



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

Année 2022

Thèse N° 200

L'impact de la pandémie de COVID 19 sur les patients dépressifs.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/06 /2022

PAR

Mlle. **Zineb SALEHDDINE**

Née Le 07 Avril 1994 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Dépression – Pandémie COVID-19 – Rechutes dépressives – Stress aïgu

JURY

Mme.	F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
M.	I. RAMMOUZ Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M.	K. MOUHADI Professeur de Psychiatrie	} JUGES
Mme.	S. AIT BATAHAR Professeur de Pneumo- Phtisiologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,

Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

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

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

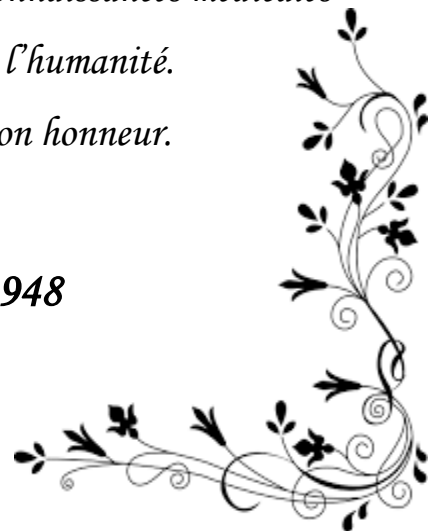
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

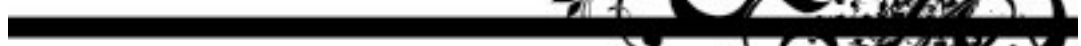
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

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

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

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

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie- réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

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

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie-cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio- organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDAENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie- virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie

BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie-orthopédie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022



DÉDICACES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



﴿أَلَمْ نَشْرَحْ لَكَ صَدْرَكَ (1) وَوَضَعْنَا عَنكَ وِزْرَكَ (2) الَّذِي أَنْقَضَ ظَهْرَكَ
(3) وَرَفَعْنَا لَكَ ذِكْرَكَ (4) فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (5) إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (6)
فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ (7) وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَب (8)﴾

سورة التين والزيتون

اللهم لك الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك وعلو مكانك

*A Allah Tout Puissant, l'Omniscient, l'Omniprésent,
dans sa guidance et sa bonté.*

*« La plupart du temps, ce que l'homme prend pour la grandeur du
spectacle n'est autre chose que la petitesse du spectateur.
Le monde n'éblouit pas Dieu. »
V.Hugo.*

Je dédie cette thèse



A Maman,

Pour qui ces quelques mots ne seront jamais à la hauteur, et à qui je dédie toutes ces années qui ont abouti à ce travail. Ces années et toutes celles d'avant pour lesquelles tu as été mon socle, ma force et mon infinie source d'inspiration. Et durant lesquelles tu as fait tellement de sacrifices pour moi. Tu es la bienveillance, la sérénité, la joie de vivre et le réconfort. Tu es la personne à qui je dois absolument tout. J'espère être à la hauteur de l'éducation exemplaire que tu m'as inculquée, toujours dans l'amour et la sérénité. Je porte en moi fièrement le flambeau de toutes les valeurs d'excellence, d'humanité, d'intégrité, et de force d'esprit que tu as veillées à me transmettre. Puisse ce qui reste à venir être encore plein de bonnes surprises, et de joie à tes côtés.

A Papa,

Je te remercie - au-delà de simples remerciements- du fond du cœur, pour tout ce que tu as fait pour moi, pour tout ce que tu m'as transmis et m'a appris durant toutes ces années. Tu as toujours veillé sur moi de près ou de loin, toujours avec beaucoup de bienveillance et d'amour. Je porte en moi toutes tes qualités et tes valeurs, que tu m'as léguées avec affection, humour, vivacité d'esprit et infinie bonté. Tu es l'homme d'esprit et de cœur par excellence. J'espère que ce modeste travail te rendra fier et ne sera que le début de multiples accomplissements futurs.

A mes tantes, oncles et cousin(e)s,

A cette merveilleuse grande famille, qui est grande dans sa bienveillance, son amour, et son humilité, et qui est toute petite dans sa proximité, dans les liens inextricables tissés entre ses membres. A la famille au sein de laquelle j'ai vu le jour et ai grandi, qui m'a tout appris et m'a donné plus d'amour que rêvé. A cette famille qu'on m'envie partout, dont je parle avec fierté le baume au cœur. A mes tantes et oncles qui sont de véritables parents, à mes cousins et cousines qui sont les frères et sœurs que je n'ai pas eus. A vous tous, un par un, avec qui j'ai vécu des moments formidables, débordant de belles énergies et de joie.

A ma tante Taja, à mon oncle Mohammed, et à ma tante Nadia, que Dieu ait leurs âmes, qui sont partis trop tôt, que je continue d'aimer tendrement, qui font parti de moi, parti de ce que je suis devenue, et qui le resteront à jamais. C'est dans leur ombre bienveillante que je continue de vivre chaque jour.

A mes omelettes ; Fakhita, Meryem et Mouna,

Au cliché de vous appeler « ma deuxième famille », mais à sa vérité due. Vous avez été l'illumination de mes années de médecine, vous avez été la différence entre de simples années de fac et les meilleures années de ma vie. Aux interminables gardes et cours dont on a fait des moments de joie et de fous rires. Aux moments de fête et aux soirées à la maison qui ont fait le bonheur de ces 7 années. A vous comme personnes, aux extraordinaires jeunes femmes que vous êtes, aux exceptionnelles médecins que je vous ai vues devenir. A toi Fakhita et à toute la sérénité d'être que tu as pu me donner dans les moments forts de ma vie, à l'épaulé que tu m'as offerte et qui m'a contenue par la personne hors norme que tu es, à toi Meryem et à la belle complicité de cœur et d'esprit qu'on a su construire, à la personne d'exception que tu es, à toi Mouna et à l'incontestable lien plein d'amour, d'humour et d'admiration qui nous relie, à la merveilleuse personne pleine de vie et d'humilité que tu ne cesses d'être. Sans vous, médecine m'aurait fait perdre la tête.

A Jihane,

A l'amie d'enfance, d'adolescence et de maintenant, à l'amie d'une vie. Tu as été la charpente de mes émois, des hauts et des bas de toutes ces années, tu as assisté au processus de réalisation de ce travail, et tous les autres. Toujours avec ta bonté, ton humour, et ta pureté de sentiments et avec ce grain de folie qui nous a causé tant de fous rires. A toi et à ces moments de partages profonds et plein de sens. Et vrais. Tellement vrais. Merci pour tout.

A Sofia,

A la collègue qui a vite fait de devenir l'amie proche de maintenant, à tout ton soutien durant nos nombreuses gardes, à toute l'aide que tu as pu m'apporter tant professionnelle qu'émotionnelle. A la personne exceptionnelle que tu es, à tes qualités hors normes. A la colocataire qui a fait de 2 mois de COVID un vrai moment de bonheur. A la grande chirurgienne que tu es en train de devenir. Puisse nous vivre encore plein d'aventures ensemble.

A tous mes amis,

des plus près aux plus loins, de manque de ne pouvoir citer tout le monde, sans que toutes ces personnes – les présentes et absentes – aient contribué d'une façon ou d'une autre à tout cela ; à Zineb Sarda, Sebai Ranya, Ait Oussouss Sara, Mellali Khalil, Alaoui El Abidi Ali, Boualane Simohamed, Bouziane Kamilia, Saadi Jihane, Bahmane Mariam, Kabous Nada, Bakka Fatima Zahra, El Bakkal Lamia...

A mes professeurs de primaire Pr Kadiri et Pr Rais

où que vous soyez et aux grands espoirs que vous aviez placés en moi, A mes professeurs de collège et de lycée qui ont cru en moi et ont su me pousser vers l'excellence, plus particulièrement à Pr El Rhazi Dalila qui a été une véritable source d'inspiration et qui est restée à mes côtés jusqu'à ce jour.

A mes professeurs de médecine qui ont participé à ma réussite de près ou de loin, qui m'ont formée, m'ont initié à ce noble métier, et qui m'ont inculqué toutes leurs admirables valeurs, à Pr Nassik pour son extraordinaire humanité, à Pr El Ansari pour sa sereine érudition et à tant d'autres.

A mes collègues et amis internes de l'AMIAG,

avec qui j'ai vécu des moments forts et déterminants, et avec qui j'ai créé des liens pour la vie. Des personnes pleines d'énergie et de responsabilité qui ont fait de mes années d'internat des années plus heureuses et plus viables. Je vous souhaite plein de succès et de bonheur.

A l'équipe de psychiatrie d'Inezgane du CHU Souss-Massa,

au sein de laquelle j'ai passé une année de mon internat et continue de vivre mes présentes années de résidanat. Une équipe avec qui je ne cesse d'apprendre dans la convivialité et la bonne humeur. Merci pour votre soutien continu.

*A notre chère Maître et Professeur Lahlou Laïla,
Professeur d'épidémiologie clinique au CHU Souss-Massa,*

Permettez-moi de vous remercier grandement pour votre collaboration dans la réalisation de ce travail. Votre disponibilité, votre bonté et votre générosité imposent le respect. J'ai énormément appris à vos côtés et vous en suis infiniment reconnaissante, en espérant apprendre et travailler davantage avec vous.

*A tous les patients qui ont croisé mon chemin,
pendant mon externat, internat ou encore ce début de résidanat, à la petite partie que j'ai aidée, et à eux tous qui m'ont immensément aidée dans mon apprentissage scientifique et personnel. Ils ont tous, un par un, construit brique par brique le médecin que je deviens et la personne que je suis. Merci à vous, je vous dédie ce travail et ma vie toute entière.*

A tous ceux que j'ai involontairement omis de citer, toutes les personnes avec qui j'ai grandi et auprès de qui je me suis construite. Merci.



REMERCIEMENTS



*A notre chère Maître et Présidente de thèse
Professeur Fatíha MANOUDI,
Professeur de Psychiatrie au CHU Mohamed VI,
qui m'a fait l'honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. J'ai
eu le privilège et l'honneur de profiter de votre enseignement et
d'innombrables qualités humaines durant mon passage en tant qu'externe
et à présent en tant que résidente en psychiatrie durant les nombreux
congrès où j'ai l'honneur de vous revoir et d'apprendre de vos
interventions. Que ces lignes puissent témoigner de mon grand respect,
ma très haute considération et ma profonde reconnaissance de m'avoir
initiée à cette spécialité qui me tient particulièrement à coeur.*

*A notre cher Maître et Rapporteur de thèse
Professeur Ismaíl RAMMOUZ,
Professeur de Psychiatrie au CHU Souss-Massa,
Permettez-moi de vous remercier du fond du cœur d'avoir accepté de
diriger ce travail, ainsi que pour la bienveillance, la bonté et la modestie
dont vous avez fait preuve à mon égard depuis le premier jour.
Travailler ces dernières années sous votre direction était un réel honneur.
Vos qualités scientifiques, pédagogiques et votre intarissable humanité
m'inspirent beaucoup d'admiration et de respect. Vous êtes un exemple à
suivre. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et ma
reconnaissance les plus sincères.*

*A notre cher Maître Professeur Khalid MOUHADI,
Professeur de Psychiatrie à l'Hôpital Militaire Bensergaou,
CHU Souss-Massa,*

Permettez-moi de vous remercier sincèrement pour votre présence, patience, et gentillesse depuis le début de mon passage d'internat et présement durant mon résidanat. Vos enseignements nous sont d'une précieuse aide, votre bienveillance, votre sens de pédagogie et votre générosité sont une motivation pour nous tous. Veuillez accepter l'expression de mon respect le plus profond.

*A notre chère Maître et Professeur Salma AIT BATAHAR,
Professeur de Pneumologie au CHU Mohamed VI,*

Permettez-moi de vous vouvoyer pour ce passage, afin de pouvoir élever mes considérations aux niveaux dus. Ces quelques lignes ne seront jamais suffisantes pour vous exprimer toute ma reconnaissance, mon affection, et ma grande admiration. Votre personne avec son intarrissable bonté et infinie humilité restera pour toujours un modèle pour moi. Vous portez en vous l'idéal du médecin, de l'enseignante et de l'humain. C'est un immense honneur de vous avoir à mes côtés en ce jour et pour tous les jours à venir je l'espère.



TABLEAUX & FIGURES



Liste des tableaux

Tableau I	: Etude de l'âge de la population de l'étude
Tableau II	: Evolution des échelles Beck et IES-R selon les trois temps de l'étude.
Tableau III	: Comparaison de la pérennité de la profession avant et pendant la pandémie.
Tableau IV	: Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T1.
Tableau V	: Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T2.
Tableau VI	: Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T3.
Tableau VII	: Tableau croisé entre le sexe et la dépression.
Tableau VIII	: Tableau croisé entre la situation familiale des patients et la dépression.
Tableau IX	: Tableau croisé entre le niveau d'étude des patients et la dépression.
Tableau X	: Tableau croisé entre les rentrées financières des patients et la dépression.
Tableau XI	: Tableau croisé entre le niveau socio-économique des patients et la dépression.
Tableau XII	: Tableau croisé entre la sécurité sociale des patients et la dépression.
Tableau XIII	: Tableau croisé entre l'utilisation des réseaux sociaux des patients et la dépression.
Tableau XIV	: Tableau croisé entre les caractéristiques de l'habitat et la dépression.
Tableau XV	: Tableau croisé entre les caractéristiques professionnelles et la dépression.
Tableau XVI	: Tableau croisé entre les caractéristiques du contact avec la pandémie et la dépression.
Tableau XVII	: Tableau croisé entre les caractéristiques cliniques et la dépression.
Tableau XVIII	: Tableau croisé entre l'âge et le stress perçu.
Tableau XIX	: Tableau croisé entre le sexe et le stress perçu.
Tableau XX	: Tableau croisé entre la situation familiale et le stress perçu.
Tableau XXI	: Tableau croisé entre le niveau d'étude des patients et le stress perçu.
Tableau XXII	: Tableau croisé entre les rentrées financières et le stress perçu.
Tableau XXIII	: Tableau croisé entre les rentrées financières et le stress perçu.
Tableau XXIV	: Tableau croisé entre la sécurité sociale et le stress perçu.
Tableau XXV	: Tableau croisé entre l'activité sur les réseaux sociaux et le stress perçu.
Tableau XXVI	: Tableau croisé entre les caractéristiques de l'habitat et le stress perçu.
Tableau XXVII	: Tableau croisé entre la situation professionnelle et le stress perçu.
Tableau XXVIII	: Tableau croisé entre les caractéristiques cliniques des patients et le stress perçu.

Liste des tableaux

- Figure 1** : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2021 correspondant aux trois temps de l'étude
- Figure 2** : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T1.
- Figure 3** : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T2.
- Figure 4** : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T3.
- Figure 5** : Distribution de la population de l'étude en fonction des tranches d'âges.
- Figure 6** : Distribution de la population de l'étude selon le genre.
- Figure 7** : Distribution de la population de l'étude selon le statut matrimonial.
- Figure 8** : Distribution de la population de l'étude selon le niveau de l'étude.
- Figure 9** : Distribution de la population de l'étude selon le statut professionnel avant la pandémie.
- Figure 10** : Distribution selon l'activité professionnelle pendant la pandémie COVID-19.
- Figure 11** : Distribution selon le niveau socio-économique.
- Figure 12** : Distribution de la population de l'étude selon les rentrées financières
- Figure 13** : Distribution de la population de l'étude selon la situation d'habitat.
- Figure 14** : Distribution de la population de l'étude selon le nombre de chambres de leurs habitations.
- Figure 15** : Distribution de la population de l'étude selon le nombre de personnes habitant sous le même toit.
- Figure 16** : Distribution de la population selon l'existence d'un espace extérieur.
- Figure 17** : Distribution de la population de l'étude selon la sécurité sociale.
- Figure 18** : Distribution de la population de l'étude selon l'activité sur les réseaux sociaux.
- Figure 19** : Distribution de la population de l'étude selon le nombre d'heures de connexion sur les réseaux sociaux.
- Figure 20** : Distribution de la population de l'étude selon les cas positifs dans la famille.
- Figure 21** : Distribution de la population de l'étude selon la mise en quarantaine.
- Figure 22** : Distribution de la population de l'étude selon l'ancienneté du trouble.

- Figure 23** : Distribution de la population de l'étude selon les antécédents de tentative de suicide.
- Figure 24** : Distribution de la population de l'étude selon les antécédents organiques.
- Figure 25** : Distribution de la population de l'étude selon les antécédents toxiques.
- Figure 26** : Distribution de la population de l'étude selon le traitement médicamenteux.
- Figure 27** : Distribution de la population de l'étude selon les rechutes dépressives au fil des trois temps de l'étude.
- Figure 28** : Répartition selon les scores du IES-R dans les trois temps
- Figure 29** : Répartition selon les scores du M.I.N.I Risque Sucidaire pendant les trois temps.
- Figure 30** : Evolution du score de dépression Beck selon les trois temps.
- Figure 31** : Evolution du score du stress perçu IES-R selon les trois temps.
- Figure 32** : Distribution des cas de COVID-19 par province et préfecture Mars 2020.
- Figure 33** : La situation pandémique SARS-Cov-2 au Maroc du 20/03/2020 au 20/09/2020 les 6 premiers mois
- Figure 34** : Situation épidémiologique COVID-19 au Maroc de mars 2020 à mars 2022.
- Figure 35** : Nombre total de personnes ayant reçu toutes les doses prescrites par le protocole de vaccination initial, divisé par la population totale du pays.
- Figure 36** : Répartition des personnes vaccinales selon leurs schémas vaccinaux février 27 2022.



ABBREVIATIONS



Litse des abréviations

ALAT	: Alanine aminotransférase
AMO	: Assurance maladie obligatoire
ARN	: Acide ribonucléique
ASAT	: Aspartate–Amino–Transférase
ATCDs	: Antécédents
BHCG	: Hormone Chorionique Gonadotrope
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIM	: Classification internationale des maladies
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECG	: Electrocardiogramme
ECT	: Electroconvulsive therapy
EDM	: Episode dépressif majeur
FDA	: Food and Drug Administration
GGT	: Gamma–glutamyl transférase
IDB	: Inventaire de dépression de Beck
IDB – IA	: Inventaire de dépression de Beck version IA
IDB – II	: Inventaire de dépression de Beck version II
IDSA	: Infectious Diseases Society of America
IES–R	: Impact of Event Scale – Revised
IES	: Impact of Event Scale
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
Khi 2	: Test de Khi–deux de Pearson
LDH	: Lactate déshydrogénase
MENA	: Middle East and North Africa
MERS	: Syndrome respiratoire du Moyen–Orient
M.I.N.I	: Mini–International Neuropsychiatric Interview
NFS	: Numération de formule sanguine

OBG	: Oxford Business Group
OMS	: Organisation mondiale de la santé
P	: Probability value
PAL	: Phosphatase alcaline
PASW	: Predictive Analytics SoftWare
PCP	: Poste de commandement préfectoral
PIB	: Produit intérieur brut
Q25	: Quartile 25
Q75	: Quartile 75
QT	: Intervalle QT
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
Rt	: Taux de reproduction
RT-PCR	: Reverse transcriptase – Polymerase Chain Reaction
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SRAS-CoV – 2	: Syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2
TG	: Triglycérides
T.S	: Tentative de suicide
TSHus	: Thyroid Stimulating Hormone



PLAN



INTRODUCTION	1
I. Contexte de l'étude	4
II. Hypothèses	5
III. Objectifs de l'étude	6
1. Objectif principal	6
2. Objectifs secondaires	6
 MATERIELS ET METHODES	 7
I. Type d'étude	8
II. Temps de l'étude	8
1. T1 : 01 Avril 2020 – 30 Juin 2020	8
2. T2 : 01 Juillet 2020 – 31 Janvier 2021	9
3. T3 : 01 Février – 30 Juin 2021	10
III. Population cible et échantillonnage	10
1. Critères d'inclusion	11
2. Critères d'exclusion	11
3. Lieu de l'étude	11
IV. Instruments et procédure d'enquête	11
1. Recueil de données	12
2. Echelles de l'étude	13
V. Analyses statistiques	16
VI. Critères de jugement	17
VII. Considérations éthiques	17
 RESULTATS	 18
I. Etude analytique descriptive	19
1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée	19
2. Contact avec la pandémie COVID-19	27
3. Données cliniques	29
4. Analyse descriptive des échelles de mesures	32
II. Etude analytique comparative.....	35
1. Evolution des échelles dans le temps	35
2. Evolution du statut professionnel	36
III. Etude analytique bivariée	37
1. Etude de l'analyse bivariée entre les rechutes dépressives et le stress perçu :.....	37
2. Etude de l'analyse bivariée entre la rechute dépressive et les caractéristiques démographiques, pandémiques et cliniques	37
3. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et les caractéristiques démographiques, pandémiques et cliniques	46
IV. Synthèse des résultats analytiques	55
1. Analyse comparative	55
2. Analyse bivariée	56

DISCUSSION	58
I. Rappels	59
1. La dépression	59
2. La pandémie COVID-19	69
3. Pandémie COVID 19 et Maroc	73
II. Discussion des résultats de notre étude	82
1. L'impact de COVID-19 sur la population générale	83
2. L'impact sur les patients suivis pour troubles psychiatriques	83
3. L'impact sur les patients dépressifs	84
4. Particularités de l'évolution de l'impact psychologique de la pandémie	84
5. Explications de l'impact psychologique de la pandémie selon la littérature	86
6. Facteurs influençant la détresse psychologique	87
7. Le retentissement de la pandémie sur le stress des patients dépressifs	88
8. Facteurs influençant le stress perçu des patients dépressifs	89
III. Points forts et limites de l'étude	90
1. Points forts de l'étude	90
2. Limites de l'étude	90
CONCLUSION	91
RESUMES	93
ANNEXES	100
BIBLIOGRAPHIE	113



INTRODUCTION



La pandémie de Covid-19 est la crise sanitaire mondiale de notre époque. Elle est due à une maladie infectieuse émergente, appelée la maladie à coronavirus 2019 ou Covid-19, provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2. Elle apparaît le 16 novembre 2019 à Wuhan, dans la province de Hubei (en Chine centrale), avant de se propager dans le monde (1). Elle a confiné des populations entières, emplissant les hôpitaux débordés, et se traduisant par une augmentation dramatique de la mortalité (2).

La COVID-19 diffère des pandémies passées dans sa gestion politique, sociale, et médicale vue l'évolution imprévisible et en vagues, la disponibilité des traitements et des matériaux consommables, ainsi que par l'effet de l'actualité quotidienne et continue sur le nombre de cas et de décès dans les médias. Les pandémies ou épidémies passées n'ont pas toutes eu des répercussions aussi importantes (3).

La crise sanitaire a grandement retenti sur la santé de la population mondiale, tant sur le plan physique que psychologique. La mise en place des mesures restrictives sociales, l'atmosphère anxiogène que cela a crée et le retentissement sur toutes les sphères de la vie au quotidien, ont eu un impact direct sur le bien-être des individus.

Le vécu psychologique des évènements stressants varie d'une personne à une autre. Les modèles de vulnérabilité-stress (4,5) affirment ces différences. Egalement, d'autres études suggèrent l'existence de vulnérabilités spécifiques – comme la pré-existence d'un trouble psychiatrique – qui prédisposent à une réponse donnée dans les périodes de crises et de stress (6).

L'impact psychologique des pandémies, en particulier des épidémies les plus graves, tend à être plus important que l'empreinte médicale, car les effets psychologiques sont plus prononcés, plus étendus et plus durables que les effets purement somatiques de l'infection (3,7).

Les enjeux indirects d'une telle pandémie sur le plan de la santé mentale sont au moins de deux ordres: l'impact psychologique potentiel du confinement sur la population générale et sur les personnes vulnérables notamment celles souffrant de troubles mentaux (8). Ces enjeux sont liés à l'évolution imprévisible de la propagation du virus et aux stratégies de sécurité sanitaire telles que le confinement et les gestes barrières ainsi qu'à la crise économique qui en résulte.

La réponse des patients suivis pour des pathologies psychiatriques pré-existantes à la pandémie n'est pas clair (9). Plusieurs études ont soulevé le risque d'exacerbation de l'état mental de ces patients-là de façon générale (10), et d'autres ont précisé des niveaux de stress post-traumatique plus élevés chez les patients avec des troubles de l'humeur, y compris les patients dépressifs (11).

La dépression est une maladie courante dans le monde. On estime que 3,8 % de la population est touchée, dont 5 % d'adultes et 5,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. À l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression (12). Dans le pire des cas, la dépression peut conduire au suicide. C'est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans; plus de 700 000 personnes meurent par suicide chaque année (13). La dépression a des répercussions non seulement sur la santé en général et la survie mais aussi sur la vie familiale, les relations sociales et le travail. La qualité de vie des personnes dépressives et de leur entourage est affectée. Selon l'OMS, 1/5 de toutes les causes de handicap sont dues à des maladies psychiatriques et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété (14).

La dépression est caractérisée par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (15). Cet ensemble de symptômes figure depuis la sortie du DSM-5 en mai 2013 dans la catégorie appelée « troubles dépressifs » (16).

Au Maroc, la dépression est le trouble le plus fréquent selon l'enquête nationale réalisée en collaboration entre l'OMS et le ministère marocain de la Santé avec 26,5 % de porteurs d'un épisode dépressif (17). De ce fait les patients dépressifs constituent une grande partie de la catégorie de patients souffrant de troubles psychiques vulnérables à la crise sanitaire au Maroc.

I. Contexte de l'étude :

Devant l'évolution rapide de la situation épidémiologique internationale du COVID-19, l'Organisation Mondiale de la Santé l'a décrétée « Urgence de Santé Publique de Portée internationale » le 30 janvier 2020, puis « pandémie » le 12 mars 2020 (18).

Aussi, l'OMS a recommandé aux Etats membres de se préparer et prendre les mesures nécessaires pour endiguer l'épidémie, notamment par une surveillance active, un dépistage précoce, l'isolement et la prise en charge des cas, la recherche des contacts et la prévention de la poursuite de la propagation de l'infection par la COVID-19.

Dès l'alerte initiale relative à ce nouveau virus, le Maroc a entamé le processus de préparation pour y faire face et a développé son plan national de veille et de riposte au COVID-19 dès janvier 2020. Devant l'évolution rapide de la pandémie en Europe, les mesures sanitaires au niveau des aéroports ont été activées, ainsi que le rapatriement des marocains résidant dans la ville de Wuhan à partir du 01 février 2020 (19).

Le premier cas importé a été détecté le 02 mars 2020, alors que le premier cas de transmission locale a été enregistré le 13 mars 2020. Le 10 Mars 2020, le ministère de la santé a annoncé le premier cas de décès par infection COVID-19. Après un mois d'évolution, un total de 844 cas de COVID-19 a été enregistré au Maroc jusqu'au 03 avril, dont 83,1% étaient des cas autochtones.

Le nombre de cas confirmés a augmenté progressivement, amenant notre pays à mettre en œuvre des mesures de distanciation sociale, consistant en : la fermeture des frontières terrestres, aériennes et maritimes depuis le 15 mars 2020 ; l'arrêt des études pour tous les niveaux scolaires et universitaires ; l'arrêt des prières au niveau des mosquées depuis le 16 mars 2020 ; le confinement progressif de la population depuis le 20 mars 2020, qui est resté néanmoins partiel (19).

Ces mesures, dont l'impact devant être observé dans les 10 à 14 jours suivant leur entrée en vigueur, ont probablement permis un ralentissement relatif de la propagation de l'épidémie dans un premier temps (19).

Sous l'égide de Sa Majesté le Roi, les structures de l'Etat ont mobilisé toutes leurs potentialités d'action et d'organisation à l'effet de contenir le fléau, en limitant sa propagation afin de réduire l'impact et les conséquences qu'il pourrait générer. Tous les aspects de la vie sociale susceptibles d'être bousculés par la pandémie ont eu leur part d'attention et d'action. Qu'il s'agisse de la santé physique ou psychique, de l'économie, de l'ordre public ou du social, tous les secteurs se sont rencontrés dans une planification cohérente en dépit de quelques dysfonctionnements. Cet effort a bénéficié de l'engagement et de l'adhésion des citoyens et des associations qui les encadrent (20).

Les citoyens marocains affichaient, à la fin du confinement, une confiance dans la gestion de l'épidémie menée par le corps médical et les institutions régaliennes et dans les mesures mises en œuvre pour y faire face. Ils avaient, en outre, des craintes encore relativement limitées pour l'avenir sanitaire du pays, mais déclaraient, toutefois, avoir des inquiétudes à propos des retombées économiques de la pandémie. Dans la période qui a suivi ; de juin à la deuxième quinzaine de septembre, la confiance dans les institutions est demeurée forte. Mais les doutes sur l'efficacité des mesures prises et, plus largement, l'inquiétude face à l'avenir, ont grandi au fil des semaines. Cette évolution se retrouve dans d'autres pays, au gré des résurgences d'une pandémie qui persiste et fait de plus en plus sentir ses effets sanitaires, économiques, psychologiques et sociaux (21).

II. Hypothèses :

Nous avons admis que les patients dépressifs pourraient connaître des rechutes plus sévères et un impact traumatique plus important pendant la pandémie de COVID 19.

Les facteurs causant une aggravation des symptômes dépressifs pourraient être en relation avec des caractéristiques sociales ; comme le statut familial, le niveau socio-économique, la situation d'habitat, mais aussi avec les conditions de confinement qui pourraient aggraver les sentiments de solitude chez les dépressifs.

Egalement que les groupes à risque pourraient être les femmes, ayant des antécédents organiques, et de faible niveau socio-économique.

III. Objectifs de l'étude :

1. Objectif principal :

Evaluer l'impact de la pandémie chez les patients suivis pour une dépression et stabilisés avant le confinement, du point de vue rechutes dépressives et stress perçu.

2. Objectifs secondaires :

- Analyser les déterminants environnementaux, socio-économiques et culturels de rechute chez des patients dépressifs suivis et stabilisés.
- Prévenir les risques de rechute et de suicide chez la population dépressive durant la période de confinement.



*MATERIELS
ET METHODES*



I. Type d'étude :

Nous avons mené une étude longitudinale prospective de cohorte descriptive et analytique afin d'évaluer le retentissement de la crise sanitaire sur les patients dépressifs sur trois temps.

