance dont ils sont en réalité dépourvus (graphique n°26).

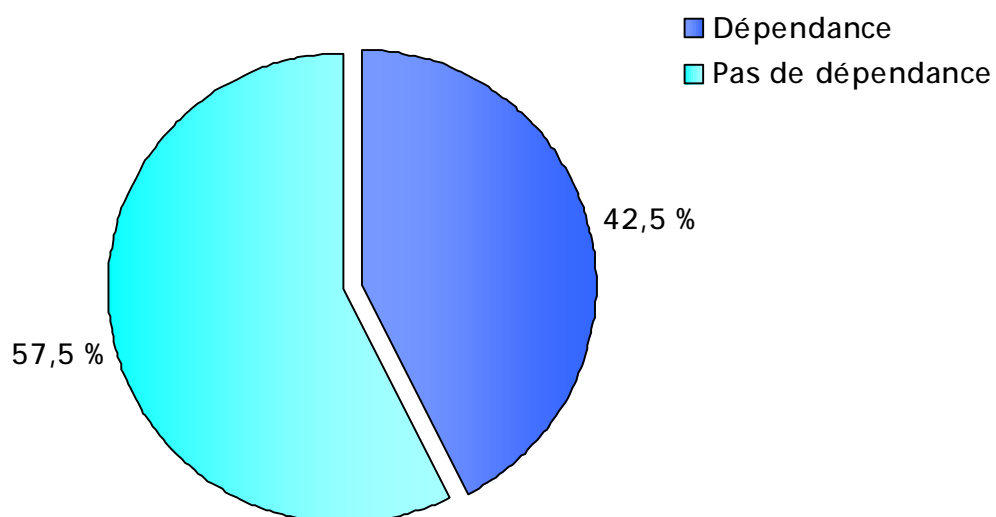


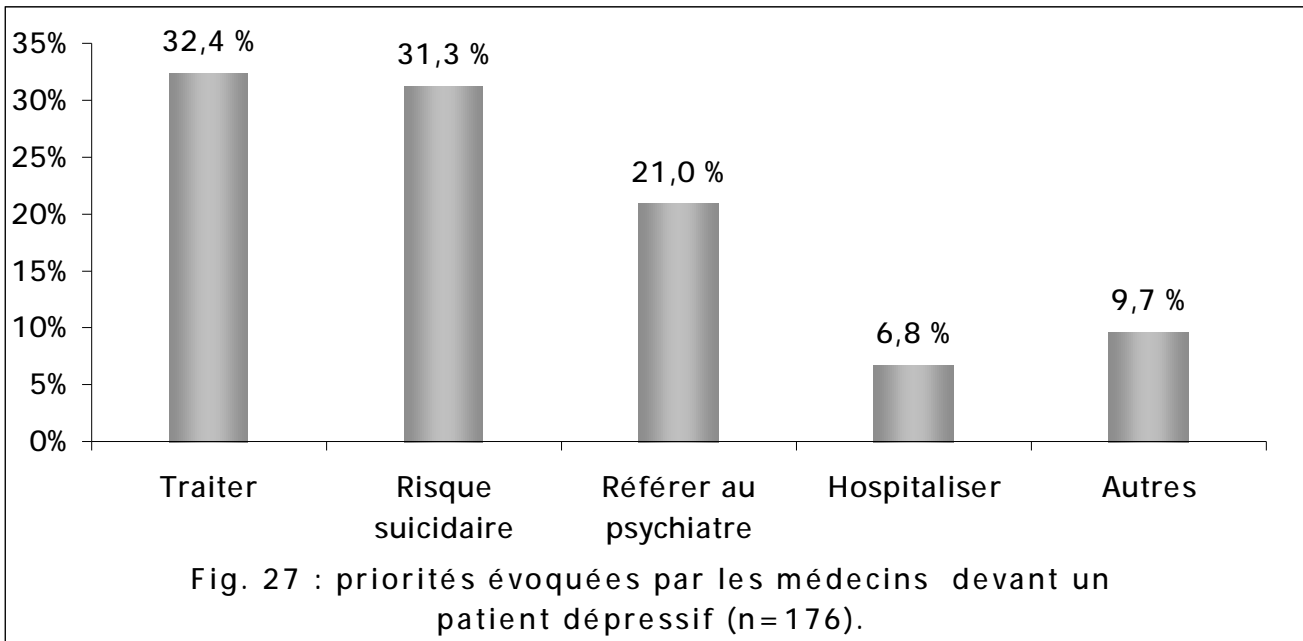
Fig. 26 : proportion des médecins qui pensent que les antidépresseurs entraînent une dépendance (n=174).

A.3. Attitudes des médecins généralistes :

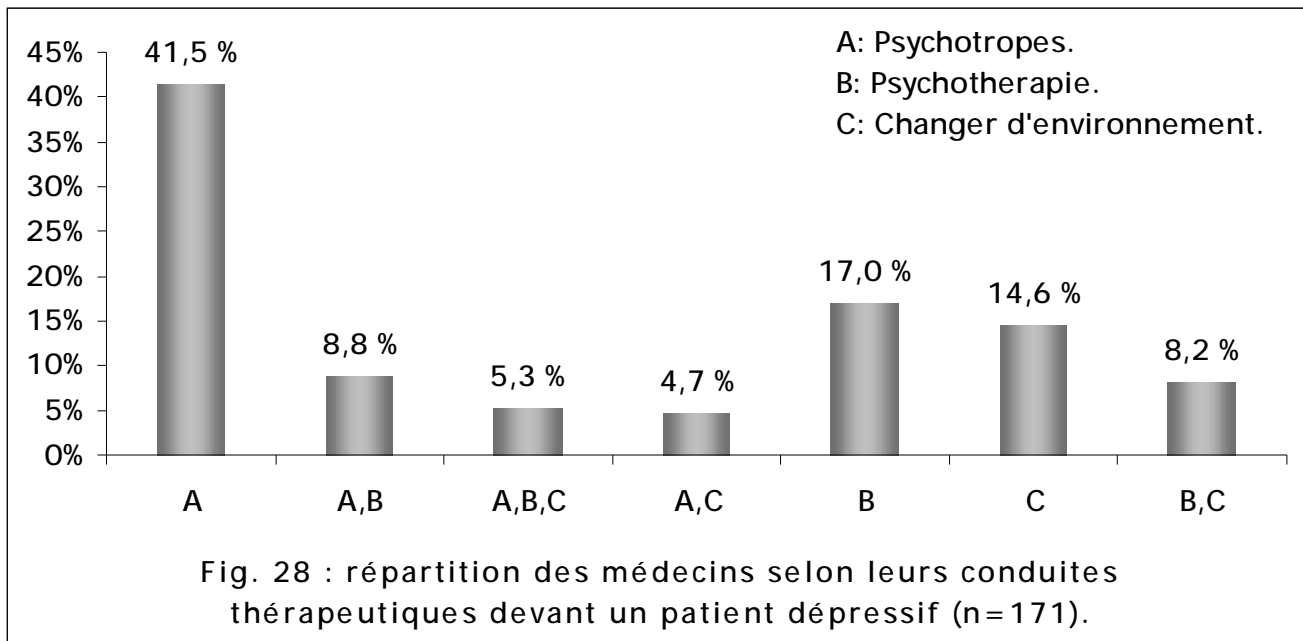
Ø Attitudes thérapeutiques :

- Priorité devant un patient diagnostiqué comme dépressif :

Concernant cette question, nous avons relevé que les attitudes « traiter » et « évaluer ou prévenir le risque suicidaire » étaient les plus évoquées (respectivement 32,4 % et 31,3 %), suivies de l'attitude « référer au médecin psychiatre » (21 %). L'hospitalisation est évoquée par 6,8 % des médecins tandis que 9,7 % ont évoqué des attitudes diverses (rassurer le patient, parler et expliquer à la famille...). Ces résultats sont retranscrits sur le graphique n°27.

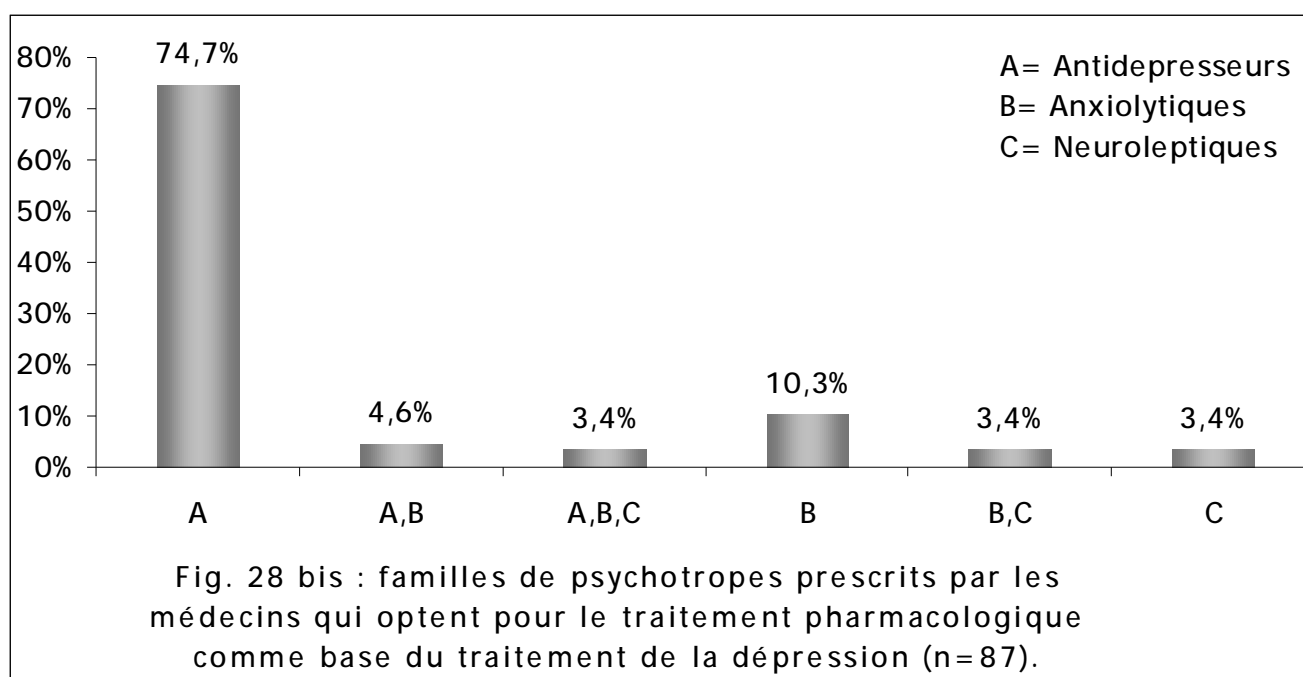


- Préférences thérapeutiques de première intention :



Les psychotropes sont cités comme moyen thérapeutique de 1^{ère} intention par 60,3 % des médecins (N=171). Parmi eux, 41,5 % les évoquent comme étant la seule recommandation faite à leurs patients dépressifs alors que 18,8 % les recommandent en association avec d'autres mesures telles que la psychothérapie ou le changement d'environnement. Ils sont 17 % à recommander une psychothérapie seule et 14,6 % à se contenter de conseiller un simple changement d'environnement à leurs patients alors que 8,2 % recommandent une association des deux (graphique n°28).

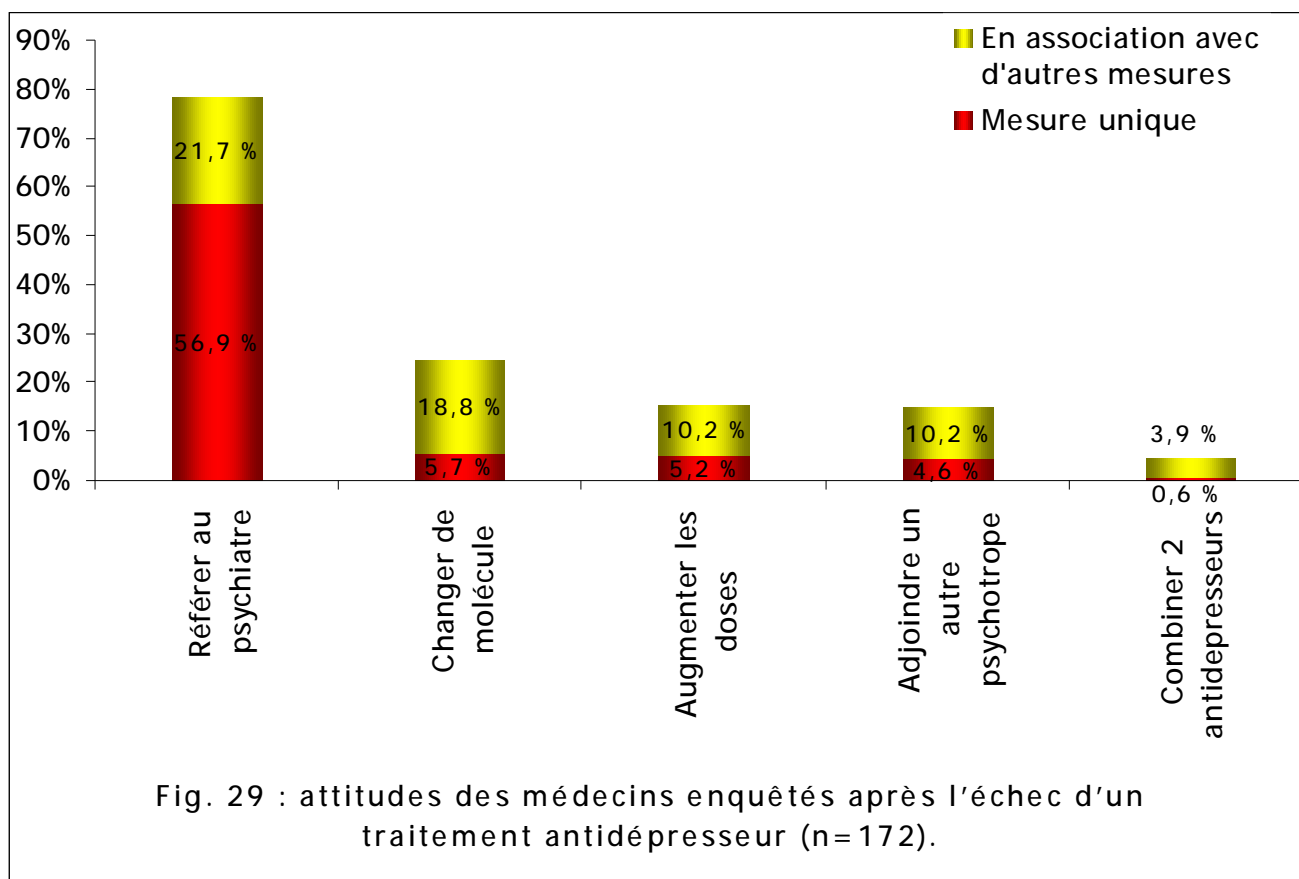
Parmi les médecins qui recommandent les psychotropes, la majorité (74,7%) optent pour la prescription unique d'un antidépresseur alors que 8 % préfèrent l'associer avec un ou des psychotropes d'une autre famille (graphique n°28 bis). Seuls 17,3 % recommandent un ou des psychotropes qui n'appartiennent pas à la famille des antidépresseurs (anxiolytiques, neuroleptiques).



- Conduite après l'échec du traitement antidépresseur :

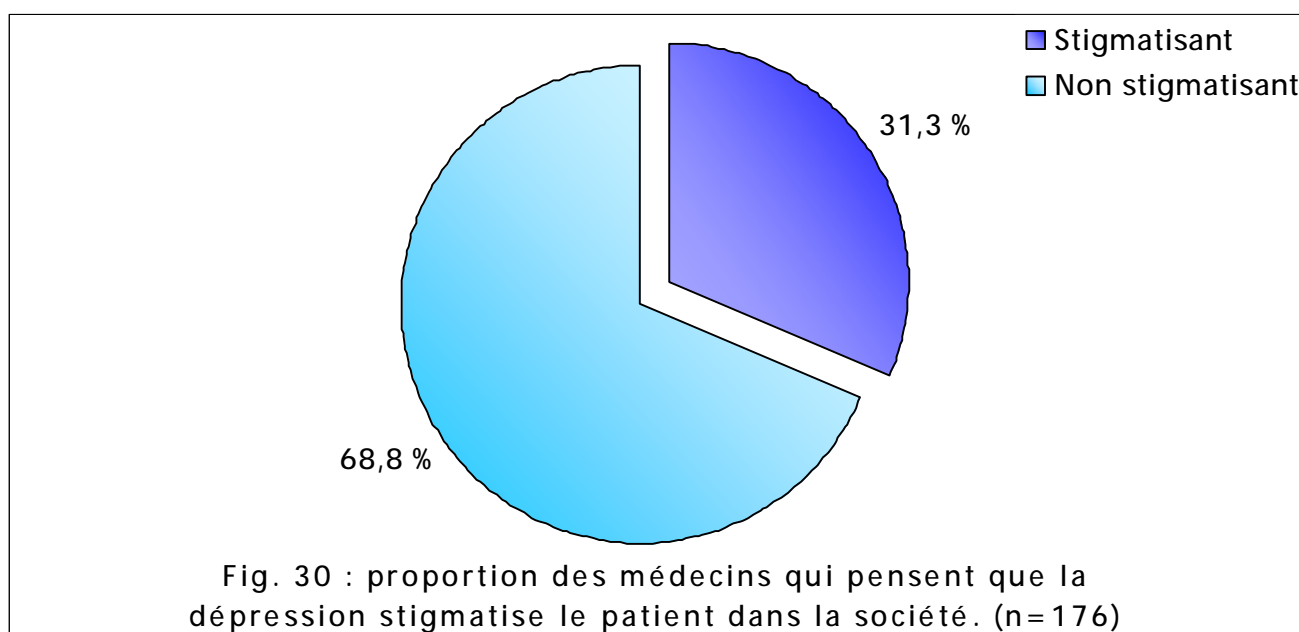
La conduite après l'échec du traitement antidépresseur est marquée par la prédominance de la référence du patient au médecin psychiatre, puisque plus de la moitié l'ont citée comme étant l'unique mesure à prendre (56,9 %) et que 21,7 % l'ont citée en association avec d'autre mesure (graphique n° 29).

