



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

Année 2023

Thèse N° 434

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01/12/2023

PAR

M. Saad Eddine ABAID

Né le 24 Juillet 1996 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Troubles dépressifs - Population - Tahnaout - Dysthymie

JURY

Mme. L. ESSAADOUNI

Professeur de Médecine interne

PRESIDENTE

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. I. ADALI

Professeur de Psychiatrie

M. K. RABBANI

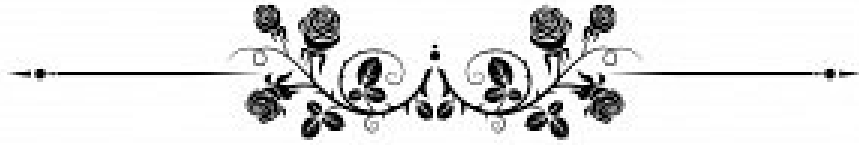
Professeur de Chirurgie générale

Mme. S. AIT BATAHAR

Professeur de Pneumo-Phtisiologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



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

صدق لله العظيم

سورة الاحقاف
الآية 15



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. Hanane RAISS
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Liste nominative des personnels enseignants chercheurs permanents

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie

11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie

43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie

78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUS Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie

113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale

147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie

179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie

214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique

249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DÉDICACES



Je dédie cette thèse à...

الله

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

*Au Prophète Mohamed (P.S.L.)
Notre guide et notre exemple bien-aimé.
Qu'il nous oriente dans le droit chemin.*

A mes très chers parents :

HASSANI IDRISSE Jamila et ABAID Abdellah

À ceux qui m'ont donné la vie, tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé. Vous m'avez toujours épaulé dans mes longues années d'apprenti Docteur, et je sais à quel point vous avez joué un rôle déterminant dans ce que je suis aujourd'hui. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi et réalisé aujourd'hui l'un de vos rêves. Je vous rends hommage en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini. Vous résumez si bien le mot parents qu'il serait superflu d'y ajouter quelque chose. Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants. Ce modeste travail est le fruit de nombreux sacrifices souvent au prix de votre confort. Que le tout puissant me donne l'occasion de vous combler de joie.

A mes petites sœurs : ABAID Dounia et ABAID Malak
En cette occasion spéciale, je tiens à vous adresser
des mots empreints d'affection et de gratitude.
Depuis le début de notre voyage ensemble, vous avez
été une source incommensurable de joie, de rires et
de précieux moments partagés.
Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et
des liens de sang qui nous unissent.
Des sœurs qu'on ne peut trouver nulle part ailleurs,
Puisse Allah vous protéger, garder et renforcer
notre fraternité. Je vous souhaite tout le bonheur du
monde.

A ma Grand-mère Lalla Khadija AIT MHAMED
A celle qui a toujours mis un point d'honneur sur
l'importance des études, Merci pour chaque conseil,
chaque sourire et pour être la source constante de
lumière et de sagesse dans mon existence. Merci
infiniment.

A la mémoire de mes grands-parents Moulay Saïd ABAID,
Lalla Fadma ZOUAYD, Sidi Mohamed HASSANI IDRISI,
Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de
mon grand amour et ma profonde affection. Puissent
vos âmes reposer en paix.

*A mes chers tantes et oncles et leurs conjoints, cousines et
cousins,*

A toute la famille ABAID et HASSANI IDRISSE.

*J'aurai aimé rendre hommage à tout un chacun
d'entre vous en témoignage de mon attachement et
de ma grande considération. Vous aviez toujours su
rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux.*

*J'ai une chance inestimable d'être né dans une
famille si aimante et si généreuse. Pour tous les
moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous
dédie ma chère famille ce travail avec tous mes
vœux de bonheur, de santé et de réussite. Merci pour
les valeurs que vous m'avez transmises, Vos
encouragements, votre amour, votre patience et
votre soutien quotidien tout au long de ces années.*

A ma chère cousine Maryam FARNADI

Heureusement que tu sais qu'aucun mot ni phrase ne peuvent exprimer ce que quelqu'un puisse ressentir, Tout d'abord merci de m'avoir toujours soutenu, tu as su m'encourager au moment où j'en avais le plus besoin et tu as toujours pu trouver les mots exacts pour me soulager aux moments où j'avais l'impression de toucher le fond. Je te dédie ce travail qui est aussi le tien en témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude pour ton soutien et pour tes efforts et ta présence auprès de moi, même si tu vis loin. Puisse Dieu te préserver, te procurer le bonheur et la réussite, et t'aider à réaliser tes rêves.

Enfin, je tiens à dédier ce témoignage de reconnaissance à l'égard de ma cousine bien-aimée, je souhaite également tout le bonheur du monde à son petit prince Sami Bouaziz

A mon cher ami ALAOUI Hamza

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

Les souvenirs de nos voyages resteront gravés dans ma mémoire,

À toi, mon meilleur ami et compagnon de route, je dis un sincère merci. Les études médicales ont pu être exigeantes, mais avec toi à mes côtés, chaque obstacle est devenu une opportunité de croissance et d'apprentissage. Merci pour ton amitié indéfectible et pour tous les souvenirs précieux que nous avons créés ensemble.

Au groupe LBNAYA :

Yahya AIT LAACHIR, Ismaïl ABOUCHOUKRE

Je ne garde que de bons souvenirs des moments passés

A vos cotés pendant nos longues journées à l'hôpital,

*Nos gardes et nos périodes de préparation notre amitié a rendu
mes années d'études un peu moins pénibles*

que ce travail soit le reflet de ma gratitude et de mes respects.

*A tous mes amis d'enfance, ainsi qu'à mes camarades
et compagnons du lycée, et à mes confrères de la
faculté de médecine.*

Achraf ELKHELLIOUI, Taha ELASSALI, Mouad

TERBAL, Adil BAROUCH, Driss ALAOUI

MDAGHRI, Saïd ABIDAR, Salah MASFAR, Reda

ELAZALI, Yassine TARMIDI, CHAOUKI Albarnougi,

Nadir KHAMRI, Hatim BEJJOUDI, Saad NAIT

*Tellement de souvenirs qui ont contribué à forger notre
personnalité. Merci pour les moments agréables que nous avons
partagés, pour votre soutien inébranlable et votre serviabilité.*

À tous nos éclats de rire, à tous nos souvenirs,

*Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et vous
souhaite le meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute
mon affection, que ce travail soit le reflet de ma gratitude et de
mes respects.*

*À Docteur Khadija AIT MBAREK, Psychiatre au CHP de
Tahnaout, et à tout le personnel du CHP de Tahnaout*

*Merci énormément pour votre aide au cours de la réalisation
de ce travail.*

*A tous mes enseignants de primaire, secondaire
A Tous Mes enseignants tout au long de mes études.
A tous les ami(e)s, confrères et consœurs de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Marrakech
A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.*

*A tous les malades...
Je leur souhaite prompt rétablissement*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail.*

*À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et
diminuer leurs souffrances.*

*A tous ceux ou celles qui me sont cher(e)s et que j'ai omis
involontairement de citer.*



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE

MADAME ESSAADOUNI LAMIA

Professeure de l'enseignement supérieur de Médecine interne à
la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Chef de service de Médecine interne au CHU Med VI de
Marrakech

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

*Votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et
professionnelles, ainsi que votre compréhension à
l'égard des étudiants, nous inspirent une grande
admiration et un profond respect, nous vous
remercions énormément.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de
ma haute considération, de ma profonde
reconnaissance et de mon sincère respect.*

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME MANOUDI FATIHA

Professeure de l'enseignement supérieur de Psychiatrie à la

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Chef de Service de Psychiatrie à l'hôpital Ibn NAFIS

et Directrice de l'hôpital Ibn NAFIS du CHU Med VI de

Marrakech

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger notre travail. Vous nous avez comblés par votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines. Nous avons eu le plus grand plaisir et le privilège de travailler sous votre direction. Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos conseils précieux et votre soutien pendant la réalisation de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, de nous avoir guidés avec rigueur et bienveillance. Vos remarques ont permis d'améliorer les différentes versions de ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier cette responsabilité. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME ADALI Imane

Professeure de l'enseignement supérieur de Psychiatrie à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
Et Professeur de psychiatrie à l'hôpital Ibn NAFIS de
Marrakech

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MONSIEUR RABBANI Khalid

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie Générale à
la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
Et Professeur de Chirurgie Générale au CHU MOHAMMED VI
de Marrakech

Nous vous remercions professeur, pour votre gentillesse et nous considérons comme un privilège d'avoir une personne aussi éminente que vous comme juge. L'accueil chaleureux que vous nous avez réservé renforce notre confiance. Veuillez accepter l'assurance de nos sentiments respectueux et dévoués.

Permettez-nous de vous exprimer nos sincères remerciements. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma grande estime, ma profonde reconnaissance et mon grand respect.

NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME AIT BATAHAR SALMA

Professeure de l'enseignement supérieur de Pneumo-
Phtisiologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech

et au service de Pneumo-Phtisiologie au CHU Med VI de
Marrakech

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

*Et nous vous remercions également pour votre
gentillesse, votre disponibilité, vos qualités humaines
ainsi que votre dévouement professionnel*

*Nous sommes très reconnaissants envers vous pour la
courtoisie dont vous avez fait preuve en recevant cette
thèse. Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de
notre grand respect et de notre plus haute
considération.*



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

AD	:	Antidépresseur
ATC	:	Antidépresseurs tri-cycliques
ATCD	:	Antécédent
BDI	:	Beck Depression Inventory
BDNF	:	brain-derived neurotrophic factor
CIDI	:	Composite international diagnostic interview
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
CHP	:	Centre Hospitalier Provincial
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNOPS	:	Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COVID-19	:	CoronaVirus Disease 2019
CRH	:	L'hormone de libération des corticotropines
DASS	:	Depression, Anxiety and Stress Scale
DSM	:	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ECT	:	L'électroconvulsivothérapie
EDM	:	Episode Dépressif Majeure
ESPT	:	Etat de stress post traumatique
HAM-D	:	Hamilton Depression Rating Scale
HTA	:	Hypertension artérielle
IMAO	:	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
IRSN	:	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline
ISRS	:	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
MADRS	:	Montgomery-Asberg depression rating scale
MINI	:	Mini International Neuropsychiatry Interview

N	:	Nombre
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-9	:	The Patient Health Questionnaire
P- value	:	Probability value
PS	:	Phobie sociale
RAMED	:	Régime de l'Assistance Médicale
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
TAG	:	Trouble Anxieux Généralisé
TCC	:	Thérapie cognitive et comportementale
TOC	:	Trouble obsessionnel compulsif
TP	:	Trouble phobique
TS	:	Tentative de suicide



LISTE DES ILLUSTRATIONS



Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des patients selon le sexe.
- Figure 2** : Répartition des patients selon l'âge.
- Figure 3** : Répartition des patients selon la situation matrimoniale.
- Figure 4** : Répartition des patients selon le nombre d'enfant.
- Figure 5** : Répartition des patients selon l'âge d'enfants le plus jeune.
- Figure 6** : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.
- Figure 7** : Répartition des patients selon la profession.
- Figure 8** : Répartition des patients selon le revenu mensuel de la famille.
- Figure 9** : Répartition des patients selon les conditions de vie.
- Figure 10** : Répartition des patients selon leurs pratique religieuse.
- Figure 11** : Répartition des patients selon leurs couverture sociale.
- Figure 12** : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.
- Figure 13** : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents chirurgicaux.
- Figure 14** : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents personnels Judiciaires.
- Figure 15** : Répartition des patients selon les antécédents personnels psychiatrique.
- Figure 16** : Répartition des patients selon la prise du traitement psychiatrique.
- Figure 17** : Répartition des patients selon la consommation de tabac.
- Figure 18** : Répartition des patients Tabagique sur la durée en année de consommation de Tabac.
- Figure 19** : Répartition des patients Tabagique sur le nombre de cigarette consommé par jour
- Figure 20** : Répartition des patients qui consomme le Hachich au cours des années.