II. Temps de l'étude :

Nous avons initié notre étude le 1er avril 2020 jusqu'au 30 juin 2021 (15 mois) en trois temps différents ; T1 du 01 avril 2020 – 30 juin 2020, T2 : 01 juillet 2020 – 31 janvier 2021, T3 : 01 février – 30 juin 2021.

1. T1 : 01 Avril 2020 – 30 Juin 2020 :

Le 1^{er} avril, le ministère de la santé a annoncé en début de journée que 21 nouveaux cas avaient été enregistrés, soit un nombre de cas cumulés de 638.

La semaine du 26 juin, 2 075 cas nouveaux cas ont été enregistrés, le nombre de cas atteints du virus est 12 052.

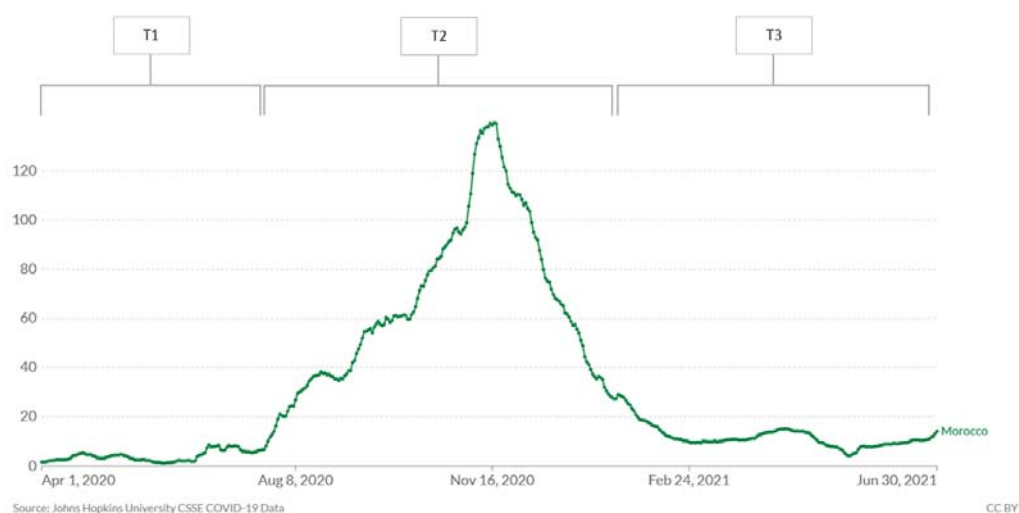


Figure 1 : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2021 correspondant aux trois temps de l'étude

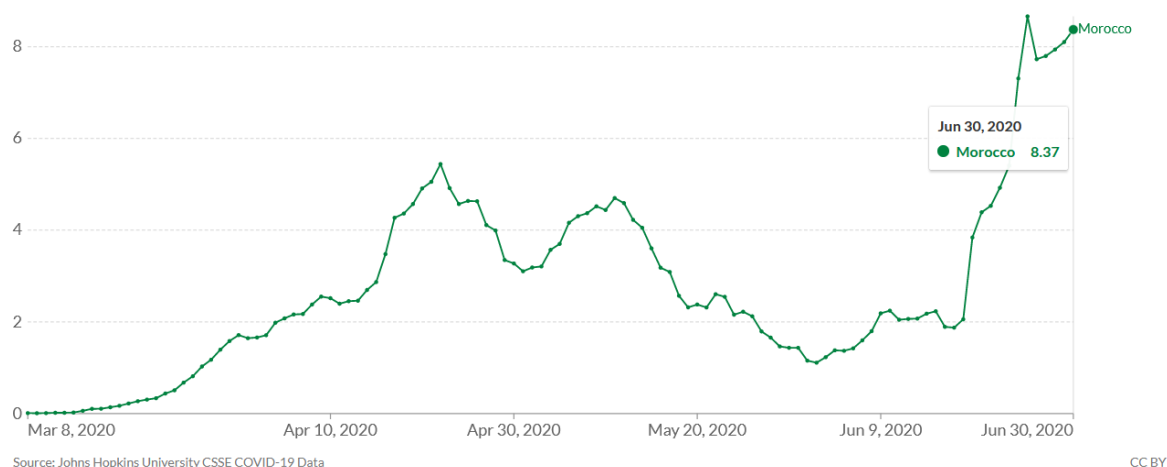


Figure 2 : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T1.

2. T2 : 01 Juillet 2020 – 31 Janvier 2021

Le T2 de notre étude correspondait à la première vague avec le plus haut nombre de nouveau cas constituant le pic de la vague en novembre 2020 avec 137 252 nouveaux cas.

En juillet il y avait 11 789 nouveaux cas, portant le nombre de cas à 24 322 dont 353 décès.

Il y avait, en janvier 2021, 31 964 nouveaux cas, portant le nombre de cas à 471 157 dont 8 275 décès.

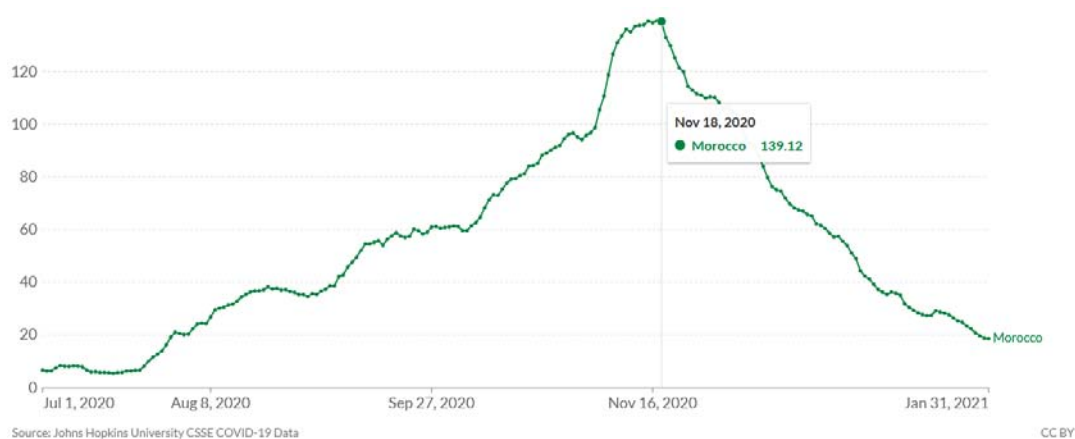


Figure 3 : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T2.

3. T3 : 01 Février – 30 Juin 2021

En février 2021, 12 497 nouveaux cas et 348 décès ont été répertoriés, portant le nombre de cas à 483 654 dont 8 623 décès.

Il y avait 12 145 nouveaux cas et 149 décès en juin 2021, portant le nombre de cas à 531 361 dont 9 296 décès.

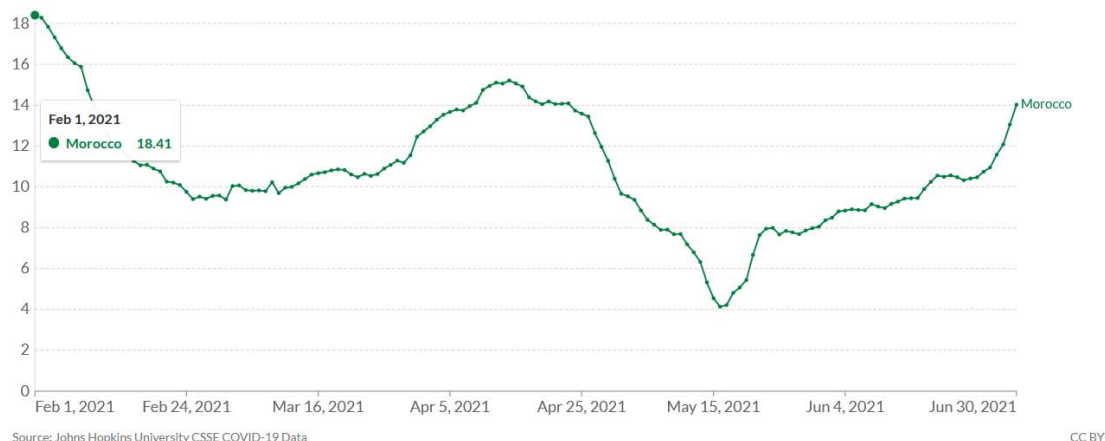


Figure 4 : Répartition des nouveaux cas quotidiens confirmés de COVID-19 par million d'habitants entre le 01 Avril 2020 et le 30 Juin 2020, correspondant au temps T3.

III. Population cible et échantillonnage :

La population cible est représentée par les patients dépressifs adultes suivis en ambulatoire en dehors du contexte hospitalier.

Le recrutement était aléatoire. Nous avons inclus tous les patients (n= 117) se présentant à la consultation psychiatrique ambulatoire du centre hospitalier provincial d'Inezgane et du centre diagnostique d'Agadir répondants à nos critères d'inclusion et abordés sur la base d'une participation volontaire par des interviews en consultation à T1, et par appels téléphoniques à T2 et T3.

1. Critères d'inclusion :

- Patient adulte entre 16 et 65 ans
- Patients suivis pour dépression vus en ambulatoire durant la période de l'étude
- Patient stabilisé sous traitement avant le confinement (20 Mars).

2. Critères d'exclusion :

- Patient non consentant, non coopérant.
- Patients âgés de < 16 ans
- Patients souffrant d'une psychose
- Patients souffrant d'autres troubles psychiatriques
- Patients souffrant d'une dépression délirante
- Patients souffrant d'une dépression de cause organique (post AVC, post HIV, post chimiothérapie..)

3. Lieu de l'étude :

- Au niveau du centre diagnostique d'Agadir.
- Au niveau du service de psychiatrie du centre hospitalier provincial d'Inezgane.

IV. Instruments et procédure d'enquête :

L'enquête a été réalisée anonymement au moyen d'un questionnaire (voir annexe 1) conduit par un médecin lors de consultation lors du premier temps de l'étude (T1). Pour la seconde et la troisième phase de l'étude (T2), la collecte de données a été faite par appels téléphoniques.

1. Recueil de données :

Le questionnaire a été rempli par un médecin résident ou interne en présentiel lors de la première consultation (T1), après avoir expliqué l'intérêt, le déroulement de l'étude et la nécessité des deux autres temps de l'entretien par appels téléphoniques.

L'évaluation au cours des deux autres temps a été faite par appel téléphonique en reprenant les échelles de mesure (Beck, M.I.N.I. Risque Suicidaire, IES-R).

Le MINI de l'Episode Dépressif Majeur (annexe 2) a été administré en début d'étude pour poser le diagnostic d'un épisode dépressif majeur lors du suivi.

Le MINI Risque Suicidaire (annexe 2 bis), l'Inventaire abrégé de dépression de Beck à 13 items traduit en langue arabe (annexe 3 bis) et l'Echelle Révisée d'Impact de l'Evènement (IES-R) (voir annexe 4) ont été administrées au fil des trois temps.

L'Echelle Révisée d'Impact de l'Evènement (IES-R) a été administré avec des instructions spécifiques à la pandémie COVID-19.

Le questionnaire pouvait être rempli en 15 à 20 min et a été testé auprès de 4 patients avant d'aboutir à sa version finale.

Le questionnaire a été élaboré au niveau du service de Psychiatrie du CHU de Sous-Massa comprenant quatre parties ;

La première partie concernait les renseignements démographiques personnels et professionnels (annexe 1) et qui étaient le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau scolaire, la profession, l'activité professionnelle ou scolaire avant le confinement et pendant le confinement, les ressources financières, le niveau socio-économique, la situation familiale, l'habitat ; le nombre de chambres, l'existence d'un espace extérieur, le nombre d'habitants sous le même toit et la sécurité sociale. Ainsi que des données spécifiques à la pandémie COVID-19 telles que la présence d'une personne positive au sein de la famille ou au sein du voisinage proche et la mise en quarantaine (quatorzaine) des patients.

Puis une seconde partie concernant les données cliniques du trouble dépressif regroupant un ensemble d'informations sur le déroulement de la maladie, l'ancienneté du trouble, le traitement, les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents organiques et les antécédents toxiques (annexe 1).

La troisième partie comprenait les quatre échelles admises pour l'enquête.

En premier lieu, le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) de l'Episode Dépressif Majeur, puis le MINI Risque Suicidaire, l'Inventaire abrégé de dépression de Beck à 13 items et l'Echelle Révisée d'Impact de l'Evènement (IES-R).

2. Echelles de l'étude :

2.1. Le Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : (Annexe 2 et 2 bis)

Le Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) est un court entretien diagnostique structuré, valide et fiable, développé conjointement par des psychiatres et des cliniciens aux Etats-Unis et en Europe, pour les troubles psychiatriques du DSM-IV et de la CIM-10. Avec une courte durée d'administration, il a été conçu pour répondre au besoin d'un entretien psychiatrique structuré court mais précis pour les essais cliniques multicentriques et les études épidémiologiques et pour être utilisé comme première étape dans le suivi des résultats dans des contextes cliniques hors recherche (22).

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.

A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient. Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou") (23).

Dans notre étude nous avons utilisé les deux sections ; M.I.N.I Episode dépressif majeur dans le cadre des critères d'inclusion et la section M.I.N.I Risque Suicidaire lors des évaluations.

Nous avons utilisé la version du M.I.N.I traduite et validée en dialectale arabe marocain (24).

2.2. L'inventaire de dépression Beck : (Annexe 3 et 3bis)

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) créé par Dr Aaron T. Beck est un des instruments de dépistage les plus largement utilisés pour mesurer la sévérité de la dépression chez les adultes ainsi que chez les adolescents de plus de 13 ans (25,26).

L'inventaire est composé d'items relatifs à des symptômes dépressifs (tels que le désespoir et l'irritabilité, les cognitions (telles que la culpabilité ou les sentiments d'être punis), ainsi que les symptômes physiques (tels que la fatigue, la perte de poids et la perte d'intérêt pour le sexe).

Il y a deux versions de l'IDB :

L'IDB original, d'abord publié en 1961, puis révisé en 1971 (IDB-IA) et *l'IDB-II*, une version révisée de l'IDB qui a été publiée en 1996, créée pour correspondre aux critères de dépression actualisés du DSM-IV.

Dans notre étude nous avons utilisé la version Abrégé de l'inventaire de dépression de Beck (à 13 items) validé en français (27). Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives bien accepté par les patient et facile à administrer du fait de sa brièveté. Elle est le plus souvent utilisée en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie. Elle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression.

Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (28) :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère (27).

Dans notre étude nous avons utilisé la traduction arabe de la version abrégé de l'inventaire de dépression de Beck (BDI -II) (à 13 items) (29).

2.3. L'échelle révisée d'Impact de l'Événement (IES-R) : (Annexe 5)

L'IES-R est l'une des mesures de dépistage les plus largement utilisées pour l'évaluation des personnes souffrant de réactions de stress traumatique. Il a été développé en 1979 par Horowitz, Wilner et Alvarez pour mesurer la détresse subjective liée à un événement spécifique (30).

L'IES contient deux grands ensembles de réponses, l'intrusion et l'évitement, qui sont caractéristiques de certaines des réactions rapportées par les personnes qui ont eu des expériences traumatiques. L'IES n'est pas une mesure de l'état de stress post-traumatique en soi, mais plutôt de la détresse psychologique associée à une expérience traumatique (31).

En 1997, Weiss et Marmar ont révisé la version originale et y ont ajouté une troisième sous-échelle mesurant les symptômes neurovégétatifs.

L'IES-R est similaire à l'IES en ce sens qu'il s'agit d'une mesure d'auto-évaluation conçue pour évaluer la détresse subjective actuelle pour tout événement de vie spécifique. L'IES-R comporte 22 items, 7 items ayant été ajoutés à l'IES original de 15 items (32). Ces items sont au nombre de 6 et concernent les symptômes d'hyperexcitation tels que la colère et l'irritabilité, l'augmentation de la réaction de sursaut, les difficultés de concentration, l'hypervigilance, et un nouvel item d'intrusion qui concerne la ré-expérience de type dissociatif lors d'un véritable flash-back. La sous-échelle d'hyperexcitation et le nouvel item d'intrusion ainsi que les sous-

échelles d'intrusion et d'évitement existantes correspondent aux critères du DSM-IV pour le syndrome de stress post-traumatique.

Les réponses sont auto-rapportées et permettent d'obtenir 3 sous-scores de symptômes post-traumatiques (Reviviscence, Évitement, Activation psychophysiologique), avec une échelle de 0 (pas du tout), 1 (un peu), 2 (modérément), 3 (assez) et 4 (extrêmement) en fonction des 7 derniers jours.

L'échelle existe en de multiples langues, dont une version française validée pour laquelle on dispose de données psychométriques (33).

V. Analyses statistiques :

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SPSS Inc © Statistical Package for the Social Sciences (*Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 13.0. Chicago: SPSS Inc.*) par le service d'épidémiologie et de recherche clinique du Centre Hospitalier Souss Massa d'Agadir.

L'analyse statistique s'est déroulée en deux étapes / descriptive et comparative.

Une analyse descriptive des variables : qualitative et quantitative.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages puis comparées par test de khi2 ou fisher exact selon les conditions d'application de chacun des tests.

Les variables qualitatives appariées ont été comparées par test de McNemar.

Les variables quantitatives de distribution gaussiennes ont été décrites en moyenne et écart type puis comparées par test T de student.

Les variables quantitatives de distribution non gaussiennes ont été décrites en médiane et intervalle interquartiles puis comparées par tests non paramétriques.

VI. Critères de jugement :

Patient connu dépressif : Nous avons établi comme critère d'inclusion une confirmation diagnostique selon la section M.I.N.I état dépressif majeur.

Patient stabilisé avant le confinement : Nous avons défini la stabilisation des patients par des scores de Beck inférieur à 7 avant le début de l'étude.

Définition de rechute : Nous avons défini dans notre étude le niveau de rechute par des scores de Beck supérieurs à 8, en définissant une rechute par un Beck 'modéré' et 'sévère'.

Définition des scores d'IES-R :

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères.

VII. Considérations éthiques :

Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations tout au long des différents temps de l'étude.



RESULTATS



I. Etude analytique descriptive :

1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée :

1.2. Age :

La moyenne d'âge dans notre échantillon était 44 ans \pm 12 avec des extrêmes allant de 20 à 65 ans (N=117).

Tableau I : Etude de l'âge de la population de l'étude

	Age
Moyenne	43,79
Médiane	44,00
Déviation standard	12,96
Minimum	20
Maximum	65

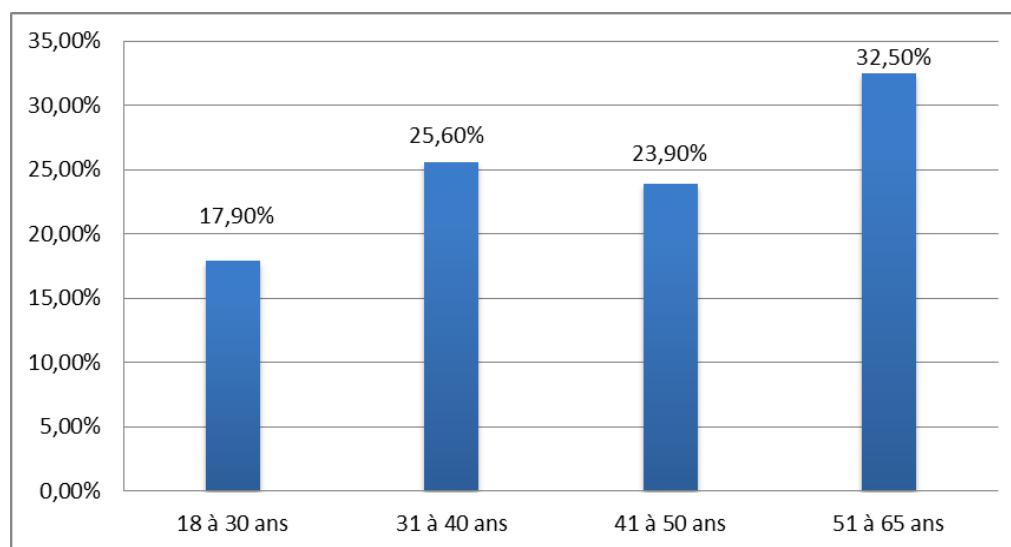


Figure 5 : Distribution de la population de l'étude en fonction des tranches d'âges.

1.3. Sexe :

La majorité des patients de notre échantillon étaient de sexe féminin soit 95 (81,2%) et 22 étaient de sexe masculin (18,8%), avec un sex ratio de 0.23.

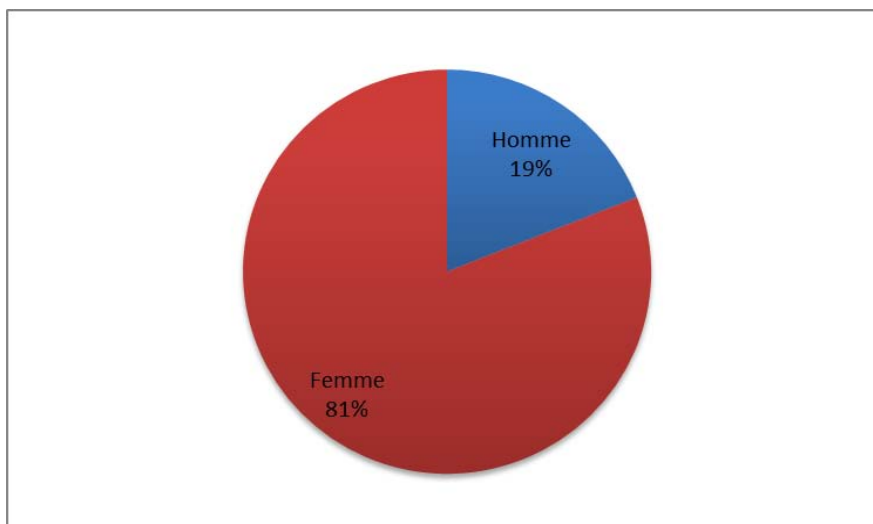


Figure 6 : Distribution de la population de l'étude selon le genre.

1.4. Le statut matrimonial :

Dans notre échantillon, 78 personnes (66,7%) étaient mariées, 16 (13,7%) étaient célibataires, 12 (10,3%) divorcées et 11 (9,4%) veuves.

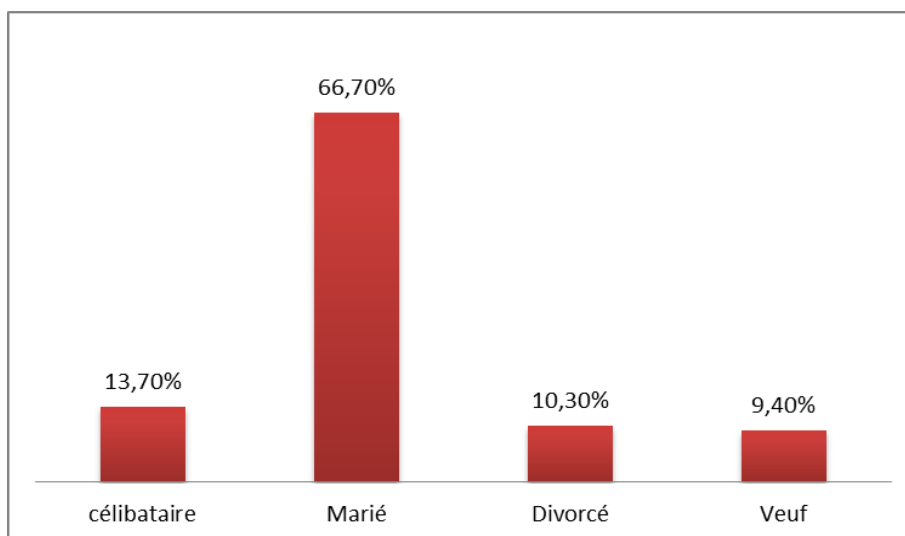


Figure 7 : Distribution de la population de l'étude selon le statut matrimonial.

1.5. Le niveau d'étude :

Sur les 117 patients recrutés presque la moitié étaient analphabètes ; soit 42,7%. Trente et un (26,5%) avaient un niveau scolaire primaire, 23 (19,7%) avaient un niveau secondaire et 13 (11,1%) universitaire.

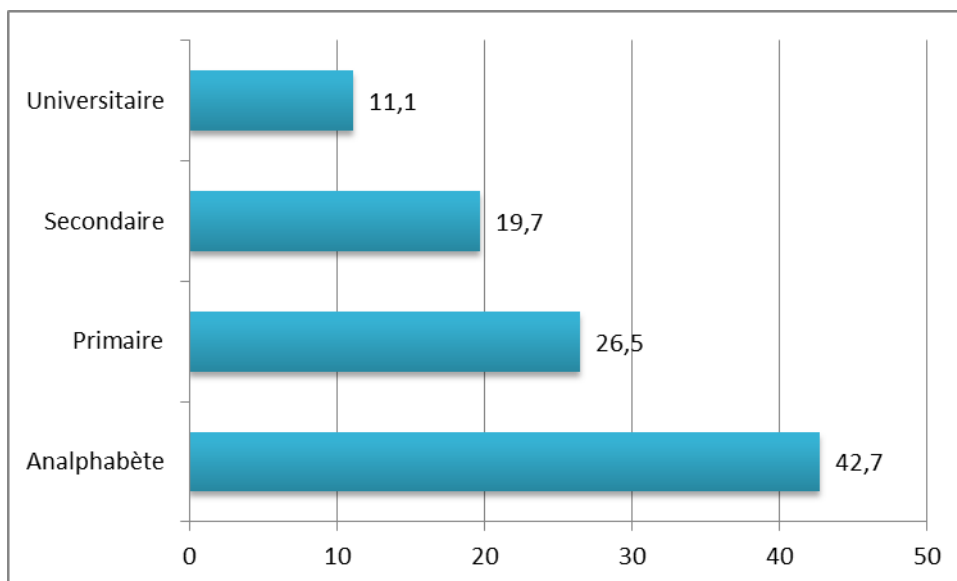


Figure 8 : Distribution de la population de l'étude selon le niveau de l'étude.

1.6. Statut professionnel :

a. Activité professionnelle avant la pandémie COVID-19 :

Au sein de l'échantillon, 72 (61,5%) des patients étaient sans profession contre 45 (38%) qui en avaient une avant la crise sanitaire.

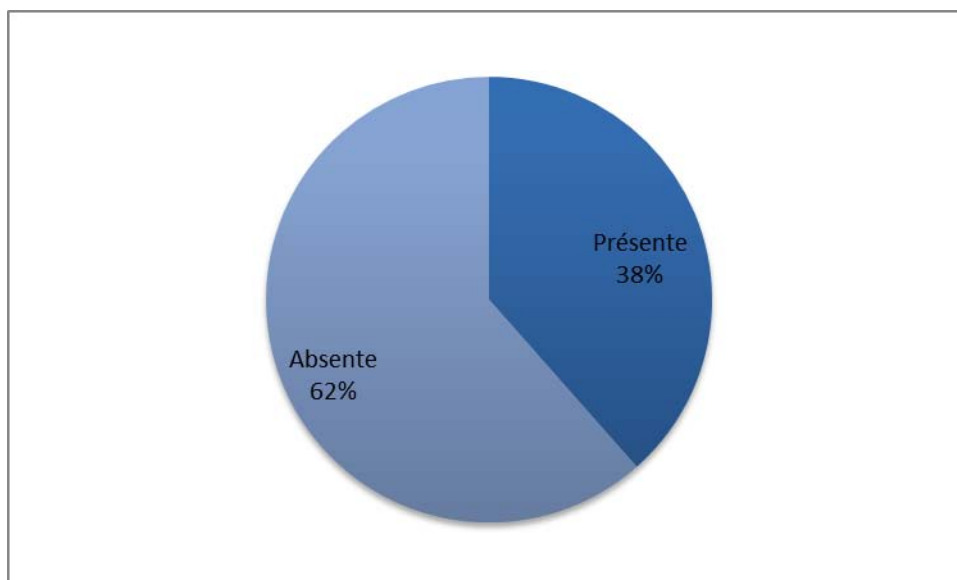


Figure 9 : Distribution de la population de l'étude selon le statut professionnel avant la pandémie.

b. Activité professionnelle pendant la pandémie COVID-19

Sur les 117 patients recrutés, 77,8% (91) n'avaient pas de profession pendant la pandémie COVID-19, et 22,2% (26) ont gardé une profession.

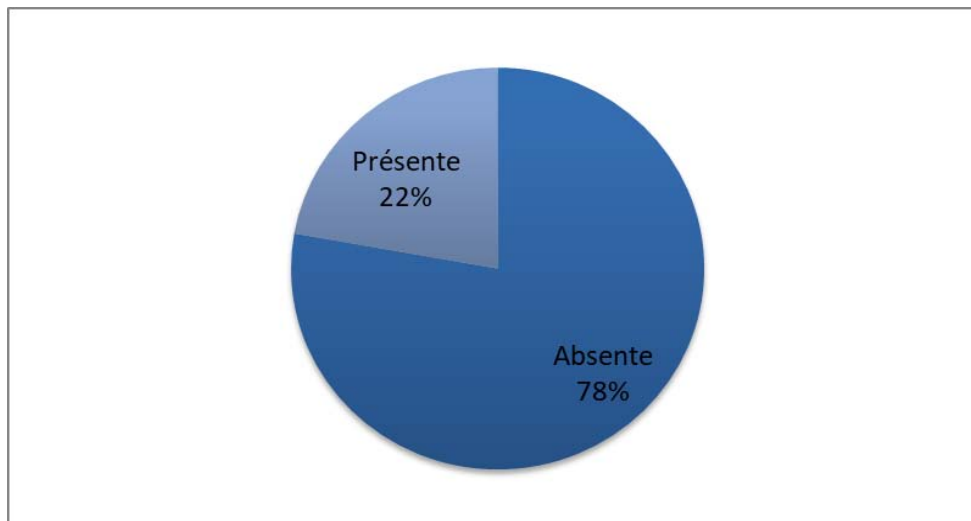


Figure 10 : Distribution selon l'activité professionnelle pendant la pandémie COVID-19.