Le changement d'antidépresseur est la 2^{ème} attitude la plus fréquente (24,5 %), suivie de l'augmentation des doses (15,4 %) puis de l'association à un psychotrope appartenant à une autre famille (14,8 %). L'association de deux antidépresseurs n'est évoquée que par 4,5 % des médecins dont 3,9 % comme étant une mesure en association avec d'autres.

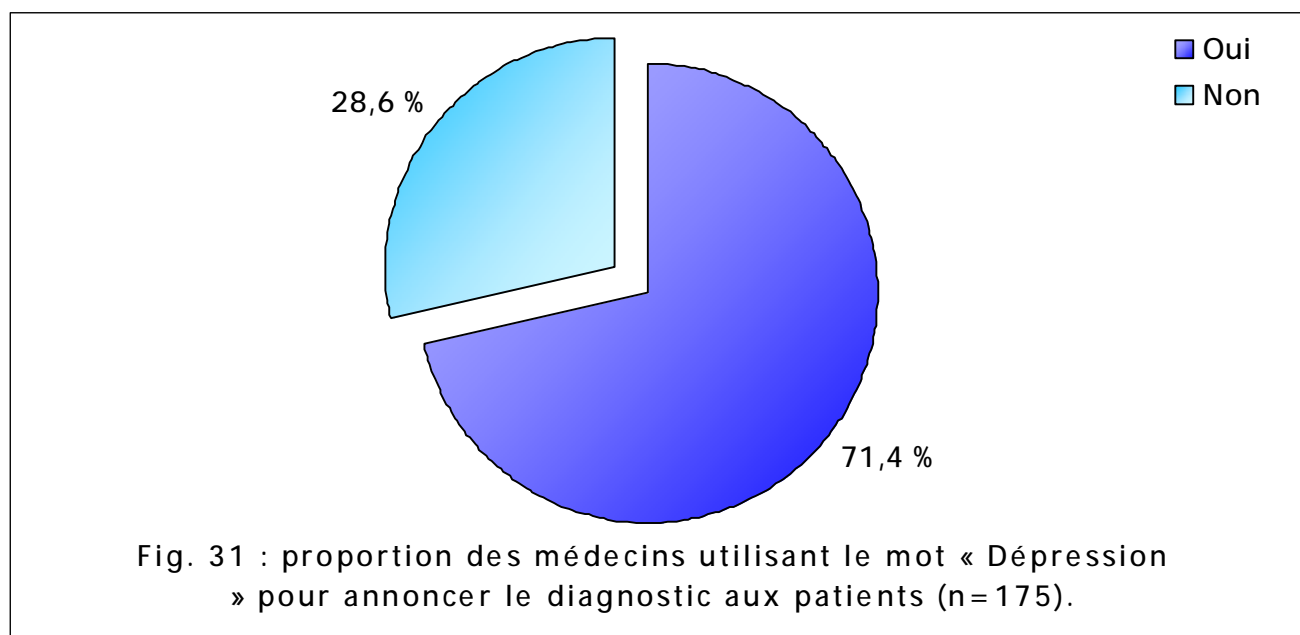


Ø Orientation psychosociale des médecins :

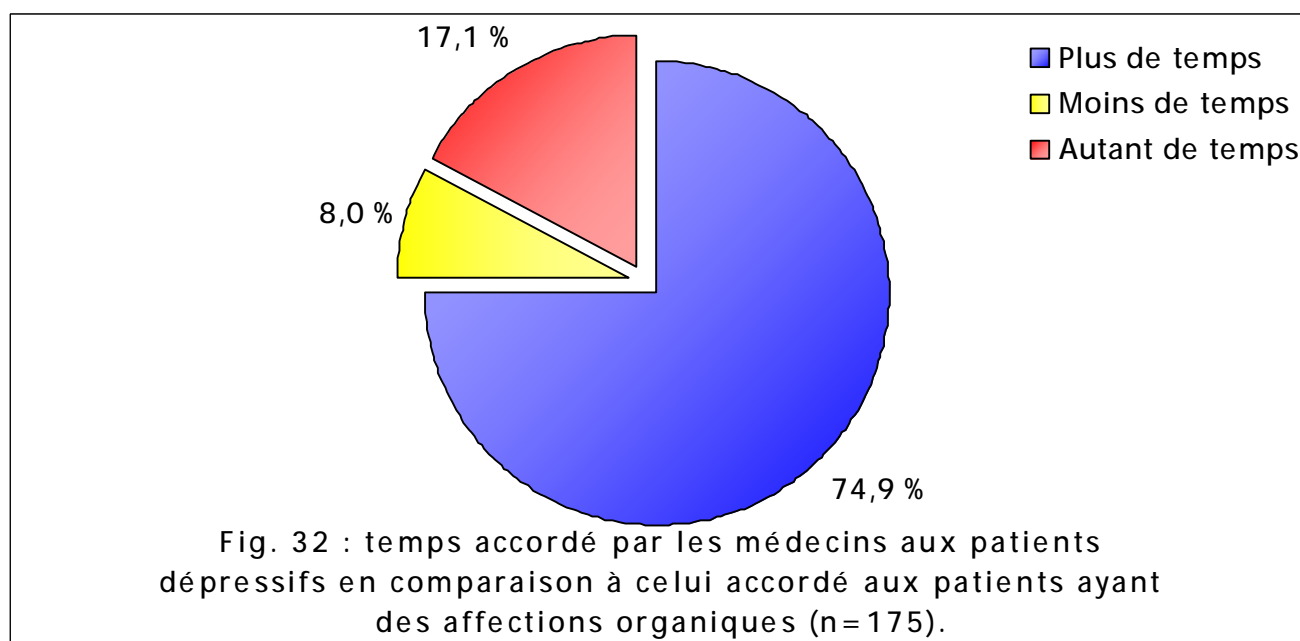
Environ le tiers des généralistes enquêtés estiment que diagnostiquer une dépression chez un patient le condamne à être mal vu dans la société (graphique n°30).



Dans le même registre, 28,6 % des médecins interrogés préfèrent ne pas utiliser le terme « dépression » pour annoncer le diagnostic à leur patients, alors que les 71,4 % restent optant pour ce terme (graphique n°31).

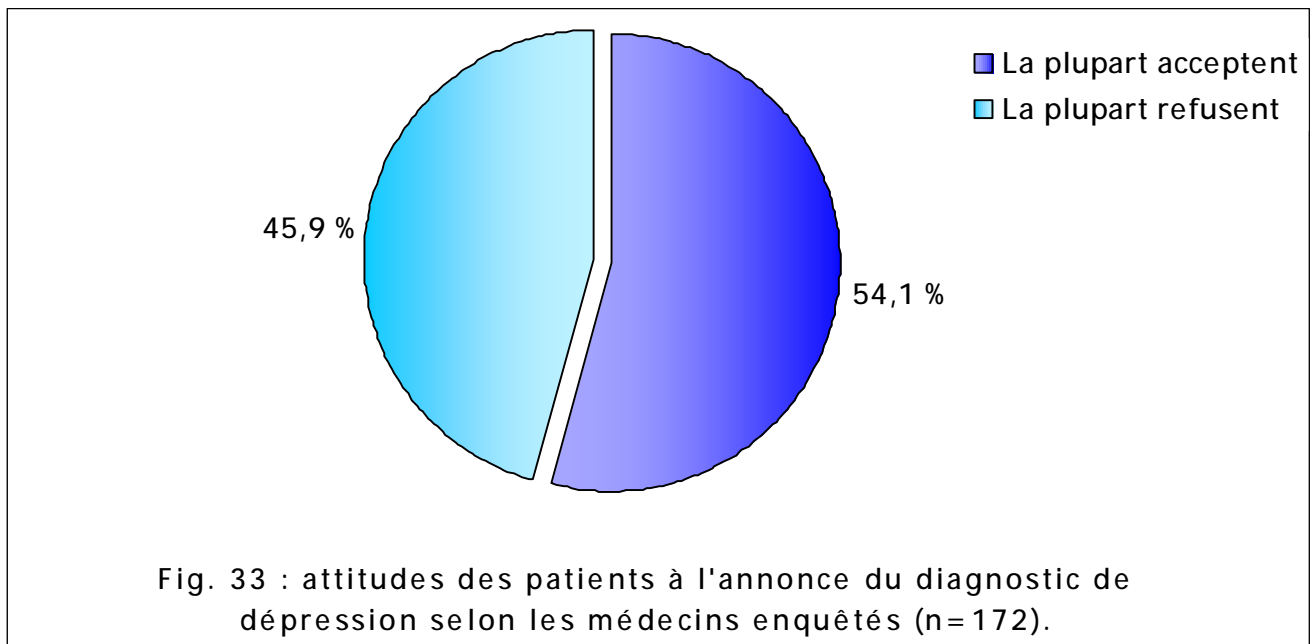


Comme détaillé dans le graphique n°32, les trois quarts des praticiens de l'enquête affirment que leurs patients dépressifs bénéficient d'un temps de consultation plus long que celui accordé à ceux souffrant de maladies organiques. Une minorité de 8 % disent le contraire alors que 17,1 % répartissent leur temps de consultation de façon équitable entre ces deux profils de patients.



Ø Attitudes des patients dépressifs vis-à-vis leur pathologie :

Un peu plus de la moitié des médecins de l'enquête (54,1 %) estiment que la majorité de leurs patients acceptent le diagnostic de dépression alors qu'ils sont 45,9 % à éprouver des difficultés à négocier ce diagnostic avec leurs patients (graphique n°33).



Aussi, ils sont 69,2 % à dire que globalement leurs patients acceptent le traitement antidépresseur alors que 30,8 % estiment que la plupart de leurs patients contestent ce traitement (graphique n°34).

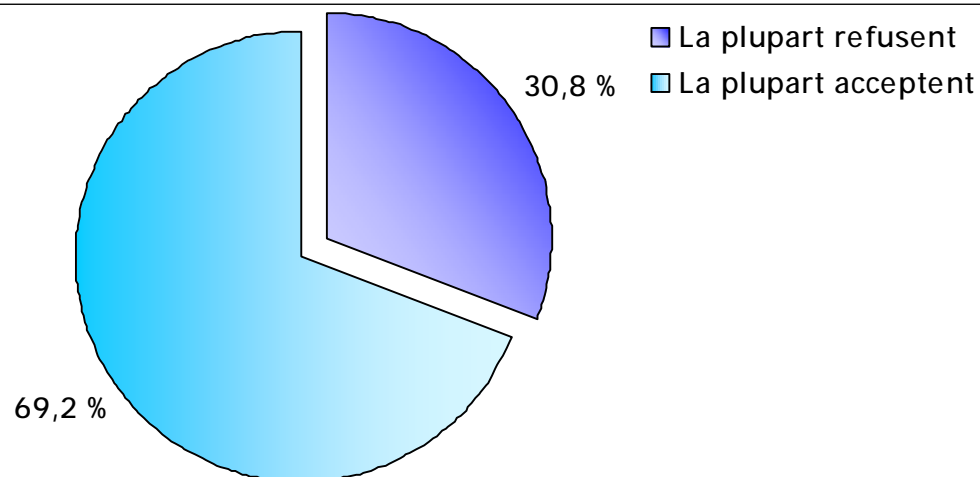


Fig. 34 : attitudes des patients vis-à-vis le traitement antidépresseur comme rapportée par les médecins enquêtés (n= 172)

Cependant, la proportion s'inverse s'agissant de la référence au médecin psychiatre. En effet, 62,5 % des médecins estiment que la majorité de leurs patients refusent cette démarche tandis que 37,5 % ne rapportent pas de difficulté à en convaincre leurs patients (graphique n°35).

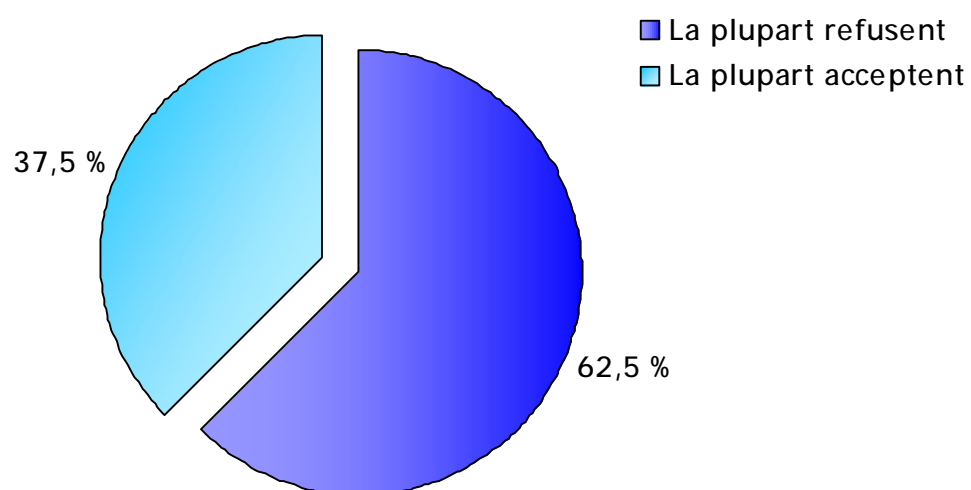


Fig. 35 : attitudes des patients vis-à-vis l'idée d'être référés à un psychiatre selon les médecins enquêtés (n=176).

Ø Confiance dans leur aptitude à traiter la dépression :

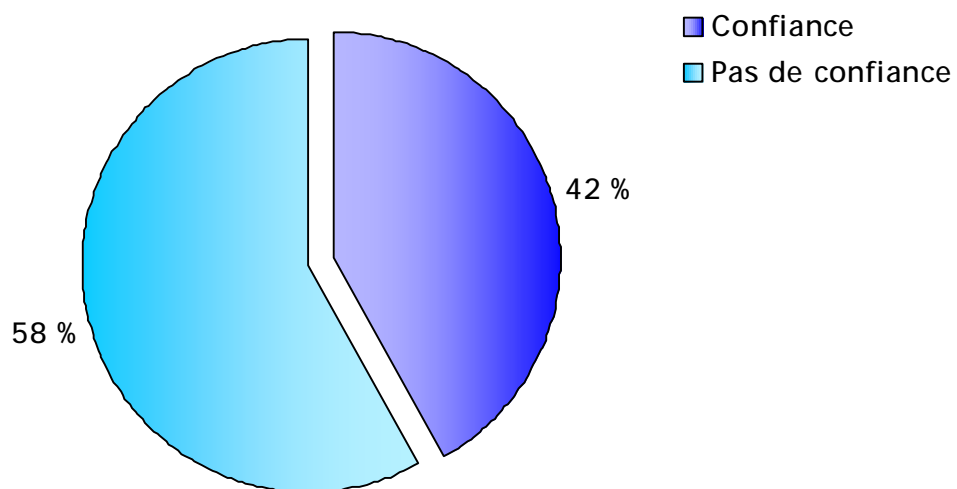


Fig. 36 : proportion des médecins ayant confiance dans leurs capacités à traiter une dépression (n=176).

Si 42 % des praticiens de l'enquête sont confiants quant à leurs capacités à traiter la dépression (graphique n°36), seuls 19,3 % choisissent de les traiter eux-mêmes, alors que la majorité préfère les référer au psychiatre (graphique n°37).

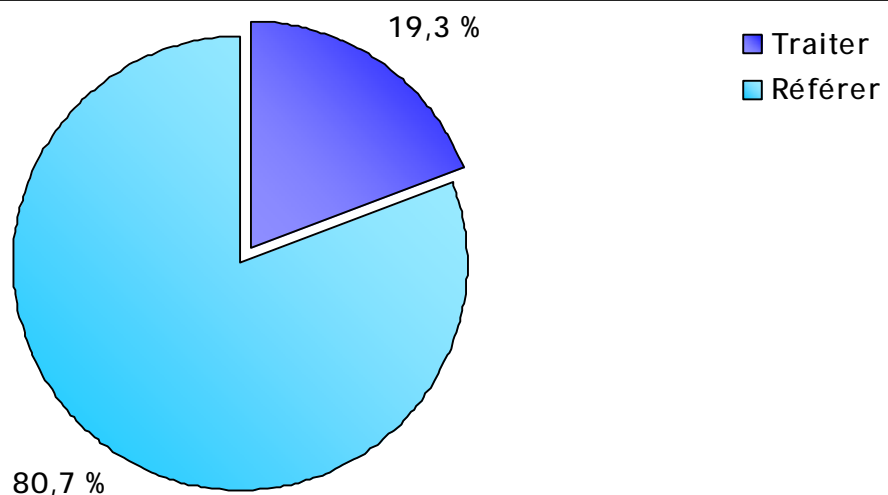


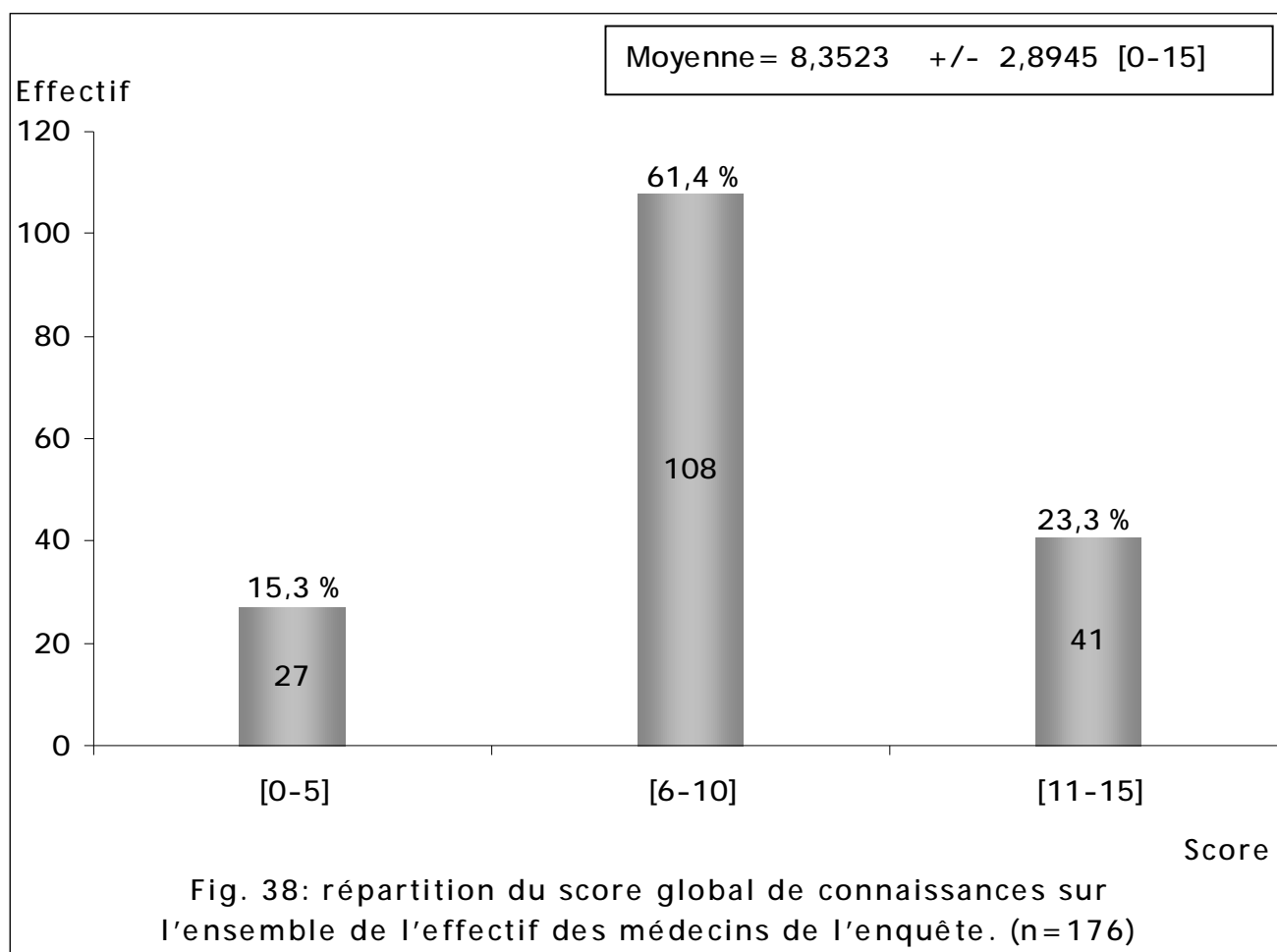
Fig. 37 : proportion des médecins qui préfèrent prendre en charge eux même leurs patients dépressifs (n=176).