- Figure 21** : Répartition des patients qui consomme le Hachich par la fréquence de consommation.
- Figure 22** : Répartition des patients selon la consommation d'Alcool.
- Figure 23** : Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques.
- Figure 24** : Répartition selon le lien parental.
- Figure 25** : Répartition selon les types des troubles psychiatriques.
- Figure 26** : Répartition selon le traitement psychiatrique actuel.
- Figure 27** : Prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel.
- Figure 28** : Sévérité de la dépression.
- Figure 29** : Prévalence de la dépression selon le sexe.
- Figure 30** : Prévalence de la dépression selon l'âge.
- Figure 31** : Prévalence de la dépression selon la situation matrimoniale.
- Figure 32** : Prévalence de la dépression selon la profession.
- Figure 33** : Prévalence de la dépression selon le niveau d'instruction.
- Figure 34** : Prévalence de la dépression selon la couverture sociale.
- Figure 35** : Prévalence de la dépression selon la religiosité.
- Figure 36** : Prévalence de la dépression selon le revenu mensuel.
- Figure 37** : Prévalence de la dépression selon la tuberculose.
- Figure 38** : Prévalence de la dépression selon HTA.
- Figure 39** : Prévalence de la dépression selon le diabète.
- Figure 40** : Prévalence de la dépression selon les autres maladies chroniques.
- Figure 41** : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels chirurgicaux.
- Figure 42** : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels judiciaires.
- Figure 43** : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels psychiatriques.

- Figure 44** : Prévalence de la dépression selon la consommation du tabac.
- Figure 45** : Prévalence de la dépression selon la consommation du hachich.
- Figure 46** : Prévalence de la dépression selon la consommation de l'alcool.
- Figure 47** : Prévalence de la dépression selon les antécédents familiaux psychiatriques.
- Figure 48** : La prévalence mondiale moyenne d'un EDM au cours de la vie (en 2018).
- Figure 49** : La prévalence mondiale de l'EDM pendant la pandémie de COVID-19. (en 2020).
- Figure 50** : le mécanisme de la neuroinflammation dans la neurodégénérescence et la dépression.
- Figure 51** : La régulation de la signalisation des facteurs neurotrophiques par rapport au stress.
- Figure 52** : Conditions normales et dysfonctionnement de la transmission de l'information d'un neurone à un autre au niveau du cerveau dans les conditions de dépression.
- Figure 53** : Action des antidépresseurs au niveau de la synapse.

Liste des tableaux

- Tableau I** : Caractéristiques de l'échantillon global.
- Tableau II** : Corrélation entre la dépression et les paramètres sociodémographiques.
- Tableau III** : Corrélation entre la dépression et les paramètres cliniques.
- Tableau IV** : Classification de l'épisode dépressif.
- Tableau V** : Critères définissant un épisode dépressif léger, modéré ou sévère.
- Tableau VI** : Les échelles pour évaluer la sévérité de la dépression.
- Tableau VII** : Classification des Antidépresseurs.
- Tableau VIII** : Prévalence de la dépression dans certaines études de la littérature.
- Tableau IX** : Prévalence de la dépression selon le sexe dans des études de la littérature.
- Tableau X** : Prévalence de la dépression selon la situation matrimoniale dans des études de la littérature.
- Tableau XI** : Prévalence de la dépression chez les sujets tuberculeux dans la littérature.
- Tableau XII** : Prévalence de la dépression chez les sujets hypertendus dans la littérature.
- Tableau XIII** : Prévalence de la dépression chez les sujets diabétiques dans la littérature.



PLAN



INTRODCUTION	01
PATIENTS ET METHODES	04
I. Matériel de l'étude	05
1. Type d'étude	05
2. Période de l'étude	05
3. Lieu de l'étude	05
4. Population étudiée	05
5. Critères d'inclusion et d'exclusion	05
6. Considérations éthiques	06
II. Méthodes	06
1. Recueil des données	06
2. Méthode statistique des données	07
RESULTATS	08
I. Analyse uni variée	09
1. Caractéristiques de l'échantillon global	09
1.1. Sexe	09
1.2. Age	09
1.3. Statut matrimonial	10
1.4. Nombre d'enfants	10
1.5. Age d'enfants le plus jeune	11
1.6. Niveau d'instruction	11
1.7. Activité professionnelle	12
1.8. Revenu mensuel de la famille	12
1.9. Conditions de vie	13
1.10. Pratique religieuse	13
1.11. Couverture sociale	14
1.12. Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques	14
2. Evaluation psychiatrique	26
2.1. Etude de la dépression	26
2.2. Dépistage du trouble dépressif persistant	27
II. Analyse bi variée de la dépression	27
1. Corrélacion entre la dépression et les paramètres étudiés	27
2. Paramètres sociodémographiques	33

DISCUSSION	41
I. Les troubles dépressifs	41
1. Définitions des troubles dépressifs	41
2. Epidémiologie	44
3. Facteurs étiologiques	48
4. Critères diagnostics de la dépression	51
5. Les principes thérapeutiques	53
II. Discussion des principaux résultats de l'enquête	61
1. La Prévalence	61
2. Caractéristique des patients déprimés	63
CONCLUSION	78
ANNEXS	80
RESUMES	93
BIBLIOGRAPHIE	97



INTRODUCTION



Les troubles dépressifs sont considérés actuellement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme les troubles mentaux les plus fréquents, Environ 280 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression, Avec une prévalence mondiale de 10%. [1] [2]

L'impact de la pandémie du covid-19 au cours des dernières années a aussi joué un grand rôle dans l'augmentations de la prévalence de la dépression de 25% sur le plan mondial. [3]

Aux pays du tiers monde et précisément en Afrique, cette maladie est en constante augmentation due à la faiblesse des systèmes de santé mentale.[4]

Au Maroc, le ministère de la santé marocain estime la prévalence de l'épisode dépressif majeur dans la population générale à 26,5% et de la dysthymie à 11,4%. [5]

Cette maladie psychiatrique peut survenir à tous les âges, du jeune enfant à la personne âgée et touche 34.3% de femme contre 20.4% d'homme.[6]

La dépression est définie comme un sentiment de tristesse persistant et une perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités pendant une durée minimale de deux semaines[7], en dehors du deuil, de la tristesse, d'une affection organique, de troubles démentiels ou troubles anxieux. Elle peut être associé à différents symptômes tel que : l'anxiété, l'asthénie, les plaintes somatiques, les troubles sexuels, les troubles du caractère, les idées délirantes.

Le syndrome dépressif est un trouble psychologique traduisant la rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur du patient, caractérisé par une baisse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur et cognitif associé à un ralentissement somatique. Cette maladie affecte gravement la qualité de vie de la personne, elle représente actuellement une priorité en santé publique, ce fardeau s'accroît au fur et à mesure du temps et affecte gravement la qualité de vie de la personne. [8]

Les troubles dépressifs sont un groupe de troubles mentaux qui partagent des caractéristiques essentielles liées à la dépression, et qu'ils lui donnent différentes formes :

- Trouble dépressif majeur
- Trouble dépressif persistant

- Trouble dépressif récurrent
- La double dépression
- La dépression saisonnière
- La mélancolie

La promotion de la bonne santé est un objectif prioritaire pour tous les pays autour du monde, surtout celle de la santé mentale, car sans santé mentale il n'y a pas de santé. Les politiques publiques s'emparent du domaine de la santé mentale en raison de la grande augmentation de la maladie mentale dans le monde. [9] [10]

Plusieurs études ont démontré les troubles dépressifs comme un grave problème de santé publique, car leur impact va au-delà de l'handicap pour augmenter le risque de mortalité. Et la dépression est considéré comme un facteur de risque majeur dans les tentatives de suicides, avec un taux de risque de suicide élevé équivalent à environ 15% ce qui fait la gravité de cette maladie surtout en l'absence de traitement. [11] [12]

La dépression demeure une maladie fréquente et grave, aucune étude n'a été réalisée dans la région de Tahnaout, d'où l'intérêt et l'originalité de ce travail de recherche.

- **L'utilité de l'étude :**

- Permettre d'avoir une perception sur le taux de patients dépressifs dans cette région.
- Identifier les groupes vulnérables les plus à risque.
- Définir les éléments précipitant (comorbidité psychiatrique et/ou comorbidité somatique).
- Il pourra servir comme modèle expérimental de recherche.

- **Les objectifs de l'étude :**

- Déterminer la prévalence des troubles dépressifs chez la population de Tahnaout.
- Dépister la maladie et savoir la sévérité et son évolution chez cette population cible.
- Déterminer le profil socio-épidémiologique influençant la survenue de dépression.
- Estimer l'impact de la dépression chez la population de la région de Tahnaout.



PATIENTS ET METHODES



I. Matériels de l'étude :

1. Type d'étude :

Nous avons mené une étude descriptive et analytique de type transversal, afin d'estimer la prévalence des troubles dépressifs chez la population de la région de Tahnaout.

2. Période d'étude :

Notre étude s'étale sur une période de six mois, de Avril 2023 à Septembre 2023.

3. Lieu d'étude :

Notre étude a eu lieu au sein des Urgences du Centre Hospitalier Provincial (CHP) de Tahnaout

Et aux consultations psychiatriques du Centre Hospitalier Provincial (CHP) de Tahnaout

Et au centre de santé urbain de Tahnaout Alhaouz.

4. Population étudiée :

Notre enquête a concerné un échantillon de 204 patients tous de la population de Tahnaout.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion :

- **Critères d'inclusion :**

- Consentement éclairé des patients qui ont été informés du but du travail.
- Patients strictement originaire de Tahnaout.

- **Critères d'exclusion :**

- Absence de consentement.
- Patients qui résident hors Tahnaout.
- Patients ayant des difficultés ou des troubles du langage.
- Patients dont l'état général est très altéré.
- Refus de participer à l'étude.

6. Considérations éthiques :

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

- Les patients ont été choisis de façon aléatoire.
- Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés.
- Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.
- La discrétion dans le traitement des informations données des participantes.

Si le diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie était porté lors de l'évaluation, une prise en charge spécialisée était proposée.

II. Méthodes :

1. Recueil des données :

Nous avons élaboré un questionnaire au sein du service de psychiatrie, CHU Mohammed VI Marrakech, puis le Questionnaire a été établi sur Google Forms. Les questions ont été posées en langue arabe dialectale.

La durée moyenne de passation du questionnaire a été estimée à 15 min.

- 1^{ère} partie : Les caractéristiques sociodémographiques des patients : âge, sexe, statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'instruction, profession, revenu mensuel, Conditions de vie, Religiosité, et couverture sociale. (Annexe 1)
- 2^{ème} partie : Les caractéristiques cliniques : les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, judiciaires et psychiatriques, les antécédents d'habitudes toxiques, les antécédents familiaux, (Annexe1).
- 3^{ème} partie : L'évaluation de la prévalence et la sévérité de la dépression. (Annexe 2 et 3).
- 4^{ème} partie : Dépistage du Trouble dépressif persistant "dysthymie" (Annexe 4).

- Pour cette étude, nous avons utilisé trois types d'instruments :
- Le MINI (Mini International Neuropsychiatry Interview) : est un entretien qui reprend les critères du DSM-V, C'est un questionnaire structuré d'interview à visée diagnostique. (Annexe 2).
 - L'échelle de BECK pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, le score total correspond à la somme des différents Items, allant de 0 à 39. Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité, 0 à 3 : Pas de dépression / 4 à 7 : Dépression légère / 8 à 15 : Dépression d'intensité moyenne à modérée / 16 et plus : Dépression sévère (Annexe 3).
 - Dépistage du Trouble dépressif persistant qui réunit les troubles définis dans le DSM-IV comme trouble dépressif majeur chronique et comme trouble dysthymique. (Annexe 4).

2. Méthode statistique des données :

Les données ont été codées et saisies par le logiciel Excel 2019 Microsoft 365 pour Windows, puis les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel IBM-SPSS version 28.0, il nous a permis d'effectuer l'analyse qui s'est basée sur deux méthodes :

- Des analyses descriptives uni-variées des variables qualitatives et quantitatives pour chaque paramètre étudié : calcul des effectifs.
- Des analyses analytiques bi-variées : les corrélations entre la dépression et plusieurs variables explicatives potentielles ont été recherchées par les tests Khi deux.