1.7. Le niveau socio-économique :

Cinquante cinq patients soit 47% rapportaient un niveau socio-économique faible, 50 (42,7%) avaient un niveau socio-économique moyen, et 12 (10,3%) élevé.

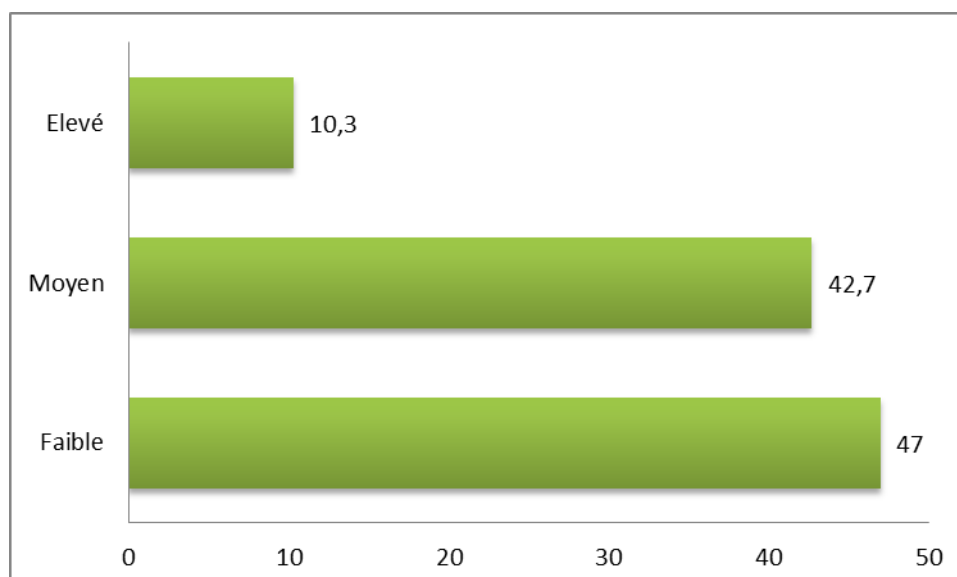


Figure 11 : Distribution de la population de l'étude selon le niveau socio-économique.

1.8. Rentrées financières :

Dans notre échantillon, les revenus de 40,2% (47) patients reposaient sur leur conjoint(e), 35,9% (42) assumaient seuls leurs rentrées financières, et 23,9% (28) sollicitaient leurs familles.

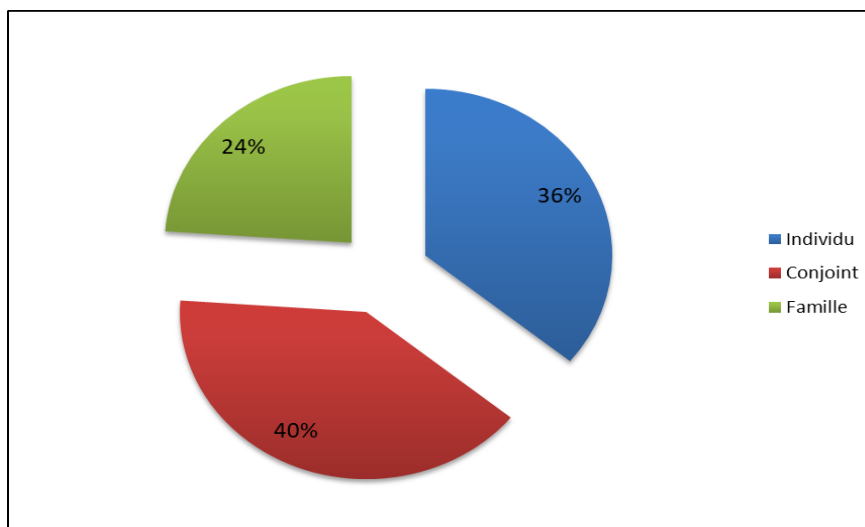


Figure 12: Distribution de la population de l'étude selon les rentrées financières

1.9. Habitation :

a. Situation d'habitat

La majorité de notre échantillon 96,6% (113) vivaient en famille, et 3,4% (4) vivaient seuls.

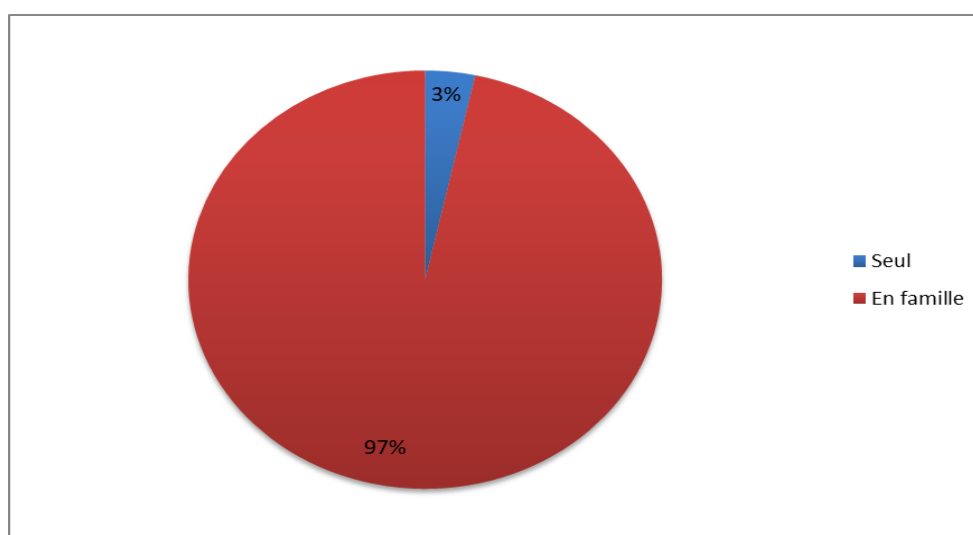


Figure 13 : Distribution de la population de l'étude selon la situation d'habitat

b. Nombre de chambres des habitations

Le nombre de chambres médian était de 3 [2 - 3].

La majorité des patients enquêtés ; 76,9% (90) avaient moins de 3 chambres dans leur logement.

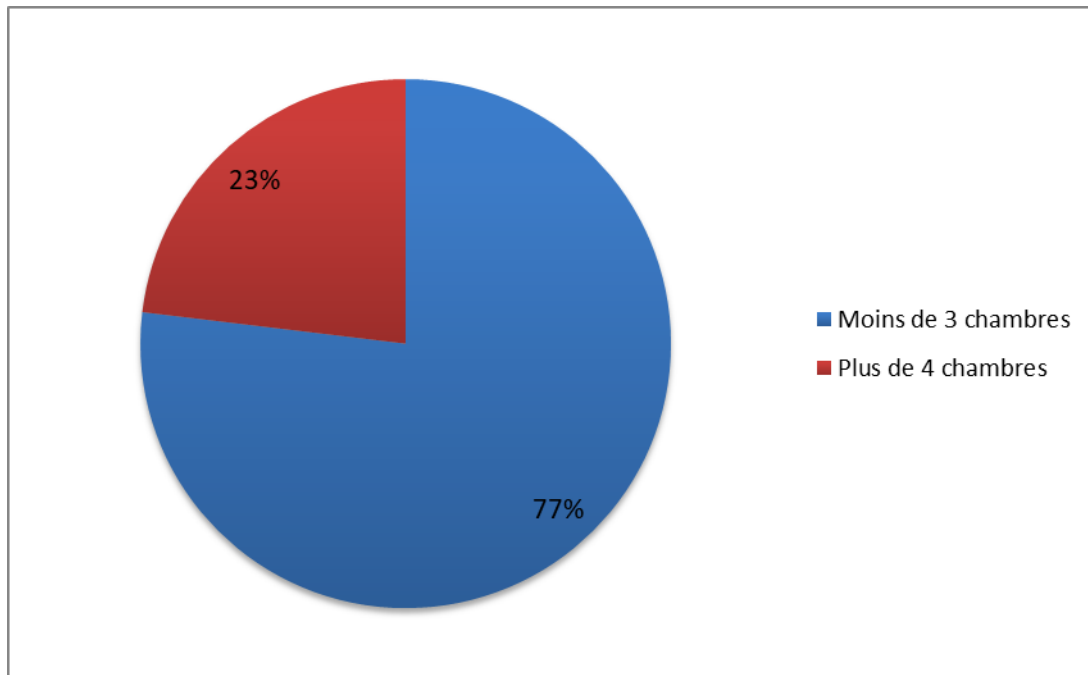


Figure 14 : Distribution de la population de l'étude selon le nombre de chambres de leurs habitations.

c. Nombre de personnes sous le même toit

La moyenne de personnes vivant sous le même toit chez les patients de notre échantillon était de 4 ± 2 . Chez 54,7% (64) des patients recueillis, il y avait moins de 4 personnes sous le même toit, et chez 44,4% (52) il y en avait 5 et plus.

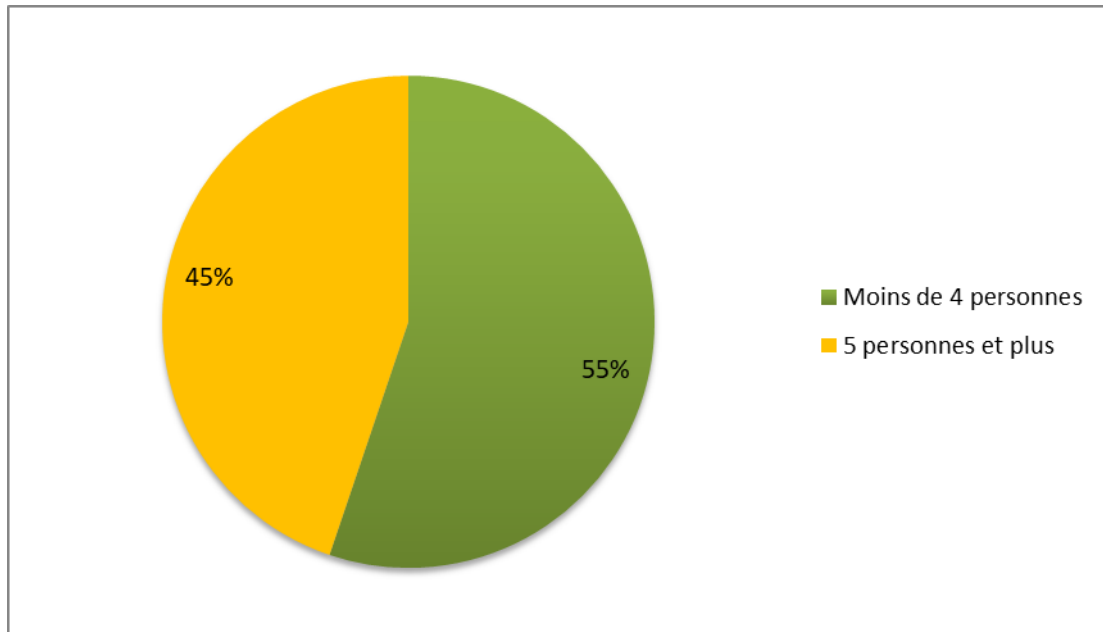


Figure 15 : Distribution de la population de l'étude selon le nombre de personnes habitant sous le même toit .

d. Espace extérieur :

Parmi les 117 patient enquêtés, 36 (30,7%) disposaient d'un espace extérieur et 81 (69,2%) n'en disposaient pas.

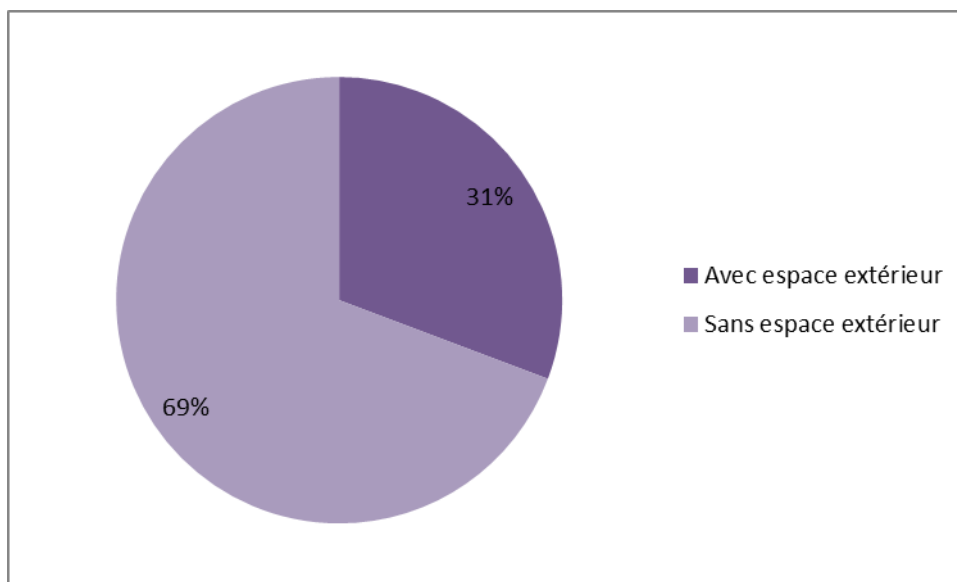


Figure 16 : Distribution de la population selon l'existence d'un espace extérieur .

1.10. Sécurité sociale :

Dans 47% (55) des cas, les patients avaient une sécurité sociale RAMED, 30,8% (36) avaient une assurance maladie obligatoire, 22,2% (26) n'avaient pas de sécurité sociale.

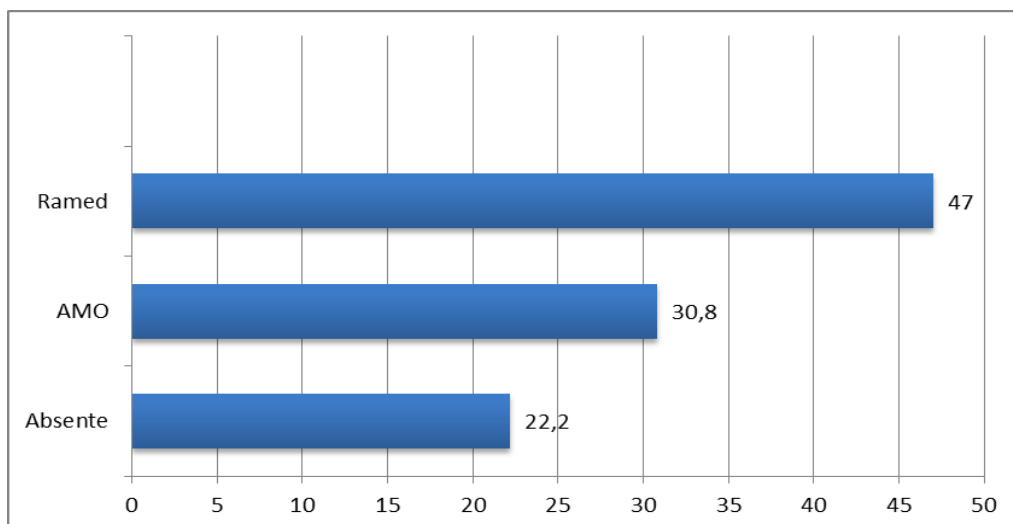


Figure 17 : Distribution de la population de l'étude selon la sécurité sociale.

1.11. Utilisation de réseaux sociaux :

Parmi les 117 patients enquêtés, 59,8 % (70) étaient actifs sur les réseaux sociaux, 40,2% (47) ne l'étaient pas.

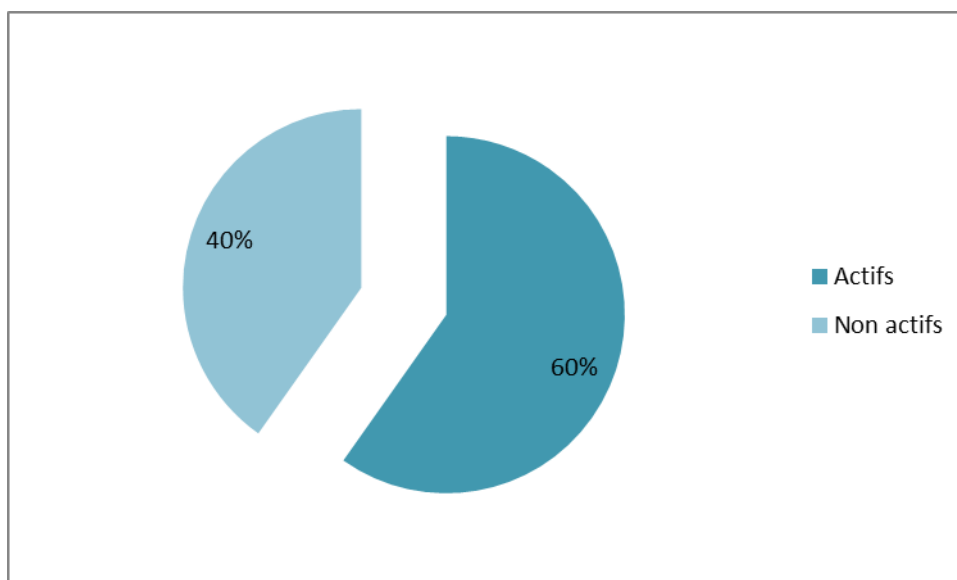


Figure 18 : Distribution de la population de l'étude selon l'activité sur les réseaux sociaux.

a. Nombre d'heures de connexion :

Le nombre d'heures de connexion médian chez la population étudiée était de 1 [0,5 - 3].

Parmi les patients actifs (70) sur les réseaux sociaux, 47% (55) rapportaient moins de 3h de connexion par jour, 12,8% (15) rapportaient un temps de connexion supérieur à 4h par jour.

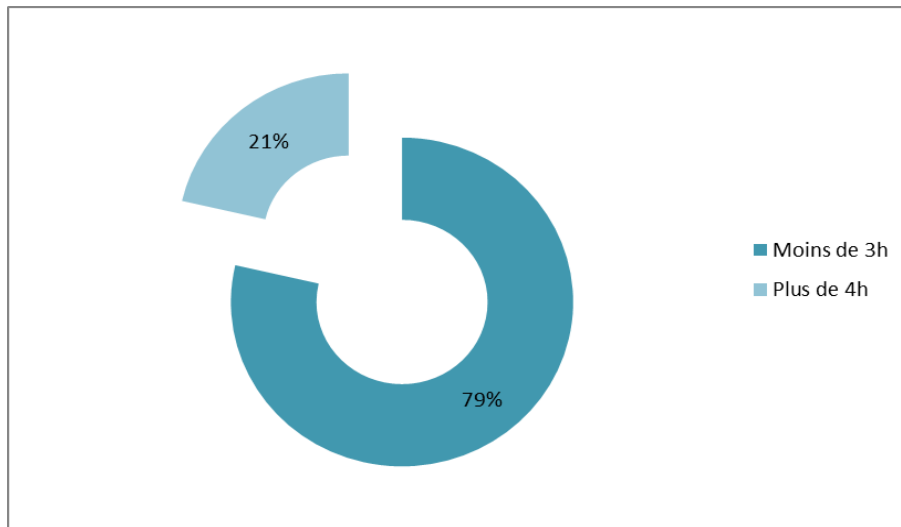


Figure 19 : Distribution de la population de l'étude selon le nombre d'heures de connexion sur les réseaux sociaux.

2. Contact avec la pandémie COVID-19 :

1.1. Cas Positifs dans la famille pendant T1 :

Dans notre échantillon, 91,5% (107) n'avaient pas de cas positifs dans la famille, et 8,5% (10) avaient des cas positifs dans la famille.

1.2. Cas Positifs dans la famille pendant T2 :

Pendant la période de T2, 94% (110) n'avaient pas de cas positifs dans la famille contre 6% (7) qui en avaient.

1.3. Cas Positifs dans la famille pendant T3 :

Pour ce qui est de la période de T3, 93,2% (109) n'avaient pas de cas positifs dans la famille contre 6,8% (8) en ayant.

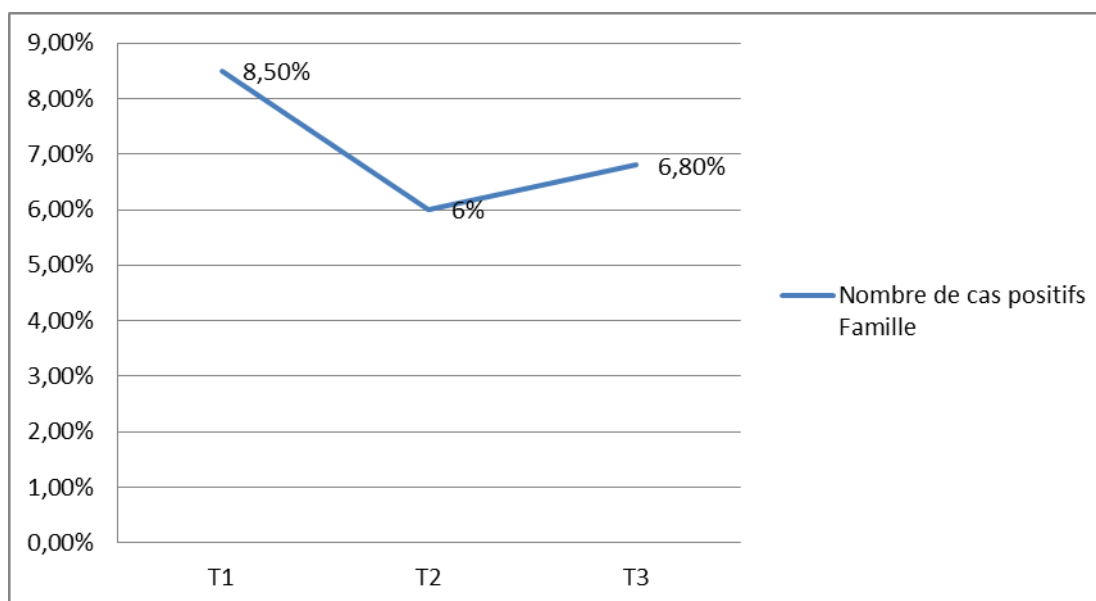


Figure 20 : Distribution de la population de l'étude selon les cas positifs dans la famille.

1.4. Cas Positifs dans le voisinage proche pendant T1 :

Pendant T1, 94% (110) ne rapportaient pas de cas positifs dans le voisinage proche, contre 6% (7) cas positifs dans le voisinage proche.

1.5. Cas Positifs dans le voisinage proche pendant T2 :

Parmi les patients enquêtés, 86,3% (101) ne rapportaient aucun cas positif dans le voisinage proche, et 13,7% (16) avaient des cas positifs dans leur voisinage.

1.6. Cas Positifs dans le voisinage proche pendant T3 :

Parmi les patients enquêtés pendant T3, 94% (110) ne rapportaient aucun cas positif dans le voisinage proche, et 6% (7) avaient des cas positifs dans leur voisinage.

1.7. Mise en quarantaine (quatorzaine) :

Six pour cent (7) des patients ont été mis en quatorzaine pendant la période de l'étude, et 94% (110) ne l'ont pas été.

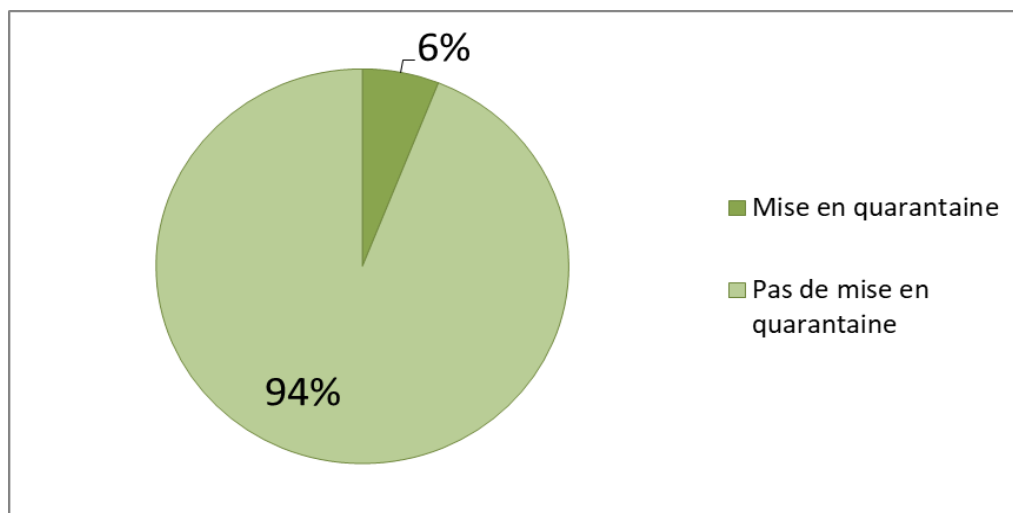


Figure 21 : Distribution de la population de l'étude selon la mise en quarantaine.

3. Données cliniques :

3.1. Ancienneté du trouble dépressif :

La médiane d'années d'ancienneté du trouble chez la population étudiée était de 6 [3-10].

Dans notre échantillon, 49,6% (58) étaient suivis depuis moins de 5 ans, 34,2% (40) avaient un trouble évoluant entre de 6 et 10 ans, et 16,2% (19) une évolution de plus de 10 ans.

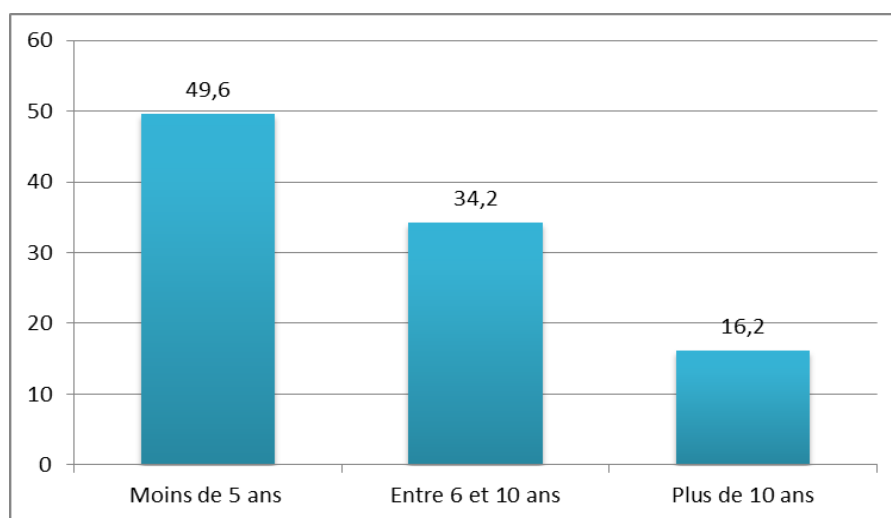


Figure 22 : Distribution de la population de l'étude selon l'ancienneté du trouble.

3.2. Antécédents de tentative de suicide durant le suivi :

Parmi les patients dépressifs récoltés, 9,4% (11) ont rapportés avoir déjà fait une tentative de suicide, avec 90,6% (106) n'ayant aucun antécédent de tentative de suicide.

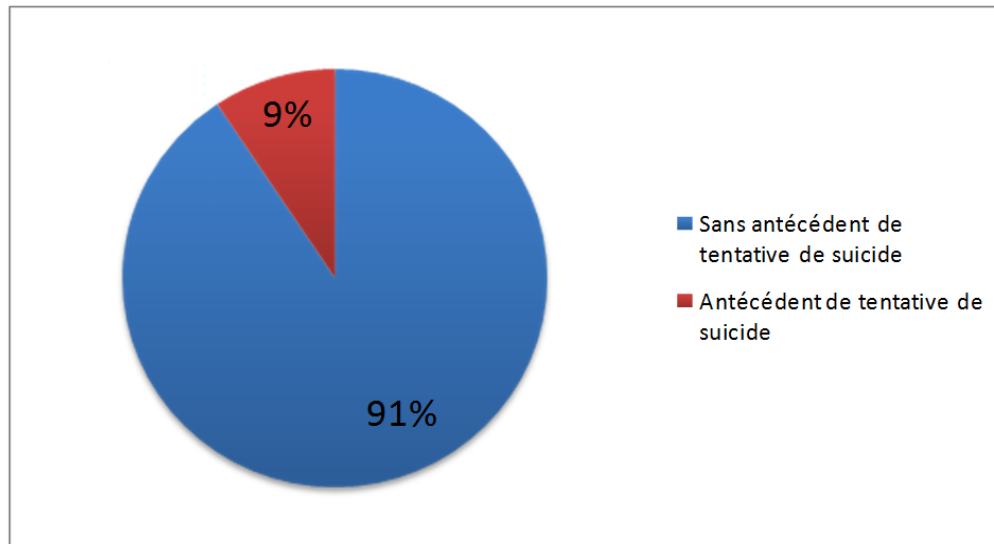


Figure 23: Distribution de la population de l'étude selon les antécédents de tentative de suicide.

3.3. Antécédents organiques :

Dans notre échantillon, 39,3% (46) avaient un antécédent organique, tandis que 60,7% (71) n'en avaient pas.

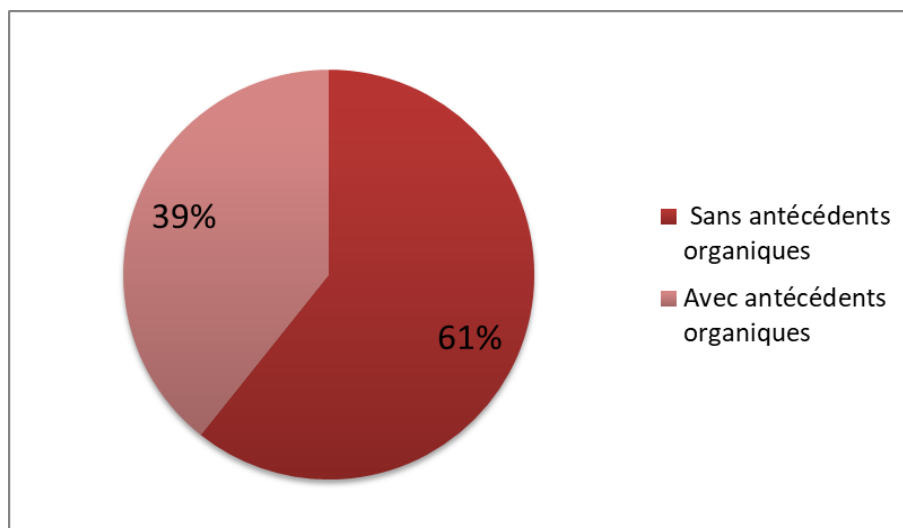


Figure 24 : Distribution de la population de l'étude selon les antécédents organiques.