B. Résultats de l'analyse statistique uni-variée :

B.1. Analyse des associations des connaissances des médecins :

B.1.1 Analyse et corrélation du score global de connaissances :

La moyenne du score global de connaissances pour l'ensemble de l'effectif de l'enquête (N= 176) est de 8,3523 +/- 2,8945 déviation standard. Le score le plus bas est de 0 (n=3) et le plus élevé est de 15 (n=2), sachant que le minimum théorique du score est de - 2 et que le maximum théorique est de 17. La répartition du score de connaissances sur l'ensemble de l'effectif des médecins de l'enquête est représentée par le graphique n°37.



Ø Score global moyen des connaissances et facteurs sociodémographiques :

Nous avons effectué un croisement entre le score moyen de connaissance et chaque variable sociodémographique à la recherche d'associations (tableaux n°11 et n°12).

Tableau 11: Score global moyen des connaissances et facteurs sociodémographiques

Facteur sociodémographique	Effectif	Score global moyen	[0 -15]	p
Ville				
Oujda	70	8,3429	+/- 2,7761	0,0702
Sefrou	19	8,9474	+/- 3,2227	
Errachidia	9	10,6667	+/- 2,6926	
Taza	20	8,3500	+/- 3,8426	
Fès	58	7,8103	+/- 2,4312	
Sexe				
Masculin	108	8,4167	+/- 2,8945	0,7111
Féminin	68	8,2500	+/- 3,2570	
Age				
<35 ans	32	9,4688	+/- 2,5014	0,0154
>35 ans	144	8,1042	+/- 2,9250	
Statut marital				
Marié	149	8,3020	+/- 2,9654	0,5899
Non Marié	27	8,6296	+/- 2,4984	
Lieu de formation				
Maroc	164	8,3598	+/- 2,9221	0,7669
Etranger	11	8,0909	+/- 2,6629	
Secteur d'exercice				
Public	121	8,3967	+/- 2,9986	0,7636
Privé	55	8,2545	+/- 2,6751	

Tableau 12: Score global moyen des connaissances et facteur sociodémographiques
(suite.)

Facteur sociodémographique	Effectif	Score global moyen [0 -15]		p
Nombre d'années d'exercice				
<10	56	9,0357	+/- 2,4118	0,0320
>10	120	8,0333	+/- 3,0512	
Stage en psychiatrie				
Oui	118	8,7203	+/- 2,8909	0,0157
Non	58	7,6034	+/- 2,7780	
Formation continue				
Oui	141	8,2057	+/- 2,8723	0,1782
Non	35	8,9429	+/- 2,9500	
Formation post-universitaire en Psychiatrie				
Oui	19	10,5263	+/- 2,6325	0,0004
Non	157	8,0892	+/- 2,8202	
Antécédents familiaux				
Oui	51	8,0392	+/- 3,1302	0,3609
Non	125	8,4800	+/- 2,7957	
Antécédents personnels				
Oui	16	9,2500	+/- 2,2949	0,2075
Non	159	8,4399	+/- 2,9052	
Dépression actuelle				
Oui	3	6,6667	+/- 0,5774	0,2946
Non	172	8,4186	+/- 2,8775	

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

- le passage ou non par un stage de psychiatrie ($p=0,015$) : les médecins ayant bénéficié de ce stage avaient un score global moyen de connaissances plus élevé ($8,7203 \pm 2,8909$) que leurs homologues qui n'en ont pas bénéficié ($7,6034 \pm 2,7780$).
- L'existence ou non d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ($p = 0,0004$) : les médecins qui en ont bénéficié ont en effet un score moyen global de connaissances plus élevé que les autres (respectivement $10,5263 \pm 2,6325$ vs $8,0892 \pm 2,8202$).

Par contre, nous n'avons pas relevé de différences significatives de score moyen global en connaissances s'agissant de l'existence ou non d'antécédents familiaux et personnels de dépression. Bien que pour ces derniers les médecins affichaient un score moyen plus élevé que ceux qui n'en ont pas eu ($9,2500 \pm 2,2949$ vs $8,4399 \pm 2,9052$), cette différence n'était pas significative au test ANOVA ($p=0,20$).

D'un autre côté, certains facteurs sociodémographiques inattendus sont sortis du lot, comme étant déterminants dans le niveau de connaissances des médecins. Il s'agit de :

- L'âge ($p=0,01$) : il s'est avéré que les jeunes médecins (âgés de moins de 35 ans) avaient de meilleures connaissances que les médecins de plus de 35 ans. En effet les scores respectifs étaient $9,4688 \pm 2,5014$ vs $8,1042 \pm 2,9250$.
- Le nombre d'années d'exercice ($p=0,03$) : en effet les médecins avec moins de 10 ans d'exercices à leur actif se sont révélés meilleurs connaisseurs sur le sujet que ceux qui exercent depuis plus de 10 ans.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'association significative entre le score global de connaissances et :

- la ville d'exercice ou le secteur d'exercice
- le lieu de formation,
- le sexe ou le statut marital.

Ø Score global de connaissances et attitudes :

Nous avons également cherché à vérifier une possible association entre les connaissances de médecins et leurs attitudes, à savoir :

- Le fait d'avoir ou non déjà diagnostiqué ou traité une dépression.
- La confiance quant à leur aptitude à traiter leurs patients dépressifs.
- L'orientation psychosociale.
- La conduite à tenir thérapeutique du médecin (prescriptions d'antidépresseurs ou non).
- La difficulté à négocier le diagnostic et la conduite thérapeutique avec leurs patients.
- La préférence de traiter ou de référer les patients au psychiatre.

Les résultats de cette analyse sont regroupés dans le tableau n°13.

Tableau 13 : Score global moyen des connaissances et attitudes:

Attitudes	Effectif	Score global moyen [0 -15]	p
Avoir déjà diagnostiqué ou traité une Dépression			
Oui	149	8,5973 +/- 2,8850	0,0080
Non	27	7,0000 +/- 2,6018	
Confiance			
Oui	74	8,8784 +/- 2,4211	0,0396
Non	102	7,9706 +/- 3,1512	
Référer ou traiter			
traiter	34	9,0588 +/- 2,4114	<u>0,1133</u>
référer	142	8,1831 +/- 2,9813	
Difficultés liée au patient			
Une difficulté ou moins	103	8,9515 +/- 2,6656	0,0010
2 difficultés ou plus	73	7,5068 +/- 3,0098	
Orientation psychosociale			
Défavorable	16	6,5000 +/- 2,4766	0,0069
Favorable	160	8,5375 +/- 2,8745	
Conduite thérapeutique			
Pas de psychotrope	67	7,5821 +/- 3,1390	0,0002
Prescrire antidépresseur	73	9,4932 +/- 2,5007	
Autre psychotrope	14	7,2143 +/- 2,2593	
Molécule non précisée	17	8,5294 +/- 1,6247	

L'analyse a conclu à l'existence d'une association significative entre les connaissances globales des médecins et leurs attitudes décrites plus haut :

- Le fait d'avoir ou non déjà diagnostiqué ou traité une dépression ($p=0,008$) : il se trouve que les meilleurs connaisseurs en matière de dépression rapportent avoir déjà diagnostiqué ou traité une dépression, alors que les moins connaisseurs disent n'avoir jamais fait ce diagnostic (avec respectivement une moyenne du score global : $8,5973 \pm 2,8850$ vs $7,0000 \pm 2,6018$).
- La confiance ($p=0,039$) : les médecins qui se disent confiant quant à leur capacité à traiter les patients déprimés ont un score moyen de connaissances plus élevé que les non confiants (respectivement : $8,8784 \pm 2,4211$ vs $7,9706 \pm 3,1512$).
- La conduite à tenir thérapeutique ($p=0,0002$) : les médecins qui ont un meilleur score de connaissance global sont ceux qui prescrivent les antidépresseurs. Ils sont suivis par ceux qui n'ont pas précisé la nature du psychotrope prescrit, puis ceux qui évitent les psychotropes et conseillent une psychothérapie ou un changement d'environnement. Notons que ceux qui prescrivent des psychotropes autres que les antidépresseurs (anxiolytiques ou neuroleptiques) ont un score global de connaissances plus faible.
- La présence ou non de difficultés à négocier avec le patient s'est avérée également fortement associée aux connaissances globales des médecins ($p=0,001$). Le fait est que ceux qui ont un score global de connaissances plus élevé rapportent moins de difficultés que ceux qui ont un score plus faible (respectivement $8,9515 \pm 2,6656$ vs $7,5068 \pm 3,0098$).
- Il en est de même pour l'orientation psychosociale ($p=0,0069$) puisque les meilleurs connaisseurs ont une orientation plus favorable que ceux avec un plus faible score de connaissances ($8,5375 \pm 2,8745$ vs $8,5375 \pm 2,8745$).

Cependant, et contrairement à notre hypothèse de départ, nous n'avons pas relevé d'association significative entre le score global de connaissances et le fait que le médecin généraliste traite lui-même le patient ou le réfère au psychiatre.

C'est dans l'optique d'expliquer cette absence d'association significative que nous avons eu l'idée d'adopter le sous score : connaissances en thérapeutique par les antidépresseurs.

B.1.2. Analyse et corrélation du score de connaissances en thérapeutiques :

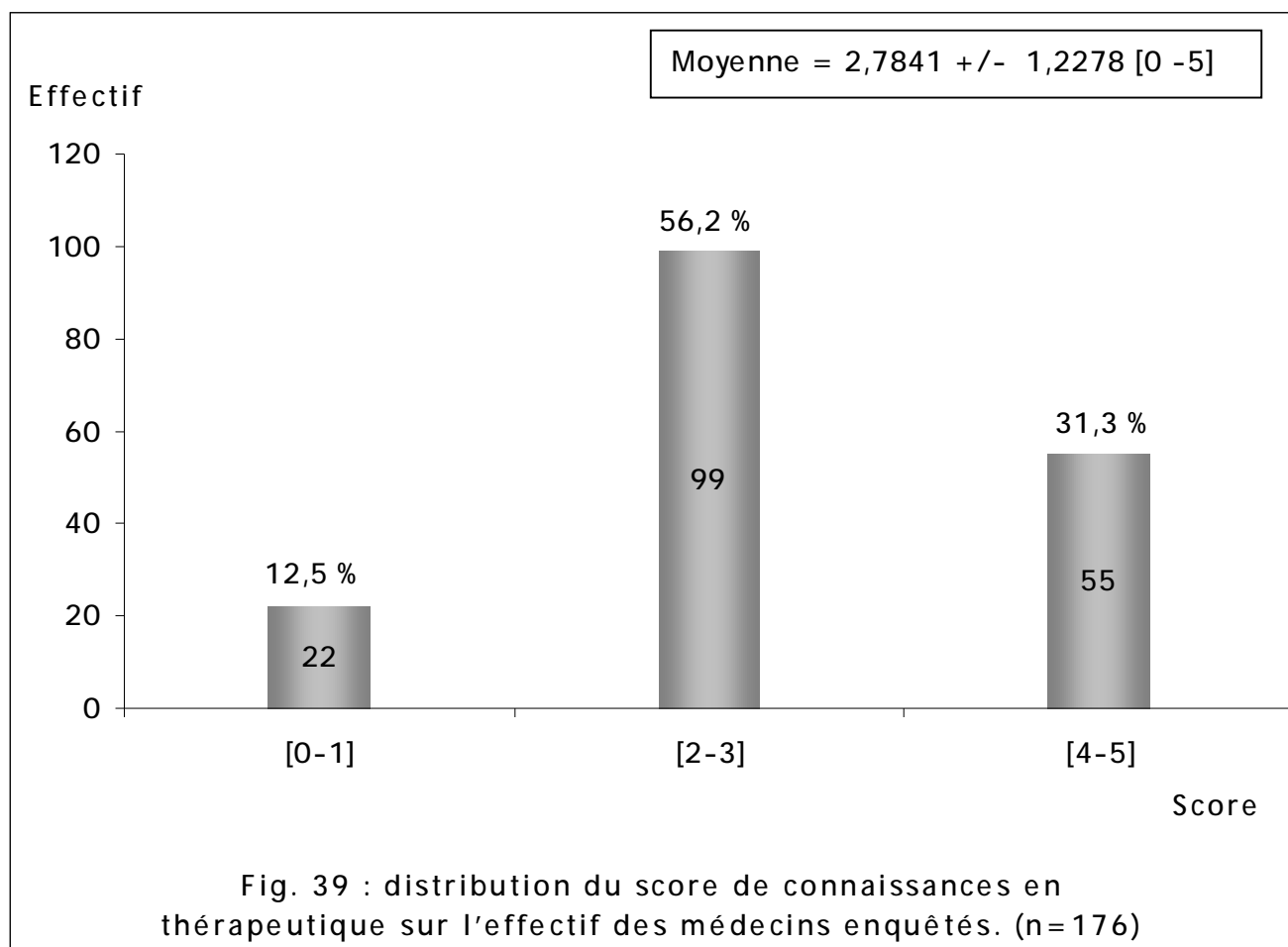
Comme nous l'avons précisé dans le chapitre de la méthodologie, le score global des connaissances regroupe un nombre important d'items :

- Les connaissances générales (prévalence, rang mondial de la dépression...).
- Les connaissances en clinique (la triade clinique de la dépression).
- Les connaissances en thérapeutique pharmacologique (nombre de classes d'antidépresseurs, durée minimal de traitement...).

Partant de l'hypothèse qu'un bon score global de connaissances ne reflète pas forcément une bonne maîtrise des modalités thérapeutiques par antidépresseurs, nous avons choisi de recourir au sous-score de connaissances en thérapeutique pour vérifier l'existence ou non d'une corrélation de celui-ci avec le fait de traiter et de référer le patient dépressif.

La moyenne du score global de connaissances en thérapeutique pour l'ensemble de l'effectif de l'enquête (N= 176) est de 2,7841 +/- 1,2278 déviation standard. Le score le plus bas est de 0 (n=10) et le plus élevé est de 5 (n=10), sachant que le minimum théorique du score est de 0 et que le maximum théorique est de 5.

La répartition du score de connaissances en thérapeutique sur l'ensemble de l'effectif des médecins de l'enquête est représentée par le graphique n°38.



Ø Score de connaissances en thérapeutiques et facteurs sociodémographiques:

Tout comme pour le score global de connaissances, nous avons procédé à une analyse à la recherche des déterminants sociodémographiques potentiels du score en thérapeutique. Les résultats sont résumés dans les tableaux n°14 et n°15.

Tableau 14 : Score moyen de connaissances en thérapeutique et facteurs sociodémographiques :

Facteur sociodémographique	Effectif	Score moyen de connaissances en thérapeutique [0 -5]			p
Ville					
Oujda	70	2,6429	+/-	1,3301	0,7690
Sefrou	19	2,8947	+/-	1,1002	
Errachidia	9	2,7778	+/-	1,2019	
Taza	20	3,0000	+/-	1,4510	
Fès	58	2,8448	+/-	1,0728	
Sexe					
Masculin	108	2,9259	+/-	1,0652	0,0532
Féminin	68	2,5588	+/-	1,4287	
Age					
<35 ans	32	3,2813	+/-	1,0545	0,0109
>35 ans	144	2,6736	+/-	2,9250	
Statut marital					
Marié	149	2,7383	+/-	1,2488	0,2457
Non Marié	27	3,0370	+/-	1,0913	
Lieu de formation					
Maroc	164	2,8110	+/-	1,2263	0,2445
Etranger	11	2,3636	+/-	1,6545	
Secteur d'exercice					
Public	121	2,8512	+/-	1,2087	0,2831
Privé	55	2,6364	+/-	1,2673	

Tableau 15: Score moyen de connaissances en thérapeutique et Facteurs sociodémographiques (suite) :

Facteur sociodémographique	Effectif	Score moyen d connaissances en thérapeutique [0 -5]			p
Nombre d'Années d'exercice					
<10	56	3,0893	+/- 1,1485	0,0238	
>10	120	2,6417	+/- 1,2421		
Stage en psychiatrie					
Oui	118	2,8814	+/- 1,1706	0,1343	
Non	58	2,5862	+/- 1,3250		
Formation continue					
Oui	141	2,7518	+/- 1,2139	0,4849	
Non	35	2,9143	+/- 1,2919		
Formation post-universitaire en Psychiatrie					
oui	19	3,2632	+/- 1,1471	0,0716	
Non	157	2,7261	+/- 1,2279		
Antécédents familiaux					
Oui	51	2,7843	+/- 1,2699	0,9988	
Non	125	2,7840	+/- 1,2154		
Antécédents personnels					
Oui	16	3,0000	+/- 0,8165	0,4906	
Non	159	2,7799	+/- 1,2460		
Dépression actuelle					
Oui	3	2,0000	+/- 1,0000	0,2503	
Non	172	2,8140	+/- 1,2141		

Nous remarquons que ce sous score est également influencé de manière significative par l'âge jeune (< 35 ans) et le nombre d'années d'exercices (<10 ans). Cependant, et à la différence du score global, aucune association significative avec le stage de psychiatrie ou la formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ne ressort de cette analyse.