Les tests statistiques sont considérés comme significatifs lorsque P-Value (degré de signification) est inférieur à 0,05.



RESULTATS



I. Analyse uni variée :

1. Caractéristiques de l'échantillon global :

1.1. Sexe :

La majorité des patients de notre échantillon étaient de sexe féminin (62.7%). (figure 1)

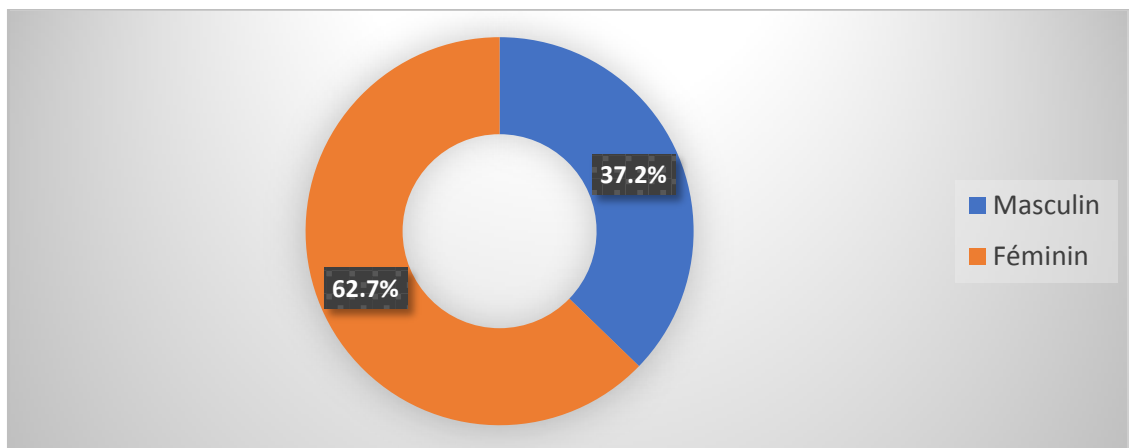


Figure 1: Répartition des patients selon le sexe.

1.2. Age :

L'âge moyen est de 42.91 ans, avec un âge minimal de 15ans et un âge maximal de 83ans. La tranche d'âge entre 40 et 60ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle constituait 37.25%. (figure 2)

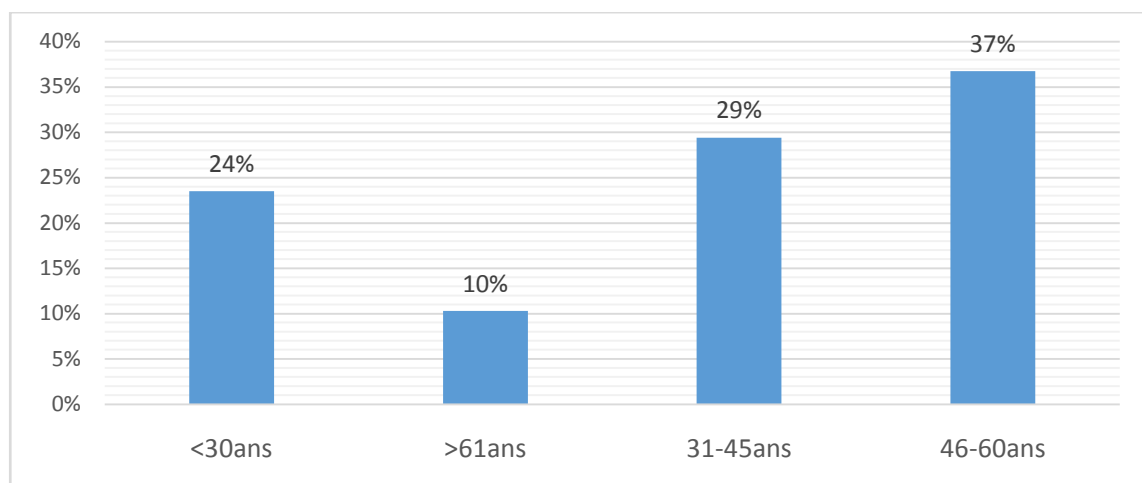


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.

1.3. Statut matrimonial :

La majorité des patients de notre échantillon étaient marié(e)s avec un pourcentage de 50.98%. (figure 3)

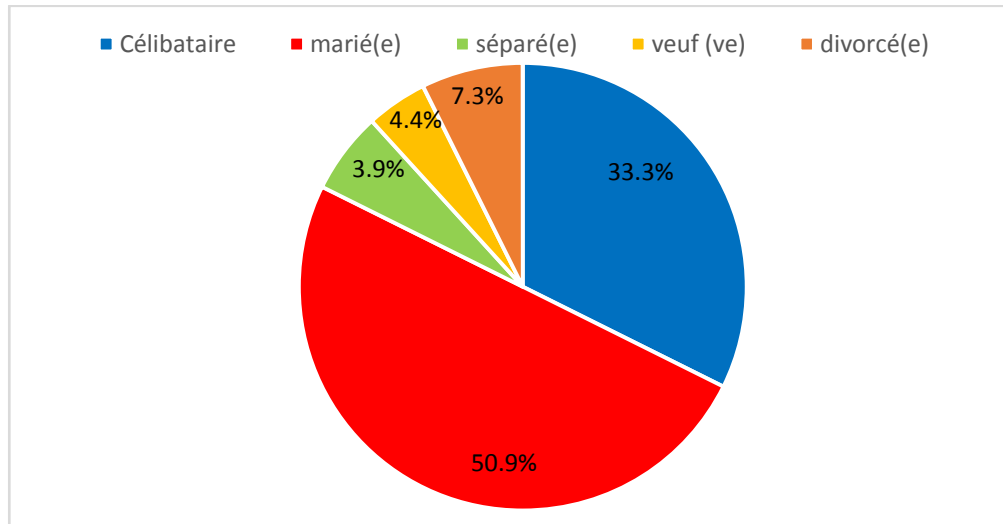


Figure 3: Répartition des patients selon la situation matrimoniale.

1.4. Nombre d'enfants :

On observe qu'environ la moitié des patients ont entre un et trois enfants, avec un pourcentage de 48,04%, et que 11.76% ont plus de quatre enfants, et 40.2% n'avaient pas d'enfants. (figure 4)

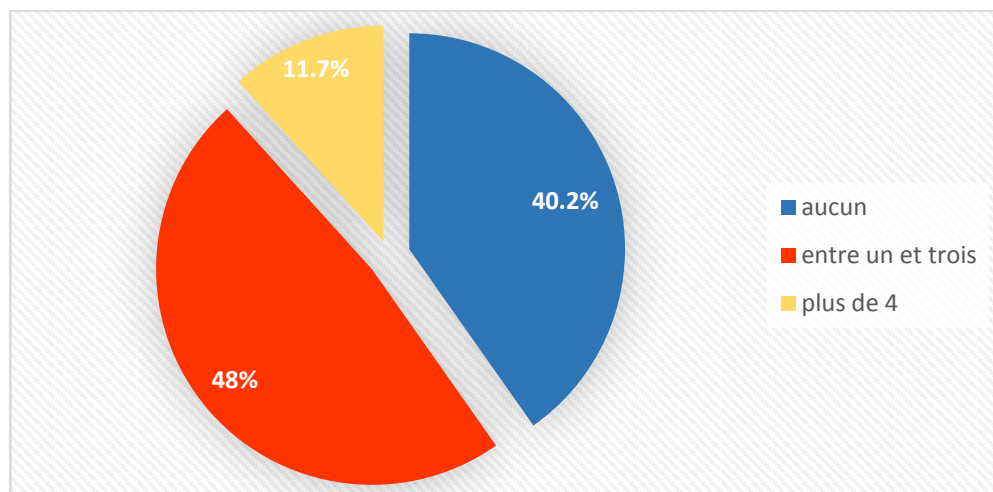


Figure 4: Répartition des patients selon le nombre d'enfant

1.5. Age d'enfants le plus jeune :

Pour les patients qui ont des enfants 47.10% d'entre eux avaient entre 5 et 15ans, et 35.50% avaient plus de 15ans, et 17.40% avaient moins de 5ans. (figure 5)

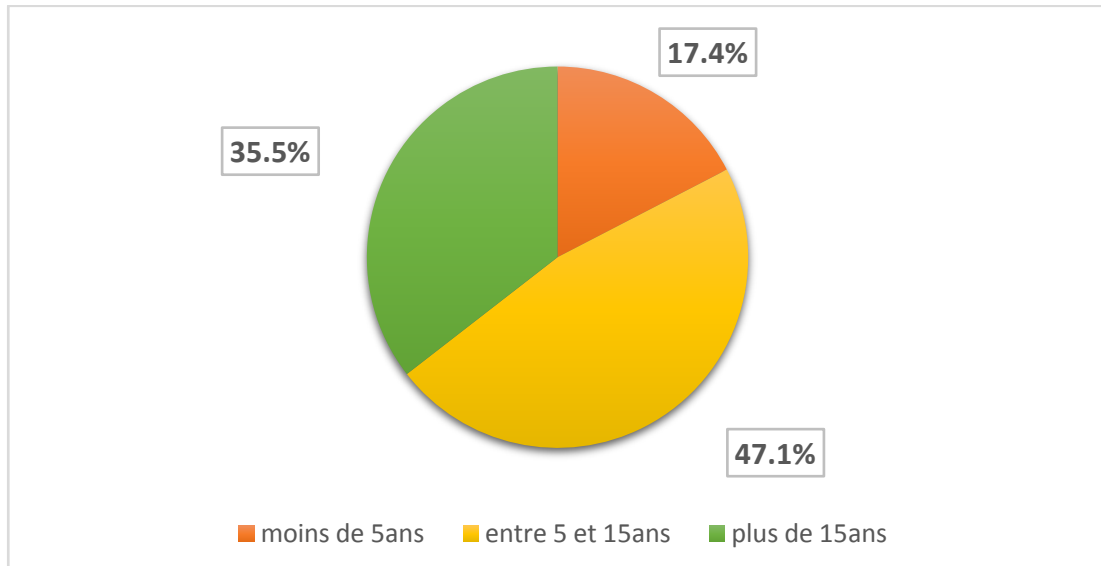


Figure 5: Répartition des patients selon l'âge d'enfants le plus jeune

1.6. Niveau d'instruction :

Parmi les patients interrogés, plus d'un tiers n'étaient jamais scolarisés (38.24%). Alors que 12.75% avaient un niveau universitaire. (figure 6)

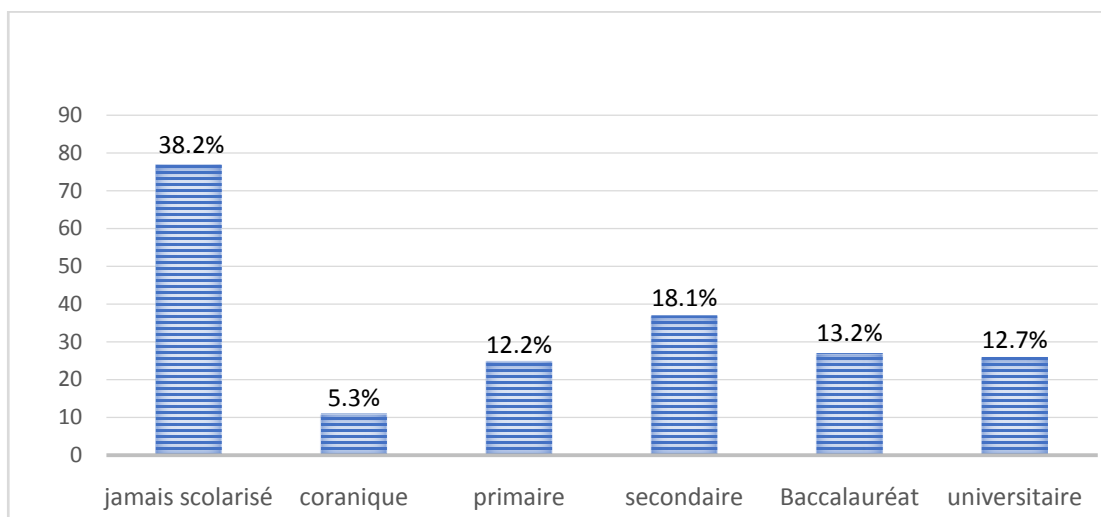


Figure 6: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

1.7. Activité professionnelle :

Les femmes au foyer représentaient 41.68% de notre population, 35.78% employés, 10.29% de nos patients étaient sans emploi, 10.29% étudiants et 1.96% des retraités. (Figure 7).