3.4. Antécédents addictifs :

Au sein de l'échantillon étudié, 8,5% (10) avaient des antécédents addictifs, et 91,5% (107) ne rapportaient aucun antécédent de consommation de toxiques.

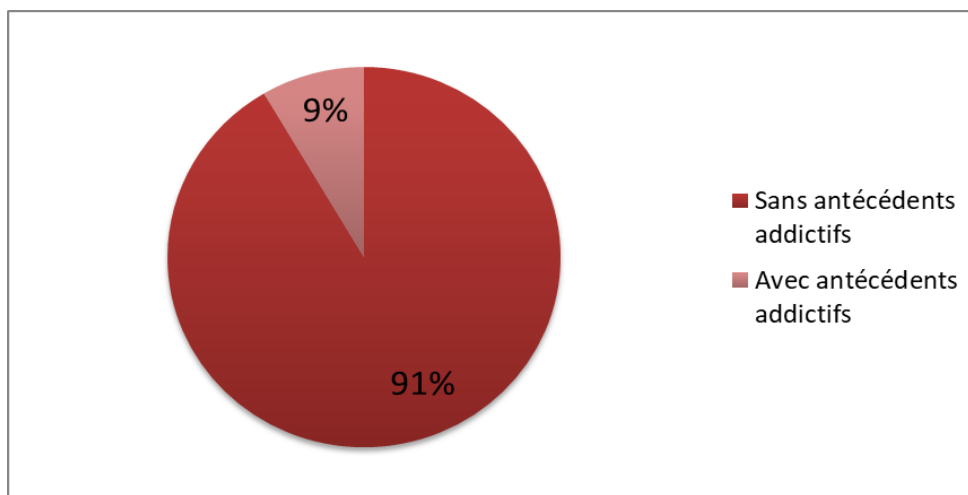


Figure 25 : Distribution de la population de l'étude selon les antécédents addictifs.

3.5. Traitement médicamenteux :

Parmi nos patients recrutés, 40,2 % (47) étaient sous tricycliques, 29,9 % (35) étaient sous bi thérapie (tricycliques et ISRS), 28,2% (33) étaient sous ISRS. Avec 1,7% (2) qui prenaient un antipsychotique avec le traitement antidépresseur.

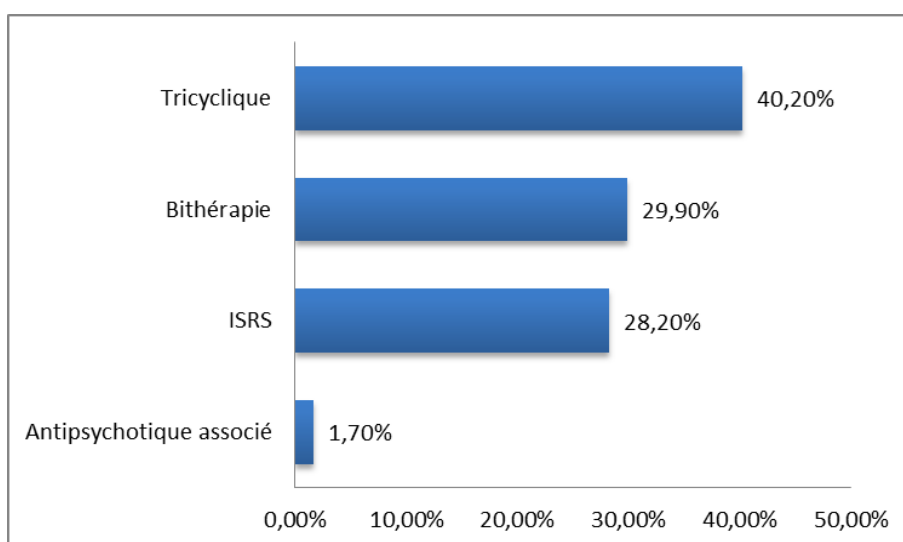


Figure 26 : Distribution de la population de l'étude selon le traitement médicamenteux.

3.6. Nombre d'hospitalisations :

Seuls 1,7% de l'échantillon (2) rapportaient une hospitalisation pendant leur suivi.

4. Analyse descriptive des échelles de mesures :

4.1. Echelle de Beck Dépression :

a. En T1 :

Au sein de l'échantillon, 80 patients (68,4%) présentaient une rechute dépressive.

Sur les 117 patients enquêtés, 17,9% (21) rapportaient un score de Beck inférieur à 4 ; pas de dépression actuelle, 13,7% (16) rapportaient une dépression légère, 33,3% (39) une dépression modérée, et 35% (41) une dépression sévère.

b. En T2 :

Au sein de l'échantillon, 64 patients (54,7%) présentaient une rechute dépressive.

Sur les 117 patients enquêtés, 28,2% (33) rapportaient un score de Beck inférieur à 4 ; pas de dépression actuelle. 17,9% (21) rapportaient une dépression légère, 25,6% (30) une dépression modérée. Et 28,2% (33) une dépression sévère.

c. En T3 :

Au sein de l'échantillon, 60 patients (51.3%) présentaient une rechute dépressive.

Sur les 117 patients enquêtés, 29% (34) rapportaient un score de Beck inférieur à 4 ; pas de dépression actuelle, 19,6% (23) rapportaient une dépression légère, 34,2% (40) une dépression modérée, et 16,2% (19) une dépression sévère.

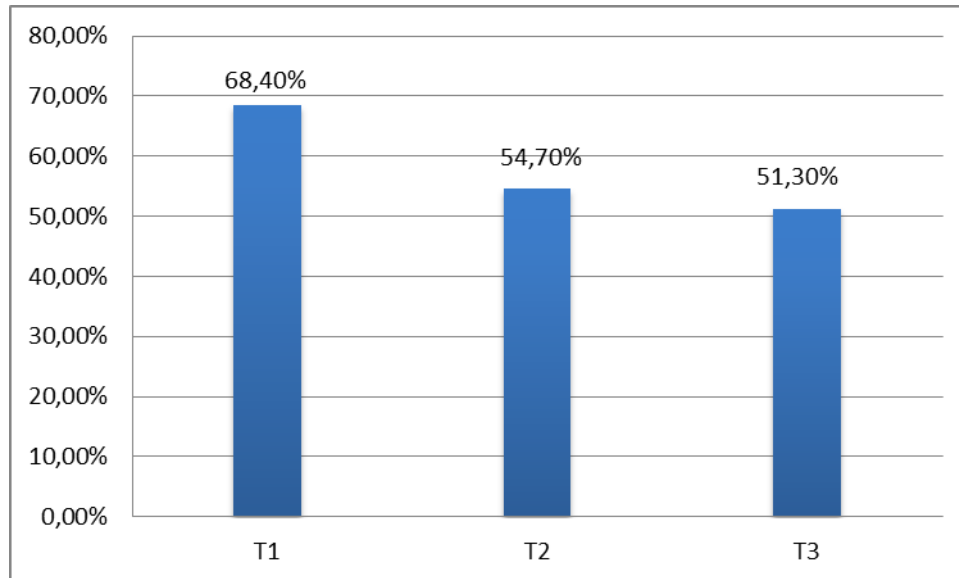


Figure 27 : Distribution de la population de l'étude selon les rechutes dépressives au fil des trois temps de l'étude.

4.2. Echelle Impact Event Scale –Revised (IES-R) :

a. En T1 :

La médiane du score était de 20 [3 - 43]

Tous les patients enquêtés (100%) rapportaient un score léger.

b. En T2 :

La médiane du score était de 10 [0 - 30]

Pendant T2 ; 81,2% (95) avaient un score léger. 12,8% (15) score modéré, 5,1% (6) avaient un score sévère.

c. En T3 :

La médiane du score était de 0 [0-16.5]

93,1% (109) rapportaient un score léger, 6,9%(8) un score modéré.

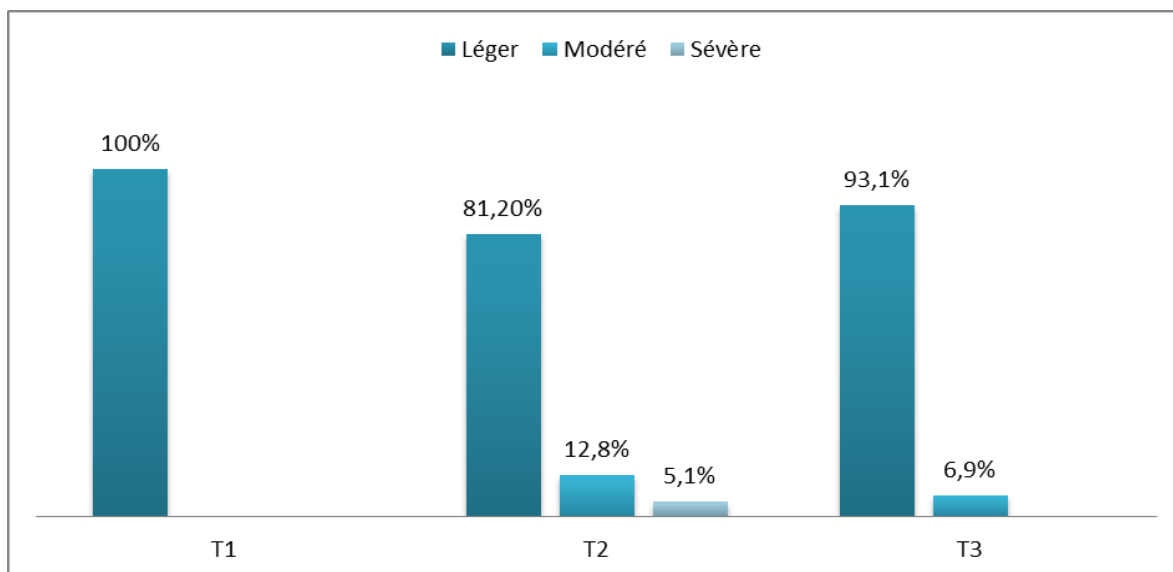


Figure 28 : Répartition de la population de l'étude selon les scores du IES-R dans les trois temps

4.3. Le M.I.N.I. Risque Suicidaire :

a. En T1 :

La majorité des patients dans notre échantillon soit 83.8% (98), pendant le T1 de l'enquête n'avaient pas de risque suicidaire, 8,5% (10) avaient un risque suicidaire léger, 2,6% (3) avaient un risque suicidaire moyen et 5,1% (6) un risque suicidaire sévère.

b. En T2 :

La majorité des patients dans notre échantillon, pendant le T2 de l'enquête, soit 82,1% (96) n'avaient pas de risque suicidaire, 8,5% (10) avaient un risque suicidaire léger, 6,8% (8) avaient un risque suicidaire moyen et 2,6% (3) un risque suicidaire sévère.

c. En T3 :

Pendant le T1 de l'enquête, 76,9% (90) n'avaient pas de risque suicidaire, 8,5% (10) avaient un risque suicidaire léger, 2,6% (3) avaient un risque suicidaire moyen et 5,1% (6) un risque suicidaire sévère.

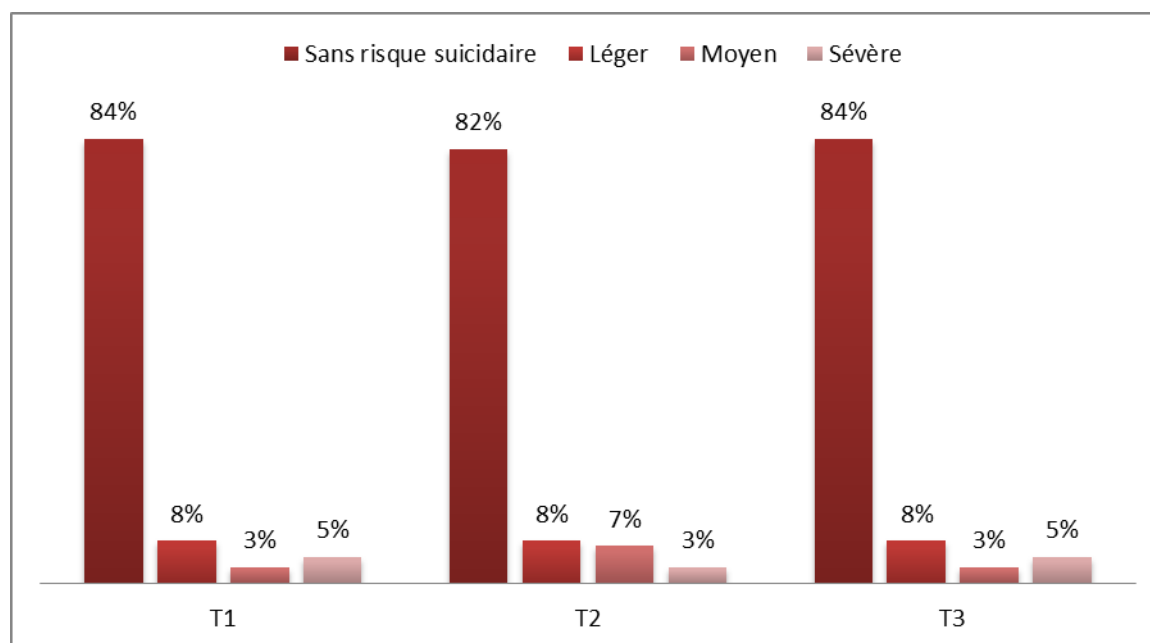


Figure 29 : Répartition selon les scores du M.I.N.I Risque Sucidaire pendant les trois temps.

II. Etude analytique comparative:

1. Evolution des échelles dans le temps :

Dans notre étude, nous avons noté une différence significative dans l'évolution des scores de dépression entre les trois temps de l'étude ($p = 0,009$), tout en restant dans la catégorie « modéré ». Aussi, nous avons relevé une différence significative dans l'évolution du score du stress perçu entre les trois temps de l'étude ($p = <0,001$) tout en restant caractérisé comme étant « léger ».

Tableau II: Evolution des échelles Beck et IES-R selon les trois temps de l'étude

Echelles	Temps de l'étude			p
	T1	T2	T3	
Beck (Moyenne ± Ecart Type)	13,15 ± 9,34	10,68 ± 8,71	9,10 ± 7,07	0,009
IES-R (Mediane [Q25 - Q75])	20 [3 - 43]	10 [0 - 30]	0 [0 - 16,5]	<0,001

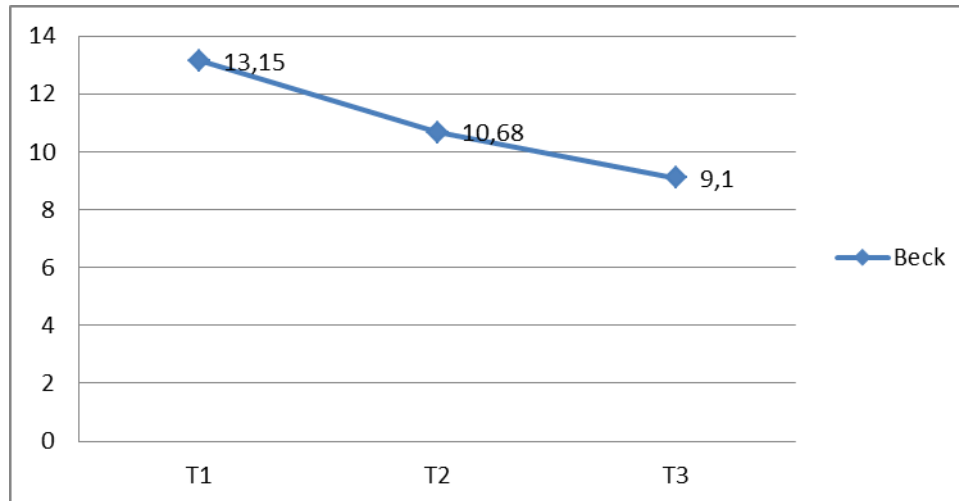


Figure 30 : Evolution du score de dépression Beck selon les trois temps.

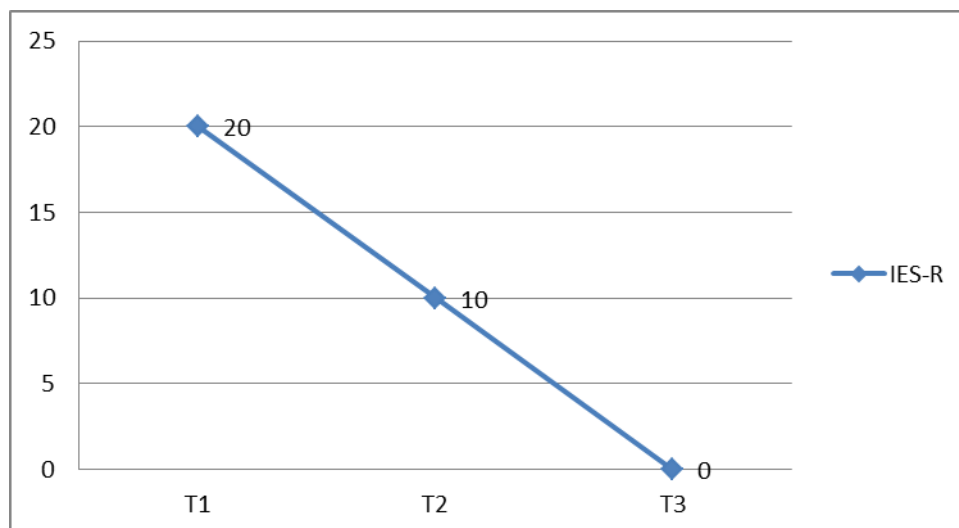


Figure 31 : Evolution du score du stress perçu IES-R selon les trois temps.

2. Evolution du statut professionnel :

On note une différence statistiquement significative entre le statut professionnel avant et pendant la pandémie ($p < 0,001$) ; 21 patients soit 46,7% de l'échantillon qui avaient une profession avant la pandémie n'en avaient aucune pendant celle-ci.

Tableau III : Comparaison de la perennité de la profession avant et pendant la pandémie :

		Profession avant n(%)		p
		Non	Oui	
Profession pendant	Non	70 (97,2%)	21 (46,7%)	<0,001
	Oui	2 (2,8%)	24 (53,3%)	

III. Etude analytique bivariée :

1. Etude de l'analyse bivariée entre les rechutes dépressives et le stress perçu :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon les rechutes dépressives des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous.

En T2, on note une différence statistiquement significative du stress perçu selon la rechute dépressive $p = 0,013$.

Les patients qui ont fait une rechute dépressive en T2 avaient des niveaux de stress plus élevés ; 71,4% des patients qui ont présenté des niveaux de stress modérés étaient en rechute dépressive, et 100% des patients avec un stress sévère.

En T3, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la rechute dépressive, $p = 0,056$.

2. Etude de l'analyse bivariée entre la rechute dépressive et les caractéristiques démographiques, pandémiques et cliniques :

Afin de déterminer les facteurs corrélés à la rechute dépressive chez les patients connus dépressifs, nous avons procédé à l'analyse bivariée des paramètres sociodémographiques et du niveau de dépression évalué selon le score de Beck dans chacun des trois temps de l'étude.

Ainsi, nous avons retrouvé, au temps T2 de l'étude, qu'il existe une différence statistiquement significative des niveaux de rechute dépressive selon les tranches d'âges ; les patients de plus de 40 ans semblent présenter des niveaux plus bas de dépression ($p = 0,010$).

Egalement, en T2, nous avons noté une différence statistiquement significative des scores de dépression selon l'activité sur les réseaux sociaux ($p=0,030$) ; 68,8% des patients ayant présenté une dépression à ce moment-là étaient actifs sur les réseaux sociaux.

Les autres facteurs socio-démographiques n'étaient pas associés à la survenue d'une rechute dépressive pendant les trois temps de l'étude.

2.1. Etude de l'analyse bivariée entre la rechute dépressive et les caractéristiques démographiques :

a. Influence de l'âge des patients sur la survenue de rechutes dépressives :

En T1 : On note qu'en T1, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'âge $p=0,420$.

Tableau IV : Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T1

T1		Pas de dépression n(%)	Dépression n(%)	p
Age	18 à 40 ans	14 (37,8%)	37 (46,3%)	0,420
	41 à 65 ans	23 (62,2%)	43 (53,8%)	

En T2 : Il existe ici une différence statistiquement significative des niveaux de rechute dépressive selon l'âge $p = 0,010$. Les patients âgés de plus de 40 ans présentaient moins de rechutes dépressives que les plus jeunes.

67.9% des patients non déprimés étaient ceux de plus de 40 ans en T2.

Tableau V : Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T2

T2		Pas de dépression n(%)	Dépression n(%)	p
Age	18 à 40 ans	17 (32,1%)	34 (53,1%)	0,010
	41 à 65 ans	36 (67,9%)	30 (46,9%)	

En T3 : On note qu'en T1, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'âge $p=0,260$.

Tableau VI : Tableau croisé entre l'âge et la dépression en T3

T3		Pas de dépression	Dépression	p
		n(%)	n(%)	
Age	18 à 40 ans	17 (32,1%)	34 (53,1%)	0,260
	41 à 65 ans	36 (67,9%)	30 (46,9%)	

b. Influence du sexe des patients sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le sexe. (T1 : p=0,432 T2 : p=0,335 T3 : p=0,483)

Tableau VII : Tableau croisé entre le sexe et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Genre	Homme	13 (16,3%)	0,432	10 (15,6%)	0,335	10 (16,7%)	0,483
	Femme	67(83,3%)		54 (84,4%)		50 (83,3%)	

c. Influence de la situation familiale des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation familiale des patients. (T1 : p=0,432 T2 : p=0,335 T3 : p=0,483).

Tableau VIII : Tableau croisé entre la situation familiale des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Situation familiale	Célibataire	13 (16,30%)	0,212	11 (17,2%)	0,293	9 (15%)	0,316
	Marié	55 (68,8%)		44 (68,8%)		43 (71,7%)	
	Divorcé	7 (8,8%)		5 (7,8%)		4 (6,7%)	
	Veuf	5 (6,3%)		4 (6,3%)		4 (6,7%)	

d. Influence du niveau d'étude des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le niveau d'étude des patients. (T1 : p=0,493 T2 : p=0.145 T3 : p=0.846).

Tableau IX : Tableau croisé entre le niveau d'étude des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Niveau d'étude	Analphabète	33 (41,3%)	0,493	25 (39,1%)	0,145	24 (40%)	0,846
	Primaire	19 (23,8%)		14 (21,9%)		17 (28,3%)	
	Secondaire	18 (22,5%)		15 (23,4%)		11 (18,3%)	
	Universitaire	10 (12,5%)		10 (15,6%)		8 (13,3%)	

e. Influence de la source des rentrées financières des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon les rentrées financières des patients. (T1 : p=0,855 T2 : p=0,822 T3 : p=0,732).

Tableau X: Tableau croisé entre les rentrées financières des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Rentrées financières	Individu seul	30 (37,5%)	0,855	23 (35,9%)	0,822	23 (38,3%)	0,732
	Conjoint	31 (38,8%)		27 (42,2%)		24 (40%)	
	Famille	19 (23,8%)		14 (21,9%)		13 (21,7%)	

f. Influence du niveau socio-économique des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le niveau socio-économique des patients. (T1 : p=0,856 T2 : p=0,588 T3 : p=0,720).

Tableau XI: Tableau croisé entre le niveau socio-économique des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Niveau socio-économique	Faible	39 (48,8%)	0,856	28 (43,8%)	0,588	30 (50%)	0,720
	Moyen	33 (41,3%)		28 (43,8%)		23 (38,3%)	
	Elevé	8 (10%)		8 (12,%)		7 (11,7%)	

g. Influence de la sécurité sociale des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la sécurité sociale des patients. (T1 : $p=0,097$ T2 : $p=0,070$ T3 : $p=0,096$).

Tableau XII : Tableau croisé entre la sécurité sociale des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Sécurité sociale	AMO	22 (27,5%)	0,097	16 (25%)	0,070	18 (30%)	0,969
	RAMED	36 (45%)		29 (45,3%)		29 (48,3%)	
	Absente	22 (27,5%)		19 (29,7%)		13 (21,7%)	

h. Influence de l'activité sur les réseaux sociaux des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

h.1. Activité sur les réseaux sociaux :

En T1: On note que pendant le premier temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'activité des patients sur les réseaux sociaux $p = 0,285$.

En T2 : On note que pendant le second temps de l'étude, il y a une différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'activité des patients sur les réseaux sociaux. Les patients actifs sur les réseaux sociaux ont présenté plus de rechutes dépressives (68,8%) en comparaison avec les inactifs (31,3%) $p = 0,030$.

En T3 : On note que pendant le premier temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'activité des patients sur les réseaux sociaux $p = 0,856$

h.2. Heures de connexion internet:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon les heures de connexion internet des patients. (T1 : $p=0,549$ T2 : $p=0,729$ T3 : $p=0,673$).

Tableau XIII : Tableau croisé entre l'utilisation des réseaux sociaux des patients et la dépression.

Caractéristiques étudiées		Dépression					
		T1		T2		T3	
		Effectif (%)	p	Effectif (%)	p	Effectif (%)	p
Réseaux sociaux	Actif	51 (63,8%)	0,285	44 (68,8%)	0,030	35 (58,3%)	0,856
	Non actif	29 (36,3%)		20 (31,3%)		25 (41,7%)	
Heures de connexion	Moins de 3h	41 (80,4%)	0,549	34 (77,3%)	0,729	28 (80%)	0,673
	Plus de 3h	10 (19,6%)		10 (22,7%)		7 (20%)	

2.2. Etude de l'analyse bivariée entre les conditions de l'habitat et la rechute dépressive :

a. Influence de la situation d'habitat des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation d'habitat des patients. (T1 : $p=0,438$ T2 : $p=0,848$ T3 : $p=0,260$).

b. Influence du nombre de chambres sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le nombre de chambres des patients. (T1 : $p=0,462$ T2 : $p=0,323$ T3 : $p=0,275$).

c. Influence de l'existence de d'un espace extérieur sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'existence d'un espace extérieur (T1 : p=0,460 T2 : p=0,323 T3 : p=0,275).

d. Influence du nombre de personnes sous le même toit sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le nombre de personnes vivant sous le même toit. (T1 : p=0,621 T2 : p=0,453 T3 : p=0,379).

Tableau XIV : Tableau croisé entre les caractéristiques de l'habitat et la dépression.

Caractéristiques de l'habitat		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Situation de l'habitat	Vit seul	2 (2.5%)	0,438	2 (3.1%)	0,848	1 (1.7%)	0,260
	En famille	78 (97.5%)		62 (96.9%)		59 (98.3%)	
Nombres de chambres	≤ 3 chambres	60 (75%)	0,462	47 (73.4%)	0,323	74 (73.3%)	0,275
	> 3 chambres	20 (25%)		17 (26.6%)		16 (26.7%)	
Espace extérieur	Avec	18 (24.7%)	0,46	18 (31%)	0,491	16 (29.1%)	0,723
	Sans	55 (75,30%)		40 (69%)		39 (70.9%)	
Nombre de personnes	Moins de 4	45 (56.3%)	0,621	33 (51,6%)	0,453	30 (50%)	0,379
	Plus de 4	35 (43.8%)		31 (48.4%)		30 (50)	

2.3. Etude de l'analyse bivariée entre la situation professionnelle et la rechute dépressive :

a. Influence de la situation professionnelle avant la pandémie sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation professionnelle des patients avant la pandémie. (T1 : p=0,471 T2 : p=0,883 T3 : p=0,848).

b. Influence de la situation professionnelle pendant la pandémie sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation professionnelle des patients pendant la pandémie. (T1 : $p=0,192$ T2 : $p=0,586$ T3 : $p=0,485$).

Tableau XV : Tableau croisé entre les caractéristiques professionnelles et la dépression.

Caractéristiques professionnelles		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)		n(%)		n(%)	
Situation professionnelle avant	Absente	51 (63.8%)	0,471	39 (60.9%)	0,883	36 (60%)	0,848
	Présente	29 (36.3%)		25 (39.1%)		24 (40%)	
Situation professionnelle pendant la pandémie	Absente	65 (81.3%)	0,192	51 (79,7%)	0,586	48 (80%)	0,485
	Présente	15 (18.8%)		13 (20,3%)		12 (20%)	

2.4. Etude de l'analyse bivariée entre la situation pandémique et la rechute dépressive :

a. Influence des cas positifs dans la famille des patients sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T1 : $p=0,908$ T2 : $p=0,517$ T3 : $p=0,170$).

b. Influence de la mise en quarantaine des patients sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la mise en quarantaine des patients. (T1 : $p=0,520$ T2 : $p=0,350$ T3 : $p=0,786$).

Tableau XVI : Tableau croisé entre les caractéristiques du contact avec la pandémie et la dépression.

Caractéristiques		Dépression					
		T1		T2		T3	
Cas positifs famille	Absents	73 (91,3%)	0,908	61 (95,3%)	0,517	54 (90%)	0,170
	Présents	7 (8.8%)		3 (4.7%)		6 (10%)	
Mise en quarantaine	Oui	76 (95%)	0,520	59 (92,2%)	0,350	56 (93,3%)	0,786
	Non	4 (5%)		5 (7,8%)		4(6,7%)	

2.5. Étude de l'analyse bivariée entre les caractéristiques cliniques et la rechute dépressive :

a. Influence de l'ancienneté du trouble sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'ancienneté du trouble. (T1 : $p=0,377$ T2 : $p=0,310$ T3 : $p=0,648$).

b. Influence des antécédents de tentative de suicide sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon les antécédents de tentative de suicide. (T1 : $p=0,292$ T2 : $p=0,197$ T3 : $p=0,868$).

c. Influence des antécédents organiques sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon les antécédents organiques. (T1 : $p=0,296$ T2 : $p=0,750$ T3 : $p=0,842$).

d. Influence des antécédents addictifs sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon les antécédents addictifs. (T1 : $p=0,092$ T2 : $p=0,301$ T3 : $p=0,603$).

e. Influence du type de traitement médicamenteux sur la survenue de rechutes dépressives :

On note que pendant les trois temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le type de traitement médicamenteux. (T1 : $p=0,609$ T2 : $p=0,266$ T3 : $p=0,938$).