Ø Score de connaissances en thérapeutiques et attitudes :

Suivant le même raisonnement que pour le score global, nous avons également recherché une corrélation entre le score en thérapeutique et les différentes attitudes des médecins, particulièrement le fait de traiter ou de référer qui semblait non dépendant pour le score global.

Les résultats de l'analyse sont exposés dans le tableau n°16.

Sans grande surprise, et à l'instar du score global, le score de thérapeutique s'est avéré associé à la confiance des médecins ($p=0,0178$), à la difficulté à négocier avec le patient ($p=0,0226$), l'orientation psychosociale ($p=0,0017$) et fortement associé à la prescription ou non de psychotropes par les médecins ($p=0,0000$).

Notre hypothèse initiale qui justifiait le recours à ce sous-score se retrouve également confirmée. En effet, l'analyse a permis d'établir une association significative ($p=0,0106$) puisque les médecins qui préfèrent traiter eux-mêmes leurs patients ont un meilleur score de connaissances en thérapeutique que ceux qui préfèrent les référer. (Respectivement $3,2647 \pm 0,7511$ vs $2,6690 \pm 1,2922$).

Tableau 16 : Score moyen de connaissances en thérapeutique et attitudes :

Attitudes	Effectif	Score moyen de connaissances en thérapeutiques [0 -5]	p
Avoir déjà diagnostiquée ou traité une Dépression			
Oui	149	2,8255 +/- 1,2010	0,2945
Non	27	2,5556 +/- 1,3681	
Confiance			
Oui	74	3,0405 +/- 0,9854	0,0178
Non	102	2,5980 +/- 1,3516	
Référer ou traiter			
traiter	34	3,2647 +/- 0,7511	0,0106
référer	142	2,6690 +/- 1,2922	
Difficulté liée au patient			
1 difficulté ou moins.	103	2,9612 +/- 1,1195	0,0226
2 difficultés ou plus.	73	2,5342 +/- 1,3342	
Orientation psychosociale			
Défavorable	16	1,8750 +/- 1,4083	0,0017
Favorable	160	2,8750 +/- 1,1749	
Conduite thérapeutique			
Pas de psychotrope	67	2,5075 +/- 1,2232	0,0000
Contient antidépresseur	73	3,2329 +/- 1,0344	
Autre psychotrope	14	1,9286 +/- 1,3848	
Molécule non précisée	17	3,1176 +/- 0,9275	

B.2. Analyse des attitudes des médecins et leurs déterminants :

Nous avons vu plus haut que les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la dépression sont liées à leurs connaissances en la matière. Dans ce chapitre nous allons essayer de rechercher d'autres déterminants potentiels de ces attitudes.

B.2.1 L'orientation psychosociale des médecins :

Cet item essaie de catégoriser les médecins en regroupant deux attitudes :

- Leurs avis sur le caractère stigmatisant de la dépression ou non.
- Le temps de consultation qu'ils accordent à leurs patients dépressifs en comparaison avec ceux présentant une pathologie organique.

Ainsi, nous distinguons deux catégories :

- Une dite à orientation psychosociale favorable, qui accorde plus de temps aux patients déprimés et conteste la stigmatisation imputable à la dépression.
- Une dite à orientation psychosociale défavorable, qui regroupe les médecins ne répondant pas aux deux critères sus cités.

Ø Facteurs sociodémographiques et orientation psychosociale des médecins :

Les résultats de l'analyse effectuée à la recherche de déterminants sociodémographiques de l'orientation psychosociale figurent sur les tableaux n°17 et n°18.

Tableau 17 : Orientation psychosociale et facteurs sociodémographiques :

Facteur sociodémographique	Effectif	Orientation psychosociale		P*	
		Favorable	Défavorable		
Sexe					
Masculin	108	62,5 %	50 %	0,327	
Féminin	68	37,5 %	50 %		
Age					
< 35 ans	32	90,6 %	9,4 %	0,586	
> 35 ans	144	91,0 %	9,0 %		
Statut marital					
Marié	149	91,9 %	8,1 %	0,214	
Non Marié	27	85,2 %	14,8 %		
Lieu formation					
Maroc	164	90,2 %	9,8 %	0,336	
Etranger	11	100,0 %	0,0 %		
Secteur d'exercice					
Public	121	90,9 %	9,1 %	0,600	
Privé	55	90,9 %	9,1 %		
Nombre d'années d'exercice					
< 10	56	94,6 %	5,4 %	0,239	
> 10	120	89,2 %	10,8 %		
Stage en psychiatrie					
Oui	118	91,5 %	8,5 %	0,684	
Non	58	89,7 %	10,3 %		

Tableau 18 : Orientation psychosociale et facteurs sociodémographiques (suite) :

Facteur sociodémographique	Effectif	Orientation psychosociale		P
		Favorable	Défavorable	
Formation continue				
Oui	141	90,8 %	9,2 %	0,602
Non	35	91,4 %	8,6 %	
Formation post-universitaire en Psychiatrie				
oui	19	94,7 %	5,3 %	0,462
Non	157	90,4 %	9,6 %	
Antécédents familiaux				
Oui	51	94,1 %	5,9 %	0,262
Non	125	89,6 %	10,4 %	
Antécédents personnels				
Oui	16	81,3 %	18,8 %	0,167
Non	159	91,8 %	8,2 %	
Dépression actuelle				
Oui	3	100,0 %	0,0 %	0,748
Non	172	90,7 %	9,3 %	

Nous constatons qu'aucun des facteurs sociodémographiques ne semble associé à l'orientation psychosociale des médecins

B.2.2. La confiance des médecins en leur aptitude à traiter la dépression :

Nous avons également cherché une association entre les facteurs sociodémographiques des médecins et leur confiance en leur capacité à traiter la dépression. Les résultats sont regroupés dans les tableaux n°19 et n°20.

Tableau 19 : Confiance des médecins et facteurs sociodémographiques.

Facteur sociodémographique	Effectif	Confiance		P
		Oui	Non	
Sexe				
Masculin	108	50,9 %	49,1 %	0,002
Féminin	68	27,9 %	72,1 %	
Age				
<35 ans	32	34,4 %	65,6 %	0,331
>35 ans	144	43,8 %	56,3 %	
Statut marital				
Marié	149	42,3 %	57,7 %	0,881
Non Marié	27	40,7 %	59,3 %	
Lieu de formation				
Maroc	164	40,2 %	59,8 %	0,114
Etranger	11	63,6 %	36,4 %	
Secteur d'exercice				
Public	121	33,1 %	66,9 %	0,0003
Privé	55	61,8 %	38,2 %	
Nombre d'années d'exercice				
<10	56	37,5 %	62,5 %	0,403
>10	120	44,2 %	55,8 %	
Stage en psychiatrie				
Oui	118	44,9 %	55,1 %	0,271
Non	58	36,2 %	63,8 %	
Formation continue				
Oui	141	45,4 %	54,6 %	0,071
Non	35	71,4 %	28,6 %	

Tableau 20 : Confiance des médecins et facteurs sociodémographiques (suite).

Facteur sociodémographique	Effectif	Confiance		P
		Oui	Non	
Formation post-universitaire en Psychiatrie				
oui	19	73,7 %	26,3 %	0,003
Non	157	38,2 %	61,8 %	
Antécédents familiaux				
Oui	51	47,1 %	52,9 %	0,389
Non	125	40,0 %	60,0 %	
Antécédents personnels				
Oui	16	43,8 %	56,3 %	0,901
Non	159	42,1 %	57,9 %	
Dépression actuelle				
Oui	3	33,3 %	66,7 %	0,615
Non	172	42,4 %	57,6 %	

L'analyse fait ressortir trois facteurs sociodémographiques associés de manière significative à la confiance des médecins :

- Le sexe ($p=0,02$) : globalement, le pourcentage des hommes confiants est plus importants que celui des femmes (de manière respective 50,9% vs 27,9 %).
- Le secteur d'exercice ($p=0,0003$) : le pourcentage des médecins libéraux confiants est plus important que celui du secteur public (respectivement 61,8 % vs 33,1 %).

- La formation post-universitaire en psychiatrie ($p=0,003$) : 73,7 % de ceux qui l'ont suivie se disent confiants contre seulement 38,2 % qui se déclarent ainsi parmi ceux n'en ont pas bénéficié.

En revanche, le stage en psychiatrie ne semble pas être associé de façon significative à cet item, de même pour le reste des facteurs sociodémographiques.

B.2.3 Traiter le malade ou le référer :

Les tableaux n°21, n°22 et n°23 exposent les corrélations entre les facteurs sociodémographiques et la préférence des médecins concernant le fait de référer le malade ou le traiter eux-mêmes.

Tableau 21 : Conduite des médecins et facteurs sociodémographiques.

Facteur sociodémographique	Effectif	Conduite des médecins		P
		Référer	Traiter	
Sexe				
Masculin	108	74,1 %	25,9 %	0,005
Féminin	68	91,2 %	38,6 %	
Age				
<35 ans	32	87,5 %	12,5 %	0,280
>35 ans	144	79,2 %	20,8 %	
Statut marital				
Marié	149	79,9 %	20,1 %	0,519
Non Marié	27	85,2 %	14,8 %	
Lieu de formation				
Maroc	164	79,9 %	20,1 %	0,330
Etranger	11	90,9 %	9,1 %	
Secteur d'exercice				
Public	121	89,3 %	10,7 %	0,0000
Privé	55	61,8 %	38,2 %	

Comme le montre le tableau n°17, le fait de traiter soi même le dépressif ou le référer semble dépendre du :

- Sexe ($p=0,005$) : 91,2 % des femmes réfèrent leurs patients dépressifs au psychiatre alors que seuls 74,1 % des hommes le font.
- Le secteur d'exercice ($p=0,0000$) : les généralistes du secteur libéral ont moins tendance à référer leurs patients dépressifs au psychiatre que leurs homologues du secteur public (respectivement 61,8 % vs 89,3 %).

Tableau 22 : Conduite des médecins et facteurs sociodémographiques (suite).

Facteur sociodémographique	Effectif	Conduite des médecins		P
		Référer	Traiter	
Nombre d'années d'exercice				
<10	56	85,7 %	14,3 %	0,247
>10	120	78,3 %	21,7 %	
Stage en psychiatrie				
Oui	118	82,2 %	17,8 %	0,465
Non	58	77,6 %	22,4 %	
Formation continue				
Oui	141	77,3 %	22,7 %	0,022
Non	35	94,3 %	5,7 %	
Formation post-universitaire en Psychiatrie				
Oui	19	63,2 %	36,8 %	0,047
Non	157	82,8 %	17,2 %	

La formation des médecins influence aussi leur conduite dans la mesure où :

- Les médecins qui suivent régulièrement une formation continue sont moins enclins à référer leurs patients dépressifs à la différence de ceux qui n'en bénéficient pas (respectivement 77,3 % vs 94,3 % ; $p=0,022$).
- Les médecins qui ont bénéficié d'une formation post-universitaire spécifique en psychiatrie réfèrent moins leurs patients dépressifs que leurs homologues qui n'en ont pas bénéficié (respectivement 63,2 % vs 82,8 % ; $p=0,047$).

En revanche, le stage en psychiatrie ne semble pas être lié de manière significative à cette conduite. Il en va de même pour les antécédents de dépression, qu'ils soient familiaux ou personnels dont les résultats sont détaillés dans le tableau n°23.

Tableau 23 : Corrélations entre la conduite des médecins et leurs antécédents.

Facteur sociodémographique	Effectif	Conduite des médecins		P
		Référer	Traiter	
Antécédents familiaux				
Oui	51	78,4 %	21,6 %	0,629
Non	125	81,6 %	18,4 %	
Antécédents personnels				
Oui	16	68,8 %	31,3 %	0,175
Non	159	81,8 %	18,2 %	
Dépression actuelle				
Oui	3	66,7 %	33,3 %	0,479
Non	172	80,8 %	19,2 %	

B.2.4 Difficultés liées au patient et facteurs sociodémographiques:

A l'instar des attitudes étudiées précédemment, nous avons recherché les déterminants sociodémographiques associés aux difficultés à négocier le diagnostic, le traitement, ou la référence du patient au psychiatre (tableaux n°24 et n°25).

Tableau 24: Associations des difficultés rapportées par les médecins et des facteurs sociodémographiques.

Facteur sociodémographique	Effectif	Difficultés liées aux patients		P
		1 ou moins	2 ou plus	
Sexe				
Masculin	108	62,0 %	38,0 %	0,233
Féminin	68	52,9 %	47,1 %	
Age				
<35 ans	32	71,9 %	28,1 %	0,090
>35 ans	144	55,6 %	44,4 %	
Statut marital				
Marié	149	57,7 %	42,3 %	0,610
Non Marié	27	63,0 %	37,0 %	
Lieu de formation				
Maroc	164	58,5 %	41,5 %	0,515
Etranger	11	54,5 %	45,5 %	
Secteur d'exercice				
Public	121	56,2 %	43,8 %	0,353
Privé	55	63,6 %	36,4 %	
Nombre d'années d'exercice				
<10	56	67,9 %	32,1 %	0,085
>10	120	54,2 %	45,8 %	
Stage en psychiatrie				
Oui	118	60,2 %	39,8 %	0,527
Non	58	55,2 %	44,8 %	

Tableau 25: Associations des difficultés rapportées par les médecins et des facteurs sociodémographiques (suite).

Facteur sociodémographique	Effectif	Difficultés liées aux patients		P
		1 ou moins	2 ou plus	
Formation continue				
Oui	141	57,4 %	42,6 %	0,560
Non	35	62,9 %	37,1 %	
Formation post-universitaire en Psychiatrie				
oui	19	78,9 %	21,1 %	0,055
Non	157	56,1 %	43,9 %	
Antécédents familiaux				
Oui	51	52,9 %	47,1 %	0,337
Non	125	60,8 %	39,2 %	
Antécédents personnels				
Oui	16	43,8 %	56,2 %	0,197
Non	159	60,4 %	39,6 %	
Dépression actuelle				
Oui	3	100 %	0,0 %	0,201
Non	172	58,1 %	41,9 %	

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

B.3. Corrélation entre les attitudes des médecins:

L'objectif de cette étape est d'établir un lien entre certaines attitudes des médecins, notamment :

- Une éventuelle association entre la confiance des médecins et :
 - Ø Leur orientation psychosociale.
 - Ø Les difficultés à négocier avec les patients.
- Une éventuelle association entre la préférence du médecin quant au fait de traiter lui-même le patient ou le référer au psychiatre et :
 - Ø La confiance.
 - Ø L'orientation psychosociale.
 - Ø La difficulté à négocier avec le patient.

Les résultats de l'analyse statistique sont rapportés dans le tableau n°26 et n°27.

Tableau 26: Corrélations du niveau de confiance des médecins avec leur orientation psychosociale et la difficulté à négocier avec les patients.

Variable	Effectif	Confiance		P
		Oui	Non	
Orientation psychosociale				
Favorable	160	45,0 %	55,0 %	0,012
Défavorable	16	12,5 %	87,5 %	
Difficulté liée au patient				
Une difficulté ou moins.	103	49,5 %	50,5 %	0,017
2 difficultés ou plus.	73	31,5 %	68,5 %	

D'après le tableau précédent, nous constatons que la confiance des médecins en leur capacité à traiter les patients déprimés est associée à :

- L'orientation psychosociale ($p=0,012$) : 45 % des médecins avec orientation favorable sont confiants contre seulement 12,5 % parmi ceux qui ont une orientation psychosociale défavorable.
- La difficulté à négocier avec le patient ($p=0,017$) : 50,5 % des médecin qui rapportent moins de difficultés à négocier avec leurs patients ne sont pas confiants contre 68,5 % parmi ceux qui identifient plus de difficultés.

Tableau n°27 : Corrélations de la conduite du médecin avec sa confiance, son orientation psychosociale et les difficultés à négocier avec le patient.

Variable	Effectif	Conduite du médecin		P
		Référer	Traiter	
Confiance				
Oui	74	55,4 %	44,6 %	0,0000
Non	102	99,0 %	1,0 %	
Orientation psychosociale				
Favorable	160	78,8 %	21,3 %	0,027
Défavorable	16	100,0 %	0,0 %	
Difficulté liée au patient				
Une difficulté ou moins.	103	76,7 %	23,3 %	0,111
2 difficultés ou plus.	73	86,3 %	13,7 %	

Le choix entre traitement ou la référence des patients dépressifs au psychiatre est associé de manière significative avec :

- La confiance ($p=0,0000$): en effet 99 % des médecins qui se disent non confiants en leur aptitude à traiter les dépressifs préfèrent les adresser au psychiatre contre seulement 55,4 % pour les médecins confiants.
- L'orientation psychosociale ($p=0,027$) : 100 % des médecins qui ont une orientation défavorable préfèrent adresser leurs patients dépressifs au psychiatre contre 78,8 % pour leurs homologues avec une orientation plus favorable.

Par contre, il ne semble pas que la difficulté à négocier avec le patient soit corrélée à cette conduite.