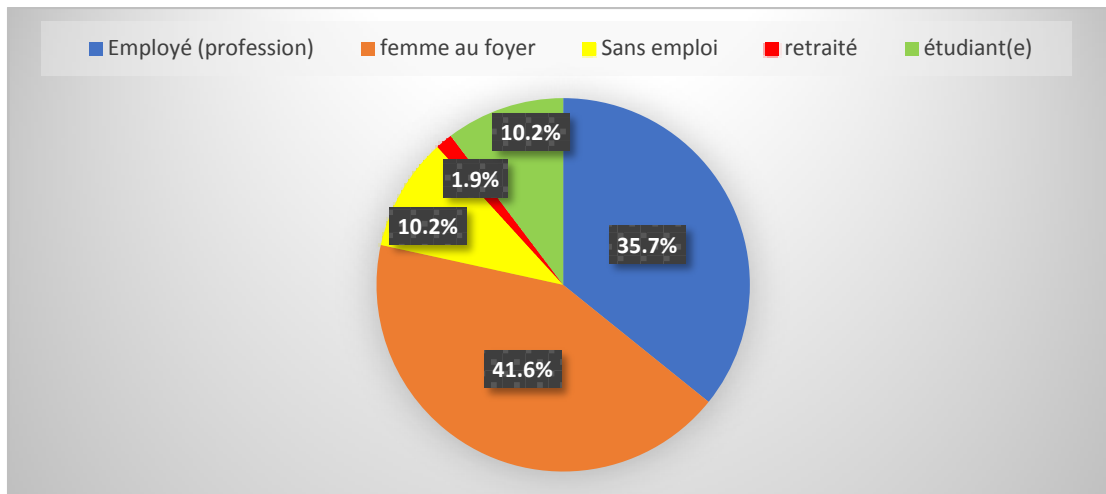


Figure 7: Répartition des patients selon la profession.

1.8. Revenu mensuel de la famille :

On observe que plus de la moitié des patients avaient un revenu mensuel familial inférieur à 1000 Dh par mois (52.45%), 14.22% avaient un revenu mensuel entre 1000 et 2000 Dh ; 15.20% entre 2000 et 4000 Dh, 9.31% entre 4000 et 6000 Dh et seulement 6.37% avait un revenu qui dépasse 6000 Dh par mois, et 2.45% ne savent pas. (figure 8)

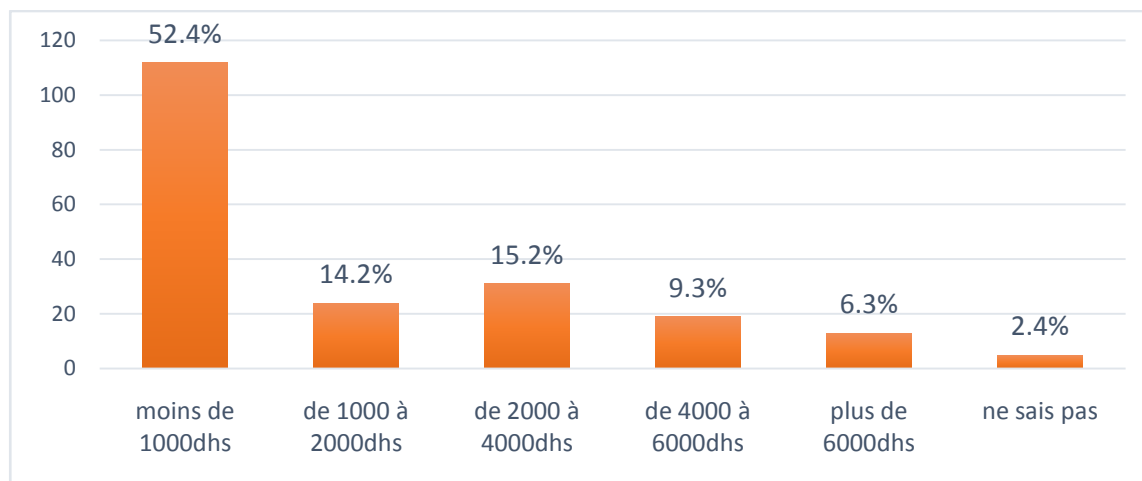


Figure 8: Répartition des patients selon le revenu mensuel de la famille.

1.9. Conditions de vie :

Presque le 1/2 des patients ne portent pas la responsabilité des rentrées financières (47.55%). 24.51% seulement qui portent seul la responsabilité financière, et 27.94% la portent partiellement. (figure 9)

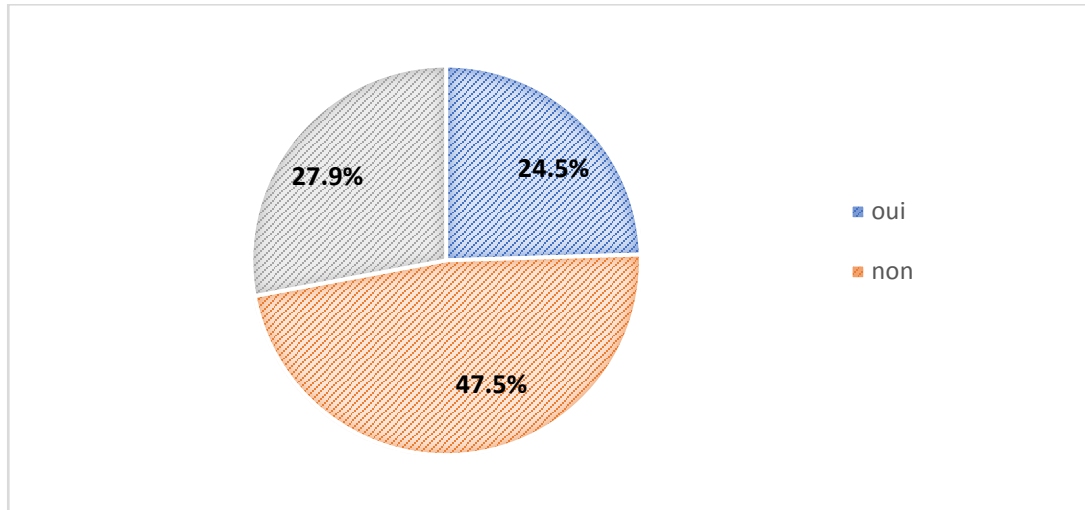


Figure 9: Répartition des patients selon les conditions de vie.

1.10. Pratique religieuse :

Dans notre série on trouve que plus des deux tiers des patients sont pratiquants (70.1%), et 29.9% non pratiquants. (Figure 10)

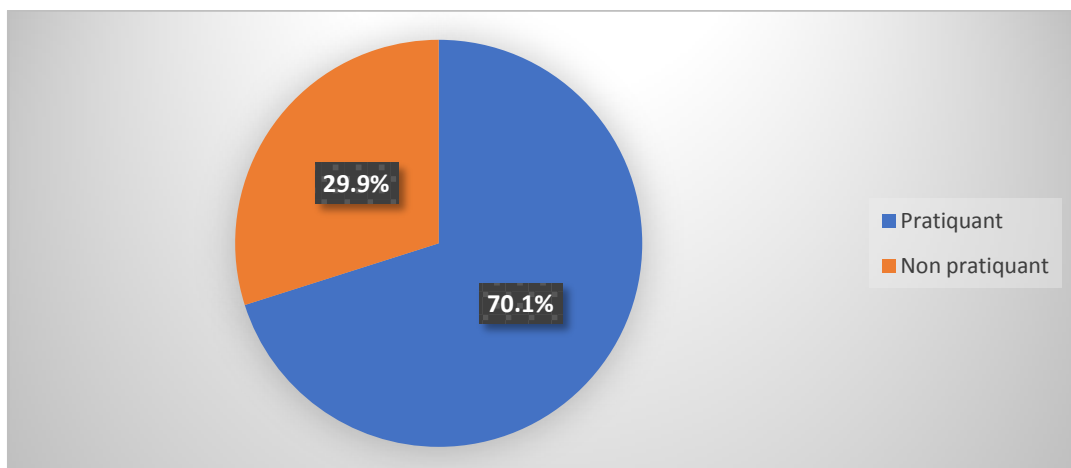


Figure 10: Répartition des patients selon leur pratique religieuse.

1.11. Couverture sociale :

Plus de la moitié des patients avaient le RAMED (54.41%), 16.67% la CNSS, 12.75% CNOPS, 14.21% non aucune couverture sociale (payant), et 1.96% ils ont une assurance privée.

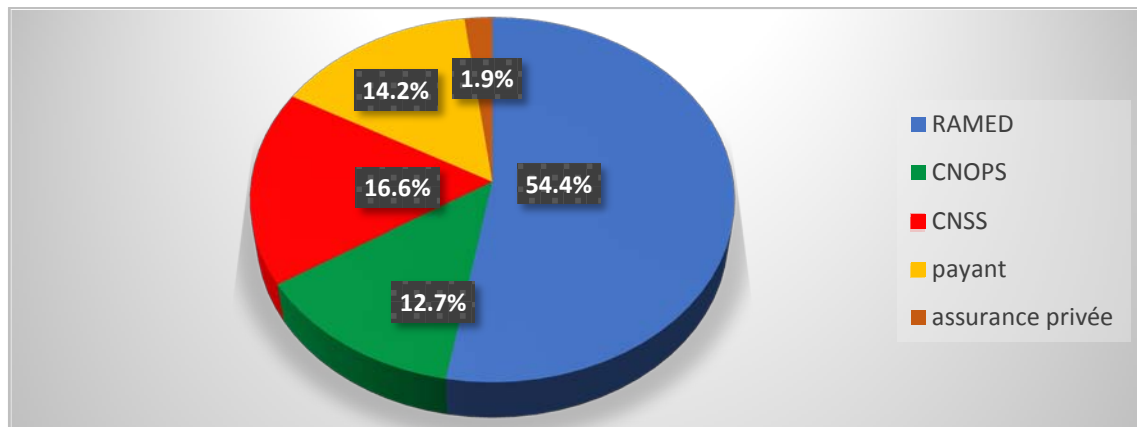


Figure 11: répartition des patients selon leurs couverture sociale

1.12. Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques :

a. Antécédents personnels médicaux :

Cette question étant à choix multiples, 37.1% des patients avaient cité un ou plusieurs antécédents médicaux, tels que le Diabète 25.7% des patients étaient diabétique, 19.8% étaient Hypertendu, 2% avaient la tuberculose, et 10.4% avaient d'autre maladie chronique comme une néphropathie, cardiopathie, lupus ou dysthyroïdie... Par ailleurs, 62.9% n'avaient pas d'antécédents médicaux. (figure 12)

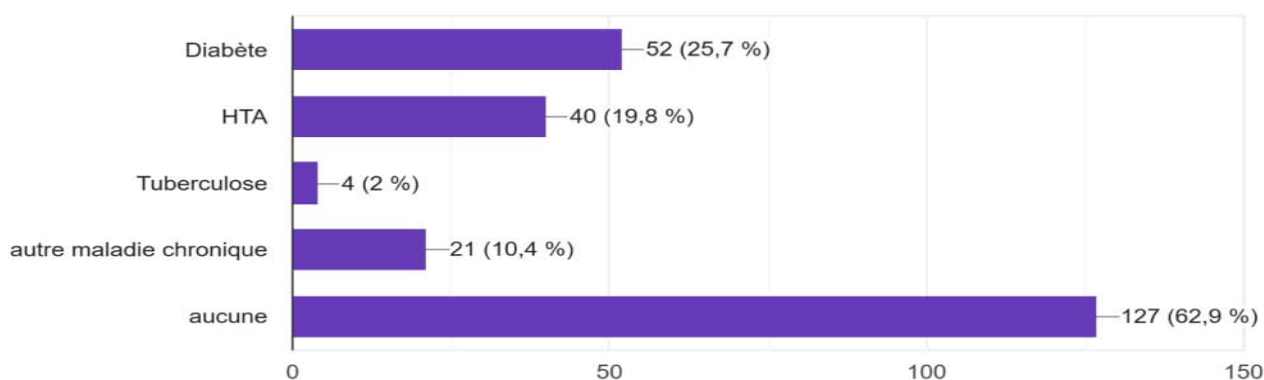


Figure 12: Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

b. Antécédents personnels chirurgicaux :