Tableau XVII : Tableau croisé entre les caractéristiques cliniques et la dépression.

Données cliniques		Dépression					
		T1		T2		T3	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Ancienneté	Moins de 5 ans	42 (52,5%)	0,377	35 (54,7%)	0,310	32 (53,3%)	0,648
	6 et 10 ans	24(30%)		18 (28,1%)		20 (33,3%)	
	Plus de 10 ans	14 (17,5%)		11 (17,2%)		8 (13,3%)	
ATCDS TS	Présent	9 (11,3%)	0,292	8 (12,5%)	0,197	6 (10%)	0,868
	Absent	71 (88,8%)		56 (87,5%)		54 (90%)	
ATCDS organique	Présent	34 (42,5%)	0,296	26 (40,6%)	0,750	24 (40%)	0,842
	Absent	46 (57,5%)		38 (59,4%)		36 (60%)	
ATCDS addictifs	Présent	9 (11,3%)	0,092	7 (10,9%)	0,301	6 (10%)	0,603
	Absent	71 (88,8%)		57 (89,1%)		54 (90%)	
Traitement	Tricycliques	18 (24,2%)	0,300	16 (26,6%)	0,266	15 (27%)	0,938
	ISRS	30 (38,2%)		20 (33,1%)		27 (46,1%)	
	Bithérapie	27(35%)		23 (37%)		14 (25,1%)	
	Antipsychotique	2 (2,6%)		2(3,3%)		1 (1,8%)	

3. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et les caractéristiques démographiques, pandémiques et cliniques :

3.1. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et les caractéristiques démographiques

a. Influence de l'âge des patients sur le stress perçu :

Au début de l'enquête en T1, le niveau de stress perçu ne varie pas selon l'âge des patients. Il est qualifié de « léger » pour tous les patients

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon l'âge des patients. (T1 : - T2 : $p=0,335$ T3 : $p=0,483$).

Tableau XVIII : Tableau croisé entre l'âge et le stress perçu

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère	
		n (%)			p	n (%)			p	n (%)			p
Age	18 à 40 ans	51 (44,3%)				40 (42,1%)	9 (64,3%)	1 (20%)		45 (42,9%)	5 (71,4%)		0,139
	41 ans et plus	64 (55,7%)				55 (57,9%)	5 (35,7%)	4 (80%)	0,178	60 (57,1%)	2 (28,6%)		

b. Influence du sexe des patients sur le stress perçu :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon le sexe des patients. Il est « léger » pour tous les patients

En T2 : Il a été soulevé une différence statistiquement significative du stress perçu selon le sexe des patients ($p = 0,014$) ; les femmes présentaient des niveaux de stress plus élevés que les hommes

En T3 : On note qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon le sexe des patients $p = 0,083$.

Tableau XIX : Tableau croisé entre le sexe et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère	
		n (%)			p	n (%)			p	n (%)			P
Sexe	Homme	22 (19,1%)				22 (22,1%)	0	0	0,014	21 (20%)	0%	0	0,083
	Femme	93 (80,9%)				74 (77,9%)	14 (100%)	5 (100%)		84 (80%)	7 (100%)	0	

c. Influence de la situation familiale des patients sur le stress perçu:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon la situation familiale des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation familiale des patients. (T2 : $p=0,188$ T3 : $p=0,337$).

Tableau XX : Tableau croisé entre la situation familiale et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p
		n (%)				n (%)				n (%)			
Situation familiale	Célibataire	16 (13,9%)			-	14 (14,7%)	1 (7,1%)		0,188	14 (13,3%)	1 (14,3%)		0,337
	Marié	76 (66,1%)				60 (63,2%)	11 (78,6%)			68 (64,8%)	6 (85,7%)		
	Divorcé	12 (10,4%)				12 (12,6%)	0			12 (11,4%)	0		
	Veuf	11 (9,6%)				9 (9,5%)	2 (14,3%)			11 (9,8%)	0		

d. Influence du niveau d'étude des patients sur le stress perçu:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon le niveau d'étude des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients.

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le niveau d'étude des patients. (T2 : p=0.562 T3 : p=0,071).

Tableau XXI : Tableau croisé entre le niveau d'étude des patients et le stress perçu

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	P	Léger	Modéré	Sévère	P	Léger	Modéré	Sévère	P
		n (%)				n (%)				n (%)			
Niveau d'étude	Analphabète	48 (41,7%)	-	-	-	41 (43,2%)	5 (35,7%)	2 (40%)	0,562	44 (41,9%)	2 (28,6%)	-	0,071
	Primaire	31 (27%)	-	-		26 (27,4%)	4 (28,6%)	1 (20%)		29 (27,6%)	2 (28,6%)	-	
	Secondaire	10 (20%)	-	-		19 (20%)	3 (21,4%)	-		22 (21%)	-	-	
	Universitaire	13 (11,3%)	-	-		9 (9,5%)	2 (14,3%)	2 (40%)		10 (9,5%)	3 (42,9%)	-	

e. Influence de la source des rentrées financières des patients sur le stress perçu:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon la source des rentrées financières des patients. Il « léger » pour tous les patients.

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la source des rentrées financières des patients. (T2 : p=0,098 T3 : p=0,130).

Tableau XXII : Tableau croisé entre les rentrées financières et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p
		n (%)				n (%)				n (%)			
Rentrées financières	Individu seul	40 (34,8%)			-	33 (34,7%)	4(28,6%)		0,098	35 (33,3%)	5 (71,4%)		0,130
	Conjoint	47 (40,9%)				36 (37,9%)	9(64,3%)			44 (41,9%)	1 (14,3%)		
	Famille	28 (24,3%)				26 (27,4%)	1(7,1%)			26 (24,8%)	1 (14,3%)		

f. Influence du niveau socio-économique des patients sur le stress perçu:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon le niveau socio-économique des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients.

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon le niveau socio-économique des patients. (T2 : p=0,481 T3 : p=0,172).

Tableau XXIII : Tableau croisé entre les rentrées financières et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p
		n (%)				n (%)				n (%)			
Niveau socio-économique	Faible	54 (47%)			-	43 (45,3%)	9 (64,3%)	2 (40%)	0,481	49 (46,7%)	4 (57,1%)		0,172
	Moyen	49 (42,6%)				43 (45,3%)	3 (21,4%)	2 (40%)		46 (43,8%)	1 (14,3%)		
	Elevé	12 (10,4%)				9 (9,5%)	2 (14,3%)	1 (20%)		10 (9,5%)	2 (28,6%)		

g. Influence de la sécurité sociale des patients sur le stress perçu:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon la sécurité sociale des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients.

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon la sécurité sociale des patients. (T2 : p=0,166 T3 : p=0,944).

Tableau XXIV : Tableau croisé entre la sécurité sociale et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	P
		n (%)				n (%)				n (%)			
Sécurité sociale	Absente	26 (22,6%)			-	19 (20%)	6 (42,9%)	1 (20%)	0,166	24 (22,9 %)	2 (28,6%)		0,944
	AMO	35 (30,4%)				32 (33,7%)	1 (7,1%)	2 (40%)		32 (30,5%)	2 (28,6%)		
	RAMED	54 (47%)				44 (46,3%)	7 (50%)	2 (40%)		49 (46,7%)	3 (42,9%)		

h. Influence de l'activité sur les réseaux sociaux des patients sur le stress perçu:

h.1. Activité sur les réseaux sociaux

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon l'activité sur les réseaux sociaux des patients. Il « léger » pour tous les patients

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon la situation familiale des patients. (T1 : T2 : p = 0,477 T3 : p = 0,920).

h.2. Heures de connexion internet:

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon le nombre d'heures de connexion internet des patients. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des niveaux de stress perçu selon les heures de connexion internet des patients. (T2 : p=0,333 T3 : p=0,851).

Tableau XXV : Tableau croisé entre l'activité sur les réseaux sociaux et le stress perçu.

Caractéristiques démographiques		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère	
		n (%)			p	n (%)			p	n (%)			p
Réseaux sociaux	Actif	69 (60%)			-	57 (60%)	7 (50%)	1 (20%)	0,477	43 (41%)	3 (42,9%)		0,921
	Non actif	46 (40%)				38 (40%)	7 (50%)	4 (80%)		62 (59%)	4 (57,1%)		
Heures de connexion	Moins de 3h	54(7 8,3%)			-	44 (77,2%)	6 (85,7%)	4 (100%)	0,333	49 (79%)	3 (75%)		0,851
	Plus de 3h	15(2 1,7%)				13 (22,8%)	1 (14,3%)	0		13 (21%)	1(25%)		

3.2. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et les conditions d'habitat :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon les conditions de l'habitat des patients. Il est « léger » pour tous les patients.

a. Influence de la situation d'habitat des patients sur le stress perçu:

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation d'habitat des patients. (T2 : p=0,152 T3 : p=0,468).

b. Influence du nombre de chambres sur le stress perçu:

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le nombre de chambres de l'habitat des patients. (T2 : p=0,168 T3 : p=0,210).

c. Influence de l'existence de d'un espace extérieur sur la survenue de rechutes dépressives:

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'existence d'un espace extérieur. (T2 : p=0,631 T3 : p=0,094).

d. Influence du nombre de personnes sous le même toit sur le stress perçu :

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon le nombre de personnes vivant sous le même toit (T2 : $p=0,689$ T3 : $p=0,062$).

Tableau XXVI : Tableau croisé entre les caractéristiques de l'habitat et le stress perçu.

Caractéristiques étudiées		T1			p	T2			p	T3			p
		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère		Léger	Modéré	Sévère	
		n (%)				n (%)				n (%)			
Situation de l'habitat	Vit seul	4 (3,5%)	-	-	0,152	2 (2,1%)	2 (14,3%)	0	0,152	4 (3,8%)	0	-	0,468
	En famille	111 (96,5%)	-	-		93 (97,9%)	12 (85,7%)	100%		101 (96,2%)	7 (100%)	-	
Nombres de chambres	Moins de 3 chambres	89 (77,4%)	-	-	0,168	77 (81,1%)	8 (57,1%)	4 (80%)	0,168	83 (79%)	4(57,1 %)	-	0,210
	Plus de 4 chambres	26 (22,6%)	-	-		18 (18,9%)	6 (42,9%)	1 (20%)		22 (21%)	3(42,9 %)	-	
Espace extérieur	Avec	29 (27,9%)	-	-	0,631	24 (27,6%)	3 (25%)	2 (50%)	0,631	25 (26%)	4(66,7 %)	-	0,094
	Sans	75 (72,1%)	-	-		63 (72,4%)	9 (75%)	2 (50%)		71 (74%)	2(33,3 %)	-	
Nombre de personnes	Moins de 4	62 (53,9%)	-	-	0,689	50 (52,6%)	9 (64,3%)	3 (60%)	0,689	54 (51,4%)	6(85,7 %)	-	0,062
	Plus de 4	53 (46,1%)	-	-		45 (47,4%)	5 (35,7%)	2 (40%)		51 (48,6%)	1(14,3 %)	-	

3.3. Étude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et la situation professionnelle :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon la situation professionnelle avant et pendant la pandémie des patients. Il est caractérisé de « léger » pour tous les patients

a. Influence de la situation professionnelle avant la pandémie sur le stress perçu:

En T2 : On note qu'il y a une différence statistiquement significative du niveau de stress perçu selon la situation professionnelle des patients avant la pandémie ($p=0,017$). Les patients sans profession présentaient des niveaux plus élevés de stress : 92,9% du niveau « modéré » et 60% « sévère ».

En T3, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la situation professionnelle des patients avant la pandémie. ($p=0,842$).

b. Influence de la situation professionnelle pendant la pandémie sur le stress perçu:

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon la situation professionnelle des patients pendant la pandémie. (T2 : $p=0,501$ T3 : $p=0,234$).

Tableau XXVII : Tableau croisé entre la situation professionnelle et le stress perçu.

Caractéristiques étudiées		T1			T2			T3				
		Léger	Modéré	Sévère	Léger	Modéré	Sévère	Léger	Modéré	Sévère		
		n (%)			P	n (%)			p	n (%)		
Situation professionnelle avant	Absente	70(60,9%)			54(56,8%)	13(92,9%)	3(60%)	0,017	64(61%)	4(57,1%)		0,842
	Présente	45(39,1%)			41(43,2%)	1((7,1%)	2(40%)		41(39%)	3(42,9%)		
Situation professionnelle pendant la pandémie	Absente	89(77,4%)			73(76,8%)	12(85,7%)	3(60%)	0,501	82(78,1%)	4(57,1%)		0,234
	Présente	26(22,6%)			26(23,2%)	2(14,3%)	2(40%)		23(21,9%)	3(42,9%)		

3.4. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et situation pandémique :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon la situation pandémique. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients.

a. Influence des cas positifs dans la famille des patients sur le stress perçu:

On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T2 : $p=0,267$, T3 : $p=0,496$).

3.5. Etude de l'analyse bivariée entre le stress perçu et les caractéristiques cliniques :

En T1 : Le niveau de stress perçu ne varie pas selon les caractéristiques cliniques. Il est qualifié comme « léger » pour tous les patients.

a. Influence de l'ancienneté du trouble des patients sur le stress perçu:

En T2 et T3 : On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T2 : $p=0,257$, T3 : $p=0,920$).

b. Influence des antécédents de tentative de suicide des patients sur le stress perçu:

En T2 et T3 : On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T2 : $p=0,199$, T3 : $p=0,632$).

c. Influence des antécédents toxiques des patients sur le stress perçu:

En T2 et T3 : On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T2 : $p=0,471$, T3 : $p=0,093$).

d. Influence des antécédents organiques des patients sur le stress perçu:

En T2 et T3 : On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon la présence des cas positifs dans la famille des patients. (T2 : $p=0,174$, T3 : $p=0,325$).

e. Influence du type de traitement médicamenteux sur le stress perçu :

En T2 et T3 : On note que pendant les deux autres temps de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du stress perçu selon le type de traitement médicamenteux des patients. (T2 : $p=0,354$, T3 : $p=0,875$).

Tableau XXVIII : Tableau croisé entre les caractéristiques cliniques des patients et le stress perçu

Caractéristiques étudiées		T1				T2				T3			
		Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	p	Léger	Modéré	Sévère	P
		n (%)				n (%)				n (%)			
Ancienneté Tb	Moins de 5 ans	57 (49,6%)			-	46 (48,4%)	8 (57,1%)	2 (40%)	0,257	52 (49,5%)	3 (42,9%)		0,920
	6 et 10 ans	40 (34,8%)				32 (33,7%)	6 (42,9%)	2 (40%)		37 (35,2%)	3 (42,9%)		
	Plus de 10 ans	18 (15,7%)				17 (17,9%)	0%	1 (20%)		16 (15,2%)	1 (14,3%)		
ATCDS TS	Présent	11 (9,6%)			-	9 (9,5%)	0%	1 (20%)	0,199	9 (8,6%)	6 (85,7%)		0,632
	Absent	104 (90,4%)				86 (90,5%)	14 (100%)	4 (80%)		96 (91,4%)	1 (14,3%)		
ATCDS Organique	Présent	46 (40%)			-	58 (61,1%)	9 (64,3%)	1 (20%)	0,174	40 (38,1%)	4 (57,1%)		0,325
	Absent	69 (60%)				37 (38,9%)	5 (35,7%)	4 (80%)		65 (61,9%)	3 (42,9%)		
ATCDS Toxiques	Présent	10 (8,7%)			-	7 (7,4%)	2 (14,3%)	0%	0,471	7 (6,7%)	2 (28,6%)		0,093
	Absent	105 (91,3%)				88 (92,6%)	12 (85,7%)	5 (100%)		98 (93,3%)	5 (71,4%)		
Traitement	Tricycliques	27 (22,1%)			-	45 (38,4%)	26 (21,8%)	79 (68%)	0,354	22,2%	26 (22%)		0,875
	ISRS	44 (38%)				60 (51,4%)	57 (49,2%)	11 (10%)		45,9%	55 (47,1%)		
	Bithérapie	37 (32,1%)				10 (8,5%)	34 (29%)	26 (22%)		30%	36 (30,9%)		
	Antipsychotique	9 (7,8%)				2 (2,2%)	0%	0%		2%	0%		

IV. Synthèse des résultats analytiques :

1. Analyse comparative :

1.1. Comparaison entre les niveaux de rechutes dépressives entre T1, T2 et T3 :

La différence dans l'évolution des scores de dépression entre les trois temps de l'étude était statistiquement significative ($p = 0,009$).

Il y avait une différence statistiquement significative des scores du stress perçu entre les trois temps de l'étude ($p = <0,001$)

1.2. Comparaison entre le statut professionnelle avant et pendant la pandémie :

La différence entre le statut professionnelle avant et pendant la pandémie étaient statistiquement significative ($p < 0,001$).

2. Analyse bivariée :

2.1. Influence entre le stress perçu et la rechute dépressive

En T2, on note une différence statistiquement significative du stress perçu selon la rechute dépressive ($p = 0,013$) ; les patients qui ont fait une rechute dépressive en T2 avaient des niveaux de stress plus élevés ; 71,4% des patients qui ont présenté des niveaux de stress modérés étaient en rechute dépressive, et 100% des patients avec un stress sévère.

2.2. Rechute dépressive :

En T2, il existe ici une différence statistiquement significative des niveaux de rechute dépressive selon l'âge ($p = 0.01$) ; 67.9% des patients non déprimés étaient ceux de plus de 40 ans en T2.

En T2 : On note que pendant le second temps de l'étude, il y a une différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'activité des patients sur les réseaux sociaux ; les patients actifs sur les réseaux sociaux ont présenté plus de rechutes dépressives (68.8%) en comparaison avec les inactifs (31,3%) ($p = 0.030$).

Ces éléments ne présentaient pas de différence statistiquement significative pendant T1 et T3.

La relation entre les autres facteurs et la survenue de rechutes dépressives en T1, T2 et T3 n'étaient pas statistiquement significative ($p > 0,050$).

2.3. Stress perçu :

- Il a été soulevé une différence statistiquement significative du stress perçu selon le sexe des patients en T2 ($p = 0,014$) ; les femmes présentaient des niveaux de stress plus élevés que les hommes
- Il existe une différence statistiquement significative du niveau de stress perçu selon la situation professionnelle des patients avant la pandémie en T2 ($p=0,017$).
- Il y a une différence statistiquement significative du stress perçu selon la mise en quarantaine des patients. (T2 : $p=0,020$ T3 : $p < 0,001$).

Ces éléments ne présentaient pas de différence statistiquement significative pendant T1 et T3.

La relation entre les autres facteurs et le stress perçu en T1, T2 et T3 n'étaient pas statistiquement significative ($p > 0,050$).



DISCUSSION



I. Rappels :

1. La dépression :

1.1. Définition :

Le trouble dépressif caractérisé est défini par des épisodes délimités d'une durée d'au moins 2 semaines, la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps), comprenant des changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives, et des rémissions entre les épisodes. Un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible, même si ce trouble est récurrent dans la majorité des cas.(34)

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- Etre présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- Induire une détresse significative. (34)

1.2. Epidémiologie :

L'OMS recense dans le monde chaque année plus de 100 millions de cas d'épisode dépressif caractérisé. Dans 36 études provenant de 12 pays africains, la prévalence au cours de la vie variait de 3-3% à 9-8% pour les troubles de l'humeur. (35). Le trouble dépressif caractérisé est une pathologie fréquente avec une prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs caractérisés en France de 5 % et une prévalence vie entière de 11 % chez les hommes et 22 % chez les femmes. La dépression est associée à un risque suicidaire important puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et que plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte (36).

En 2016, 26 000 décès au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) ont été signalés en raison d'un suicide, soit 4,8 décès pour 100 000 habitants (37). Le premier épisode dépressif caractérisé peut survenir à tout âge. Il survient néanmoins plus fréquemment chez l'adulte jeune. Il est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de 1/2 (1 homme pour 2 femmes). Il survient indépendamment de l'ethnie, du niveau d'éducation et du statut socio-économique. Il est à l'origine de coûts (directs et indirects) conséquents pour la société et génère un haut niveau de handicap (première cause d'année de vie perdue en bonne santé dans le monde) (34).

1.3. Classifications :

A l'heure actuelle, 2 classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont principalement utilisées : le manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5ème version (DSM-V) et la classification internationale des maladies, 10ème version (CIM-10).

a. Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 (38):

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes principaux 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 deux des symptômes suivants :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi

(2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée

(3) pensées récurrentes 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 observées 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) perturbation du sommeil de n'importe quel type
- (7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

b. - Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM V (16) :

Le DSM-V admet les critères diagnostiques suivants :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de

l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
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 reprocher 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 la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés

en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

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

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale (DSM....)

1.4. Les formes cliniques des troubles dépressifs :

a. Selon les spécificités cliniques

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

- * Avec caractéristiques mélancoliques,
- * Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur,
- * Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur,
- * Avec caractéristiques mixtes,
- * Avec caractéristiques atypiques,
- * Avec caractéristiques catatoniques,
- * Avec caractéristiques anxieuses,
- * Avec début dans le péri-partum,
- * Avec caractéristiques saisonnières.(36)

b. Selon l'évolution :

L'épisode dépressif caractérisé peut être isolé, récurrent, persistant, induit ou secondaire.

Le DSM-5 définit ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution d'un (ou des) épisode(s) dépressif(s) caractérisé(s) différents types de troubles dépressifs :

- * Trouble dépressif caractérisé isolé : Présence d'un unique épisode dépressif caractérisé;
- * Trouble dépressif caractérisé récurrent. : Présence d'au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs ;
- * Trouble dépressif persistant (anciennement trouble dysthymique) : Il correspond à la présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans (1 an pour les adolescents) ;
- * Trouble dysphorique prémenstruel (uniquement chez la femme) : Il correspond à la présence de symptômes dépressifs pouvant être associés à une labilité émotionnelle marquée, une anxiété importante ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels.(36)

1.5. Cas particuliers :

a. Le deuil

Le deuil n'est pas considéré comme étant un épisode dépressif caractérisé. L'état de deuil est une réaction d'adaptation à une perte significative qui ne doit pas être considéré comme un état pathologique. Cependant, le deuil peut parfois se compliquer par un épisode dépressif caractérisé et comporter alors un risque suicidaire. (34)

b. Chez le sujet âgé

Chez le sujet âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan. Devant tout trouble cognitif chez une personne âgée, il est recommandé de se poser la question d'un état dépressif sous-jacent responsable de la symptomatologie. Un épisode dépressif caractérisé peut

également inaugurer ou être secondaire à une maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.). Tout épisode dépressif caractérisé chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé (34).

1.6. Manifestations somatiques :

Le patient dépressif se présente avec des plaintes le plus souvent non spécifiques qui ne permettent pas de poser d'emblée le diagnostic de dépression majeure. Elles incluent notamment les symptômes suivants : troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), fatigue, maux de tête, vertiges, douleurs vertébrales, constipation, nausées-vomissements, anorexie et/ou perte de poids. Chez l'adolescent ou le jeune adulte une irritabilité accrue ou des troubles de la concentration peuvent également être un motif de consultation. Chez la personne âgée il peut s'agir d'agitation, de confusion ou de pseudo-démence.

1.7. Le pronostic et l'évolution :

a. L'évolution :

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable :

- * un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie (50 %) ;
- * récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable (35 %) ;
- * chronicité avec une évolution de l'épisode en cours supérieure à 2 ans (15 %).

La rémission complète est définie par l'absence durable (plus de 2 semaines) de symptômes ou présence de quelques symptômes minimes : 1 à 2 symptômes de faible intensité, au maximum. La rémission partielle est définie par la présence de 2 à 4 symptômes parmi les 9 critères définissant l'EDM (39). La rémission complète est un enjeu important dans le traitement des troubles dépressifs, car elle prédit un risque plus faible de rechutes et de récurrences, de chronicité et de suicide. D'ailleurs, l'American College of Neuropsychopharmacology a proposé que la rémission constitue le critère d'évaluation principal des essais d'efficacité des antidépresseurs (40).

Dans les essais cliniques, la notion de guérison de l'épisode est souvent définie par la persistance d'une rémission complète pendant une période de 4 à 6 mois (41). La rechute dépressive est définie par la réapparition, au cours d'un même épisode dépressif, et ce après leur amélioration, de symptômes dépressifs satisfaisant aux critères de l'épisode dépressif majeur (42). Ainsi, la rechute, définie par les critères DSM, ne peut survenir qu'après rémission et avant la guérison (41). Plus de 80 % des patients qui ont présenté un premier épisode dépressif en présenteront d'autres au cours de leur vie. Par conséquent, l'on dit des troubles dépressifs unipolaires qu'ils sont des troubles récurrents (43,44). On parle de premier épisode dépressif ou épisode dépressif isolé. Lorsqu'un sujet présente des antécédents d'épisode dépressif, on parle alors de récurrence (en anglais « recurrence ») dépressive. L'existence d'au moins une récurrence ou récurrence dépressive définit le trouble dépressif récurrent (40).

Les patients présentant un épisode dépressif caractérisé peuvent évoluer vers une rémission complète ou présenter des symptômes dépressifs résiduels persistants (rémission partielle) en nombre alors insuffisant pour porter le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.

Certains patients présenteront une résistance au traitement antidépresseur (échec de deux traitements antidépresseurs bien conduits en termes de posologie et de durée).

Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socio-professionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

b. Les facteurs de mauvais pronostics, prédictifs de rechutes ou récurrences dépressives sont:

- * le sexe féminin,
- * une histoire familiale de trouble de l'humeur,
- * un âge de début précoce,
- * le nombre d'épisodes passés,
- * une durée plus longue de l'épisode index,
- * une sévérité plus importante de l'épisode index,

- * la persistance de symptômes résiduels dépressifs,
- * la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique. Certains symptômes peuvent avoir une expression différente selon les cultures et les croyances (36).

c. Le risque suicidaire

La dépression est la première cause de suicide. Des tentatives précédentes constituent le principal facteur de risque de suicide avéré. Il est donc capital de rechercher et d'estimer le risque suicidaire d'un patient dépressif, de ses éventuels projets ou tentatives de suicide. Il faut également évaluer s'il existe chez un patient suicidaire un risque de blesser autrui. Le fait de rechercher le risque suicidaire n'augmente pas le risque de passage à l'acte. L'évaluation répétée du risque suicidaire doit systématiquement faire partie du suivi d'un patient dépressif. L'évaluation de la suicidalité comprend l'évaluation de 3 dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité (45).

1.8. Prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé :

a. Hospitalisation :

L'hospitalisation en psychiatrie se justifie en cas de :

- * risque suicidaire élevé ou de mise en danger,
- * épisode dépressif caractérisé sévère,
- * épisode avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques.

Les formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique, avec comorbidités complexes (psychiatriques : troubles anxieux sévères, troubles addictifs notamment, ou non-psychiatriques rendant l'état médical général préoccupant), en particulier dans les situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit, pourront nécessiter également une hospitalisation.

b. Traitement pharmacologique

○ Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique :

- * Examen clinique complet, avec évaluation des constantes vitales, état buccodentaire, indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal.
- * Numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique (TG, cholestérol), bilan rénal (urée, créatinémie), bilan hépatique (GGT, ASAT, ALAT, PAL), bilan thyroïdien (TSHus), BHCG.
- * ECG pour évaluer l'espace QT.

○ Traitement antidépresseur

Pour les formes d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, un traitement antidépresseur est recommandé.

En première intention : Un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.

Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines et doit être donné au patient. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

En cas de non-réponse après un premier traitement antidépresseur, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées :

- * augmentation de posologie de l'antidépresseur ;
- * changement de traitement antidépresseur (de même classe pharmacologique ou de classe pharmacologique différente) ;
- * combinaison de deux traitements antidépresseurs ;
- * stratégies de potentialisation (tels antipsychotiques de seconde génération) ;
- * stratégies non médicamenteuses.

c. Traitements non pharmacologiques

c.1. Traitement physique

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisé (formes à caractéristiques mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation)

c.2. Psychothérapies

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée. Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée à sévère. Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées. Les thérapies ayant les niveaux de preuve le plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles.

c.3. Réhabilitation psychosociale

Chez certains patients et sur indication, des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être mises en place dans le cadre de la prise en charge du handicap (36).

2. La pandémie COVID-19 :

2.1. Généralités :

Les coronavirus sont l'un des principaux agents pathogènes qui ciblent principalement le système respiratoire humain. Les précédentes épidémies de coronavirus (CoV) comprennent le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)-CoV et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)-CoV, qui ont été caractérisés comme des agents représentant une grande menace pour la

santé publique. Le « 2019 Novel (New) Coronavirus » (COVID-19, nommé par l'OMS le 11 février, 2020) (46) apparaît le 16 novembre 2019 à Wuhan, dans la province de Hubei (en Chine centrale), avant de se propager dans le monde (1).

Depuis la déclaration de COVID-19 comme pandémie par l'OMS le 11 mars 2020 jusqu'au 30 juillet 2021, plus de 196 millions de cas confirmés de COVID-19 dont 4 200 412 décès ont été signalés, ce qui en fait l'une des pandémies les plus meurtrières de l'histoire de l'humanité (47,48).

De nombreux pays ont connu plusieurs vagues d'épidémies de coronavirus. Pendant la pandémie de 2020, les données empiriques montrent que les caractéristiques variaient d'une vague à l'autre (49). Par conséquent, de nombreux gouvernements et autorités sanitaires, y compris l'OMS, ont activement sensibilisé la population à prendre des mesures préventives pour réduire la propagation du virus, y compris des mesures de confinement (50-52).

Des progrès remarquables ont été réalisés dans notre compréhension de la pathogénicité et de la transmissibilité du SRAS-CoV-2. Les mesures de santé publique (c'est-à-dire le port de masques, l'hygiène des mains, la distanciation sociale, etc.) ont été prouvées efficaces pour freiner la propagation du SRAS-CoV-2 (53), et de nouveaux traitements et vaccins efficaces deviennent disponibles. Le premier traitement antiviral contre le COVID-19, le remdesivir, a été approuvé par la Food and Drug Administration le 22 octobre 2020, et le premier vaccin contre le COVID-19 a été approuvé le 11 décembre 2020 (54).