C. Modèles multi-variés :

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

- La connaissance des médecins généralistes sur la dépression.
- La confiance des médecins généralistes en leur capacité à traiter eux-mêmes les patients déprimés.
- La préférence des généralistes quant à l'attitude de traiter eux-mêmes leurs patients déprimés ou les référer au psychiatre.

C.1. Les déterminants des connaissances globales :

Le tableau n°28 expose le modèle final de régression linéaire multiple ayant comme variable dépendante : le score de connaissance globale [0-15].

Tableau n°28 : Déterminants des connaissances globales des médecins sur la dépression :

Variables déterminantes	b	Intervalle de confiance à 95 %	p
Age (<35ans ou >35 ans)	-1,51	[-2,38 ; -0,32]	0,004
Stage en psychiatrie	-1,10	[-1,89 ; -0,22]	0,011
Formation post-universitaire en psychiatrie	-2,31	[-3,39 ; -0,83]	0,0004
Orientation psychosociale	1,87	[0,29 ; 3,04]	0,008

D'après ce modèle, les déterminants des connaissances des médecins sur la dépression sont :

- L'âge, quand il est inférieur à 35 ans, fait augmenter en moyenne le score global des connaissances de 1,51 point, en comparaison à un âge supérieur à 35 ans (p= 0,004).
- Le stage en psychiatrie (p= 0,011) : le score global des connaissances augmente en moyenne de 1,10 points quand le médecin en bénéficie.
- La formation post-universitaire spécifique en psychiatrie augmente en moyenne le score global des connaissances de 2,315 points (p= 0,0004).
- L'orientation psychosociale, quand elle est favorable, augmente en moyenne le score global des connaissances de 1,87point (p=0,008).

C.2. Les déterminants de la confiance des médecins en leur aptitude à traiter les patients dépressifs :

Sur le tableau n° 29 figurent les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : la confiance des médecins en leur capacité à traiter les patients déprimés.

Tableau n°29 : Déterminants de la confiance des médecins.

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	p
Sexe			
Masculin	3,18	[1,529 - 6,623]	0,002
Féminin	1		
Secteur d'exercice			
Public	0,31	[0,148 - 0,631]	0,001
Libéral	1		
Formation post-universitaire en psychiatrie			
Oui	5,58	[1,650 - 18,867]	0,006
Non	1		
Orientation psychosociale			
Défavorable	0,17	[0,036- 0,842]	0,030
Favorable	1		

Ce modèle nous permet de retenir les déterminants de confiance suivants :

- Le sexe (p=0,002) : ainsi un médecin a 3 fois plus de chance d'être confiant s'il est de sexe masculin (Odds Ratio=3,18).

- La formation post-universitaire en psychiatrie ($p=0,006$) : quand le médecin en a bénéficié, il à 5,6 fois plus de chance d'être confiant (Odds Ratio=5,58).
- Le secteur d'exercice ($p=0,001$) : les médecins du secteur public sont moins confiants que leurs homologues du secteur libéral (Odds Ratio=0,31).
- L'orientation psychosociale ($p=0,03$) : le médecin a plus de risque de ne pas avoir confiance en son aptitude à traiter la dépression si son orientation est défavorable (Odds Ratio=0,003).

C.3. Déterminants de l'attitude « traiter ou référer » :

Les résultats du modèle de régression logistique ayant comme variable dépendante : Conduite du médecin (traiter ou référer) sont récapitulés dans le tableau n°30.

Tableau n° 30 : déterminants de la conduite : « traiter ou adresser le patient » chez les médecins généralistes.

Variable	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	p
Secteur d'exercice			
Public	0,168	[0,05-0,50]	0,001
Libéral	1		
Antécédent personnel de dépression			
Oui	5,336	[0,99-28,562]	0,050
Non	1		
Confiance			
Non	0,012	[0,001-,102]	0,000
Oui	1		
Score de connaissances en thérapeutique	2,100	[1,187-3,716]	0,011

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

- Le secteur d'exercice ($p=0,001$), puisque les médecins du secteur public sont moins enclins à traiter les patients déprimés et préfèrent plutôt les adresser au psychiatre en comparaison avec leurs homologues du secteur libéral (Odds Ratio=0,17).
- La confiance ($p=0,000$), car il y a beaucoup plus de chances qu'un patient qui consulte un médecin confiant, se retrouve pris en charge par ce même médecin au lieu d'être adressé au psychiatre (Odds Ratio=0,012, en comparaison avec les médecins généralistes non confiants).

- Le score de connaissances en thérapeutique ($p=0,01$) : en effet, il y a 2 fois plus de chances que le généraliste traite lui-même ses patients dépressifs quand son score de connaissances en thérapeutique augmente de 1 point (Odds Ratio=2,1).
- Les antécédents personnels de dépression ($p=0,05$) : le fait est que le patient dépressif a 5 fois plus de chances d'être traité par le généraliste qu'il consulte, si ce dernier a déjà présenté un antécédent de dépression (Odds Ratio=5,3 en comparaison avec un médecin sans antécédent de dépression). Cependant, il semble que l'intervalle de confiance et la valeur de p (0,05), remettent en question la significativité statistique de ce facteur.

Discussion

V. Discussion :

A. Points forts et Limites de l'étude :

Notre étude transversale « La dépression : connaissances et attitudes des médecins généralistes » est la première du genre sur le territoire Marocain. Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, susceptibles d'intéresser les acteurs du système de santé. Elle a été réalisée au niveau de 5 sites urbains du royaume (Errachidia, Fès, Oujda, Sefrou et Taza) auprès des médecins exerçant dans les secteurs public et libéral.

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 183 médecins et obtenir un taux de participation à hauteur de 68 %, ce qui est tout à fait comparable aux autres études internationales qui se sont intéressées à cette thématique (Tableau n°31).

Toutefois, l'extrapolation des résultats de la présente enquête à l'ensemble de la population des médecins généralistes du Maroc devrait se faire avec prudence, tant l'échantillon étudié ne découle pas d'un échantillonnage épidémiologique. En effet, l'intention de départ était de faire une étude transversale exhaustive dans les cinq sites, mais au cours de l'enquête, nous avons été contraints de revoir cet objectif à la baisse, par défaut de moyens et de disponibilité des médecins. Pour ces raisons, nous n'avons pas pu inclure tous les omnipraticiens travaillant dans ces villes (exception faite de ceux de la ville d'Oujda). Il en est de même pour les médecins exerçant en milieu rural.

Tableau 31 : Effectifs et taux de réponses de quelques études similaires à la notre.

Auteur	Région/Pays	Année	Taux de réponse	Effectif
S.I. Liu et al. [67]	Taiwan	2008	71,5 %	375*
S.Y.S Wong et al. [66]	Chine	2006	64,2 %	115
D. Hartley et al. [63]	USA	1996	73 %	267
W.A. Shao et al. [69]	USA	1997	82 %	306*
A. Mercier et al. [76]	France	2009	25 %	2087
D. S. Main et al. [71]	USA	1993	79 %	153
J.C. Richards et al. [73]	Australie	2004	69 %	420*
N.J Botega et al. [86]	Brésil	1996	71 %	78
Martin-Agueda et al. [70]	Espagne	2002	-	238
E. Özmen et al. [68]	Turquie	2002	-	300*
M. Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	2006	-	90
Notre étude	Maroc	2010	68 %	176

* : effectif qui inclut aussi les spécialistes non psychiatres ou le personnel paramédical.

Concernant l'outil et la méthode de recueils des données, notre choix s'est porté sur un auto-questionnaire anonyme distribué dans les lieux d'exercice des médecins par des enquêteurs. Il faut dire que les méthodologies employées dans les enquêtes retrouvées dans la littérature connaissent une grande variabilité:

- Questionnaires adressés par courrier postal ou distribués par des enquêteurs [66,69, 70, 71,72, 73, 74,76].
- Questionnaires administrés lors de journées de formation en santé mentale aux médecins généralistes participants [67].
- Questionnaires administrés par entretien téléphonique [63].
- Entretiens structurés avec les médecins [75, 68, 77].

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

Certaines enquêtes retrouvées dans la littérature, ne s'appuient pas sur une évaluation objective des connaissances des médecins sur la dépression, mais se contentent plutôt de leur demander une auto-évaluation de leurs niveaux de connaissances sur le sujet [66, 73, 76]. S'il paraît clair que cette différence méthodologique complique la comparaison de leurs résultats avec les nôtres, il serait intéressant de combiner les deux méthodes dans une prochaine étude, dans l'optique d'apprécier la concordance entre l'auto et l'hétéro-évaluation des médecins sur ce point précis.

B. Discussion des données sociodémographiques :

Etant donné que l'âge, le sexe, la formation post-universitaire en psychiatrie et les antécédents de dépression sont des facteurs qui se sont révélés déterminants dans notre enquête, nous avons jugé nécessaire de les comparer avec les données des autres enquêtes.

Comme le montre le tableau n°32, l'âge de notre échantillon de médecins correspond à celui de la majorité des autres enquêtes [66, 67, 68, 72, 73], à l'exception de l'étude de E. Özmen et al. [68] caractérisée par le jeune âge des praticiens enquêtés.

En revanche, la comparaison des sex-ratios révèle une importante disparité entre les différentes enquêtes (tableau n°33), puisque la variation va de 0,9 à 13.

Tableau 32 : Comparaison de l'âge de notre échantillon avec celui de quelques enquêtes similaires.

Auteur	Age > 35ans
S.I. Liu, et al. [67]	72 %
S.Y.S Wong et al. [66]	65,2 %
J.C. Richards et al. [73]	71 %
E. Özmen et al. [68]	15,6 %
Notre étude	80 %

Tableau 33 : Comparaison du sexe ratio H/F de notre échantillon avec celui de quelques enquêtes similaires.

Auteur	Pays	Sex-ratio H/F
S.I. Liu, et al. [67]	Taiwan	13
S.Y.S Wong et al. [66]	Chine	4,5
A. Mercier et al [76]	France	3,2
E. Özmen et al. [68]	Turquie	1,4
M. Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	0,9
D. Hartley et al. [63]	USA	2
Notre étude	Maroc	1,6

La même constatation est faite à propos du pourcentage des médecins qui ont bénéficié d'une formation post-universitaire en psychiatrie. Notre taux (10,8 %) s'il est légèrement supérieur à celui observé par Saeed et al. au cours de son enquête à Abu Dhabi [72], reste loin de celui des pays occidentaux [63, 66, 67, 69, 73, 76] (tableau n°34).

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

Tableau 34 : comparaison des échantillons des enquêtes en terme de formation.

Auteur	Pays	Formation post-universitaire en psychiatrie
D. Hartley et al. [63]	USA	64,4 %
S.Y.S Wong et al. [66]	Chine	58,3 %
J.C. Richards et al. [73]	Australie	43,6 %
W. A. Shao et al. [69]	USA	19 %
A. Mercier et al. [76]	France	18 %
S.I. Liu, et al. [67]	Taiwan	13,1 %
Notre étude	Maroc	10,8 %
M. Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	10 %

Dans notre enquête, 29,5 % des médecins ont déclaré l'existence d'antécédents de dépression au sein de leur proche. Cette proportion est plus élevée que celle rapportée par Özmen et al. [68] (13,9 %), mais reste en dessous de celle trouvée par Shao et al. [69] (47 %). Ces différences s'expliquent certainement par la variation de prévalence de ce trouble d'un pays à l'autre.

Un nombre moins important de médecins disent avoir souffert d'une dépression au cours de leur vie (9,1 %). Cette proportion est proche de celle objectivée par Shao et al. [69] (13 %).

C. Discussion des connaissances des médecins :

D'une manière globale, la majorité des médecins de notre échantillon sont conscients de l'importance de la prévalence de la dépression majeure que ce soit à l'échelle mondiale (86 %) ou nationale (77,1 %).

Cependant, il est consternant de constater que seule la moitié d'entre eux considère la dépression comme une maladie à part entière (52,3 %). Ce chiffre est relativement proche de celui décrit par les autres auteurs. Ainsi Özmen et al. [68] rapportent que 60,3 % des médecins de leur échantillon admettent le statut pathologique de la dépression.

Ce constat soulève la question de la difficulté pour le médecin généraliste de faire cette distinction en pratique courante. En effet S. I. Liu [67] souligne que 47,2 % de son effectif étudié rapportent une difficulté à nuancer un épisode dépressif nécessitant un traitement d'une simple tristesse. Ce problème a été également noté par E. V. Rijswijk [77] aux Pays-Bas et N. J. Botega [86] au Brésil dans des proportions similaires. Dans le même registre, 73,3 % des médecins enquêtés par M. Saeed et al. [72] ont exprimé le besoin d'avoir des outils qui facilitent le dépistage de cette pathologie.

Dans un autre registre, la majorité des médecins de notre enquête incriminent les facteurs socio-économiques dans la genèse de la dépression (80 %). Ce chiffre est similaire à celui constaté par Özmen [68] en Turquie (94,7 %) mais reste en dessous de celui noté par Botega [86] au Brésil (47%).

Il est cependant frappant de constater que 10,2 % des médecins mentionnent à tort les causes mystiques (sorcellerie, mauvais œil...) comme une origine possible de la dépression. Cette particularité, qui n'est pas retrouvée par les enquêtes occidentales, est à rapprocher des résultats d'Özmen et al. En Turquie [68], qui ont noté que 12,7 % des médecins de leur enquête pensent que les individus qui

pratiquent la médecine parallèle (mystique ou religieuse) peuvent guérir les patients dépressifs.

La seule autre enquête de la littérature menée dans un pays similaire au notre sur le plan socio-religieux n'aborde malheureusement pas cette question (Saeed et al. A Abu Dhabi [72]).

Les symptômes utilisés par les généralistes de l'enquête afin de diagnostiquer une dépression ne sortent pas du cadre des critères convenus par la littérature, qu'ils soient anciens (triade clinique : tristesse, ralentissement psychomoteur et troubles somatiques) ou relativement récents (DSM IV TR [61], CIM 10 [62]).

Cependant, et si la tristesse de l'humeur reste le symptôme le plus récurrent dans leurs réponses (48,3 %), ce sont les symptômes somatiques qui sont cités en 2^{ème} lieu (43,8 %). Cela s'explique sans doute par le profil du patient dépressif consultant en médecine générale au Maroc, marqué par la mise en avant des symptômes somatiques [54].

Nous avons également noté un fait intéressant : l'anxiété ou l'angoisse est considérée comme un symptôme de l'épisode dépressif par 17 % des médecins. L'une des explications plausibles est qu'il s'agisse d'une confusion entre les troubles dépressifs et anxieux (ce dernier étant relativement fréquent en population générale Marocaine (9,3 %) [27]), d'autant plus qu'il existe un chevauchement entre les symptômes des deux pathologies comme le souligne J-M Vanelle [79]. On peut également le considérer sous l'angle d'une co-morbidité des états sub-dépressifs (dysthymies) et anxieux [78].

Le fait de procéder à une évaluation des connaissances par des scores permet une appréciation quantitative des connaissances des médecins et reste un moyen efficace pour re-évaluer ces connaissances ultérieurement afin de juger l'efficacité des mesures et des interventions qui visent à les améliorer.

Notre score de connaissances globale a un intervalle théorique de [-2 ; 17]. Cependant les résultats montrent qu'en pratique il varie entre 0 et 15, soulignant le fait qu'aucun des médecins enquêtés n'avait une connaissance quasi-parfaite du sujet.

Avec une moyenne de 8,3523 +/- 2,8945 DS, nous pouvons dire que nos médecins ont globalement une connaissance moyenne en matière de dépression. Nous avons repartis les médecins en 3 groupes distincts (cf. graphique n°38 au chapitre de l'analyse uni-variée) :

- [0-5] : dont nous estimons les connaissances insuffisantes (15,3 % de l'effectif).
- [6-10] : dont les connaissances sont considérées comme moyennes (64,4 %).
- [11-15] : dont les connaissances sont bonnes (23,3 %).

Tableau 35 : Comparaison du niveau de connaissances de nos médecins sur la dépression avec celui rapporté par d'autres enquêtes.

Auteur	Pays	Pourcentage de médecins ayant une bonne connaissance
Liu et al. [67]	Taiwan	78,3 %
Shao et al. [69]	USA	65 %
Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	50 %
Notre étude	Maroc	23,3 %

La proportion des « bons connaisseurs » en matière de dépression reste faible en comparaison avec celle des autres études (tableau n°35).

D'autres auteurs qui, au lieu d'évaluer les connaissances des médecins, leur ont demandé d'auto juger leurs propres niveaux de connaissances, rapportent

logiquement des taux plus élevés de médecins qui estiment leurs connaissances sur le sujet satisfaisantes. C'est ainsi que A. Mercier [76] rapporte une proportion de 95,5 %, S. Y. S Wong [66] un taux de 83,3 % et J. C. Richards [73] un pourcentage de « bons connaisseurs » qui s'élève à 91,7 %.

Les connaissances de notre échantillon en thérapeutiques pharmacologiques de la dépression sont distribuées de la même façon que le score global des connaissances :

- [0-1] : connaissances insuffisantes (12,5 %).
- [2-3] : niveau de connaissances moyen (56,2 %).
- [4-5] : bon niveau de connaissance (31,3 %).

Nous avons remarqué que la proportion des médecins qui ont un bon niveau de connaissances en thérapeutique est supérieure à celle des connaissances globales (23,3 % vs 31,3 %), alors que S.I Liu [67] fait le constat inverse (63 % vs 78 %).

42,5 % des médecins de notre enquête attribuent un effet de dépendance aux médicaments antidépresseurs. Cette fausse conception n'est pas spécifique à notre pays puisque S. I Liu [67] rapporte une proportion identique (43,3 %) alors que E. Özmen [68] note un taux relativement plus faible (20,5 %).

D. Discussion des attitudes des médecins :

Ø Les priorités des généralistes devant un patient dépressif :

Les priorités des médecins de l'enquête devant les patients dépressifs sont dominées par deux attitudes :

- Traiter (33,4 %).
- Evaluer le risque suicidaire et éviter le passage à l'acte (32,3 %)

Puis suivent les attitudes :

- Référer au psychiatre (21 %).
- Hospitaliser (6,8 %).