La majorité des patients n'avaient pas d'antécédent personnel chirurgical (84.80%), par ailleurs 15.20% avaient un antécédent, c'étaient majoritairement des antécédents d'appendicectomie, cholécystectomie, thyroïdectomie, et de cataracte. (figure 13)

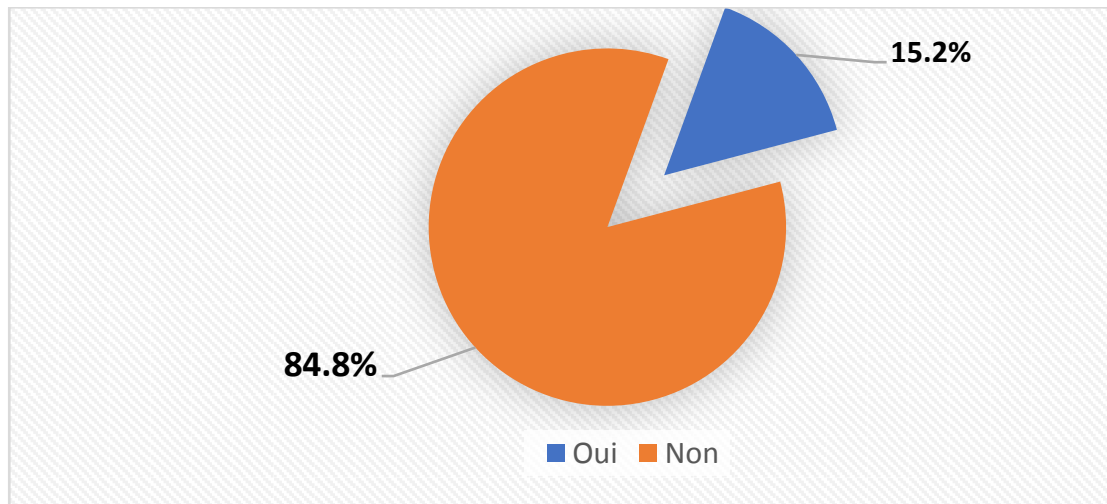


Figure 13: Répartition des patients selon l'existence d'antécédents chirurgicaux.

c. Antécédents personnels Judiciaires :

La grande majorité des patients n'avaient aucun antécédent judiciaire (96.57%), et seulement 3.43% avaient un antécédent judiciaire, c'étaient majoritairement des antécédents de bagarre, conflit conjugal, chèque sans provision et agression. (figure 14)

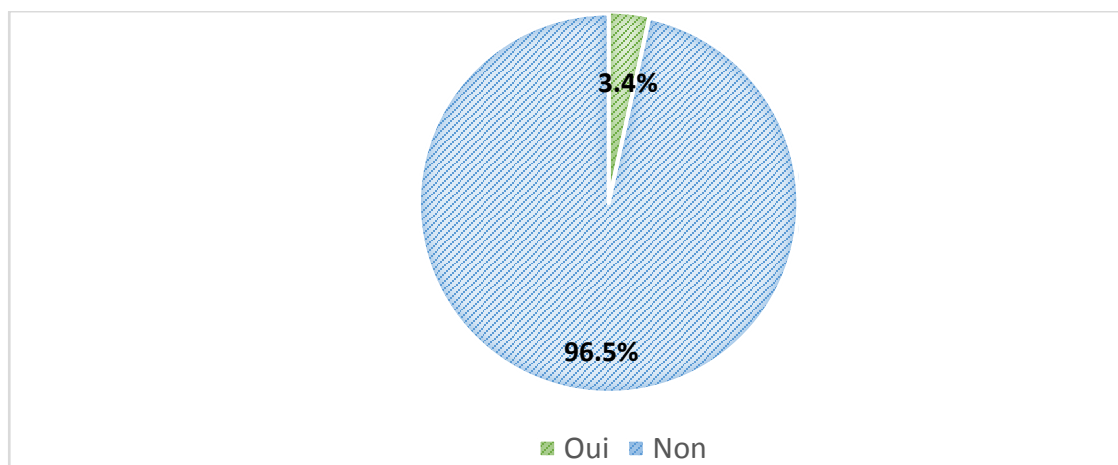


Figure 14: Répartition des patients selon l'existence d'antécédents personnels Judiciaires

d. Antécédents personnels psychiatriques :

Le pourcentage des patients souffrant d'antécédents psychiatrique dans la population étudié était de 7.9 %, il s'agissait d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques, à savoir :

- Neuf patients avaient souffert de dépression et six d'entre eux étaient traités par des antidépresseurs.
- Sept patients étaient suivis pour anxiété et quatre d'entre eux étaient traités par des anxiolytiques.
- Un patient étaient suivis pour un trouble bipolaire.
- Par ailleurs, deux de ces patients avait rapporté une tentative de suicide. (figure 15 et 16)

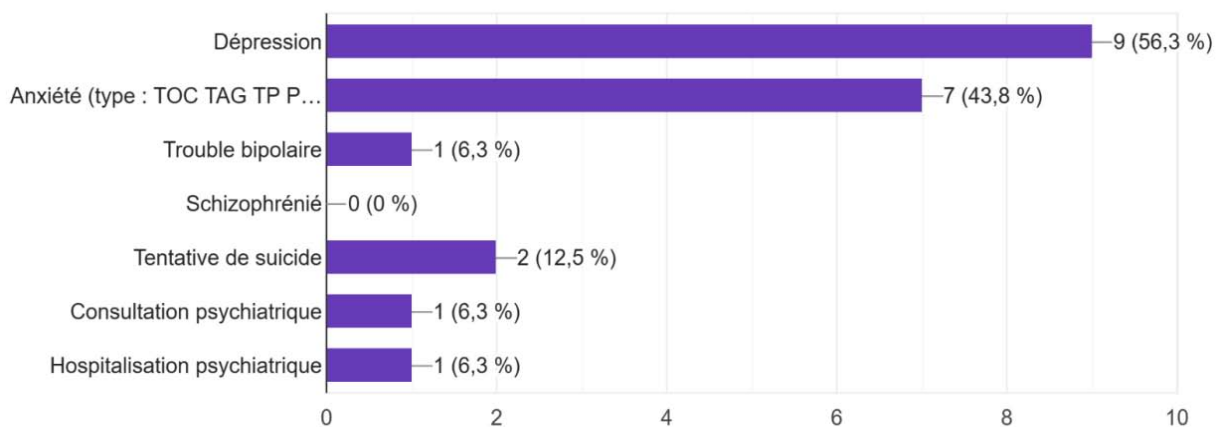


Figure 15: Répartition des patients selon les antécédents personnels psychiatrique.

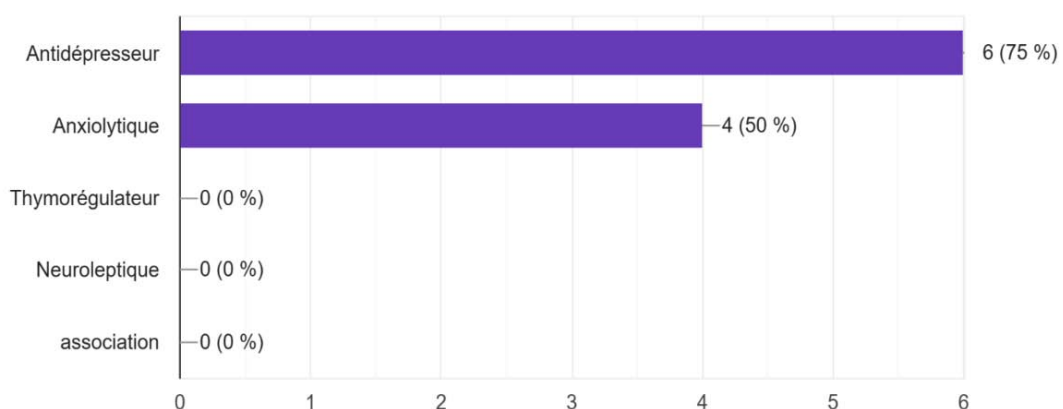


Figure 16: Répartition des patients selon la prise du traitement psychiatrique.

e. Antécédents d'habitudes toxiques :

e.1. Consommation de Tabac :

Le nombre de patients ayant rapporté une consommation de tabac était de 21 (soit 10,29%). (Figure 17)

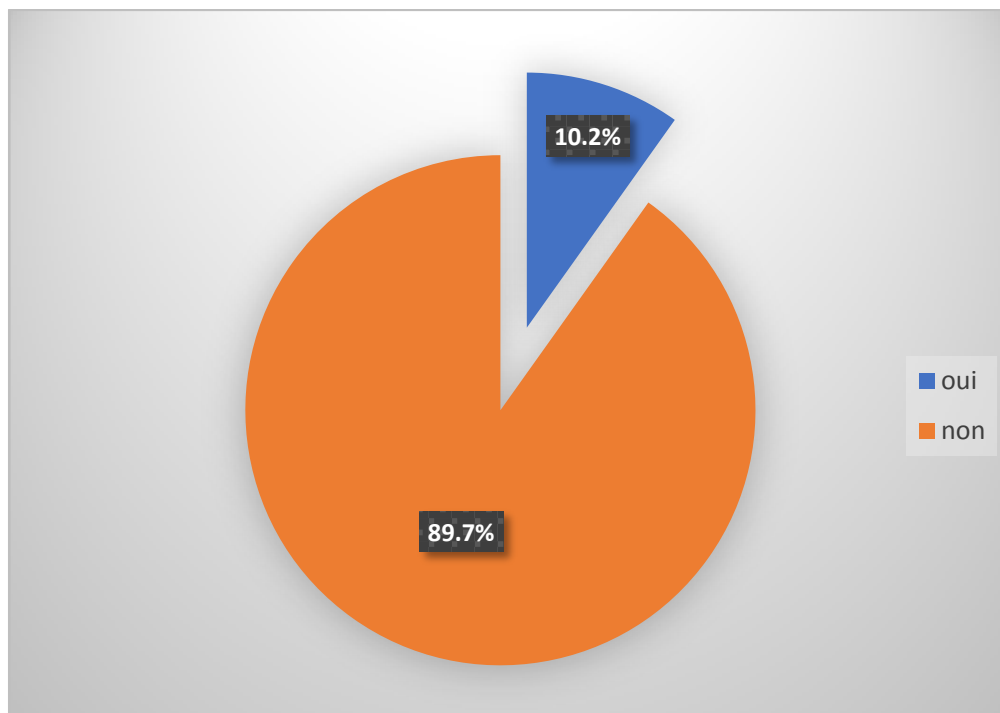


Figure 17: Répartition des patients selon la consommation de tabac

e.2. Paquet-année :

Dans cet histogramme on analyse la consommation du tabac en rapport avec la durée de consommation. (figure 18).

Le nombre de cigarette consommé par jour (figure 19).