Malgré les nombreuses mesures prises pour lutter contre la COVID-19, de multiples résurgences se produisent dans le monde entier (49),(55), reflétant des succès variables dans le contrôle de l'infection par le SRAS-CoV-2 (56).

2.2. Présentation clinique :

La présentation classique de la maladie est celle d'une pneumonie avec fièvre, toux et dyspnée. La maladie peut se présenter comme une infection des voies respiratoires supérieures dite banale, et prendre un aspect cliniquement difficilement distinguable d'une autre virose.

Dans certains cas rares, le tableau initial peut aussi être dominé ou limité à une symptomatologie digestive (57). Les anomalies du goût et de l'odorat, allant de la perturbation discrète à l'anosmie et/ou l'agueusie complète, ont été bien décrites. Enfin, des présentations atypiques ne sont pas rares, notamment chez la personne âgée. Le clinicien devra rester vigilant et envisager le diagnostic devant un syndrome gériatrique (chute, delirium, déclin fonctionnel). Dans les cas les plus sévères, l'insuffisance respiratoire s'installe et les patients présentent un tableau de syndrome respiratoire aigu. Les complications cardio-vasculaires (58) et thrombo-emboliques (59) de la maladie ne sont pas rares dans les formes sévères.

2.3. Transmission :

a. Voie de transmission

Des études antérieures ont signalé le rôle central des voies respiratoires et des contacts étroits dans la transmission interhumaine du SRAS-CoV-2 ; (les gouttelettes respiratoires lors de la toux, les éternuements, la respiration et même la parole normale (60)). La transmission par voie aérienne du SRAS-CoV-2 est une autre voie d'infection. Bien qu'elles soient contradictoires, des études antérieures ont montré la présence de particules de SRAS-CoV-2 dans des échantillons d'air prélevés dans des environnements fermés (61). D'autres études soutiennent la possibilité d'une transmission fécale-orale du virus (62).

2.4. Diagnostic :

a. RT-PCR

La recherche directe de l'ARN viral sur frottis nasopharyngé ou oropharyngé par PCR (Polymerase Chain reaction) est devenu l'examen de choix pour le diagnostic. La sensibilité de la PCR varie selon les études entre 59 et 83% (63,64).

b. Scanner thoracique :

Le scanner thoracique s'est imposé rapidement parmi les outils diagnostiques de première ligne. En effet, les anomalies observées dans les cas confirmés (65) ont permis d'établir des critères diagnostiques classant les patients en différentes catégories : de peu probable à suspect en passant par possible, avec une sensibilité allant jusque 98% (64,66).

c. Sérologies :

Pour compléter l'arsenal d'outils diagnostiques, il y a lieu d'évoquer la sérologie. Elle trouve surtout sa place pour déterminer la séroprévalence de la maladie au sein des populations (enquêtes épidémiologiques). Pour des patients dont les symptômes sont anciens en combinaison avec le scanner, la recherche de ces anticorps trouve toute sa place pour aider le clinicien dans le diagnostic du COVID-19 (67).

d. Biologie :

Il existe également plusieurs indices biologiques utilisés en première ligne permettant, si ce n'est de confirmer le diagnostic, d'ajouter des arguments en faveur d'une suspicion d'infection à COVID-19 ; (un syndrome inflammatoire, une lymphopénie, une éosinopénie, une élévation des LDH, une cytolyse hépatique) (67).

2.5. Mesures thérapeutiques :

L'Infectious Disease Society of America (IDSA) et les National Institutes of Health ont produit des directives complètes pour le traitement et la prise en charge des patients atteints de COVID-19 (68,69). La gravité de la maladie chez les patients ambulatoires atteints de COVID-19 peut aller d'une maladie asymptomatique à une maladie grave.

À l'heure actuelle, il est important de rappeler qu'aucun traitement spécifique permettant de guérir l'infection n'est disponible. La prise en charge d'un patient avec une pneumonie à COVID-19 est avant tout supportive : traitement symptomatique de la fièvre, hydratation, etc. Les formes mineures peuvent être prises en charge à domicile.

a. L'oxygénothérapie

Le traitement de support respiratoire du patient avec une pneumonie à COVID-19 a fait l'objet d'une stratégie thérapeutique propre aux centres d'urgences avec des mesures graduelles de prise en charge; (lunettes à oxygène puis masque facial, ventilation non-invasive, puis invasive).

b. La chloroquine-l'hydroxychloroquine et l'azithromycine

Plusieurs études successives du groupe du Pr. Raoult (70,71) sont venues étayer la thèse d'un effet de l'hydroxychloroquine et l'azithromycine sur la clairance virale et l'efficacité clinique. Toutefois, ces résultats n'ont pas pu être reproduits à grande échelle et ces études ont été fortement critiquées pour leur méthodologie.

D'autres traitements ont été suggérés par l'IDSA et la FDA à base d'anticorps monoclonaux et d'antiviraux (Molnupiravir, Remdesvir), les anti-interleukines prouvant leur efficacité dans certaines formes à évolution sévère (67).

2.6. Pronostic :

La proportion de patients asymptomatiques parmi les patients infectés est inconnue et varie de 5% à 75% dans la littérature (67). Parmi les malades (symptomatiques), il est difficile de prédire la sévérité de l'infection. On estime que 80% des malades ont une présentation modérée, 15% une sévère, et 5% sont définis comme critiques (72) (avec insuffisance respiratoire, choc ou défaillance multisystémique).

3. Pandémie COVID 19 et Maroc :

3.1. Généralités

Dès la découverte de ce nouveau virus et après déclaration de l'OMS le 30 Janvier 2020 que cette épidémie constituait une Urgence de Santé Publique de Portée internationale, le Maroc a entamé le processus de préparation pour faire face à toute éventuelle épidémie conformément

aux dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005). Il a développé son plan national de veille et de riposte au COVID-19 qui avait comme objectifs :

Réduire le risque d'introduction sur le territoire national du SARS-Cov-2 ;

- Détecter précocement les cas et contenir la propagation ;
- Organiser une réponse nationale adaptée du système de santé ;
- Renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection en milieu de soins

Avec comme axes d'intervention :

Le plan national s'articule autour de 5 axes :

- Gouvernance et coordination ;
- Veille et surveillance ;
- Prise en charge et contrôle de l'infection ;
- Sensibilisation et renforcement des compétences des personnels
- Information et communication.

3.2. Premier temps de l'évolution de l'épidémie de COVID-19 : dates clés

Un total de 638 cas de COVID-19 a été enregistré au Maroc entre le 02/03/2020 et le 31/03/2020, dont 24,9% de cas importés. Le 1er cas de COVID-19 a été détecté le 02/03/2020 chez un marocain en provenance d'Italie ; le premier cas de transmission locale a été enregistré le 13 mars 2020, chez la conjointe d'un cas importé. Le nombre de cas confirmés a augmenté et des mesures de distanciation sociale puis de confinement ont été mises en œuvre, respectivement le 16 et 20 mars, afin d'endiguer l'épidémie ; le ministère de l'intérieur a ordonné la fermeture de nombreux espaces publics et installations du domaine public.

Le 22 mars, le projet de décret-loi visant à instaurer l'état d'urgence sanitaire dans le royaume a été adopté par le gouvernement marocain. Ce décret-loi permet aux autorités publiques concernées de prendre les mesures nécessaires et adéquates pour veiller au respect du confinement sanitaire devant être respecté afin de lutter contre la pandémie (73).

Le 18 avril, le conseil du gouvernement s'est réuni pour prolonger l'état d'urgence sanitaire qui devait prendre fin le 20 avril 2020. Un décret prolongeant cet état d'urgence sanitaire sur l'ensemble du territoire national d'un mois, jusqu'au 20 mai 2020, a donc été adopté.

Initialement, la distribution des cas de COVID-19 sur le territoire national était hétérogène.

Onze régions du Maroc ont enregistré des cas de COVID-19. La région Casablanca-Settat a enregistré le maximum de cas (146 cas) et le minimum de cas a été observé au niveau de la région Guelmim Oued Noun (1 cas). Jusqu'au 31 mars 2020, la région Dakhla Oued Eddahab n'avait enregistré aucun cas. En tout, 56% (42) des provinces et préfectures avaient enregistré des cas de COVID-19.

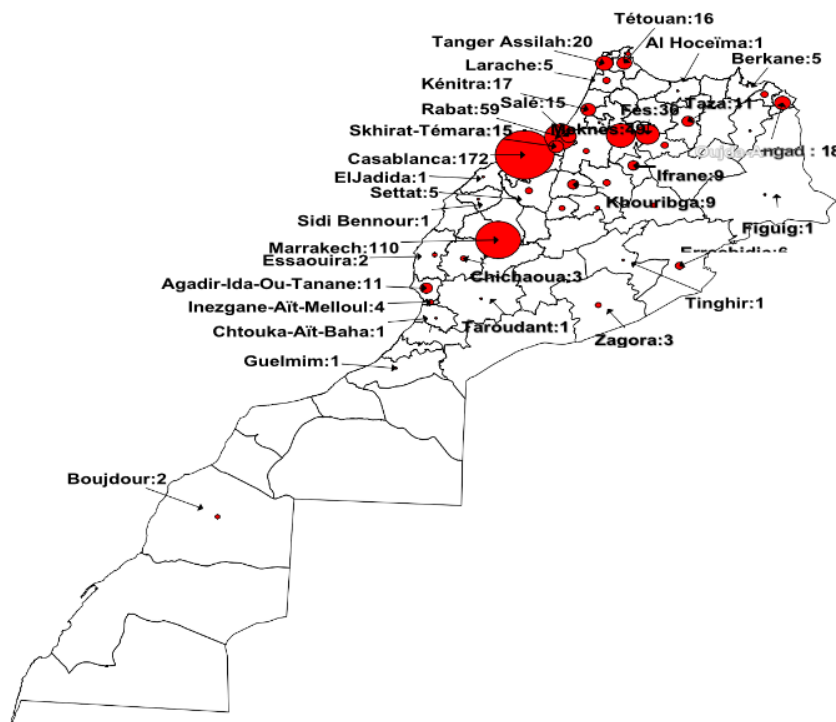


Figure 32 : Distribution des cas de COVID-19 par province et préfecture Mars 2020.

A partir de la semaine mi juin 2020, soit immédiatement après le début de l'allègement des mesures de confinement, l'activité épidémique a été particulièrement importante.

En juillet 2020, il y avait 11 789 nouveaux cas et 125 décès, portant le nombre de cas à 24 322 dont 353 décès (74,75).

L'évolution du nombre de cas a suivi une progression importante et un record de 25 537 cas cumulés début août 2020 a été enregistré. Les formes graves, parallèlement au nombre de cas, ont connu une augmentation importante. Entre le 15 juin et le 02 août, le nombre de cas pris en charge en services de réanimation et soins intensifs est passé de 11 à 88. La tendance haussière a repris de manière intense au cours des 2 dernières semaines d'août (76).

La hausse a continué pour qu'en septembre il y ait 58 593 nouveaux cas et 1 011 décès, portant le nombre de cas à 121 183 dont 2 152 décès.

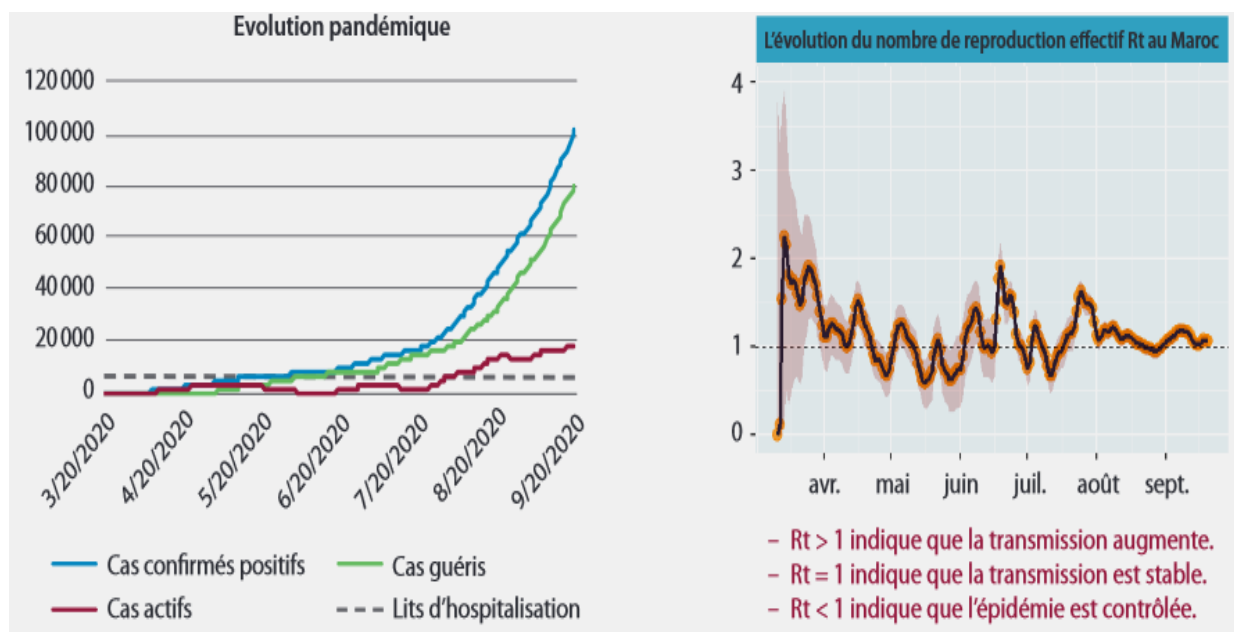


Figure 33 : La situation pandémique SARS-Cov-2 au Maroc du 20/03/2020 au 20/09/2020 les 6 premiers mois

La fig représente les estimations du nombre de reproduction effective depuis l'apparition de l'épidémie au Maroc, le graphe montre une fluctuation de ce nombre autour de la valeur 1, traduisant, d'une part, l'effort fourni par les opérateurs de la Santé publique (quand $R_t < 1$) et, d'autre part, l'apparition de clusters de l'épidémie (lorsque $R_t > 1$) (77)

En novembre un nombre important de cas a été noté ; il y avait 137 252 nouveaux cas et 2 151 décès, portant le nombre de cas à 356 336 dont 5 846 décès. Puis en décembre il y avait 82 857 nouveaux cas et 1 542 décès, portant le nombre de cas à 439 193 dont 7 388 décès

Il y avait 12 497 nouveaux cas et 348 décès en février, portant le nombre de cas à 483 654. Avec une certaine stabilité jusqu'en juin avec 12 145 nouveaux cas et 149 décès, portant le nombre de cas à 531 361 dont 9 296 décès

Au total, le Maroc a connu une première hausse commençant en août 2020 avec une progression importante et ensuite en novembre un pic de 137 252 nouveaux cas et 2 151 décès, portant le nombre de cas à 356 336 dont 5 846 décès. Puis il y eu un début de diminution de cas à partir de décembre.

Ensuite une deuxième vague avérée a commencé début juillet 2021 avec presque 150 000 contaminations. Cette montée des contaminations a lieu en plein été alors que des milliers de marocains résidant à l'étranger sont rentrés au pays pour les vacances, puis la diminution a commencé en septembre 2021. Une progression de 133% a été enregistrée durant la période allant du 20 juillet au 02 août 2021, au cours de laquelle le bilan quotidien a frôlé, répétitivement, la barre des 10.000 cas. Le taux de reproduction du virus s'est aggravé pour la sixième semaine consécutive, s'établissant à 1,47, un taux deux fois supérieur à l'objectif fixé par le Plan national de veille et de riposte à l'infection par le Coronavirus, qui est de 0,7. De même, le taux de positivité est passé de 10,7% à 20,38% durant cette période. Cette dernière vague était due essentiellement au variant Delta qui devenait prépondérant (78).

La troisième vague a été confirmée la semaine du 20 au 26 décembre 2022, durant laquelle trois régions sont passées du niveau faible au niveau modéré en 2022 et a duré 11 semaines. Le variant Omicron représentait 95% des contaminations enregistrées au Maroc (79). Après 5 semaines consécutives de baisse de tous les indicateurs, le Maroc sort de la vague de propagation du variant Omicron, a annoncé le 1er mars 2022 le coordonnateur du centre national des opérations d'urgence de santé publique (80).

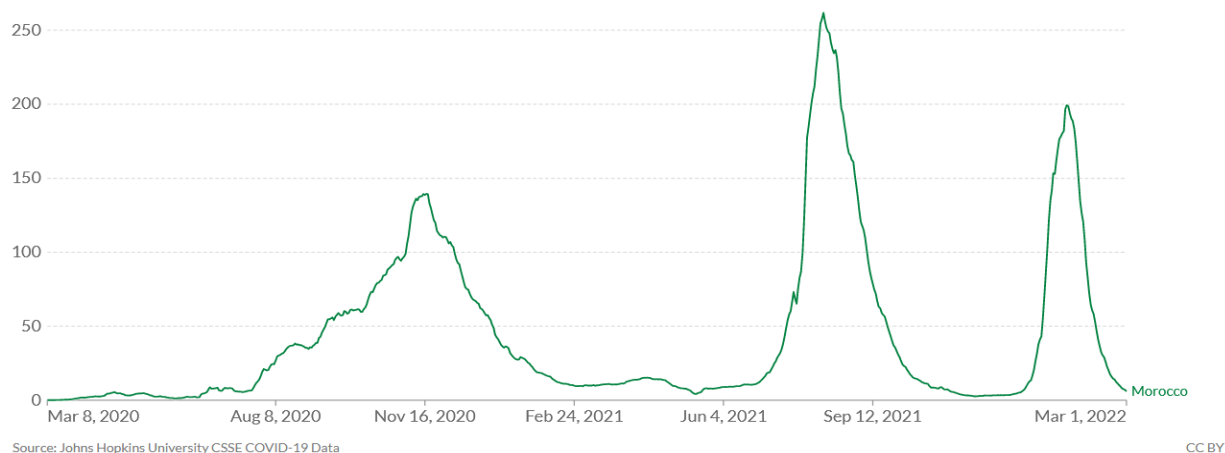


Figure 34 : Situation épidémiologique COVID-19 au Maroc de mars 2020 à mars 2022.

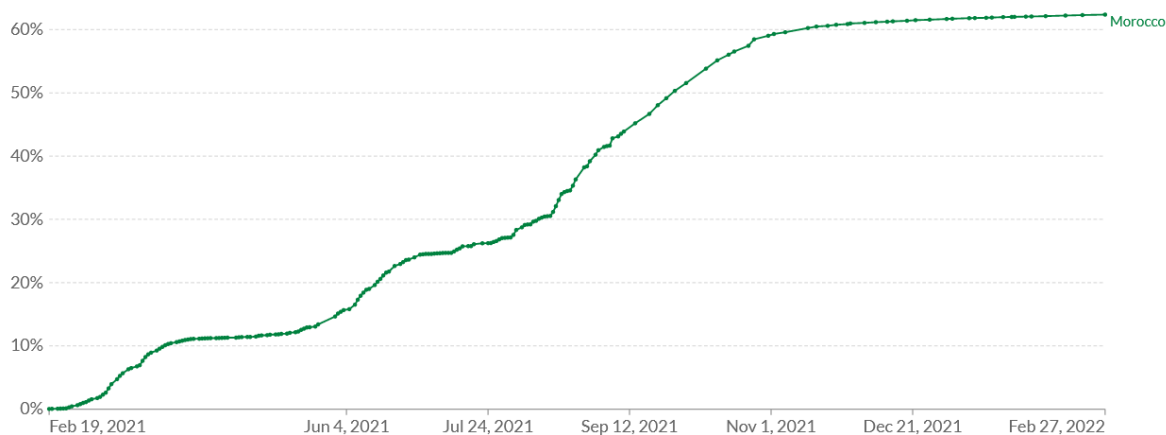
3.3. Vaccination :

À la suite de la deuxième vague de l'automne, plutôt qu'un « confinement général trop coûteux pour l'économie du pays », le Maroc opte pour la vaccination par une « décision prise le 9 novembre par le roi Mohammed VI » appliquée de décembre 2020 à avril 2021.

D'abord réservée aux personnels de santé de plus de 40 ans, aux autorités, aux enseignants de plus de 45 ans et aux personnes âgées de plus de 75 ans, la vaccination, gratuite et non obligatoire, a été étendue aux plus de 60 ans fin février.

Le gouvernement a accéléré début octobre 2021 sa campagne de vaccination pour une troisième dose en vue de renforcer l'immunité collective face au risque "probable" d'une quatrième vague de contaminations au coronavirus (81).

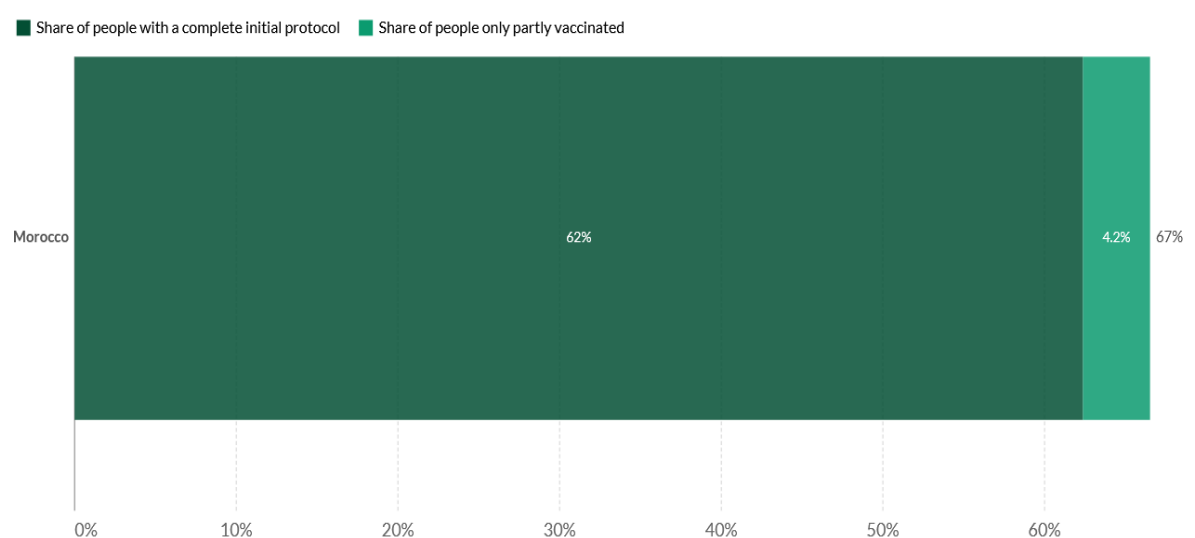
En 2022, 63,1% de la population est complètement vaccinée, avec 53,7 millions de doses administrées, atteignant ainsi l'objectif des Nations Unies consistant à vacciner 40% de la population contre le coronavirus avant la fin de l'année 2021 (82,83).



Source: Official data collated by Our World in Data
 Note: Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

CC BY

Figure 35 : Nombre total de personnes ayant reçu toutes les doses prescrites par le protocole de vaccination initial divisé par la population totale du pays.



Source: Official data collated by Our World in Data
 Note: Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

CC BY

Figure 36 : Répartition des personnes vaccinales selon leurs schémas vaccinaux février 27 2022 (personnes vaccinés complètement 62,37% – personnes vaccinés incomplètement 4,15%)

3.4. La stratégie politique du Maroc face à la pandémie COVID-19 :

Face à la pandémie du COVID-19, un plan d'action a été établi autour de trois axes : santé, économie et ordre social. Dans chacun de ces champs, le concours des institutions publiques, du secteur privé et des membres de la société civile a permis de limiter les dégâts et d'avoir un certain contrôle sur la pandémie.

Sur le plan sanitaire, l'intervention vise une maîtrise de la progression de la maladie pour une meilleure absorption des flux par le système de santé. La priorité est donnée à l'augmentation de l'offre en infrastructures sanitaires. Des relais sont également apportés par la société civile, et les établissements hôteliers qui ont mis des chambres à la disposition des personnels soignants mobilisés au premier rang face à la pandémie et des personnes convalescentes. Ce processus se fonde sur une politique de communication crédible de la part du ministère de la santé qui veille à diffuser quotidiennement le bilan d'évolution de la maladie et des recommandations d'hygiène.

Sur le plan économique, face à une conjoncture économique nationale et internationale incertaine, la création du « Fonds spécial pour la gestion de la pandémie du coronavirus », doté d'une capacité de 3% du PIB, et la contribution de différentes entités privées et publiques est à considérer comme un mécanisme de mutualisation des risques.

Egalement les ménages dans une situation précaire ainsi que les entreprises ont reçu des aides visant à aplanir la courbe de la récession économique. Le recours au financement externe a eu comme but de prémunir l'économie contre le choc externe qui a affecté les secteurs exposés sur le marché international et le tourisme.

Enfin, la politique monétaire a été de faciliter l'accès au financement pour accompagner les entreprises connaissant des problèmes de trésorerie et pour soutenir la demande à travers le report des échéances de crédit.

Le dernier champ d'action a été l'ordre social. L'intervention a visé à minimiser cet impact à travers des aides sociales ciblées. L'autre enjeu de taille était la continuité de certaines activités au service de la communauté, notamment les services publics. L'éducation s'est adaptée aux évolutions technologiques à l'heure du coronavirus, avec la mise en place du e-learning et la mobilisation des médias publics pour la diffusion des cours.

La situation de confinement a aussi eu des conséquences psychologiques auxquelles il convient de répondre. Dans ce combat, la société civile a été mobilisée pour apporter un soutien moral et psychologique aux plus vulnérables pour mieux les aider à s'adapter à ce changement abrupt des routines du quotidien. Cela est d'autant plus important que la préservation de l'ordre public en dépend (20).

3.5. Situation épidémiologique COVID-19 de la région Souss-Massa :

En début de pandémie, la région Souss-Massa a connu un nombre d'infection relativement faible pour se stabiliser en avril 2020 à 50 cas (84). En Juin 2020, l'hôpital régional Hassan II d'Agadir a été aménagé afin de réaliser des tests de dépistage du nouveau coronavirus, en utilisant la technique de référence pour le diagnostic du COVID-19, conformément aux instructions du ministère de la santé.

La ville d'Agadir a été l'un des sites principaux de rapatriement des marocains de l'étranger. Entre juin et juillet, plus de 400 marocains venants d'Italie et de Canada entre autres ont été rapatriés à l'aéroport Al-Massira d'Agadir (85).

En décembre 2020, lors du pic des contaminations au Maroc, la région avait enregistré le nombre de décès le plus important après Casablanca. La commission de veille préfectorale d'Agadir-Ida-Outanane assurant la mission de Poste de Commandement Préfectoral (PCP), qui avait durci les mesures de prévention du 22 novembre au 5 décembre dernier, a ainsi prorogé la période de grande vigilance de 15 jours supplémentaires, jusqu'au 19 décembre. Le taux de létalité, qui mesure la proportion de décès liés à la COVID-19, a évolué dans la région pour se situer à 1,56% contre 1,6% au niveau national (86). Ce fut dans ce sens que les mesures de restriction ont été durcies ; il a été décidé la fermeture des plages ainsi que des souks à 15h, l'instauration d'une autorisation de déplacement exceptionnel, et l'interdiction de toute forme de déplacement nocturne (87).

Similairement au reste du pays, l'état sanitaire des lieux s'est stabilisé après la seconde vague de décembre, pour n'enregistrer que 17 cas en mi-juin 2021. Sur le plan socio-économique, "alors que la crise économique émanant de la pandémie du Covid-19 a eu un impact sans précédent sur le secteur touristique international, la région de Souss Massa, historiquement connue pour son activité touristique, a réussi partiellement à résister à ces turbulences grâce à ses efforts de diversification économique", selon l'OBG (88).

Dans ce contexte de crise sans précédent, notre enquête vient afin d'établir un état des lieux de l'impact de la pandémie sur une population de patients dépressifs dans un terrain non encore exploré à cette fin.

II. Discussion des résultats de notre étude :

Le but de notre étude était d'étudier l'impact de la pandémie COVID-19 chez les patients connus dépressifs stabilisés sous traitement en trois temps différents, et ce en terme de rechutes dépressives et de stress perçu. Les candidats ont été suivis entre le premier avril 2020 jusqu'au 30 juin 2021.

Le premier temps de l'étude a été caractérisé par des rechutes dépressives chez plus de la moitié des patients soit 68,4%. Les niveaux de dépression était caractérisés comme étant modéré avec une moyenne de score de dépression (Beck) de 13,15 (ET : 9,34).

Une baisse significative des scores de dépression a été notée au fil de l'étude à savoir en T2 et en T3 ($p = 0,009$) mais tout en restant caractérisés comme « modéré ». Moins de patients étaient représentés par ces rechutes soit 54,7% de l'ensemble de l'échantillon en T2 et 51,3% en T3.

Quant au stress perçu en T1, 100% des patients rapportaient des niveaux légers de stress, avec une moyenne du score (IES-R) de 20 [3 - 43]. Ces niveaux ont également connu une diminution significative au fil de l'étude ($p < 0.001$), mais toujours avec la majorité des patients ayant un stress caractérisé comme « léger ».

Sur le plan socio-démographique nous avons noté un changement du statut professionnel des patients entre la période avant la pandémie et pendant la pandémie, et ce de façon significative ($p < 0.001$). 46,7% n'avaient plus d'emploi après le début de la pandémie. Ce résultat était concordant avec une étude suisse qui a évalué l'impact psychologique chez un grand nombre d'hommes pendant la pandémie COVID-19 rapportant que 21% des participants ont perdu leur statut professionnel d'avant la pandémie (89).

1. L'impact de COVID-19 sur la population générale :

La pandémie COVID 19 est considérée comme un évènement stressant passible de causer un impact psychologique important et d'aggraver des symptômes préexistants d'anxiété, de dépression chez la population générale (90).

Plusieurs caractéristiques uniques de la pandémie COVID-19 ont provoqué une crise accrue de la santé mentale, du fait du haut risque de contamination, des longues durée de confinement, de l'incertitude, de l'isolement en plus d'autres éléments stressants socio-économiques qui s'en suivent (91,92). Les données actuelles suggèrent même qu'une épidémie psychiatrique coïnciderait avec la pandémie de COVID-19 (93,94).