Il faut noter que le risque suicidaire (véritable urgence devant un patient dépressif) n'est présent à l'esprit que du tiers des médecins, alors que ça devrait être la hantise de tout médecin devant ce type de patients.

D'un autre côté, si les attitudes « traiter », « évaluer le risque suicidaire » et « référer au psychiatre » demeurent compréhensibles, l'hospitalisation évoquée par 6,8 % des généralistes l'est beaucoup moins. Cette attitude découle peut être de la confusion qui entoure l'expression « épisode dépressif majeur » utilisée dans la formulation de cette question (cf. annexe 3). En effet, il s'agit de la traduction littérale de l'expression en anglais « *Major depressive disorder* » qui désigne un épisode dépressif répondant aux critères diagnostiques listés dans le DSM IV TR et qui nuance les épisodes dépressifs majeurs d'intensité légère, moyenne et grave [61].

C'est probablement cet amalgame qui a induit les 6,8 % des généralistes en erreur. En croyant qu'il s'agisse d'un épisode dépressif sévère, ils ont indiqué une hospitalisation alors que ce n'est pas nécessaire. Puisque le terme « major » ne traduit pas la sévérité de l'épisode, certains auteurs francophones préfèrent le traduire par « caractérisé » pour lever toute confusion.

Ø Les attitudes thérapeutiques :

Les psychotropes sont cités comme moyen thérapeutique de 1^{ère} intention par 60,3 % des médecins (n=171). Tandis 17 % de l'effectif des médecins ont recommandé une psychothérapie seule et 14,6 % se sont contentés de conseiller un simple changement d'environnement à leurs patients, alors que 8,2 % ont recommandé une association des deux.

Le tableau n°36 nous montre que notre échantillon de médecins optent moins pour les psychotropes comme base de traitement, et utilisent moins les antidépresseurs en comparaison avec les médecins des pays comme la Espagne ou l'Espagne [74, 70].

Tableau 36 : Proportion des médecins qui optent pour les psychotropes comme base du traitement de la dépression dans différentes études.

Auteur	Pays	Psychotropes	Antidépresseurs	Autres
Frémont et al. [74]	Espagne	90 %	84 %	74 %
Özmen et al. [68]	Turquie	97,3 %	-	-
Martin-Agueda et al. [70]	Espagne	80 %	96,6 %	73,4 %
Notre étude	Maroc	60,3 %	82,7 %	25,1 %

Fait notable aussi, la proportion des généralistes qui disent prescrire les anxiolytiques ou les neuroleptiques chez un dépressif reste très faible par rapport aux pays cités listé dans le tableau n°36.

Ce résultat, est un peu surprenant, dans la mesure où actuellement, les dernières générations d'antidépresseurs ont pu s'affranchir des effets secondaires

de la première génération, ce qui a rendu leur usage plus facile même chez les sujets âgés. Il aurait donc été légitime de s'attendre à un usage plus intensif de ces molécules dans la dépression. Mais les médecins qui prescrivent les antidépresseurs ne représentent que 84 % des 60 % qui prescrivent les psychotrope (ce qui ne représente que 50,4 % de l'effectif total). Notre étude n'a pas exploré le pourquoi de cette réticence des médecins par rapport aux antidépresseurs.

Faut-il envisager comme explication une perception erronée et des croyances culturelles qui pourraient rejoindre celles de la population générale ? Ainsi, on a entendu même auprès des généralistes des propos qualifiant les antidépresseurs de « drogues », de « somnifères » ou de « simples calmants ». Cette vision est étayée par le grand pourcentage de médecins de notre échantillon qui impute un effet de dépendance à ces molécules (42,5 %).

Ø Orientation psychosociale des médecins :

Environ le tiers des généralistes enquêtés considèrent que la dépression stigmatise le patient dans la société (32,3 %). Cette proportion est paradoxalement en dessous de celles observées par W.A. Shao [69] dans son enquête aux Espagne (47 %). Ceci explique peut être, pourquoi seuls 28,6 % de nos médecins utilisent le terme « dépression » pour annoncer le diagnostic à leur patients.

Dans un autre registre, les trois quarts de l'échantillon ont une attitude positive en accordant plus de temps en consultation aux patients déprimés (74,9 %), en comparaison avec les patients souffrant de pathologies organiques. Cette proportion contraste fortement avec les attitudes des médecins des autres enquêtes, comme celle de M. Saeed [72], de S. Y. S. Wong [66], ou encore W. A. Shao [69] qui notent qu'un grand nombre de praticiens favorisent les malades ayant des pathologies organiques au détriment des patients dépressifs.

Ø Le patient comme obstacle à sa propre prise en charge :

La difficulté à négocier le diagnostic de dépression avec le patient a été soulevée par plus de la moitié de notre échantillon de médecins (54 %). Le déni du diagnostic de dépression de la part du dépressif peut s'expliquer d'une part, par la stigmatisation qui marque la maladie mentale dans notre pays, et d'autre part, par la diversité des plaintes somatiques de la dépression en médecine générale.

Cet obstacle n'est pas particulier à notre pays, puisque d'autres auteurs l'ont soulevé, que ce soit aux Espagne [69], en Australie [73], ou à Taiwan [67] où il semble particulièrement marqué (Tableau n°37).

62,5 % des médecins généralistes de notre enquête disent se heurter souvent à un refus du patient d'aller consulter un médecin psychiatre. Ce taux demeure l'un des plus élevés que nous avons rencontré dans la littérature sur le sujet.

Nutting [76], note dans une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes et leurs patients dépressifs que la non adhérence de ces derniers au diagnostic et au traitement a été identifiée par les praticiens comme étant le chef de file des obstacles dans leur prise en charge.

Par ailleurs, les médecins Australiens semblent être ceux qui rencontrent la moindre résistance de la part du patient dépressif quant au diagnostic, au traitement ou encore à la référence au médecin psychiatre de leurs patients dépressifs (tableau n°37).

Tableau 37 : Proportion des médecins qui trouvent que le patient constitue un obstacle à une prise en charge correcte de la dépression.

Auteur	Pays	Refus du patient		
		du diagnostic	du traitement	de la référence au psychiatre
Liu et al. [67]	Taiwan	81,4 %	87,8 %	87,6 %
Notre étude	Maroc	54,1 %	30,8 %	62,5 %
Shao et al. [69]	USA	40 %	24 %	-
Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	32 %	-	-
Martin-Agueda et al. [70]	Espagne	-	-	42,9 %
Richards et al. [73]	Australie	21,7%	8,6 %	37,3 %

Ø Confiance et référence du patient au psychiatre :

Encore une fois, ce sont les médecins Australiens qui se déclarent les plus confiants en leur aptitude à traiter la dépression et agissent en conséquence en adressant moins de patients au psychiatre [73] (tableau n°38).

En ce qui concerne notre enquête, un peu moins de la moitié s'estiment confiants (42 %) tandis que 80,7 % d'entre eux préfèrent adresser le patient à un psychiatre. Ce taux qui est l'un des plus élevés de la littérature se rapproche de celui constaté par Botega [86] au Brésil (tableau n°38).

Tableau 38 : Confiance des médecins en leurs aptitudes à traiter les dépressifs et leurs préférences quant au fait de les traiter ou les référer.

Auteur	Pays	Médecins Confiants	Médecins qui Réfèrent leurs patients
Richards et al. [73]	Australie	90 %	20 %
Wong et al. [66]	Chine	87,7 %	-
Shao et al. [69]	USA	62 %	58 %
Notre étude	Maroc	42 %	80,7 %
Liu et al. [67]	Taiwan	39,3 %	50,4%
Saeed et al. [72]	Abu Dhabi	36 %	68 %
Martin-Agueda et al. [70]	Espagne	-	6,5 %
Hartley et al. [63]	USA	-	48,6 %
Botega et al [86]	Brésil	-	66 %

E. Discussion des résultats analytiques :

L'un des objectifs de la présente étude est de chercher les éventuels déterminants qui influencent substantiellement le niveau des connaissances des médecins.

L'hypothèse de départ était que les connaissances des médecins seraient influencées par les facteurs suivants :

- Stage en psychiatrie
- Formation continue
- Formation post-universitaire spécifique en psychiatrie
- ATCD familiaux de dépression
- ATCD personnels de dépression.

Au terme de l'analyse uni-variée, le niveau de connaissances des médecins sur la dépression s'est révélé associé au fait qu'ils aient ou non déjà diagnostiqué ou traité une dépression ($p=0,008$). Les médecins qui déclarent n'avoir jamais fait ce diagnostic ont une moyenne de connaissances inférieure aux autres. Il paraît en effet logique qu'une méconnaissance de la pathologie dépressive entraîne les médecins à passer à côté du diagnostic.

Côté thérapeutique, les médecins qui ont eu un meilleur score de connaissances global sont ceux qui prescrivent les antidépresseurs ($p=0,0002$). Ce résultat bien que logique diffère des données de la littérature, qui suggèrent que les médecins les mieux entraînés et formés à prendre en charge ce trouble optent plutôt pour les psychothérapies en premier lieu [73].

Par ailleurs, notre étude a révélé que les médecins qui ont un bon niveau de connaissances sont ceux qui minimisent le plus la résistance du patient à la prise en charge qu'ils lui proposent ($p=0,001$). Cette conclusion objectivée par Main et al. [71] aussi, n'a pas été retrouvée par les autres auteurs qui ont étudié la question de l'influence des connaissances sur les difficultés de prise en charge relative aux patients [67,73]. Tout au plus, ils ont pu identifier un lien entre le niveau des connaissances, et les obstacles relatifs aux médecins.

Il n'en demeure pas moins que cette association soit vraisemblable, dans la mesure où un médecin qui a de bonnes connaissances sur la dépression et ses traitements nous paraît plus apte à convaincre aisément son patient, en le rassurant quant aux réticences infondées vis-à-vis de sa pathologie et notamment l'innocuité du traitement pharmacologique.

Il paraît logique de penser que l'amélioration de la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires passe par une amélioration des connaissances des intervenants de ce secteur et leur action sur la maladie. Il convient donc de rechercher les facteurs déterminants de ces connaissances afin de justifier les interventions qui visent à les améliorer. Notre modèle de régression linéaire multiple en a identifié quatre :

Tout d'abord l'âge jeune (<35 ans, $p = 0,004$), s'avère être associé à un meilleur niveau de connaissance ($b = +1,5$ point au score moyen des connaissances par rapport aux médecins ayant plus de 35 ans). Ce résultat est corroboré par celui retrouvé par Liu et al. à Taiwan [67]. Özmen et al. [68] quant à eux notent l'influence de l'âge jeune sur l'attitude et la distance des médecins vis-à-vis les patients dépressifs. Ce résultat souligne l'intérêt et la nécessité d'une formation continue, car il semble que les connaissances de nos médecins s'estompent au fil des années.

Justement, la formation des médecins se révèle également très déterminante du niveau de connaissances des médecins. Que ce soit le stage en psychiatrie ($b = +1,1$ point ; $p = 0,01$), ou la formation post-universitaire spécifique en psychiatrie ($b = +2,3$ points ; $p = 0,0004$). Ce résultat, en parfaite concordance avec les données de la littérature internationale [63, 66, 67, 71, 73], reste tout à fait logique.

L'orientation psychosociale des médecins, quand elle est favorable, est associée également à un bon niveau des connaissances ($b = +1,87$; $p = 0,0008$). Ainsi un médecin moins distant envers le dépressif, qui minimise ses stigmates, et qui lui accorde plus de temps de consultation s'avère être un « bon connaisseur » du sujet de la dépression. Il reste toute fois difficile d'établir le sens de cette association,

autrement dit si c'est l'orientation psychosociale favorable qui améliore les connaissances ou l'inverse.

D'un autre côté, l'étude des déterminants de la confiance des médecins, réalisée grâce à la régression logistique binaire a permis d'identifier 4 facteurs, à savoir :

- Le sexe ($p=0,002$, Odds Ratio =3,18), en effet les hommes sont plus confiants dans leur démarche thérapeutique que les femmes. Ce résultat a été également constaté par Richards [73] et Hartley [63] dont le sex-ratio de l'échantillon est similaire à le notre (tableau n°33).
- La formation post-universitaire en psychiatrie ($p=0,006$, Odds Ratio=5,58), influence grandement le degré de confiance aussi. La majorité des auteurs font le même constat [63, 66, 67, 71,73].
- Les médecins du secteur public sont moins confiants que leur homologues libéraux ($p=0,001$; Odds Ratio=0,31). Ce facteur a été étudié par peu d'auteurs et nous n'avons pas noté de facteurs qui pourraient expliquer cette différence à part le souci financier des médecins libéraux.
- L'orientation psychosociale défavorable influence négativement la confiance des médecins ($p=0,03$; Odds Ratio=0,003). Ce résultat concorde avec celui de D. S. Main [71] dans son étude.

Enfin, la régression logistique binaire, a permis d'objectiver les facteurs qui poussent les médecins à préférer référer les dépressifs au psychiatre. Nos hypothèses de départ étaient que les facteurs qui auraient une influence sur cette décision sont :

- la confiance des médecins.
- Le niveau de connaissances globales sur la dépression (plus particulièrement en thérapeutique).
- La difficulté à négocier le diagnostic et la conduite thérapeutique avec le patient dépressif.
- L'orientation psychosociale.

Le modèle d'analyse final retenu a confirmé certaines de ces suppositions :

- La confiance ($p=0,000$, Odds Ratio=0,012) reste de loin le facteur le plus déterminant. En effet, il y a beaucoup plus de chances qu'un patient qui consulte un médecin confiant, se retrouve pris en charge par ce même médecin au lieu d'être adressé au psychiatre. Ce résultat, par ailleurs en parfaite concordance avec celui de Hartley [63], reste tout à fait logique.
- D'un autre côté, et si les connaissances générales sur la dépression ne semblent pas être impliquées dans cette décision, la maîtrise des modalités de traitement par les antidépresseurs l'est de manière significative. En effet, il y a 2 fois plus de chances que le généraliste traite lui-même ses patients dépressifs quand son score de connaissances en thérapeutique augmente de 1 point ($p=0,01$; Odds Ratio=2,1). Malheureusement les autres études internationales n'ont

pas nuancé les connaissances globales de celles en thérapeutique, ce qui entrave toute possibilité de comparaison de ce résultat. Hartley et al. [63] ont cependant retrouvé une association significative entre un bon niveau de connaissances et le fait que le médecin traite lui-même le patient.

- Encore une fois, le secteur d'exercice s'avère être déterminant dans cette décision puisque les médecins généralistes des structures publiques adressent plus de patients au psychiatre que leurs homologues libéraux ($p=0,001$; Odds Ratio=0,17). Parmi les explications possibles, on peut évoquer les considérations financières d'une part, et la faible charge du travail dont bénéficient les omnipraticiens libéraux en comparaison avec ceux du secteur public d'autre part.

Contrairement à notre hypothèse de départ, et à la différence des résultats trouvés par Richards et al. [73], la difficulté de négocier avec le patient ne s'est pas révélée déterminante dans le choix entre le fait de le traiter ou le référer. Cette absence de déterminisme dans notre étude est peut être liée à l'interférence créée par l'association des items « refus du diagnostic », « refus du traitement » et « refus d'être référé au psychiatre » dans l'élaboration de cette variable (voir méthodologie).

En effet, si théoriquement parlant, un médecin qui rencontre des difficultés à négocier avec son patient peut opter pour sa référence au psychiatre, un patient qui refuse justement cette idée ne laisse guère le choix au médecin. Ce dernier sera amené à le traiter de lui-même et à composer avec cette difficulté de négociation.

Néanmoins, D. Hartley et al. [63], dont l'essentiel de l'étude se focalise sur la recherche des déterminants de cette décision, n'ont pas relevé de corrélation significative entre le variable « refus du patient d'être référé au psychiatre » et le fait que le médecin traite lui-même ce patient.

Bien que l'orientation psychosociale se soit révélée déterminante dans les connaissances et la confiance, la régression logistique binaire n'a pas conclu à une association significative pour ce qui est de la préférence entre traiter et adresser le patient. A l'image de la variable précédente, il semble que la conception de celle-ci repose sur un contestable dans la mesure où elle regroupe les items « temps de consultation » et « stigmatisation ». Bien que pouvant découler d'une même vision envers la maladie mentale, ces deux attitudes peuvent donner lieu à des conduites opposées. Ceci est surtout vrai pour la décision de traiter ou adresser le patient au spécialiste.

Ainsi un médecin peut ne pas accorder un temps de consultation satisfaisant au patient dépressif et préférer de ce fait le référer. Dans un même registre, le praticien convaincu des stigmates qui pèsent sur le patient qui consulte en psychiatrie évitera probablement de l'adresser. Or la conviction de la stigmatisation de la maladie mentale et le fait que le médecin accorde un temps de consultation court au patient définissent dans notre méthodologie l'orientation psychosociale défavorable. Ceci explique peut-être pourquoi cette attitude ne s'est pas avérée déterminante dans une telle décision.

Cette conduite semble être influencée aussi par d'autres facteurs qui, malheureusement, n'ont pas été pris en compte au cours de la présente étude. Parmi ces facteurs, il nous semble que la charge du travail du médecin (nombre de patients vus par jour) pourrait jouer un rôle crucial dans la prise d'une telle décision

par le praticien. Cette hypothèse a été d'ailleurs confirmée par un nombre d'auteurs qui considèrent qu'une charge importante de travail constitue un obstacle majeur à ce que le généraliste traite lui-même ses patients dépressifs [63,66].

De plus, le caractère multi-site de notre enquête pourrait aussi faire intervenir un autre déterminant non pris en compte, à savoir, les particularités de l'offre de soins psychiatrique dans les 5 villes, que ce soit en termes de :

- Démographie.
- Disponibilité, temps d'obtention des rendez-vous.
- Qualité de la coopération et communication entre les équipes spécialisées en psychiatrie et leurs confrères généralistes).
- Nature des structures de soins psychiatriques disponibles dans la région (communautaires ou hospitalières).

Cet aspect a été largement exploré par certains auteurs qui ont souligné son rôle déterminant [64,65].