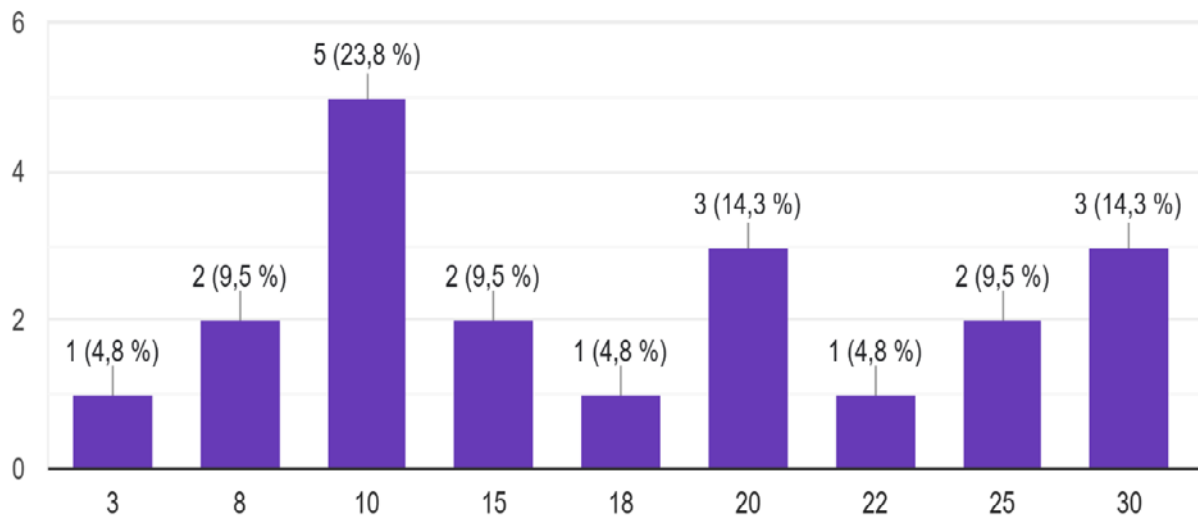


Figure 18: Répartition des patients Tabagique sur la durée en année de consommation de Tabac

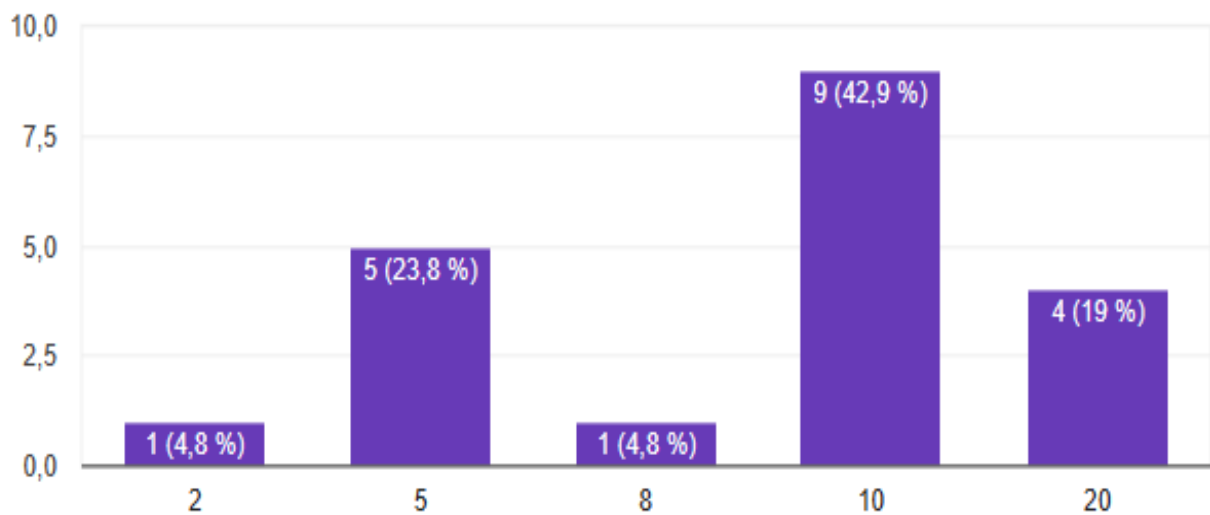


Figure 19: Répartition des patients Tabagique sur le nombre de cigarette consommé par jour

e.3. Consommation du Hachich :

Le nombre de patients ayant rapporté une consommation du Hachich était de cinq (soit 2,45%).

Dans cet histogramme on analyse la consommation du Hachich en rapport avec la durée de consommation. (Figure 20).

La fréquence de consommation du Hachich (figure 21).

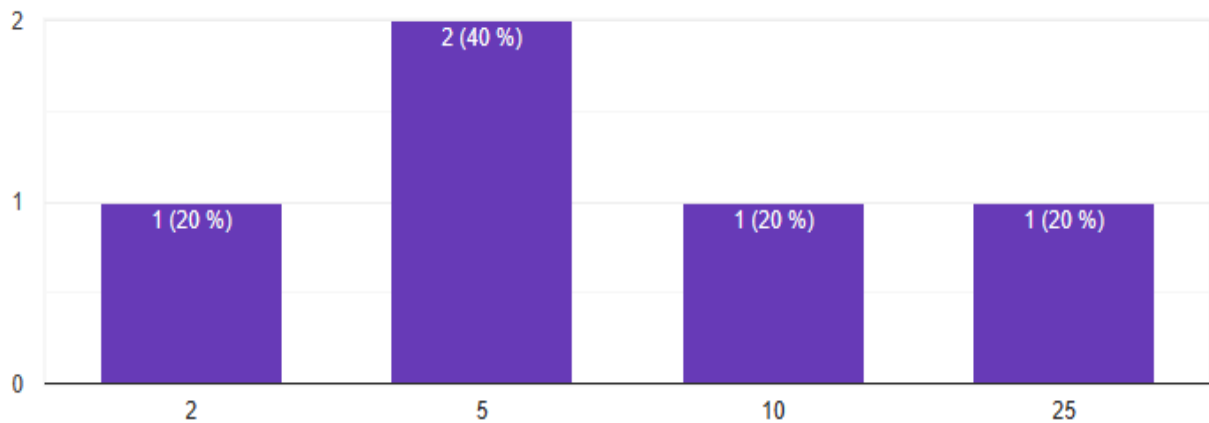


Figure 20: Répartition des patients qui consomment le Hachich au cours des années.

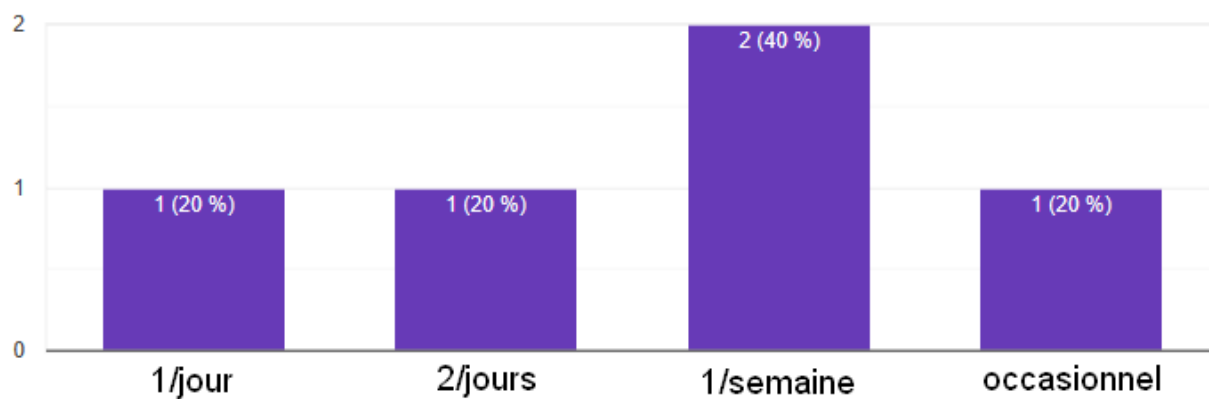


Figure 21: Répartition des patients qui consomment le Hachich par la fréquence de consommation

e.4. Consommation d'Alcool :

Le nombre de patients ayant rapporté une consommation du Hachich était de 12 (soit 5.88%). (Figure 22)

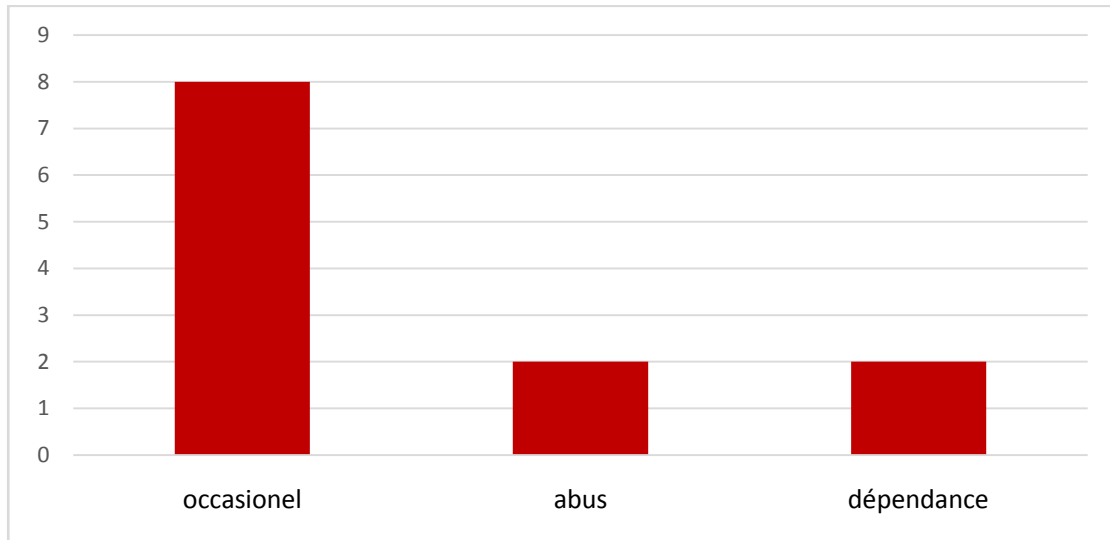


Figure 22: Répartition des patients selon la consommation d'Alcool

f. Antécédents familiaux psychiatriques :

f.1. Les antécédents familiaux :

Le pourcentage des patients ayant rapporté des antécédents psychiatriques chez leurs parents, fratrie et enfant était de 13,73% (soit 28 personnes). (Figure 23)

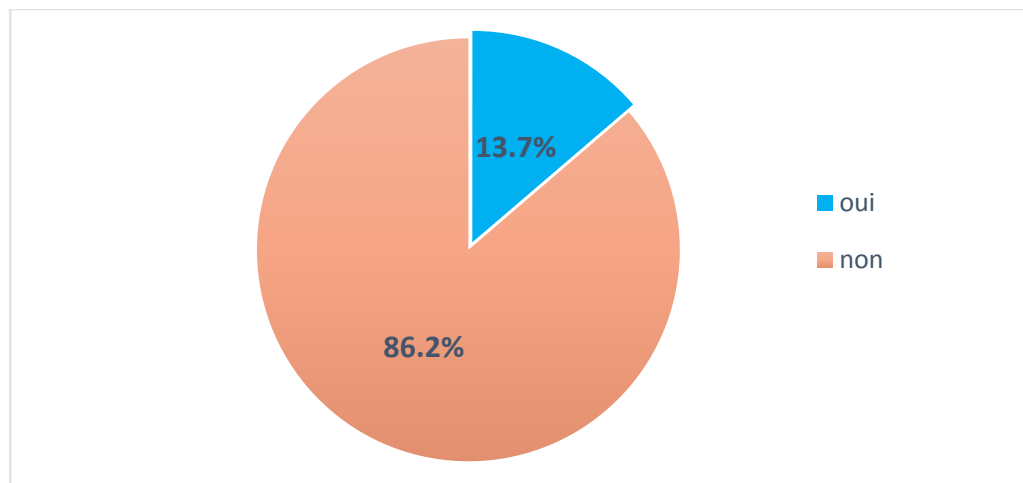


Figure 23: Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques

f.2. Le lien familial :

Notre étude rapportée des antécédents psychiatriques chez la fratrie qui étaient de huit frères et huit sœurs, et chez les enfants étaient de deux filles et un seul fils. (figure 24).