Similairement, au Maroc, une prévalence élevée des troubles du sommeil, de l'anxiété et des symptômes dépressifs a été notée pendant la période de confinement de COVID-19 (91). Selon l'enquête réalisée par le Policy Center for the New South dans le cadre du programme de recherche international « Attitudes Towards Covid-19 », un mal-être perceptible se dessinait dans les réponses des citoyens marocain. 67% des personnes interrogées déclaraient avoir vécu durant les deux dernières semaines « plusieurs jours d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir », et 81% « plusieurs jours de diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans les activités » (21).

2. L'impact sur les patients suivis pour troubles psychiatriques :

Pris dans leur ensemble, les résultats de notre étude confirment les inquiétudes soulevées au début de la pandémie de COVID-19 quant à la vulnérabilité des patients suivis pour une pathologie psychiatrique de façon générale ; en effet les patients suivis pour ces maladies rapportent une aggravation de leurs symptomatologies (95-99), outre certaines controverses soulevés par des études qui rapportaient un impact psychologique modeste chez leurs patients suivis pour troubles de l'humeur (100). D'autres rapportaient l'absence d'aggravation de la symptomatologie chez les patients avec les pathologies psychiatriques les plus sévères (101,102) malgré qu'ils aient rapporté des difficultés à faire face à la pandémie et la peur de contracter le virus.(103).

L'impact psychologique des catastrophes naturelles et des épidémies ne fait plus de doute. Elles provoquent des dommages psychologiques graves chez les personnes exposées. Une incidence accrue de psychopathologie est probable parmi les populations présentant des vulnérabilités préexistantes (par exemple, un traumatisme antérieur ou une maladie psychiatrique) (104,105), causant une augmentation de dépression chez les populations (106-111).

3. L'impact sur les patients dépressifs :

Les patients dépressifs semblent être plus exposés lors des différentes catastrophes naturelles ou autres (112). La détresse psychologique a été en effet marqué chez les patients avec un trouble de l'humeur et chez les patients dépressifs plus précisément causant une maladaptation à la situation (113).

Comme le rapporte une étude réalisée aux Pays-Bas, étudiant l'impact de la pandémie COVID-19 sur les patients connus dépressifs entre autres ; les symptômes dépressifs chez ces patients-là ont augmenté pendant la pandémie par rapport à ce qu'ils étaient avant l'épisode COVID-19 (103). En effet d'autres études ont également soulevé que les patients suivis pour troubles dépressifs ont manifesté des symptômes dépressifs importants pendant la pandémie (113-115). Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude malaisienne faite en début de pandémie chez des patients dépressifs rapportant que 63,5 % des sujets ont déclaré des symptômes dépressifs modérés, (68,4% dans notre échantillon).

D'autres études, de façon moins marquée, ont rapporté des résultats controversés ; indiquant que les patients dépressifs n'ont pas particulièrement manifesté de rechute pendant la pandémie (116,117).

4. Particularités de l'évolution de l'impact psychologique de la pandémie:

La vulnérabilité de ces patients est particulièrement marquée en début de pandémie à savoir les premiers mois de l'annonce des mesures restrictives et le confinement, comme le

soulèvent plusieurs études, rapportant un stress et un impact psychologique plus important lors du pic en 2019 avec l'instauration des mesures sanitaires (100-102).

En effet, il a été prouvé que les trois premiers mois suivant des événements stressants de la vie constituent la période la plus à risque pour l'apparition d'un épisode dépressif majeur et certaines études ont estimé une corrélation au cours d'un mois entre les événements de vie stressants et les débuts de dépression (118,119).

Cette particularité a été clairement notée dans notre étude dans un temps similaire au pic de 2019 dans le reste du monde ; les niveaux de dépression étaient significativement plus élevés en début de la pandémie par rapport au reste de l'étude.

L'impact psychologique a eu tendance à diminuer tout au long de la pandémie; au cours des différentes vagues, les individus avec des troubles dépressifs ont connu une diminution des niveaux de symptômes dépressifs. Et ce comme l'a rapporté une étude longitudinale allemande qui a étudié la trajectoire des symptômes psychiatriques chez des patients suivis pour des troubles dépressifs entre autres (114). D'autres études ont soulevé des résultats similaires (120), chose que nous avons démontrée également avec la diminution significative des niveaux de dépression ainsi que ceux de stress perçu.

Cette tendance à l'atténuation des symptômes dépressifs après un événement stressant – le début de la pandémie dans le cas de notre étude – a été démontré par certaines études. Ces dernières ont trouvé que la force de l'occurrence d'un événement stressant prédisant l'apparition de symptômes dépressifs diminuait au cours de chaque mois suivant le dit événement (119).

L'atténuation de l'impact psychologique au fil de la pandémie est en accord avec les résultats sur les changements de symptômes psychiatriques pendant des épidémies précédentes (104,121) et après des catastrophes communautaires (122). Ces résultats pourraient être expliqués par la possibilité que la plupart des personnes se sont habituées et ont réussi à faire face à cette nouvelle situation avec le temps. Dans le cadre de notre étude, cette diminution peut être également justifiée par l'impact positif du temps d'évaluation et du suivi continu lors des consultations téléphoniques au fil des temps de l'étude.

5. Explications de l'impact psychologique de la pandémie selon la littérature :

L'effet psychologique négatif qu'a eu la pandémie a pu être en lien avec de multiples facteurs tels que ; la longue durée du confinement strict, le manque de clarté par rapport aux risques réels de la pandémie faisant craindre le pire (123), les décès qui augmentent chaque jour, la rapidité de la propagation de la pandémie ainsi que la rupture brusque avec la vie pré-pandémique impactant directement la qualité de vie des populations.

Le retentissement psychologique qu'ont connu les patients dépressifs de façon particulière serait expliqué par le fait que la santé mentale et le suivi psychiatrique des patients avait une moindre priorité des autorités politiques de santé devant la propagation de l'infection COVID. Aussi, les patients psychiatriques ont été encouragés à ne pas se rendre dans les hôpitaux ; les services de soins et le personnel de santé étant réservés à la gestion de la pandémie. Troisièmement, les mesures de confinement et les interdictions de circulation ont rendu les consultations et les suivis chez les professionnels de santé mentale difficiles d'accès vu le nombre insuffisant de centre de proximité et la peur de contracter la COVID (114,124).

Les patients dépressifs auraient été plus marqués psychologiquement par le début de la pandémie en raison d'une plus grande vulnérabilité aux inquiétudes liées à l'actualité et à cause de stratégies d'adaptation moins efficaces car ils ont une forte tendance à surestimer la menace (114,125).

Dans ce même sens, l'amélioration au fil de la pandémie peut s'expliquer par le fait que les patients suivis pour des pathologies psychiatriques, et dépressives surtout, sembleraient expérimenter un certain sentiment de détente, car leur monde et leurs habitudes s'harmoniseraient davantage avec la société en quarantaine. Le fait de rester à la maison pouvait les aider à construire une routine quotidienne structurée et fixe (103). Egalement, le sentiment que d'autres personnes bénéficieront de leur situation (à savoir le confinement et son efficacité dans la réduction de la propagation de la pandémie) a pu rendre les situations stressantes plus faciles à supporter (123).

6. Facteurs influençant la détresse psychologique :

6.1. L'âge jeune:

Nous avons soulevé au sein de notre étude certains facteurs influençant les rechutes dépressives chez les patients recrutés, à savoir l'influence de l'âge. Les patients les plus jeunes présentaient plus de rechutes que les patients de plus de 40 ans. Cette différence était particulièrement marquée en T2 et était statistiquement significative ($p=0,010$) ; 67,9% des patients de plus de 40 ans ne présentaient pas de rechute dépressive. Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature ; le jeune âge fait partie des caractéristiques qui sont associés à un impact psychologique négatif pendant la période de confinement due au COVID-19 (91,101,123,126) ainsi qu'à des niveaux de dépression plus sévères chez les patients dépressifs (127,128). Cette différence a été expliquée par le fait que les sujets moins jeunes auraient plus tendance à faire face aux défis de santé mentale posés par la pandémie (129), comme les restrictions sociales et l'instabilité économique – comme les licenciements – causées par la pandémie (130). Ce qui est conforté par les taux importants de perte de l'emploi au cours de la pandémie notée par notre étude.

6.2. Les réseaux sociaux :

Nous avons également noté l'interaction de l'utilisation des réseaux sociaux avec les rechutes dépressives. Au cours du second temps de l'étude, il y avait une différence statistiquement significative des rechutes dépressives selon l'activité des patients sur les réseaux sociaux ; les patients actifs sur les réseaux sociaux ont présenté plus de rechutes dépressives (68.8%) en comparaison avec les inactifs (31.3%) ($p = 0,030$). Cette caractéristique est concordante avec la littérature. Il est communément rapporté une relation significative entre l'usage des réseaux sociaux et la détresse psychologique en général (131). Plus précisément, le nombre d'heures passées sur les réseaux sociaux est positivement corrélé aux symptômes dépressifs (132). Aussi, les patients connus dépressifs sont plus à risque de faire des rechutes

en abusant de l'utilisation des réseaux sociaux. (133). Des études ont noté cette caractéristique pendant la pandémie COVID-19. L'utilisation des réseaux sociaux pendant les périodes de confinement étaient reliés à l'aggravation des symptômes dépressifs (134-136).

Cette relation d'influence entre l'utilisation des réseaux sociaux et les rechutes dépressives évolue de façon réciproque et à double courant. Il a été constaté que l'utilisation problématique des médias sociaux est associée à une réduction du soutien social dans la vie réelle (137). Ce qui peut aggraver l'isolement social et le repli des patients dépressifs, et donc exacerber leur symptomatologie. D'une autre part, les personnes déprimées ont souvent tendance à utiliser intensivement les réseaux sociaux pour échapper à leur humeur négative et trouver un soulagement (138).

7. Le retentissement de la pandémie sur le stress des patients dépressifs :

Concernant le stress perçu chez les participants de notre étude, tous les patients présentaient des niveaux de stress légers au début de l'étude, avec une moyenne du score (IES-R) de 20 [3 - 43]. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par une étude chinoise ; le score moyen de l'IES-R des patients psychiatriques étant de (17,7 ± 14,2) (124). Dans une étude française, les patients connus dépressifs avaient un score de stress perçu moyen de 8 (min-max: 0-26) (115).

Nous avons aussi soulevé que les patients qui ont fait une rechute dépressive en T2 avaient des niveaux de stress plus élevés. Des études notent cet impact psychologique négatif chez les patients connus porteurs d'un trouble dépressif de façon plus particulière, comme une étude canadienne qui a rapporté l'association d'une pré-existence de dépression à un stress plus important autour de COVID-19 comme stress traumatique (11). D'autres études ont également soutenu cette particularité (113,139).

Les niveaux de stress perçu obtenus dans nos résultats étaient plus élevés au début de l'étude, ce qui est en accord avec les données de la littérature. En effet, au pic de l'épidémie de

COVID-19, avec des mesures de confinement strictes, les patients ont obtenu des scores significativement plus élevés sur le total IES-R (124). Ceci peut être expliqué par la particularité stressante de la première période de la pandémie ; du fait du manque de visibilité, la confusion, la peur de contracter le virus, l'isolement, les inquiétudes concernant l'évolution de la pandémie et l'excès de consommation de contenu médiatiques (90,91).

8. Facteurs influençant le stress perçu des patients dépressifs :

8.1. Le genre féminin :

Parmi les caractéristiques étudiées dans notre population, nous avons soulevé l'influence du facteur genre sur les niveaux de stress perçu ; les femmes présentant des scores de stress plus élevés que les hommes lors du deuxième temps de l'étude. Le sexe féminin a été décrit dans plusieurs études comme étant plus sujet à présenter une détresse psychologique pendant la pandémie COVID-19 (96,117,135,140). Egalement, le sexe féminin était plus à risque chez les populations psychiatriques (117) et de façon plus spécifiques chez les patients suivis pour troubles de l'humeur dépressifs (9).

8.2. Le statut professionnel :

Nous avons noté un changement du statut professionnel des patients entre la période avant la pandémie et pendant la pandémie avec une perte d'emploi importante. Aussi, il a été soulevé que les patients sans profession présentaient des niveaux plus élevés de stress que ceux avec un emploi et ce de façon significative. Ce qui est parfaitement en concordance avec les données de la littérature ; stipulant que la perte d'emploi est l'un des facteurs stressant qui induirait une plus grande détresse psychologique pendant la pandémie (89,135,141). La perte financière après la perte d'un emploi crée une grave détresse socio-économique et s'avère être un facteur de risque de symptômes de troubles psychologiques. Ces personnes deviennent dépendantes de leurs familles pour subvenir à leurs besoins financiers ce qui est souvent difficile à accepter et peut provoquer des conflits (123).

III. Points forts et limites de l'étude :

1. Points forts de l'étude :

- 1^{ère} étude en Afrique et dans le monde arabe qui évalue l'impact de la pandémie COVID-19 sur les patients dépressifs de façon longitudinale.
- Les entretiens ont été menés par des médecins internes et résidents psychiatres avec des échelles validées, et en présentiels « face à face » en premier lieu.
- Les diagnostics n'étaient donc pas auto-rapportés comme il est le cas dans la majorité des études.
- L'étude des facteurs démographiques a été quasi-exhaustive.
- Le caractère longitudinal de l'étude.

2. Limites de l'étude :

- Taille de l'échantillon faible, et dominée par le sexe féminin. Comme cela était le cas pour d'autres études ; Liao et al avec 62,8% de femmes, Zulkifli et al. 65,2%, Olié et al. 76%, Osuch et al : 73,4%, ce qui est cohérent avec les taux plus élevés de recherche d'aide chez les femmes en général (142).
- La pandémie COVID-19 a conditionné les entretiens dans les deux derniers temps par appels téléphoniques.



CONCLUSION



La pandémie mondiale de COVID-19 représente la crise du siècle. Son étendue n'a épargné aucun pays ni aucune région dans le monde. Les autorités sanitaires nationales et internationales se sont déployées pour faire face à son évolution imprévisible, en instaurant des mesures drastiques ; de longues périodes de confinement, des gestes barrières, l'interdiction des déplacements, et la suspension des écoles à titre d'exemple. Ce qui n'a pas manqué de creuser encore plus les inégalités dans nos sociétés, tant sur le plan socio-économique que celui de la santé physique et mentale. Dans ce contexte, les patients suivis pour troubles psychiatriques se retrouveraient dans une situation de vulnérabilité sans précédent.

Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact psychologique de la pandémie chez les patients dépressifs. En rejoignant les données de la littérature, cette étude a démontré l'étendu des rechutes dépressives et du stress chez ces patients-là témoignant de leur vulnérabilité initiale à une telle crise sanitaire. Cependant, il a également été soulevé la tendance des patients à s'améliorer au fil du temps. De nombreux facteurs ont été étudiés vis-à-vis de leur influence sur la population étudiée.

Les études sur l'impact de la pandémie COVID-19 commencent à émerger au niveau de la littérature, tant cette pandémie virale a été accompagnée d'une pandémie de maladies mentales. La revue de la littérature a montré que d'une part les patients suivis pour troubles psychiatriques étaient plus à risque d'avoir une détresse psychologique plus importante que la population générale. D'autre part, il a été soulevé que les patients dépressifs étaient encore plus à risque que les autres troubles psychiatriques, en mettant en exergue plusieurs facteurs qui interviennent dans cette caractéristique. Les auteurs suggèrent qu'une prise en charge rapprochée, spécifique et anticipatoire est capitale pour minimiser de la sévérité des symptômes psychiatriques vécus par ces patients.

De futures recherches devraient se pencher sur le retentissement de la pandémie COVID-19 au long terme chez les patients suivis pour troubles psychiatriques tout en mettant l'accent sur les stratégies à adopter dans le cadre de la sensibilisation accrue à leurs besoins et des plans d'urgence à mettre en place.



RESUMES



Résumés

La pandémie du coronavirus (COVID-19) s'est rapidement propagée dans le monde créant une crise tant sanitaire, socio économique que psychologique. Son impact sur les patients suivis pour des troubles psychiatriques pré-existants n'est pas encore clair mais il reste redouté. Différents facteurs caractérisant cette tranche de la population pourraient les exposer à plus de risque concernant leur santé mentale. Dans cette étude, nous avons évalué l'évolution de la santé mentale de patients connus dépressifs pendant la crise sanitaire.

L'objectif principal était de déterminer les facteurs cliniques, socio-économiques et environnementaux associés à la rechute des patients connus dépressifs, ainsi que de suivre la dynamique du niveau de stress perçu au fil de la pandémie COVID-19.

Notre étude est une étude de cohorte longitudinale descriptive. Nous avons inclus tous les patients adultes connus dépressifs et stabilisés à partir de mars 2020 jusqu'au 30 juin 2021 sur trois temps différents au sein de l'hôpital psychiatrique régional d'Inezgane et du centre de diagnostic d'Agadir. Ces patients ont été évalués avec des échelles psychométriques de dépression et de stress aigu.

Notre population est constituée de 117 patients. 68,4% présentaient une rechute dépressive au début de l'étude. Moins de patients étaient représentés par ces rechutes soit 54,7% de l'ensemble de l'échantillon en T2 et 51,3% en T3. Tous les patients rapportaient un score « léger » de stress aigu en début de l'étude, avec une diminution relative au cours des autres temps. Parmi les facteurs de risque constatés au niveau de notre étude de manière statistiquement significative, en T2 particulièrement, les patients âgés de moins de 40 ans présentaient plus de rechutes, également, les patients qui étaient actifs sur les réseaux sociaux ont présenté des taux de rechute plus importants. Quant à la mesure du stress perçu chez les candidats, nous avons noté que le sexe féminin présentait de plus grands niveaux de stress en relation avec la pandémie. Tout comme les patients sans profession présentaient des niveaux

plus élevés de stress. Nous avons aussi soulevé la particularité de l'évolution du statut professionnel ; 46,7% des patients actifs professionnellement avant ne l'étaient plus au cours de la crise sanitaire.

L'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale ne fait pas de doute. Les personnes suivies pour maladie psychiatrique pourraient être plus exposées à des répercussions sur leur santé psychique. Dans notre étude cette particularité a été évaluée en termes de rechutes dépressives et de stress perçu chez des patients connus dépressifs. Globalement les niveaux de dépression étaient plus marqués au début, puis de moins en moins au fil des temps de l'étude, et étaient significativement lié à certains paramètres socio-démographiques. Le suivi des patients traités pour une maladie psychiatrique reste une priorité essentiellement dans ce contexte particulier de crise sanitaire afin d'en prévenir les éventuelles conséquences néfastes.

Abstract

The pandemic of the coronavirus (COVID-19) has spread rapidly throughout the world creating a health, socio-economic and psychological crisis. Its impact on patients followed for pre-existing psychiatric disorders is not clear yet but it remains feared. Different factors characterizing this segment of the population could put them at greater risk for mental health problems. In this study, we evaluated the evolution of mental health of known depressed patients during the health crisis.

The main objective was to determine the clinical, socioeconomic and environmental factors associated with relapse of depressed patients, as well as to follow the dynamics of perceived stress levels over the course of the COVID-19 pandemic.

Our study is a descriptive longitudinal cohort study. We included all adult patients known to be depressed and stabilized from march 2020 until June 30 2021 on three different time points within the regional psychiatric hospital of Inezgane and the diagnostic center of Agadir. These patients were evaluated with psychometric scales of depression and acute stress.

Our population consisted of 117 patients. 68.4% had a depressive relapse at the beginning of the study. Fewer patients were represented by these relapses, i.e. 54.7% of the total sample in T2 and 51.3% in T3. All patients reported a "mild" acute stress score at the beginning of the study, with a relative decrease during the other times. Among the risk factors found in our study in a statistically significant way, in T2 particularly, patients aged less than 40 years presented more relapses, also, patients who were active on social networks presented higher relapse rates. As for the measure of perceived stress in the candidates, we noted that the female sex presented greater levels of stress in relation to the pandemic, just as patients without a profession presented higher levels of stress. We also noted the change in professional status; 46.7% of the patients who were professionally active before were no longer active during the pandemic.

The impact of the coronavirus pandemic on mental health does not make any doubt. People with pre-existent psychiatric illness could be more exposed to repercussions on their psychological health. In our study, this particularity was evaluated in terms of depressive relapses and perceived stress with depressed patients. Overall, the levels of depression were more marked at the beginning, then less so over the course of the study, and were significantly related to certain socio-demographic parameters. The follow-up of patients with a psychiatric disease remains a priority essentially in this particular context of health crisis in order to prevent possible harmful consequences.

ملخص

انتشرت جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19) بسرعة في جميع أنحاء العالم مما خلق أزمة صحية واجتماعية واقتصادية ونفسية. تأثيرها على المرضى الذين تتم متابعتهم بسبب اضطرابات نفسية موجودة مسبقا ليس واضحا بعد ولكنه لا يزال مثيراً للقلق. خصوصا و أن العوامل المختلفة التي تميز هذه الشريحة يمكن أن تعرضهم لخطر أكبر على صحتهم العقلية. في هذه الدراسة ، قمنا بتقييم تطور الصحة العقلية للمرضى المشخصين سابقا بالاكتئاب خلال هاته الجائحة.

كان الهدف الرئيسي هو تحديد العوامل السريرية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية المرتبطة بانتكاس المرضى المشخصين سابقا بالاكتئاب، وكذلك مراقبة دينامية مستوى التوتر لديهم خلال جائحة كوفيد-19.

دراستنا هي دراسة أترابية طولية وصفية. استهدفت جميع المرضى البالغين المعروفين بإصابتهم بالاكتئاب المستقرين. امتدت الدراسة من مارس 2020 إلى 30 يونيو 2021 ، على ثلاث مراحل مختلفة داخل مستشفى الأمراض النفسية الإقليمي بإنزكان ومركز التشخيص بأكادير. تم تقييم هؤلاء المرضى بمقاييس نفسية للاكتئاب والإجهاد الحاد.

قامت الدراسة على 117 مريضا. 68.4% منهم بدت عليهم انتكاسة اكتئابية في بداية الدراسة، بينما انخفضت نسبة المرضى المصابين بالانتكاسات إلى 54.7% من العينة بأكملها في الطور الثاني من الدراسة ثم إلى 51.3% في طورها الثالث.

أبلغ جميع المرضى عن درجة "خفيفة" من الإجهاد الحاد في بداية الدراسة ، مع انخفاض نسبي في الأوقات الأخرى. من بين عوامل الخطر الملاحظة في دراستنا بطريقة ذات دلالة إحصائية ، خاصة في الطور الثاني ، كان لدى المرضى الذين تقل أعمارهم عن 40 عاما المزيد من الانتكاسات ، كما أن المرضى الذين كانوا نشطين على الشبكات الاجتماعية لديهم معدلات انتكاس أعلى.

وفيما يتعلق بقياس الإجهاد المتصور في الشريحة المدروسة، لاحظنا أن الجنس النسوي لديه مستويات أعلى من التوتر المرتبط بالوباء، و كان كذلك لدى المرضى العاطلين عن العمل مستويات أعلى من الإجهاد. من جهة أخرى، أثرتنا أيضا خصوصية تطور الوضع المهني حيث أن 46.7% من المرضى الذين كانوا نشطين مهنيا من قبل لم يعودوا كذلك خلال الأزمة الصحية.

إن تداعيات الأزمة الصحية على الصحة العقلية واضحة. و قد يكون الأشخاص الذين يعالجون من مرض نفسي أكثر عرضة لها. في دراستنا تم تقييم هذه الخصوصية من حيث الانتكاسات الاكتئابية والإجهاد المتصور عند المرضى المشخصين بالاكتئاب.



ANNEXES



Annexe 1 :

Fiche d'exploitation

I. Données socio-économiques :

- Nom et prénom : Numéro de téléphone : Date T : .. /.. /....
Examineur : Dr.....
- Age :
 - Sexe : F M
 - Situation matrimoniale : Célibataire Marié Divorcé Veuf(ve)
 - Niveau scolaire : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire
 - Profession :
 - Activité professionnelle avant le confinement: Présente Absente
 - Activité professionnelle pendant le confinement : Présente Absente
 - Ressources financières reposant sur : L'individu seul Conjoint Famille
 - Niveau socio-économique : Faible Moyen Elevé
 - Situation familiale : Vit seul(e) En famille En colocation
 - Habitat : Nombre de chambres :
 - Disposant d'un espace extérieur : Oui Non
 - Nombre d'habitants y compris le(la) patient(e) :
 - Sécurité sociale : Mutualiste Ramediste Aucun
 - Actif sur les réseaux sociaux : Oui Non
 - Nombre d'heures de connexion dans les réseaux sociaux par jour :
 - Présence de cas positifs au sein de la famille : Oui Non
 - Présence de cas positifs au sein du voisinage proche : Oui Non
 - Mis en quatorzaine : Oui Non

II. Données cliniques :

- Ancienneté du trouble : mois
 Monothérapie Bithérapie
 Tricyclique IRS
- Traitement antipsychotique associé : Oui Non
- Nombre d'hospitalisations :
- Antécédents : Tentative de suicide : Oui Non
- Pathologies organiques chroniques: Oui Non
- si oui précisez :
- Antécédents addictifs : Oui Non

Annexe 2 :

Mini International Neuropsychiatric Interview (Episode dépressif majeur)

Moroccan MoroccanArab Version 5.0.0 Version 5.0.0 Version 5.0.0 DSM-IV

Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine Hôpital de la Salpêtrière – Paris – FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida – Tampa – USA

Translated by : N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui

University Psychiatric Centre Ibn Rochd-Casablanca-Morocco

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	خلال 2 الأسابيع الأخيرة , واش شعرت بنفسك حزين أكثر من اللازم , مكتئب , مضطرب أغلب النهار تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	1
A2	خلال 2 الأسابيع الأخيرة , واش شعرت أن خاطرك ضيق وشعورك باللذة نقصوا بالنسبة الأشياء اللي كيحبوبك عادة وهذ شي في أغلبية الأوقات .	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→ NON	OUI	
A3	خلال 2 أسابيع اللي كنت تتحس فيها براسك مكتئب أو/ وما عندكش اهتمام لأغلب الأشياء :			
a	واش الشهية ديالك نقصت أو زادت؟ واش الوزن ديالك نقص ولا زاد بلا ما حاولت تنقص أو تزيد فيه (مثلا 5% في الشهر من الوزن ديالك أو 3.5 كغ بالنسبة لشخص كيوزن 65 كغ)	NON	OUI	3
COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE				
b	واش كانت عندك مشاكل في النعاس تقريبا كل ليلة (صعوبة في النعاس , كتفريق وسط الليل , كتفريق بكري أو كتنعس بزاف ...) ؟	NON	OUI	4
c	واش كنت تنهدر ولا تتحرك أقل من العادة أو كنت مقلق وممرتاحش وما بقيتيش قادر تبقى كالس في بلاصتك وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	5
d	واش كنت تتحس براسك عيان أو ما عندكش الجهد تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	6
e	واش كنت تتحس براسك ما عندكش قيمة أو تتبقى تلوم نفسك. وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	7
f	واش عندك صعوبة في التركيز أو في اتخاذ قرارات وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	8
g	واش جاوك بزاف المرات أفكار كحلة بحال تفكر أن من الأحسن تموت أو تأدي راسك	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :				
A5a	خلال حياتك واش وقعوا ليك فترات أخرى ديال 2 أسابيع أو أكثر اللي فيها كنت مكتئب أو بدون اهتمام لأغلب الأشياء واللي خلالها كانوا عندك المشاكل اللي تكلمنا عليها دابا	→ NON	OUI	10
b	قبل ما تحس مكتئب حزين أو فقدتي الاهتمام بالأشياء واش كنت الخاطر ديالك مزيان على الأقل شهرين	NON	OUI	11
A5b EST-ELLE COTEE OUI ?		NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

Annexe 2 bis :

Mini International Neuropsychiatric Interview Mini International Neuropsychiatric Interview (Risque suicidaire)

C. RISQUE SUICIDAIRE

	في الشهر الأخير : واش كنت :		
C1	تتفكر أنه أحسن ليك تموت أولا تميت الموت	NON	OUI
C2	بغيتي تأذي راسك ؟	NON	OUI
C3	جمت في الانتحار ؟	NON	OUI
C4	خططت تنتحر (خطة الانتحار)	NON	OUI
C5	حاولت تنتحر	NON	OUI
C6	في حياتك كاملة :	NON	OUI

واش عمرك قمت بشي محاولة ديال الانتحار

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	
MOYEN	
ELEVÉ	

Mini International Neuropsychiatric Interview Mini International Neuropsychiatric Interview (Episode dépressif majeur et Risque suicidaire)

French Version 5.0.0 DSM-IV Y.

Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine Hôpital de la Salpêtrière – Paris – FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida – Tampa – USA

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→ NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→ NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

M-I-N-I- S-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Waller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janava, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

Annexe 3

Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items)

A

0. Je ne me sens pas triste
1. Je me sens cafardeux ou triste
2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
2. Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
3. Je suis mécontent de tout

E

0. Je ne me sens pas coupable
1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
2. Je me sens coupable
3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

0. Je ne suis pas déçu par moi-même
1. Je suis déçu par moi-même
2. Je me dégoûte moi-même
3. Je me hais

G

0. Je ne pense pas à me faire du mal
1. Je pense que la mort me libérerait
2. J'ai des plans précis pour me suicider
3. Si je le pouvais, je me tuerais

H

0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant
1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
3. Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
2. Faire quoi que ce soit me fatigue
3. Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0. Mon appétit est toujours aussi bon
1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
2. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
3. Je n'ai plus du tout d'appétit

Le score total varie de 0 à 39.