En conclusion nous pouvons retenir donc que, la formation préalable dans le domaine de la psychiatrie (sous forme de stage ou de formation continue) joue un rôle primordial dans l'amélioration des connaissances des médecins généralistes en matière de dépression, de la même façon qu'elle influence le degré de confiance en leur aptitude à la traiter. Confiance, qui à côté d'une bonne connaissance en thérapeutique, reste fortement impliquée dans leur choix de traiter ou référer les patients dépressifs.

Recommendations

VI. Recommandations :

Nous avons noté que le statut pathologique de la dépression, bien que scientifiquement admis, ne fait pas l'unanimité au sein de la population générale et même au sein de notre échantillon de médecins (presque la moitié la considère comme étant plutôt un état d'esprit). De ce fait, les obstacles à la prise en charge de ce trouble sont énormes :

1. D'abord, il faut que le malade prenne conscience de son état pathologique pour aller frapper à la bonne porte, autrement dit celle du médecin. Selon l'étude DEPRES [80] menée en 1995 dans 6 pays européens, plus de 2 déprimés sur 5 n'ont pas consulté, et parmi ceux souffrant d'un épisode dépressif majeur, plus d'un tiers n'a pas eu recours aux soins. On est en droit de supposer que la situation dans notre pays est encore bien plus grave vu le poids des préjugés qui entourent encore tout ce qui touche à la maladie mentale.
2. L'insuffisance de l'offre de soins psychiatriques, qui a par ailleurs motivé la réalisation de la présente enquête, dans la perspective d'initier une politique qui s'appuie sur le médecin généraliste comme acteur majeur.
3. Quand le patient consulte, encore faut il que cette dépression soit diagnostiquée et correctement prise en charge. Un bon niveau de connaissances de cette pathologie et de ses modalités thérapeutiques s'avère être une condition sine qua non à une bonne prise en charge, comme l'a souligné notre enquête.
4. Une fois diagnostiquée et un traitement proposé, il faut que le patient adhère à la prise en charge. Or la difficulté à négocier avec le malade reste un obstacle majeur fréquemment rapporté par les médecins de notre étude.

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

A. La formation des médecins généralistes :

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

A.1. L'enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire :

Il faudrait d'abord repenser l'enseignement théorique afin qu'il puisse répondre au profil de la population marocaine. La dépression est de loin le trouble mental le plus fréquent au sein de notre population, et c'est surtout la forme masquée par les plaintes somatiques qui domine en médecine générale [27,54].

Une augmentation du volume horaire consacré à la psychiatrie est fortement souhaitable, ou tout du moins faudrait il revoir à la hausse le temps imparti au chapitre des troubles de l'humeur tout en insistant sur la forme masquée de la dépression ainsi que ses modalités thérapeutiques pharmacologiques.

Le stage en service de psychiatrie devient une nécessité, tant il s'est avéré déterminant dans l'amélioration des connaissances des médecins dans nos résultats d'enquête. Il est triste de constater qu'environ le tiers des médecins de notre échantillon n'en ont pas bénéficié.

Les modalités de prise en charge des étudiants dans leur stage doivent aussi bénéficier d'une attention particulière, en mettant l'accent sur l'aspect pratique du stage. Dans cette optique, l'étudiant doit voir plus de malades dépressifs avec toutes les formes cliniques. Il faut encore une fois insister sur le volet thérapeutique au cours de celui ci, puisque nous n'avons pas trouvé d'association significative entre le stage et une amélioration des connaissances en thérapeutique bien que les connaissances globales étaient améliorées en ce dernier. L'implication des enseignants dans ce domaine est primordiale.

Il est cependant rassurant de constater que certaines universités commencent à adopter ce stage comme étant fondamental, à l'instar de notre faculté de médecine et de pharmacie de Fès depuis septembre 2009.

A.2. Instaurer une politique de formation continue qui cible le médecin généraliste :

Depuis une trentaine d'années plusieurs expériences dans divers pays ont tenté d'améliorer la prise en charge de la dépression par différentes approches et interventions auprès des médecins généralistes.

L'une des plus citées dans la littérature reste le programme suédois de *Gotland Study* [82] qui a montré des résultats intéressants concernant la prise en charge de la dépression. Cette expérimentation, développée sur l'île de Gotland (56 000 habitants) dans les années 1980, a permis d'évaluer l'impact d'une mesure de prévention du suicide par une amélioration du diagnostic et du traitement de la dépression réalisée par les médecins généralistes.

C'est en 1983-1984 que le Comité suédois pour la prévention et le traitement de la dépression a mis en place une étude constituée d'un programme pédagogique et de formation complet sur les symptômes, l'étiologie, le diagnostic, la prévention

et le traitement de la dépression pour tous les omnipraticiens de l'île de Gotland, sous forme de séminaires et de documentation pendant une durée de 2 jours et en 2 fois.

Le programme a été évalué avec soin : 1982 a été utilisée comme une année référence et l'évaluation principale a été effectuée à 3 ans de distance (1985). Plusieurs paramètres de contrôle et données ont été rassemblés pour évaluer les soins du patient déprimé, tels que l'incidence du suicide, les orientations des patients vers le service local de psychiatrie, les admissions en urgence et le nombre de jours d'arrêt de travail. Même la prescription de médicaments psychotropes sur l'île a été mesurée.

Les résultats ont indiqué que les médecins omnipraticiens ont accepté le programme pédagogique et ont obtenu une compétence croissante et une rigueur dans le traitement des états dépressifs. Ce programme a eu pour conséquence une diminution des hospitalisations et des dépenses de santé liées aux dépressions. La fréquence des soins pour dépression a diminué de 30 %. Les congés de maladie ont été diminués de moitié. La prescription de médicaments psychotropes comme les neuroleptiques, les tranquillisants et les hypnotiques a diminué, alors que celle des antidépresseurs augmentait.

Un tel programme a permis surtout de réduire considérablement le taux de suicide, particulièrement chez les femmes, dans l'année qui a suivi sa mise en place. Mais ce taux est remonté aussitôt après l'interruption du programme, et actuellement, le taux de suicide sur l'île de Gotland se situe au niveau antérieur à l'étude. Cela s'explique par le fait que la majorité des généralistes impliqués dans ce programme n'exercent plus dans l'île et par la mobilité de la population elle-même. Le bénéfice des résultats du programme, s'estompant avec le temps, témoigne de la nécessité de reproduire et de relancer à intervalles réguliers ce type de campagne,

de façon à en optimiser l'efficacité. Il a été suggéré que les programmes pédagogiques qui ont pu avoir des effets sur le système de soins devaient être répétés tous les deux ans environ pour obtenir des effets à long terme [83].

B. Education et information des autres acteurs potentiels et du grand public:

Il semble cependant, qu'opter pour une stratégie d'éducation, d'information et de formation qui n'implique que le médecin généraliste soit considéré comme réductionniste par certains auteurs [85]. En effet, l'omnipraticien a beau être le protagoniste autour duquel s'articule cette politique de promotion de la santé mentale, il est loin d'être le seul. D'autres acteurs doivent aussi être touchés par ses campagnes de formation et d'information notamment le personnel paramédical (infirmiers et pharmaciens) mais aussi le grand public.

Ce versant du problème s'est fait plus ou moins sentir lors de notre enquête, quoiqu'il ne fût pas quantifié. En effet, la plainte des médecins concernant la contestation de leurs prescriptions d'antidépresseurs par le patient à son retour de l'officine pharmaceutique était récurrente. Les employés de pharmacies et vraisemblablement dans une moindre mesure les pharmaciens leurs conseillant d'éviter ce genre de médication qui s'apparente à une « drogue ».

Les premières campagnes d'information des populations sur la dépression ont débuté aux Etats Unis à la fin des années 1980. Depuis, plusieurs pays ont emboîté le pas, le dernier en date étant la France avec sa campagne « la dépression, en savoir plus pour s'en sortir » initiée en 2007 [81].

Toutes ces campagnes s'inspiraient les unes des autres et communiquaient la rhétorique commune suivante :

« Il existe une entité caractérisable et observable, la dépression ; cette entité a de graves conséquences individuelles et collectives ; les personnes qui en sont atteintes sont victimes de stigmatisation, alors que la dépression est une maladie, commune, pouvant toucher chacun à tout moment, dont elles ne sont donc pas responsables. Cette maladie est complexe, encore mal comprise, et d'origine multifactorielle, sans qu'une cause en particulier puisse être identifiée ; cependant, il existe des traitements efficaces, pharmacologiques et psychothérapiques ; mais ils sont trop peu ou trop mal utilisés et la maladie est souvent difficilement voire mal identifiée/diagnostiquée ; le recours aux professionnels compétents susceptibles de délivrer ces traitements est trop faible. Pour pallier ces carences, l'information des populations générales et professionnelles sur la dépression est nécessaire. » [81]

Il nous semble que la reprise de ce message, couplée à une campagne de sensibilisation visant à minimiser les stigmates qui marquent la maladie mentale, permettrait d'améliorer la perception qu'a la population de la dépression, de l'encourager à consulter et d'obtenir d'elle une meilleure adhésion thérapeutique.

C. Des interventions synergiques :

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

Cet effet synergique est corroboré par Gilbody et al [85] dans leur méta-analyse de 36 interventions et stratégies de promotion de la prise en charge de la dépression, qui concluent par ailleurs à la meilleure rentabilité de ce type d'interventions en terme de coût. L'un des meilleurs exemples est le projet

« Alliance de Nuremberg contre la dépression », mené en Allemagne depuis janvier 2001 dans la ville de Nuremberg. L'intervention s'est faite sur 3 axes distincts :

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

L'action s'est faite par le biais de plusieurs dizaines de séminaires de formation permanente, de manifestations, de campagnes d'affichage, d'un spot diffusé dans les salles de cinéma, de plusieurs dizaines de milliers de prospectus et de brochures distribués et de comptes rendus réguliers diffusés dans la presse locale.

Ce programme a bénéficié d'une méthodologie très rigoureuse puisque l'évaluation s'est faite en comparaison avec une année référence (année 2000) et une région contrôle (Würzburg). Le critère principal d'efficacité était la réduction du suicide et des tentatives de suicide mais d'autres variables ont été également prises en compte: l'opinion publique sur la dépression, la prescription d'antidépresseurs comparée à celle des benzodiazépines, le nombre de jours d'arrêt de travail pour dépression et le nombre d'orientations des patients vers les psychiatres.

Les résultats étaient très encourageants, puisque durant les deux années d'intervention, une diminution significative de la « suicidalité » a été observée à Nuremberg en comparaison de la région contrôle. Cet effet était observé aussi bien pour le suicide que pour les tentatives de suicide [84].

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

D. Les recommandations de l'OMS :

Pour conclure, nous nous rapportons au rapport sur la santé dans le monde : 2001: « Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs » [16] qui fournit des preuves scientifiques de l'énorme charge des troubles associés aux troubles psychiques. Ce rapport met également en lumière le besoin et les raisons de mettre en place des systèmes et des services de santé mentale intégrés dans la cité (ou la communauté). Les 10 recommandations du rapport définissent les composantes clés pour le développement des systèmes de santé mentale:

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

Conclusion

Conclusion :

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

Notre enquête « la dépression : connaissances et attitudes des médecins généralistes » a relevé des résultats intéressants tant sur le plans analytique que descriptif. Une faible proportion de médecins bénéficie d'une formation continue dans ce domaine, ce qui explique sans doute leur niveau moyen de connaissances en matière de dépression et le manque de confiance qu'ils expriment à propos de leur capacité à traiter correctement les dépressifs. Nous avons aussi constaté que beaucoup de praticiens rencontrent une résistance de la part de leurs patients quant à la prise en charge et que la majorité d'entre eux préfèrent les adresser aux psychiatres alors que le nombre de ces derniers ne dépasse pas 300 sur tout le territoire national.

Notre analyse a démontré la grande influence de la formation continue et des stages de psychiatrie sur le niveau de connaissances et de confiance ainsi que le déterminisme de cette dernière dans la décision thérapeutique.

Elaborer un programme d'action contre la dépression basé sur une action multi-axiale qui cible aussi bien le généraliste que les autres acteurs de la santé ainsi que la population générale paraît donc crucial, afin de promouvoir la santé mentale au Maroc.

Résumés

Résumé :

Selon l'OMS, la dépression majeure représente actuellement un problème de santé public mondial. Ce trouble très fréquent a un impact considérable en termes de mortalité et de qualité de vie pour les patients qui en souffrent, et représente un véritable gouffre économique pour les états.

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance planétaire et ce à la lumière des données du bulletin épidémiologique national de 2005, qui rapportait une prévalence de la dépression majeure de 25,6 % en population générale.

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

Notre étude, qui a pour objectif principal l'évaluation des connaissances et des attitudes des médecins en matière de dépression, a été réalisée au niveau de 5 villes marocaines (Oujda, Fès, Taza, Sefrou, et Errachidia). Elle est basée sur un auto-questionnaire anonyme distribué à 270 médecins. Le taux de réponse est de 67,7 %.

81,8 % des médecins enquêtés sont âgés de plus de 35 ans. Le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation est de 33 %, alors que seuls 10,8 % ont bénéficié d'une formation post-universitaire en psychiatrie. 47,7 % d'entre eux ne considèrent pas la dépression comme une

maladie et 10,2 % pensent que la dépression peut être imputable à des causes mystiques. Seulement 5,7 % connaissent la triade clinique de la dépression dans son intégralité et 42,5 % attribuent un effet de dépendance aux médicaments antidépresseurs. Moins de la moitié des médecins de l'enquête se sentent confiant quant à leur aptitude à traiter la dépression (42 %) et seuls 19,3 % de l'effectifs rapportent qu'il traitent eux même leur patient dépressifs.

L'analyse statistique a objectivé qu'un âge inférieur à 35 ans, le passage par un stage de psychiatrie, une formation post-universitaire en psychiatrie est corrélé de façon significative à un meilleur score de connaissance sur la dépression. De même, la confiance du médecin quant à sa capacité à traiter la dépression s'est avérée significativement liée à ce score.

Il paraît donc judicieux d'agir sur ces déterminants en intervenant d'abord au niveau du cursus universitaire des futurs médecins généralistes par le biais d'une réforme de l'enseignement de la psychiatrie, et au niveau post-universitaire en mettant en place une stratégie de formation continue spécifique à leur intention de afin de les préparer à prendre en charge les patients dépressifs.

Summary:

According to the WHO, the major depression is, nowadays, representing a real problem from which the field of the international public health does suffer. This frequent trouble has a considerable impact in terms of mortality and quality of life of people suffering from it. Also, it embodies a great economical handicap to states.

In fact, Morocco does not represent an exception towards this problem. Indeed, as mentioned in the national epidemiological bulletin of 2005, 25.6% of the Moroccan population suffers from a major depression.

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

The assessment of doctors' knowledge and attitudes towards depression is the major objective of our study. In fact, this study was conducted in five different Moroccan cities (Oujda, Fez, Taza, Sefrou and Errachdia). Moreover, it is based on antonym auto-questionnaires distributed to a sample consisting of 270 doctors. The rate of response was 67.7%.

81.8% of the targeted doctors are above 35years old. The percentage of doctors who had benefited from an internship in psychiatry during their formation is 67%; whereas just 10.8% had a post-university training in this domain. 47.7% of them do not consider depression as an illness and 10.2% think that depression can

be related to some mystic causes. In fact, only 5.7% seem to know the depression's clinical set of three in its integrality and 42.5% attribute an effect of dependency on antidepressant medicines. Actually, less than half of the targeted sample feel confident toward their capacities treating and dealing with depression (42%) and only 19.3% of the effectives report that they do treat and deal with their depressive patients by themselves.

The statistical analysis objectified that an age inferior to 35-year-old, the passage by a training course in psychiatry, and a post-university training in psychiatry are significantly correlated to a better score of knowledge about depression. Also, the confidence of a doctor concerning his or her ability to deal with depression turned out significantly related to this score.

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

ملخص

إستنادا إلى منظمة الصحة العالمية، يعتبر مرض الإكتئاب حاليا مشكلا من مشاكل الصحة العمومية. هذا المرض المتفشي له انعكاسات سلبية على نسبة الوفيات، ظروف عيش الحاملين للمرض، و كذلك على إقتصاد البلدان.

بلد المغرب يعاني هو أيضا من هذا المشكل، إذ أن % 26,5 من مجموع السكان يعانون من المرض حسب الإحصاء الوطني لوزارة الصحة لعام 2005 .

أمام ضعف عدد الأطباء و عاملي القطاع الصحي المختصين في الطب النفسي، يعتبر الأطباء العامون البديل المثالي للتكفل بعلاج حاملي هذا المرض، نظرا لكونهم أكثر عددا، و أحسن توزيعا، إضافة إلى قربهم من المواطنين وعدم معاناتهم من الوصم الذي يطال الطبيب النفسي في مجتمعنا.

الهدف من هذه الدراسة هو الحصول على معلومات بواسطة إستمارة مكتوبة حول معارف و مواقف الأطباء العامين تجاه مرض الإكتئاب.

شملت هذه الدراسة الأفقية 270 طبيبا عاما عاملين بالقطاعين العام و الخاص في خمس مدن مغربية : وجدة، فاس، تازة، صفرو و مدينة الراشيدية. قدرت نسبة الإجابة % 67.7.

% 81.8 من أطباء هذه الدراسة يفوق عمرهم 35 سنة. نسبة الأطباء المستفيدين من تدريب في مصلحة الطب النفسي هي % 67 ، في حين أن % 10.8 فقط إستفادوا من دورة تكوينية في الطب النفسي بعد تخرجهم. % 47.7 لا يعتبرون الإكتئاب مرضا و % 10.2 يرجعونه إلى أسباب خرافية أو دينية. فقط % 5.7 يعرفون الأعراض السريرية الأساسية للمرض بصفة كاملة، كما أن % 24.5 منهم يعتبرون أن مضادات الإكتئاب تسبب الإدمان. أقل من نصف الأطباء المستجوبين (% 42) لا يثقون في قدرتهم على علاج مرضى الإكتئاب، و % 19.2 منهم فقط يفضلون علاج هؤلاء المرضى بأنفسهم.

كما تبين من نتائج هذه الدراسة أن صغر سن الأطباء (أقل من 35 سنة)، إستفادتهم من تدريب في مصلحة الطب النفسي و دورات تكوينية في هذا المجال، كلها عوامل تؤثر إيجابيا على حصيلة معارفهم عن مرض الإكتئاب. كما أن هذه الأخيرة مرتبطة بشكل و طيد مع ثقتهم في قدرتهم على علاج هذا المرض بأنفسهم.