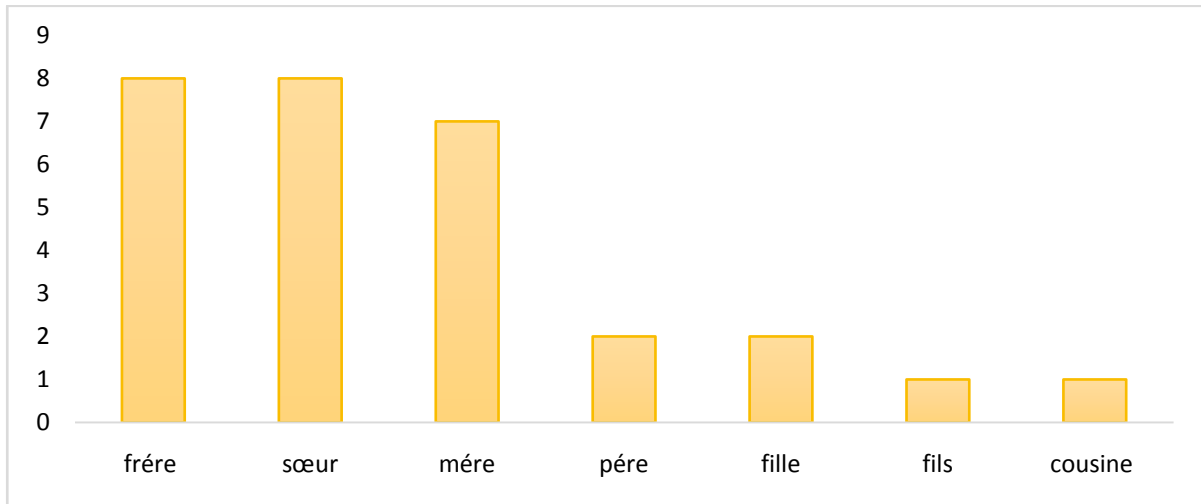


Figure 24: Répartition selon le lien parental

f.3. Le Type de l'antécédent psychiatrique :

Cette barre nous montre les différents types des troubles psychiatriques retrouvés. (figure 25).

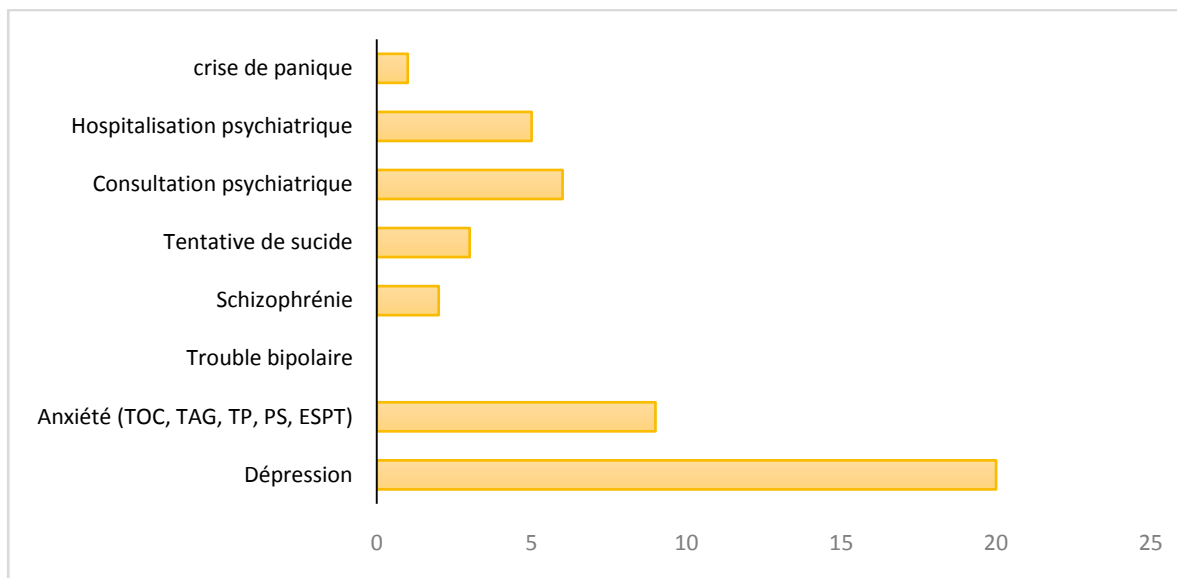


Figure 25: Répartition selon les types des troubles psychiatriques

f.4. Traitement psychiatrique actuel :

Le nombre de patients ayant rapporté une prise de traitement psychiatrique actuel était de 20 (soit 9.9%). (figure 26)

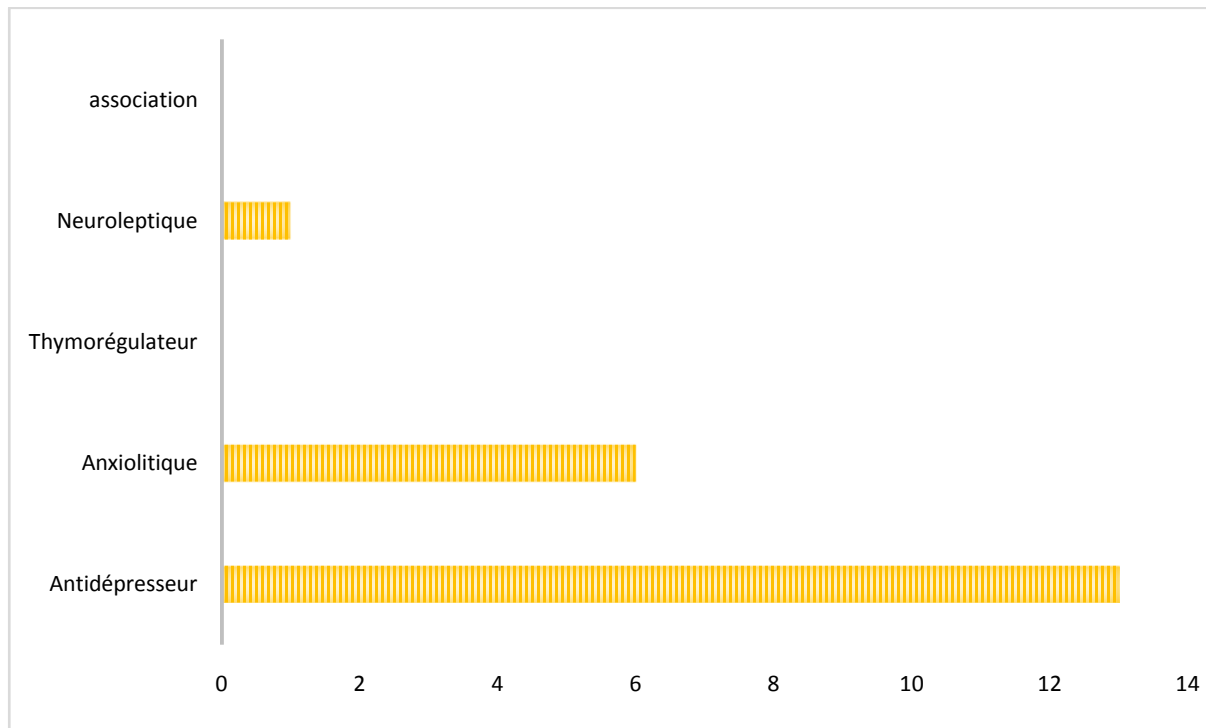


Figure 26: Répartition selon le traitement psychiatrique actuel.

Tableau n° I : Caractéristiques de l'échantillon global :

Caractéristique de l'échantillon global	Participants de l'étude N = 204	
	N	%
Sexe		
Féminin	128	62.75
Masculin	76	37.25
Age		
Moins de 30	49	24.02
31-45	58	28.44
46-60	76	37.25
Plus de 61	21	10.29
Situation familiale		
Célibataire	68	33.33
Marié	104	50.98
Divorcé	15	7.35
Veuf	9	4.42
Séparé	8	3.92
Nombre d'enfants		
Aucun	82	40.2
Entre 1 et 3	98	48.04
Plus de 4	24	11.76
Niveau d'instruction		
Jamais scolarisé	78	38.24
Coranique	11	5.39
Primaire	25	12.25
Secondaire	37	18.14
Baccalauréat	27	13.24
Universitaire	26	12.75

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

Caractéristique de l'échantillon global	Participants de l'étude N = 204	
	N	%
Profession		
Étudiant(e)	21	10.29
Employé (profession)	73	35.78
Sans emploi	21	10.29
Femme au foyer	85	41.68
Retraité	4	1.96
Revenu mensuel		
Moins de 1000dhs	107	52.45
De 1000 à 2000dhs	29	14.22
De 2000 à 4000dhs	31	15.20
De 4000 à 6000dhs	19	9.31
Plus de 6000dhs	13	6.37
Ne sais pas	5	2.45
La responsabilité des rentrées financières		
Oui	50	24.51
Non	97	47.55
Partiellement	57	27.94
Religiosité		
Pratiquant	143	70.10
Non pratiquant	61	29.90
Couverture sociale		
RAMED	111	54.41
CNOPS	26	12.75
CNSS	34	16.67
Assurance privée	4	1.96
Payant	29	14.21

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

Caractéristique de l'échantillon global	Participants de l'étude N = 204	
	N	%
Antécédents médicaux		
Aucune	127	62.9
Diabète	52	25.7
HTA	40	19.8
Tuberculose	4	2
Autre maladie chronique	21	10.4
Antécédents chirurgicaux		
Non	173	84.80
Oui	31	15.20
Antécédents judiciaires		
Non	197	96.57
Oui	7	3.43
Habitudes toxiques		
Non	183	89.71
Oui	21	10.29
Antécédents familiaux de maladie psychiatrique		
Non	176	86.27
Oui	28	13.73

2. Evaluation psychiatrique :

2.1. Etude de la dépression :

Selon le MINI, 22.55% des malades présentaient un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête. (figure 27)

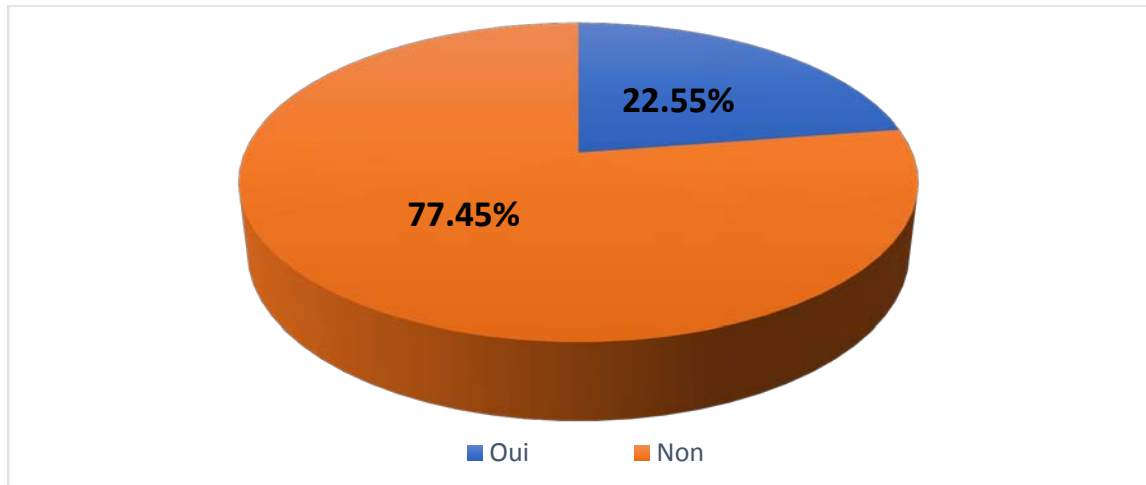


Figure 27: Prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel.