De 0 à 3 : on considère qu'il n'y a pas de dépression

De 4 à 7 : dépression légère

De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée A partir de 16 et plus : dépression sévère

Annexe 3 bis :

Questionnaire abrégé de « BECK » ملخص استمارة « BECK » Traduction arabe :

Pr. S. RAMOUZ – Dr. H. IDOUMHAIDI – Pr. H. JAMAL HAMMOUMI

الجنس : ذكر أنثى

تاريخ الازدياد :

تاريخ ملئ الاستمارة :

طريقة الاستعمال :

تضمن هذه الاستمارة سلسلات من أربع اقتراحات. اقرأ الاختيارات الأربع في كل سلسلة و اختر تلك التي تصف حالتك الحالية. أخط بدائرة الرقم المقابل للاختبار المناسب إذا رأيت أن مجموعة من الاختيارات داخل نفس السلسلة المناسبة أخطها بخط

- أ -

0.....لا أحس بأنني حزين

1.....أحس بأنني كئيب أو حزين

2.....أحس بالكآبة و الحزن طوال الوقت و لا أستطيع تجاوز هذا الإحساس

3.....أحس بالحزن و الألم لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك

- ب -

0.....أنا لست محبطا أو متشائما في ما يخص المستقبل

1.....أحس بالإحباط تجاه المستقبل

2.....بالنسبة لمستقبلي ليس لدي ما يدعوني للأمل

3.....أحس أنه لا أمل لدي في المستقبل، وضعيتي لن تتحسن

- ج -

0.....ليس لدي إحساس بالفشل في حياتي

1.....أحس أنني فشلت في حياتي أكثر من أغلب الناس

2.....عندما أتأمل حياتي الماضية لا أجد فيها سوى الفشل

3.....عندي إحساس بالفشل التام في كل حياتي الشخصية (في علاقتي مع أبوي، زوجي أو زوجتي و أطفالي)

- د -

0..... - لا أحس بعدم الرضا.

1..... - لا أستغل الفرص بشكل جيد.

2..... - لا أحس بالرضا في أي شيء.

3..... - أنا مستاء من كل شيء.

هـ -

0..... - لا أحس أنني مذنب.

1..... - أحس في غالب الأوقات أنني سيء.

2..... - أحس أنني مذنب.

3..... - أقول أنني سيء و لدي انطباع بأنني لا أساوي شيئاً.

و -

0..... - لست أنا سبب إحباطي.

1..... - أنا سبب إحباطي.

2..... - أشمئز من نفسي.

3..... - أكره نفسي.

ز -

0..... - لا أفكر في إيذاء نفسي.

1..... - أضمن أن الموت سيخلصني.

2..... - لدي مخطط معين للانتحار.

3..... - لو أنني أستطيع لقتلت نفسي.

ك -

0..... - لم أفقد الاهتمام بالناس.

ل -

- 0..... أنا قادر على أخذ قراراتي بسهولة كالمعتاد.....
- 1..... أحاول عدم أخذ قراراتي بنفسى.....
- 2..... أجد صعوبة كبيرة في أخذ قراراتى
- 3..... لا أستطيع أخذ أبسط قراراتى

م -

- 0..... لا أحس أننى أفتيح من ذى قبل
- 1..... أخاف أن أبدو عجوزا أو قبيحا
- 2..... لى انطباع بأن هناك تغيرا مستمرا فى مظهري (شكلى) قبيحا.....
- 3..... لى انطباع بأننى قبيح و منفر

ن -

- 0..... أعمل بسهولة كذى قبل
- 1..... على بذل مجهود إضافى لأبدأ بفعل شىء ما
- 2..... على بذل مجهود كبير لأفعل أى شىء
- 3..... أنا غير قادر على القيام بأبسط فعل

ح -

- 0..... أنا لست أكثر تعباً من المعتاد
- 1..... أنا أتعب بسهولة أكثر من المعتاد
- 2..... فعل أى شىء يتعبنى
- 3..... لا أستطيع القيام بأى عمل

ط -

- 0..... شهيتى دائماً على ما يرام

Annexe 4 :

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillion Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin



BIBLIOGRAPHIE



1. **Le Monde. William Audureau et Maxime Vaudano**
Coronavirus : du premier cas détecté de Covid-19 au déconfinement, la chronologie d'une crise mondiale.
Disponible sur (https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/12/coronavirus-de-la-chauve-souris-au-deconfinement-la-chronologie-de-la-pandemie_6039448_4355770.html) 12 mai 2020 [consulté le 1 mai 2022].
2. **Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca PM, Thomas P, Bocher R, et al.**
Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2.
L'Encephale. juin 2020;46(3):S3-13.
3. **Taylor S.**
The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease.
Cambridge Scholars Publishing; 2019. 179 p.
4. **Ingram RE, Luxton DD.**
Vulnerability-Stress Models. In: Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective.
Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2005. p. 32-46.
5. **Zuckerman M.**
Vulnerability to psychopathology: A biosocial model.
Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. xv, 535 p
6. **Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K.**
60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001.
Psychiatry. 2002;65(3):207-39.
7. **Taylor S.**
EAP and COVID-19, 2021: The New Psychology of Pandemics: COVID-19 and Beyond. The New Psychology of Pandemics: COVID-19 and Beyond.
University of Maryland Baltimore. Disponible sur <https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/14868>
2 mars 2021 [consulté le 1 mars 2022]
8. **El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al.**
Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ?
L'Encéphale. juin 2020;46(3):S73-80.

9. **Kurose S, Funayama M, Takata T, Shimizu Y, Mimura Y, Kudo S et al.**
Symptom changes in patients with pre-existing psychiatric disorders in the initial phase of the COVID-19 pandemic: Vulnerability of female patients and patients with mood disorders.
Asian J Psychiatry. févr 2022;68:102966.
10. **Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al.**
How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic.
Lancet Psychiatry. sept 2020;7(9):813-24.
11. **Asmundson GJG, Taylor S.**
How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know.
J Anxiety Disord. avr 2020;71:102211.
12. **Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). 2021.**
Disponible sur (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>) [consulté le 1 avril 2022]
13. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Principaux repères sur la dépression. Publié 13 septembre 2021
Disponible sur (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>) [consulté le 1 avril 2022]
14. **Bayingana K, Tafforeau J.**
La Dépression Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique.
Institut Scientifique de la Santé Publique Service d'Epidémiologie Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique; 2002.
15. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Définition de la dépression.
<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> . [consulté le 31 mai 2022].
16. **American Psychiatric Association.**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. 2013. DSM-V,
doi-org.db29.linccweb.org/10.1176/appi.

17. **Moussaoui D.**
La santé mentale au Maroc: enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies.
L'Encéphale. 2007;33:125-6.
18. **Organisation Mondiale de la Santé.**
COVID-19 - Chronologie de l'action de l'OMS. 29 juin 2020
(<https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covid-timeline>) Disponible sur [consulté le 01 mai 2022].
19. **Ministère de la Santé.**
Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies.
Epidémie du COVID-19 au Maroc. Situation épidémiologique au 03 avril 2020. Disponible sur http://www.covidmaroc.ma/Documents/SITUATION_Epid%3%A9mie_COVID-19/COVID-19%20Situation%20%3%A9pid%3%A9miologique%20au%2003%20avril%202020.pdf [consulté le 1 mars 2022].
20. **Ali AA, Bassou A, et al.**
LA STRATÉGIE DU MAROC FACE AU COVID-19.
Policy Center For The New South. Avril 30,2020;20-07
Disponible sur : <https://www.policycenter.ma/publications/la-strat%3%A9gie-du-maroc-face-au-covid-19>
21. **Dryef M, Guillo D.**
Le Maroc face à la pandémie Covid-19 : de la confiance à l'inquiétude.
Policy Center For The New South. November 10, 2020;20-80
Disponible sur : <https://www.policycenter.ma/publications/le-maroc-face-a-la-pandemie-covid-19-de-la-confiance-a-l-inquietude>
22. **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavas J, Weiller E et al.**
The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.
J Clin Psychiatry. 1 mai 1998;59(suppl 20):11980.
23. **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavas J, Weiller E et al.**
The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (1998).: The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10-French current DSM-IV. 2015.

24. **Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Alami M, Hergueta T, Moussaoui D.**
Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation.
Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. mars 2005;20(2):193-5.
25. **McDowell I, Newell C.**
Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, 2nd ed. New York, NY, US
Oxford University Press;1996.xix,523p
26. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.**
An inventory for measuring depression.
Arch Gen Psychiatry. juin 1961;4:561-71.
27. **Collet L, Cottraux J.**
Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher.
L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique. 12. 77-79.
28. **Beck, A. T., & Beamesderfer A.**
Assessment of depression: the depression inventory.
Modern problems of pharmacopsychiatry,1974;7(0),151-169.
29. **Abdel-Khalek AM.**
Internal consistency of an Arabic Adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries.
Psychological Reports. févr 1998;82(1):264-6.
30. **Horowitz M, Wilner N, Alvarez W.**
Impact of Event Scale: a measure of subjective stress.
Psychosomatic Medicine. mai 1979;41(3):209-18.
31. **Beck JG, Grant DM, Read JP, Clapp JD, Coffey SF, Miller LM et al.**
The Impact of Event Scale -Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors.
J Anxiety Disord. 2008;22(2):187-98.
32. **Weiss DS, Marmar CR.**
The Impact of Event Scale—Revised. In: Assessing psychological trauma and PTSD. New York, NY, US:
The Guilford Press; 1997. p. 399-411.

33. **Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S.**
Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised.
Canadian Journal of Psychiatry 1 mars 2003;48:56-61.
34. **Haute Autorité de Santé. Sladana P.**
Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours.
Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017
35. **Greene MC, Yangchen T, Lehner T, Sullivan PF, Pato CN, McIntosh A, et al.**
The epidemiology of psychiatric disorders in Africa: a scoping review.
Lancet Psychiatry. août 2021;8(8):717-31.
36. **Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie.**
Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.
2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016.
37. **Amini S, Bagheri P, Moradinazar M, Basiri M, Alimehr M, Ramazani Y.**
Epidemiological status of suicide in the Middle East and North Africa countries (MENA) from 1990 to 2017.
Clin Epidemiol Glob Health. mars 2021;9:299-303.
38. **Organisation mondiale de la Santé.**
Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. 1994 [consulté le 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40538>
39. **Frank E, Prien RF, Jarret RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW et al.**
Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence.
Arch Gen Psychiatry. sept 1991;48(9):851-5.
40. **E.Corruble**
Dépression : concepts actuels
L'Encéphale(2010),Supplément 5,S104-S107
41. **Boulenger JP, Capdevielle D.**
Pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: rationale and limitations.
L'Encephale. févr 2007;33(1):84-94.

42. **Kupfer DJ.**
Long-term treatment of depression.
J Clin Psychiatry. mai 1991;52 Suppl:28-34.
43. **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.**
Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte.2006 [consulté le 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://studylibr.com/doc/1875642/bon-usage-des-medicaments-antidépresseurs-dans-le>.
44. **Keller MB.**
Depression: a long-term illness.
Br J Psychiatry Suppl. déc 1994;(26):9-15.
45. **Oberle L , Broers B, Saillant S, Junod N.**
Dépression - Service de médecine de premier recours.
Hôpitaux Universitaires Genève. DMCPRU-2017
46. **Rothan HA, Byrareddy SN.**
The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak.
J Autoimmun.mai 2020;109:102433.
47. **Thakur V, Bhola S, Thakur P, Singh Patel SK, Kulshrestha S, Ratho RK et al.**
Waves and variants of SARS-CoV-2: understanding the causes and effect of the COVID-19 catastrophe.
Infection. 16 déc 2021;1-16.
48. **Organisation Mondiale de la Santé.**
WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [consulté le 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://covid19.who.int>
49. **Iftimie S, López-Azcona AF, Vallverdu I, Flix SH, De Febrer G, Parra S et al.**
First and second waves of coronavirus disease-19: A comparative study in hospitalized patients in Reus, Spain.
PLOS ONE.2021;16(3):e0248029.
50. **Godman B, Haque M, Islam S, Iqbal S, Urmi UL, Mahmood Kamal Z, et al.**
Rapid Assessment of Price Instability and Paucity of Medicines and Protection for COVID-19 Across Asia: Findings and Public Health Implications for the Future.
Front Public Health. 2020;8:585832.

51. **Farooq HZ, Davies E, Brown B, Whitfield T, Tilston P, McEwan A, et al.**
Real-world SARS CoV-2 testing in Northern England during the first wave of the COVID-19 pandemic.
J Infect. juill 2021;83(1):84-91.
52. **Kunno J, Supawattanabodee B.**
Comparison of Different Waves during the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Study in Thailand.
Adv Prev Med. 2021;2021:5807056.
53. **Cowling BJ, Aiello AE.**
Public Health Measures to Slow Community Spread of Coronavirus Disease 2019.
J Infect Dis. 11 mai 2020;221(11):1749-51.
54. **Manus JM.**
La FDA approuve le remdesivir comme traitement de la Covid-19.
Rev Francoph Lab. déc 2020;2020(527):5.
55. **Borghesi A, Golemi S,**
Lombardy, Northern Italy: COVID-19 second wave less severe and deadly than the first? A preliminary investigation.
Infect Dis. 4 mai 2021;53(5):370-5.
56. **Hoogenboom WS, Pham A.**
Clinical characteristics of the first and second COVID-19 waves in the Bronx, New York: A retrospective cohort study.
Lancet Reg Health - Am. 1 nov 2021;3:100041.
57. **Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, Lung KC, Tso E, Liu R et al.**
Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis.
Gastroenterology. juill 2020;159(1):81-95.
58. **Wang D, Hu B, Hu C, Zhi F, Liu X, Zhang J et al.**
Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China.
JAMA. 17 mars 2020;323(11):1061-9.
59. **Klok FA, Kruip MJHA, Van Der Meer NJM, Arbous MS, Gommers DAMPJ, Kant KM et al.**
Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19.
Thromb Res. juill 2020;191:145-7.

60. **Anfinrud P, Bax CE, Stadnytskyi V, Bax A.**
Could SARS-CoV-2 be transmitted via speech droplets?
medRxiv. 6 avr 2020;2020.04.02.20051177.
61. **Zhang R, Li Y, Zhang AL.**
Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19.
Proc Natl Acad Sci. 30 juin 2020;117(26):14857-63.
62. **Chen Y, Chen L, Deng Q, Zhang G, Wu K, Ni L et al.**
The presence of SARS-CoV-2 RNA in the feces of COVID-19 patients.
J Med Virol. 2020;92(7):833-40.
63. **Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lu W et al.**
Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases.
Radiology. août 2020;296(2):E32-40.
64. **Long C, Xu H, Shen Q, Zhang X, Fan B, Wang C et al.**
Diagnosis of the Coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT?
Eur J Radiol. mai 2020;126:108961.
65. **Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J et al.**
Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study.
Lancet Infect Dis. 1 avr 2020;20(4):425-34.
66. **Fang Y, Zhang H, Xie J, Lin M, Ying L, Pang P et al.**
Sensitivity of Chest CT for COVID-19: Comparison to RT-PCR.
Radiology. août 2020;296(2):E115-7.
67. **Greef JD, Pothen L, Yildiz H, Poncin W, Reyhler G, Brilot S et al.**
COVID-19 : infection par le virus SARS-CoV-2. :12.
68. **Adarsh B, Rebecca LM, Shumaker AH, Lavergne V, Baden L, Cheng VCC et al.**
Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19
Infectious Diseases Society of America IDSA 04/11/2020 consulté le 21 mars 2022
69. **National Institutes of Health**
Information on COVID-19 Treatment, Prevention and Research
COVID-19 Treatment Guidelines
Disponible sur: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>[consulté 21 févr 2022]

70. **Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M et al.**
Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial.
Int J Antimicrob Agents. juill 2020;56(1):105949.
71. **Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Sevestre J et al.**
Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: A pilot observational study.
Travel Med Infect Dis. avr 2020;34:101663.
72. **Wu Z, McGoogan JM.**
Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention.
JAMA. 7 avr 2020;323(13):1239-42.
73. **Le Centre pour la gouvernance du secteur de la sécurité, Genève.**
Gestion de l'état d'urgence sanitaire au Maroc, gouvernance sécuritaire et droits humains. Centre d'étude en droits humains et Démocratie, Juil 2020 disponible sur <https://www.dcaf.ch/sites/default/files/imce/Rapport%20COvid%2019%20version%20FR.pdf> [consulté le 01 mars 2022]
74. **Organisation Mondiale de la Santé**
Situation update for the WHO African Region 30 September 2020, External Situation Report 31
Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335766/SITREP_COVID-19_WHOAFRO_20200930-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulté le 01 mars 2022]
75. **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale**
Bulletin épidémiologique COVID-19 N°7 du 17/06/2020,
Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Ministère de la Santé, Maroc.
Disponible sur https://www.sante.gov.ma/Publications/Bullten_pidmiologique/Bulletin%20de%20l%E2%80%99urgence%20de%20Sant%C3%A9%20Publique%20li%C3%A9%20au%20COVID-19.pdf.
[consuté le 03 mars 2022]

- 76. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.**
Bulletin épidémiologique COVID-19 N°8 du 30/06/2020,
Centre national des opérations d'urgence de santé publique, Direction de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies. Disponible sur
[https://www.sante.gov.ma/Publications/Bullten_pidmiologique/3-COVID-19%20%20Bulletin%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20\(30-06-2020\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Publications/Bullten_pidmiologique/3-COVID-19%20%20Bulletin%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20(30-06-2020).pdf) [consulté le 03 mars 2022]
- 77. Haut-Commissariat au Plan du Maros.**
Situation épidémique Covid-19 et perspectives d'évolution
au Maroc à l'horizon de fin 2020
Les Brefs du Plan N° 15- 14 Octobre 2020
- 78. La Quotidienne.**
Covid-19 : Portrait de la deuxième vague au Maroc
Disponible sur: <https://laquotidienne.ma/article/infos-societe/covid-19-portrait-de-la-deuxieme-vague-au-maroc-2> [consulté le 05 mars 2022]
- 79. Medias24.**
Covid. La vague Omicron a commencé et durera 11 semaines
Disponible sur: <https://medias24.com/2021/12/27/covid-la-vague-omicron-a-commence-et-durera-11-semaines-m-mrabet/> [consulté le 03 mars 2022]
- 80. Telquel**
Le ministère de la Santé annonce la fin de la vague Omicron au Maroc
Disponible sur: https://telquel.ma/2022/03/01/le-ministere-de-la-sante-annonce-la-fin-de-la-vague-omicron-au-maroc_1757338?fbrefresh=4 [consulté le 05 mars 2022]
- 81. BFMTV**
Covid-19: le Maroc lance un pass vaccinal malgré des protestations.
Disponible sur: https://www.bfmtv.com/international/afrique/maroc/covid-19-le-maroc-lance-un-pass-vaccinal-malgre-des-protestations_AD-202110220176.html
[consulté le 05mars 2022]
- 82. Max.R, Esteban.O.O,**
Coronavirus Pandemic (COVID-19) 2022,
Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. Disponible sur :
<https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>

- 83. Challenge.**
Covid-19. Le Maroc parmi les 5 pays africains ayant atteint l'objectif mondial de vaccination
Les éditions de LaGazette. Disponible sur: <https://www.challenge.ma/covid-19-le-maroc-parmi-les-5-pays-africains-ayant-atteint-lobjectif-mondial-de-vaccination-230622/> [consulté le 03 mars 2022]
- 84. Challenge.**
Coronavirus : le bilan se stabilise à 50 cas à Souss-Massa
Les éditions de LaGazette. Disponible sur: <https://www.challenge.ma/coronavirus-le-bilan-se-stabilise-a-50-cas-a-souss-massa-138760/> [consulté le 03 mars 2022].
- 85. Morocco World News.**
Coronavirus Pandemic: A Timeline of COVID-19 in Morocco
Disponible sur: <https://www.morocoworldnews.com/2020/03/296727/coronavirus-a-timeline-of-covid-19-in-morocco> [consulté le 03 mars 2022]
- 86. LesInspirationsEco. Yassine Saber.**
Souss-Massa : la courbe des décès de la Covid-19 inquiète. LesEco.ma. 2020. Disponible sur:<https://leseco.ma/maroc/souss-massa-la-courbe-des-deces-de-la-covid-19-inquiete.html> [consulté le 03 mars 2022]
- 87. Challenge.**
Coronavirus : Agadir s'inspire de Casablanca
Les éditions de LaGazette. Disponible sur: <https://www.challenge.ma/coronavirus-agadir-sinspire-de-casablanca-166077/> [consulté le 03 mars 2022]
- 88. Agence marocaine de tourisme MAP Tourisme.**
La région de Souss Massa a résisté aux turbulences créées par la pandémie (Oxford Business Group). 01Juin2021.Disponible sur:
<https://maptourisme.ma/actualites/actualites-international/la-region-de-souss-massa-a-resiste-aux-turbulences-crees-par-la-pandemie-oxford-business-group/> [consulté le 03 mars 2022]
- 89. Marmet S, Wicki M, Gmel G, Gachoud C, Daepfen JB, Bertolet N et al.**
The psychological impact of the COVID-19 crisis is higher among young Swiss men with a lower socioeconomic status: Evidence from a cohort study.
PLOS ONE. 2021;16(7):e0255050.
- 90. Bridgland VME, Moeck EK, Green DL, Swain TL, Nayda DM, Matson LA et al.**
Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor.
PLOS ONE. 2021;16(1):e0240146.

91. **Janati Idrissi A, Lamkaddem A, Benouajjit A, Ben El Bouazzaoui M, El Houari F, Alami M et al.**
Sleep quality and mental health in the context of COVID-19 pandemic and lockdown in Morocco. *Sleep Med.* oct 2020;74:248-53.
92. **Dong L, Bouey J.**
Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis.* juill 2020;26(7):1616-8.
93. **Galea S, Merchant RM, Lurie N.**
The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med.* 1 juin 2020;180(6):817-8.
94. **Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L et al.**
Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research.* 2020;9:636.
95. **Miller AE, Mehak A, Trolio V, Racine SE.**
Impact of the COVID-19 pandemic on the psychological health of individuals with mental health conditions: A mixed methods study. *J Clin Psychol.* 24 sept 2021;
96. **Hampshire A, Trender W, Grant JE, Mirza MB, Moran R, Hellyer PJ et al.**
Item-level analysis of mental health symptom trajectories during the COVID-19 pandemic in the UK: Associations with age, sex and pre-existing psychiatric conditions. *Compr Psychiatry.* 1 avr 2022;114:152298.
97. **Buneviciene I, Bunevicius R.**
The impact of pre-existing conditions and perceived health status on mental health during the COVID-19 pandemic. *J Public Health Oxf Engl.* 26 juin 2021;fdab248.
98. **Winkler JG, Jalilzadeh Masah D, Moran JK, Bretz J, Tsagkas I, Goldschmidt T et al.**
Psychological stress during the COVID-19 pandemic: consequences for psychiatric patients and therapeutic implications. *Nervenarzt.* mars 2021;92(3):243-51.
99. **Ting TCM, Wong AWS.**
Impact of COVID-19 outbreak on posttraumatic stress in patients with psychiatric illness. *Psychiatry Res.* sept 2021;303:114065.

- 100. Tundo A, Betro' S, Necci R.**
What Is the Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with Pre-Existing Mood or Anxiety Disorder? An Observational Prospective Study.
Medicina (Mex). 24 mars 2021;57(4):304.
- 101. Nam SH, Nam JH, Kwon CY.**
Comparison of the Mental Health Impact of COVID-19 on Vulnerable and Non-Vulnerable Groups: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies.
Int J Environ Res Public Health. 15 oct 2021;18(20):10830.
- 102. Rek SV, Freeman D, Reinhard MA, Buhner M, Grosen S, Falkal P et al.**
Differential psychological response to the COVID-19 pandemic in psychiatric inpatients compared to a non-clinical population from Germany.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. févr 2022;272(1):67-79.
- 103. Pan KY, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jorg F, Luteijn RA et al.**
The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. Lancet Psychiatry. févr 2021;8(2):121-9.
- 104. Bonanno GA, Brewin CR.**
Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities.
Psychol Sci Public Interest. 1 janv 2010;11(1):1-49.
- 105. Tang B, Liu X.**
A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters.
BMC Public Health. 19 juin 2014;14(1):623.
- 106. Yule W, Bolton D.**
The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD.
J Child Psychol Psychiatry. 2000;41(4):503-11.
- 107. Goenjian A, Steinberg A.**
Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence.
Am J Psychiatry. 1 juill 2000;157:911-6.

108. **Kar N, Bastia BK.**
Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity.
Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 26 juill 2006;2:17.
109. **Rehner TA, Kolbo JR.**
Depression among victims of south Mississippi's methyl parathion disaster.
Health Soc Work. févr 2000;25(1):33-40.
110. **Shore JH, Tatum EL.**
Evaluation of mental effects of disaster, Mount St. Helens eruption.
Am J Public Health. mars 1986;76(3 Suppl):76-83.
111. **Staab JP, Grieger TA.**
Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons.
Anxiety. 1996;2(5):219-25.
112. **Katz CL, Pellegrino L.**
Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature.
Psychiatry Res. 31 juill 2002;110(3):201-17.
113. **Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan EJ, Toh WL et al.**
Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project.
J Affect Disord. 1 oct 2020;275:69-77.
114. **Bendau A, Kunas SL, Wyka S, Petzold MB, Plag J Asselmann E et al.**
Longitudinal changes of anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Germany: The role of pre-existing anxiety, depressive, and other mental disorders.
J Anxiety Disord. avr 2021;79:102377.
115. **Olié E, Dubois J.**
Psychological state of a sample of patients with mood disorders during the first French COVID-19 lockdown.
Sci Rep. 9 déc 2021;11:23711.
116. **Hamm ME, Brown PJ, Karp JF, Lenard E, Cameron F, Dawdani A et al.**
Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During the Beginnings of the COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study.
Am J Geriatr Psychiatry. sept 2020;28(9):924-32.

117. **Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northsone K, Tilling K, Smith D et al.**
Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 2021;218(6):334-43.
118. **Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC et al.**
Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry.* juin 1995;152(6):833-42.
119. **Kendler KS, Gardner CO.**
Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychol Med.* juill 2016;46(9):1865-74.
120. **Liao YH, Fan BF, Zhang HM, Guo L, Lee Y, Wang WX et al.**
The impact of COVID-19 on subthreshold depressive symptoms: a longitudinal study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 15 févr 2021;30:e20.
121. **Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC et al.**
Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 2004;185:127-33.
122. **Bults M, Beaujean DJ, De Zwart O, Kok G, Van Empelen P, Steenbergen JEV et al.**
Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health.* 3 janv 2011;11:2.
123. **Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wesseley S, Greenberg N et al.**
The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* mars 2020;395(10227):912-20.
124. **Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y et al.**
Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun.* juill 2020;87:100-6.
125. **Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wesseley S, Arseneault L et al.**
Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* juin 2020;7(6):547-60.

- 126. Bohlken J, Kostev K.**
Effect of the COVID-19 pandemic on stress, anxiety, and depressive disorders in German primary care: A cross-sectional study.
J Psychiatr Res. nov 2021;143:43-9.
- 127. Osuch E, Demy J.**
Monitoring the effects of COVID-19 in emerging adults with pre-existing mood and anxiety disorders. Early Interv Psychiatry. 3 mars 2021;10.1111/eip.13135.
- 128. Nathratul A.Z , Ng Chong Guan.**
Psychosocial Factors Associated with Depression and Anxiety During COVID-19 Pandemic Among Outpatients with Depression.
ALPHA PSYCHIATRY. 2 juill 2021;22(4):185-93.
- 129. Kar SK, Yasir Arafat SM.**
Coping with Mental Health Challenges During COVID-19.
Coronavirus Dis 2019 COVID-19. 30 avr 2020;199-213.
- 130. García-Portilla P, de la Fuente Tomás L, Bobes-Bascarán T, Jiménez Treviño L, Zurrón Madera P, Suárez Álvarez M et al.**
Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19?
Aging Ment Health. juill 2021;25(7):1297-304.
- 131. Marino C, Gini G, Vieno A, Spada MM.**
The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis.
J Affect Disord. 15 janv 2018;226:274-81.
- 132. McDougall MA, Walsh M, Wattier K, Knigge R, Miller L Stevermer M et al.**
The effect of social networking sites on the relationship between perceived social support and depression.
Psychiatry Res. 30 déc 2016;246:223-9.
- 133. Aydin O, Çökmüş FP.**
The problematic use of social networking sites associates with elevated symptoms in patients with major depressive disorder.
Int J Soc Psychiatry. août 2020;66(5):496-503.
- 134. Bendau A, Petzold MB.**
Anxiety in times of COVID-19 and other health crises.
Nervenarzt. mai 2021;92(5):417-25.

135. **Plomecka M, Gobbi S, Neckels R, Radzinsky P, Lazzeri S, Almazidou K et al.**
Factors Associated With Psychological Disturbances During the COVID-19 Pandemic: Multicountry Online Study.
JMIR Ment Health. 19 août 2021;8(8):e28736.
136. **Brailovskaia J, Truskauskaite-Kuneviciene I.**
Coronavirus (COVID-19) outbreak: Addictive social media use, depression, anxiety and stress in quarantine – an exploratory study in Germany and Lithuania.
J Affect Disord Rep. juill 2021;5:100182.
137. **Meshi D, Ellithorpe ME.**
Problematic social media use and social support received in real-life versus on social media: Associations with depression, anxiety and social isolation.
Addict Behav. août 2021;119:106949.
138. **Brailovskaia J, Margraf J.**
Relationship Between Depression Symptoms, Physical Activity, and Addictive Social Media Use. Cyberpsychology Behav Soc Netw. déc 2020;23(12):818-22.
139. **Asmundson GJG.**
Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping?
J Anxiety Disord. août 2020;74:102271.
140. **Vloo A, Alessie RJM, Mierau JO,**
Lifelines Corona Research Initiative. Gender differences in the mental health impact of the COVID-19 lockdown: Longitudinal evidence from the Netherlands.
SSM – Popul Health. sept 2021;15:100878.
141. **Ettman CK, Abdalla SM.**
Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic.
JAMA Netw Open. 1 sept 2020;3(9):e2019686.
142. **Jagdeo A, Cox BJ, Stein MB, Sareen J.**
Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada.
Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. nov 2009;54(11):757-66.

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

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

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

تأثير جائحة كوفيد 19 على مرضى الاكتئاب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/06/30
من طرف

السيدة صالح الدين زينب

المزداة في 07/04/1994 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الاكتئاب - جائحة كوفيد-19 - الانتكاسات الاكتئابية - الإجهاد الحاد

اللجنة

الرئيسة

ف. منودي

السيدة

المشرف

أستاذة في الطب النفسي

إ. رموز

السيد

أستاذ في الطب النفسي

خ. موهادي

السيد

أستاذ في الطب النفسي

س. أيت باطاهر

السيدة

أستاذة في أمراض الرئة والسل

الحكام