من خلال ما سبق، يظهر جليا أن التدخل لتحسين هذه العوامل، بإعادة النظر في طريقة تدريس الطب النفسي على مستوى الكليات، و تشجيع الأطباء العاميين على الإستفادة من دورات تكوينية في هذا المجال، كفيل بإعدادهم بشكل جيد للعناية بمرضى الإكتئاب.

Annexes

Annexe 1 : [61]

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV

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

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 moi excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 2 : [62]

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10

A. Critères généraux (obligatoires)

1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
 2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
 3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho active (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.
-

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
 3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
-

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
 2. Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
 3. Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
 4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
 5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
 6. Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
 7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.
-

Annexe 3 :

AUTO-QUESTIONNAIRE ANONYME

Dans le cadre d'un travail de thèse intitulé « *La dépression : connaissance et attitudes des médecins généralistes des secteurs public et privé* », une enquête transversale sera menée auprès des médecins généralistes par le biais du présent questionnaire. Je me permets de vous inviter à le remplir et le remettre à l'enquêteur dans l'enveloppe ci-jointe après l'avoir sceller afin de garantir l'anonymat.

Merci de votre coopération

I- Section sociodémographique :

1-Sexe : Masculin ☐ féminin ☐

2-Age : (25-35) ☐ (36-45) ☐ (46-65) ☐

3-Statut marital : Marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf (ve) ☐ célibataire ☐

4-Lieu de formation : Maroc (préciser) : ☐ Etranger (préciser) : ☐

5- Secteur d'exercice :

Public ☐ privé ☐ internes CHU ☐ Urgences ☐

6 -Nombre d'années d'exercice : (1-5) ☐ (6-10) ☐ (11-20) ☐ >20ans ☐

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

Oui ☐

Non ☐

8-Beneficiez vous d'une formation continue dans le domaine médical ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui précisez l'outil de formation continue :

Revue médicale ☐

site Internet ☐

séminaire ☐

autre ☐

9-Avez-vous bénéficié en dehors de votre cursus universitaire médical d'une formation supplémentaire dans le domaine psychologie/psychiatrie (séminaire ; atelier DUI ...) :

Oui ☐

Non ☐

10-Antécédents de dépression dans la famille ou les proches :

Oui ☐

Non ☐

Si oui veuillez préciser :

parents/fratrie ☐

conjoint/enfants ☐

autres ☐

11-avez-vous déjà présenté ou été traité pour un épisode dépressif ? :

Oui ☐

Non ☐

12-présentez vous ou êtes-vous actuellement traité pour un épisode dépressif ?

Oui ☐

Non ☐

II- Section connaissances :

13- La dépression n'est pas une maladie mais un état mental que beaucoup de gens peuvent vivre :

Oui ☐

Non ☐

14- Actuellement, quel rang mondial occupe la dépression parmi les autres maladies ?

Parmi les 5 premières ☐

(6^{ème} -10^{ème}) ☐

(11^{ème}-20^{ème}) ☐

15- En population générale marocaine, la prévalence de la dépression majeure est de :

<8% ☐ (9-20%) ☐ (20-50%) ☐ >50% ☐

16- Parmi les hypothèses étio-pathogénique de la dépression, laquelle ou lesquelles vous semblent vraisemblables ?

Neuro-biologique ☐ Héritaire ☐ Education ☐

Conditions socio-économiques ☐ Mystiques (ensorcellement, mauvais œil...) ☐

17- Avez-vous déjà diagnostiqué ou traité une dépression ?

Oui ☐ Non ☐

18- Citer les éléments de la triade clinique, permettant d'établir le diagnostic d'un épisode dépressif majeur :

.....

.....

.....

19- Quelle est ou quelles sont vos priorités devant un patient chez lequel vous avez diagnostiqué un épisode dépressif majeur ?

.....

.....

20-La dépression est une maladie incurable :

Oui ☐ Non ☐

21- La dépression peut elle guérir spontanément ?

Oui ☐ Non ☐

22- En premier lieu, que recommandez vous à un patient déprimé ?

Psychotropes ☐ psychothérapie ☐ Changement d'environnement ☐

Si psychotropes ce que vous prescrivez [famille(s) ou molécule(s)] :

23- Combien de classe d'antidépresseurs existe-t-il ?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

>4 ☐

24- La durée minimale du traitement antidépresseur est de :

1 mois ☐

4 mois ☐

6mois ☐

8 mois ☐

1an ☐

2ans ☐

25- L'amélioration de l'humeur par le traitement antidépresseur survient en général entre :

(1-7jours) ☐

(7jours-30jours) ☐

(30-60jours) ☐

>60jours ☐

26- Après combien de temps juger vous de l'inefficacité du traitement antidépresseur ?

2 semaines ☐

4 semaines ☐

8 semaines ☐

16 semaines ☐

27- Votre attitude après l'échec d'un traitement antidépresseur :

- Augmenter les doses ☐
- Changer de molécule ☐
- Adjoindre une autre molécule appartenant à une autre famille de psychotropes (anxiolytique...) ☐
- Combiner 2 molécules de la famille des antidépresseurs ☐
- Référer le patient à un médecin psychiatre ☐

28- Les médicaments antidépresseurs entraînent une dépendance :

Oui ☐

Non ☐

III- Section Attitudes :

29- la plupart de vos patients acceptent-ils le diagnostic de dépression que vous établissez chez eux ?

Oui ☐

Non ☐

30- la plupart de vos patients refusent-ils la prise d'un traitement antidépresseur ?

Oui ☐

Non ☐

31- Utilisez-vous le terme « Dépression » lorsque vous informez votre patient de sa maladie ?

Oui ☐

Non ☐

Si non quel est le terme que vous utilisez le plus souvent (en français ou en arabe) :

32- la plupart de vos patients refusent-ils l'idée d'être référés à un psychiatre ?

Oui ☐

Non ☐

33- Pensez vous qu'établir le diagnostic de dépression chez votre patient le condamne à être mal vu dans la société ?

Oui ☐

Non ☐

34- Lors de vos consultations, donnez vous plus de temps à vos patients déprimés qu'aux patients présentant une pathologie organique ?

Oui ☐

Non ☐

Autant de temps ☐

35- Avez-vous confiance en votre capacité à traiter la dépression ?

Oui ☐

Non ☐

36- Après avoir fait le diagnostic d'un épisode dépressif majeur chez un patient, vous préférez :

Traiter vous-même ce patient ☐

le référer a un médecin psychiatre ☐

Références Bibliographiques

- [1] Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 183: 92-94.

- [2] European Commission Actions against depression. Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. 2004 ; ISBN 92-894-8251-6.

- [3] Rosenbaum JF, Hylan TR. «Costs of depressive disorders: a review». *Depressive Disorders*. 1999; 21: 401-449.

- [4] Ramos F, Sennfelt J, Amaral MJ, Valente P. Economia da saúde e saúde mental: Os custos da depressão». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1996; 14: 53-68.

- [5] Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*. 2003 ; 183 :514-519.

- [6] Greenberg PE, Kessler R C et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64 : 1465-1475.

- [7] Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN and Berndt ER. The Economic Burden of Depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993; 54(11): 405-418.

- [8] Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2000; 3 (1): 3-10.
- [9] Friemel S, et al. Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psych Prax*. 2005; 32: 113-121.
- [10] Dewa CS, Lesage A, Goering P, Caveen M. Nature et étendue de la maladie mentale en milieu de travail. Documents de travail et Réponses (Version française). 2004; p.17.
- [11] Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Cost-of-illness studies of depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 98 : 29-43.
- [12] Burton WN, Conti DJ. Use of an Integrated Health Data Warehouse to Measure the Employer Costs of Five Chronic Disease States. *Disease Management*. 1998 ; 1(1) : 17-26.
- [13] Horwath E, Weissman M. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. *Textbook of Psychiatric epidemiology*. New York : Wiley-Liss; 1995. p. 317-44.

- [14] Rouillon F. Les troubles dépressifs récurrents. Paris: John Libbey Eutotext; 2003.
- [15] Rouillon F. Annales Médico-Psychologiques. 2008 ; 166 : 63–70.
- [16] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001.
- [17] WHO. Global Burden of Disease 2004 update.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 03/01/2010.
- [18] Kessler K, Tat Chiu W, Demler O, Walters E. Prevalence, sevrer, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:617–27.
- [19] Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Acta Psychiatr Scand 2004; 109 (Suppl. 420):21–7
- [20] Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 ; 33 : 587–95.

- [21] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 : 8-19.
- [22] Henderson S, Andrews G, Hall W. Australia's mental health : an overview of the general population survey. Aust N Z J Psychiatry 2000 ; 34 : 197-205.
- [23] Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad JA, Nasser SC, Chatterji S et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. Lancet 2006; 367: 1000-06
- [24] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) L'Encéphale, 2005 ; 31 : 182-94
- [25] Kovess V. Epidémiologie et santé mentale. Paris : Flammarion Medecines Sciences ; 1996. p. 160.
- [26] Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : images et réalité s. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr 2003; 79:867-878.

- [27] Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R, Moussaoui D. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 ; DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01431.x : 1-4.
- [28] Royaume du Maroc – Ministère de la santé, Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies. Bulletin épidémiologique Année 2005 : 1-7.
- [29] Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a metaanalysis. *Cancer.* 2009 ; 115(22):5349-61.
- [30] Aouba A, Péquignot F. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et résultats N° 702. septembre 2009 ; DREES.
- [31] OMS : Suicide prévention, Suicide rates per 100,000 by country, year and sex. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html, consulté le 27/01/2010.
- [32] Agoub M, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *Journal of Affective Disorders.* 2006 ; 90 : 223-226.
- [33] Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG .Five-Year Risk of Cardiac Mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms After Myocardial Infarction. *Circulation.* 2002; 105 : 1049-1053.

- [34] Dawson A, Tylee A, Depression: social and economic timebomb. Strategies for quality of care. London, BMJ Publishing Group ; 2001.
- [35] Hadj Ammar M, Khammouma S, Nasr M. Troubles dépressifs et qualité de vie : étude transversale auprès de 360 patients consultant en psychiatrie au CHU de Mahdia. L'Encéphale.2008 ; 34 : 256-262.
- [36] Sullivan MD, Katon WJ, Russo JE, Frank E, Barrett JE, Oxman TE, Williams JW. Patient beliefs predict response to paroxetine among primary care patients with dysthymia and minor depression. J Am Board Fam Pract 2003; 16:22—31.
- [37] Pukrop R, Schlaak V, Moller-Leimkuhler AM. Reliability and validity of quality of life assessed by the Short Form 36 and the modular system for quality of life in patients with schizophrenia and patients with depression. Psychiatry Res 2003; 119:63—79
- [38] Williams JW, Barrett J, Oxman T, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. JAMA. 2000; 284:1519—26.
- [39] Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnham M, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware JE. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. J. Am. Med. Ass. 1989 ; 262, pp. 914-919.
- [40] Pelissolo A. Douleurs corporelles dans la dépression : prévalence et importance clinique. Presse Med. 2009; 38: 385-391

- [41] Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. Hum Psychopharmacol 2004; 19(Suppl. 1):S9-13.
- [42] Royaume du Maroc, Direction de la planification et des ressources financières, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffres 2007. Décembre 2008.
http://srvweb.sante.gov.ma/publication/Etudes_enquete/pages/default.aspx, consulté le 18/09/2009.
- [43] Amara G, Ayachi M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux : importance, difficultés et perspectives. LA Tunisie médicale. 2009 ; Vol 88 : 33-36.
- [44] Société Franco-algérienne de psychiatrie. La santé mentale des Algériennes et des Algériens. Rapport annuel du Ministère de la Santé Algérien. Décembre 2004. <http://www.sfapsy.com/Documents/Sante-mentale-Algerie.pdf>, consulté le 10/02/2010.
- [45] Alezrah C, Bokobza H. Moyens : ressources humaines et structures Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie. p17-34. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FFP/LivreBlanc/LBChap2.html>, consulté le 10/02/2010.
- [46] Belkacem A, El Omari F, Khadri JE, Paes M, Ktiouet JE . Profil de prescription des psychotropes dans un organisme de Sécurité sociale marocain. L'Encéphale. 2006 ; 32 : 335-40.

- [47] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, section enseignement : <http://www.fmpf.ac.ma/enseignement.htm>, consulté le 20/02/2010.
- [48] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, section enseignement / programme des cours : <http://www.fmp-uh2c.ac.ma>, consulté le 20/02/2010.
- [49] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, section programme des études : http://www.medramo.ac.ma/fmp/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=138, consulté le 20/02/2010.
- [50] Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale : Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions. La Revue du praticien. Médecine générale. 1996 ; 325 : 24-27.
- [51] Molto J. La dépression masquée. Le Généraliste. 1998 ; 1903 :21.
- [52] Bao Y, Sturm R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. Psychiatr Serv. 2003; 54:693-7.
- [53] Greco T, Eckert G, Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. J Gen Intern Med. 2004; 19:813-8.
- [54] Nadia Mouchtaq. Enquête épidémiologique sur la dépression majeure en médecine générale. Th D Méd N° 21. Université Hassan II, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca. 1992 ; pp.45, 56, 79.

- [55] Touhami M, Otarid O, Moussaoui D, Samoali O. « Bouya Omar ou l'autre psychiatrie » - Psychiatrie Francophone. 1982 ; 3: 36-38.
- [56] Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. BMC International Health and Human Rights. 2004, 4:3.
- [57] Kovess V, Gysens S, Chanoit PF. Une enquête de santé mentale : l'enquête de santé des franciliens. Ann Med Psychol. 1993 ; 151 : 624-8.
- [58] Lecrubier Y, Boyer P, Lépine JP, Weiller E. Results from the Paris centre.
In : Üstün TB, Sartorius N, eds. Mental Illness in General Health Care : an international study. Chichester : John Wiley. 1995 : 210-25.
- [59] Zarifan E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Rapport au ministre de la santé 1996.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/964063200/index.shtml>, consulté le 21/01/2010.
- [60] Fleurette F, Zagury P, Pigeon M. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Agence du médicament (France). Direction des études et de l'information pharmaco-économiques; Observatoire National des Prescription et Consommation des Médicaments (France). juillet 1998.

- [61] American Psychiatric Association. the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV text revision 2000 .
- [62] OMS. CIM 10 - Chapitre V - Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39) 10^{ème} révision.1992. Épisodes dépressifs (F32).
- [63] Hartley D, Korsen N, Bird D, Agger M. Management of Patients With Depression by Rural Primary Care Practitioners. Arch Fam Med. 1998; 7 :139-145.
- [64] Lambert D, Agger M, Hartley D, Service use of rural and urban Medicaid beneficiaries with depression. Working paper n°6. Maine Rural Health Research Center (1996) Edmund S. Muskie Institute of Public Affairs, Portland, Maine.
- [65] Rosenthal TC, Shiffner JM, Lucas C, DeMaggio M. Factors involved in successful psychotherapy referral in rural primary care. Family Medicine. 1991 ; 23(7) : 527-530.
- [66] Wong SYS, Lee K, Chan K, Lee A. What are the barriers faced by general practitioners in treating depression and anxiety in Hong Kong? Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract. April 2006 ; 60, 4 : 437-441.
- [67] Liu SI, Lu RB, Lee MB. Non-psychiatric Physicians' knowledge, attitudes and behavior Toward Depression. J Formos Med Assoc. 2008 ; 107(12) : 921- 931.

- [68] Sagduyu A, Özmen E, Aker T, Ögel K, Uguz F, Tamar D et al. Knowledge And Attitudes Of General Practitioners About Depression New. Yeni Symposium Journal. Ekim 2008 ; 46 (4) : 206- 214.
- [69] Shao WA, Williams WJ, Lee S, Badgett RG, Aaronson B, Cornell JE. Knowledge and attitudes about depression among non-generalists and generalists. Journal of Family Practice. 1997; 44: 161-168.
- [70] Belén Martin-Agueda, Francisco Lopez-Munoz, T, Gabriel Rubio, José A. Guerra, Agustin Silva, Cecilio Alamo Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. General Hospital Psychiatry. 2005 ; 27 : 305-312.
- [71] Main DS, Lutz LJ, Barrett JE, Matthew J, Miller RS. The Role of Primary Care Clinician Attitudes, Beliefs, and Training in the Diagnosis and Treatment of Depression. Arch Fam Med. 1993; Vol 2:1061-1066.
- [72] Saeed M, McCall. General Practitioners knowledge and attitude towards anxiety and depression in Abu Dhabi. Middle east journal of family medecine. January 2006. Vol 4, Issue 1 :148.
- [73] Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2004; 38:795-803.

- [74] Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. L'Encéphale. 2008. 34 : 205-210.
- [75] Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. J Gen Intern Med. 2002 ; 17 : 103-111.
- [76] Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, Czernichow P. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 2009 ; doi:10.1016/j.encep.2009.04.002.
- [77] Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Family Practice. 2009 ; 10 : 52.
- [78] Guelfi JD. La comorbidité anxiété-dépression et son traitement. L'Encéphale. 1993 ; vol. 19, NS2 (70 ref.) : 397-404.
- [79] Vanelle JM. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses L'Encéphale. 2005 ; Volume 31, Issue 6, Part 3 : 34-36.

- [80] Lépine J, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community. The first pan-european study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997 ; 12 : 19-29.
- [81] Briffault X, Morvan Y, Du Roscoät E. Les campagnes nationales d'information sur la dépression. Une anthropologie biopsychosociale ? *L'Encéphale*.2009 ; doi:10.1016/j.encep.2009.05.005.
- [82] Rutz W. Evaluation of an educational program on depressive disorders given to GP on Gotland. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 ; 79 : 19-26.
- [83] Rutz W, Von Knorring L, Wallinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *J Acta Psychiatr Scand*. 1992 ; 85 (1) : 83-8.
- [84] Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006 Sep; 36(9):1225-3.
- [85] Gilbody S; Whitty P, Grimshaw J, Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review.

- [86] Botega NJ, Silveira GM. General practitioners' attitudes towards depression : A study in primary care setting in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 1996 ; 42 (3) :230-237.