Selon l'échelle de Beck, 41.4% des patients déprimés avaient une dépression sévère, 58.6% avaient une dépression modérée, aucun n'avait de dépression légère. (figure 28)

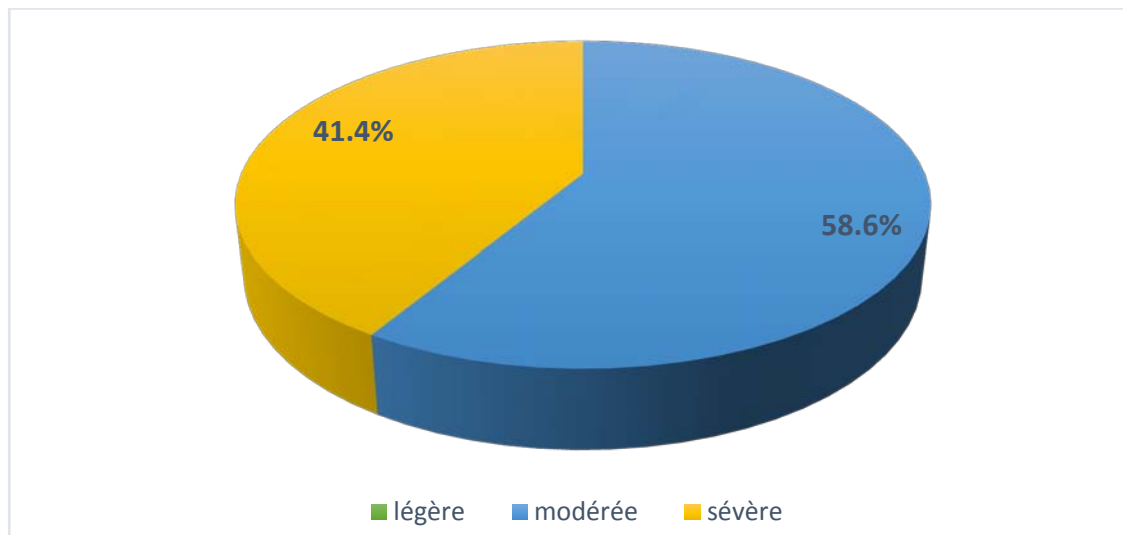


Figure 28: Sévérité de la dépression.

2.2. Dépistage du trouble dépressif persistant (Dysthymie) :

Selon les critères du DSM-IV, 13.24% des patients présentaient un trouble dépressif persistant au moment de notre enquête.

II. Analyse bi variée :

1. Corrélation entre la dépression et les paramètres sociodémographiques étudiées :

1.1. Sexe :

La dépression est retrouvée un peu plus chez les femmes (33,50%), que chez les hommes (4%). Cette différence est statistiquement significative. (p=0,001)

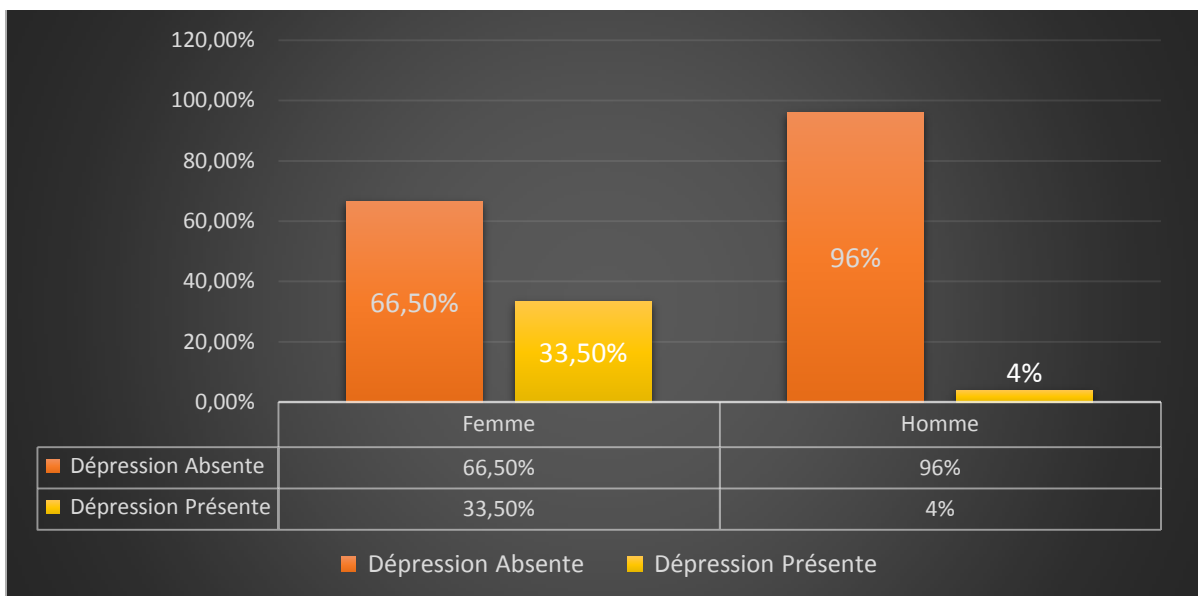


Figure 29: Prévalence de la dépression selon le sexe.

1.2. Age :

La présence de la dépression est légèrement élevée chez les sujets âgés de plus de 61ans (34%), 31% âgés de 46ans à 60ans et enfin à part égale de 15% des moins de 30ans et de 31ans à 45ans. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,047$).

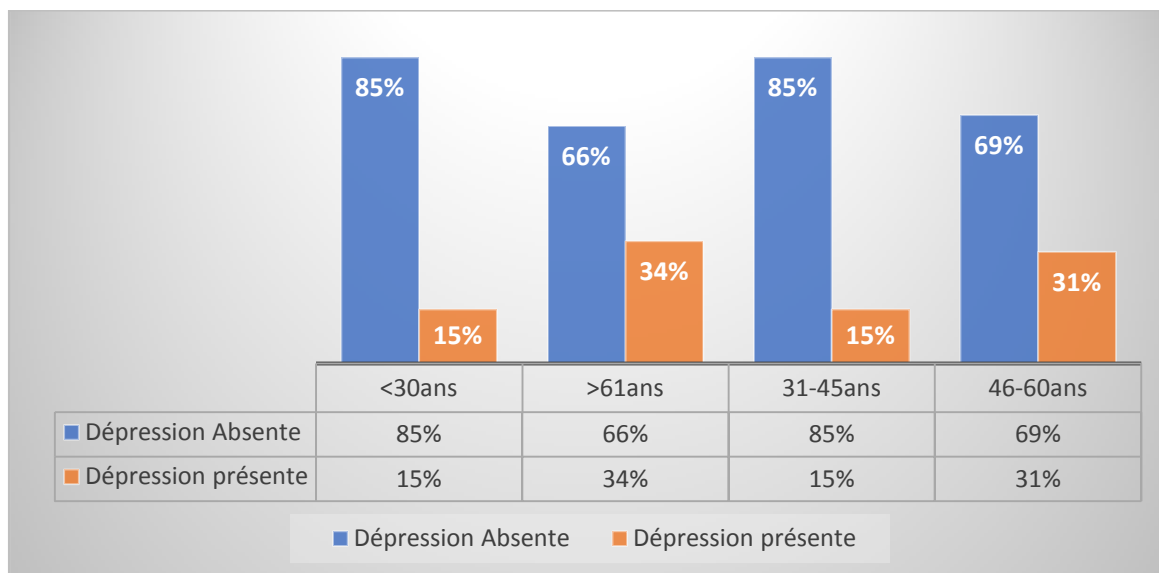


Figure 30: Prévalence de la dépression selon l'âge.

1.3. Situation matrimoniale :

La dépression est plus retrouvée chez les sujets mariés (34%) ainsi que chez les sujets veufs et divorcés (respectivement 22% et 20%). Ceci est statistiquement non significatif ($p=0,06$).

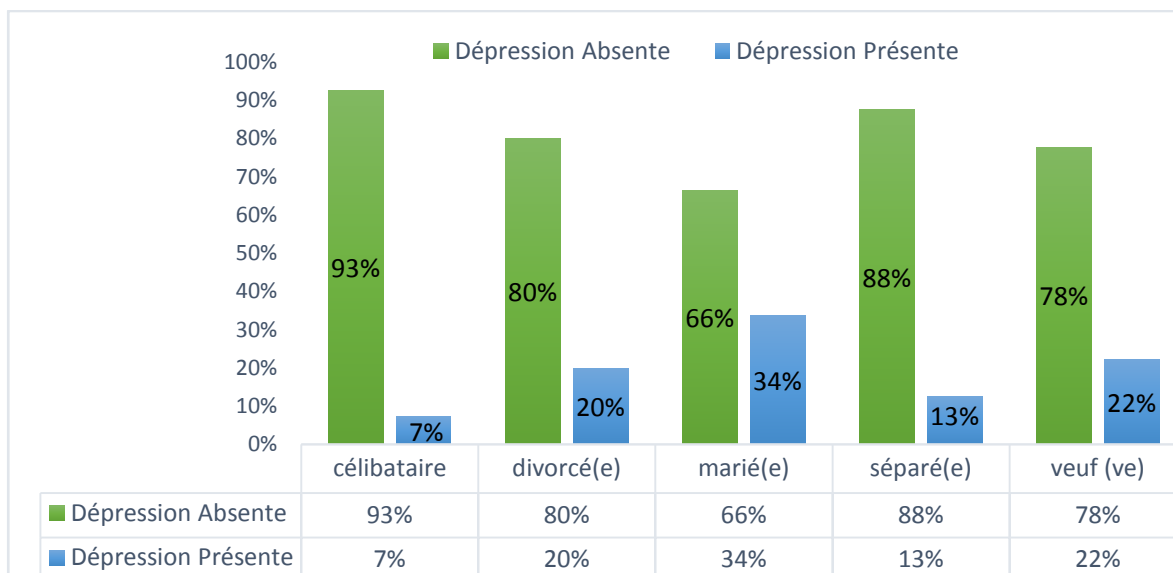


Figure 31 : Prévalence de la dépression selon la situation matrimoniale.

1.4. Profession :

La dépression a été diagnostiquée chez 40% des femmes au foyer, 33% des retraités, 15% et 14% chez les personnes sans emploi et étudiantes contre seulement 5% chez les employés ayant une profession. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,001$).

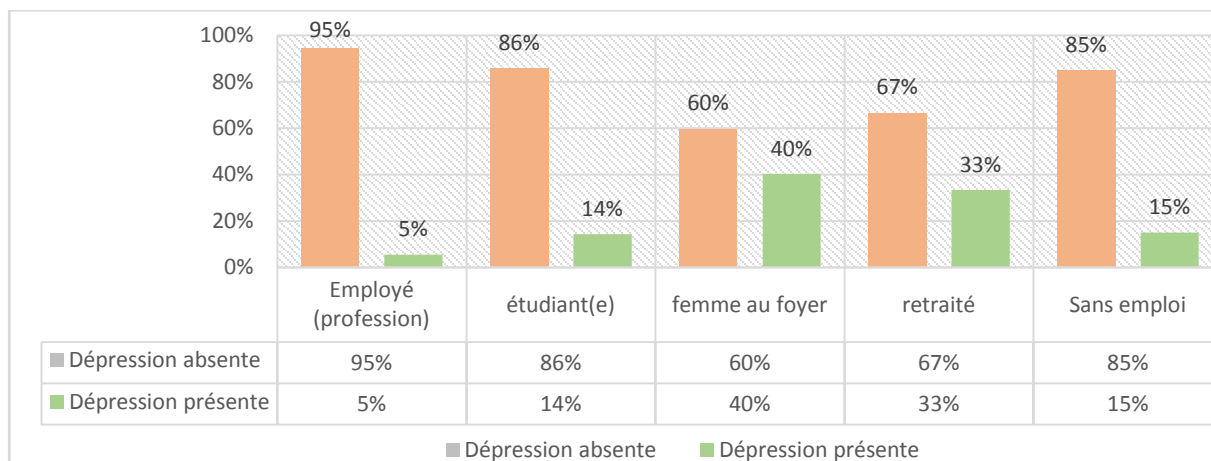


Figure 32 : Prévalence de la dépression selon la profession.

1.5. Niveau d'instruction :

La prévalence de la dépression retrouvée était presque égale pour les patients ayant un niveau coranique et pour ceux ayant un niveau primaire (20%), ainsi pour ceux ayant un niveau baccalauréat, secondaire et universitaire (8%, 15% et 11%). Alors que la prévalence de la dépression était de 36% chez les patients n'ayant aucun niveau d'instruction. Ceci est statistiquement significatif ($p=0,008$).

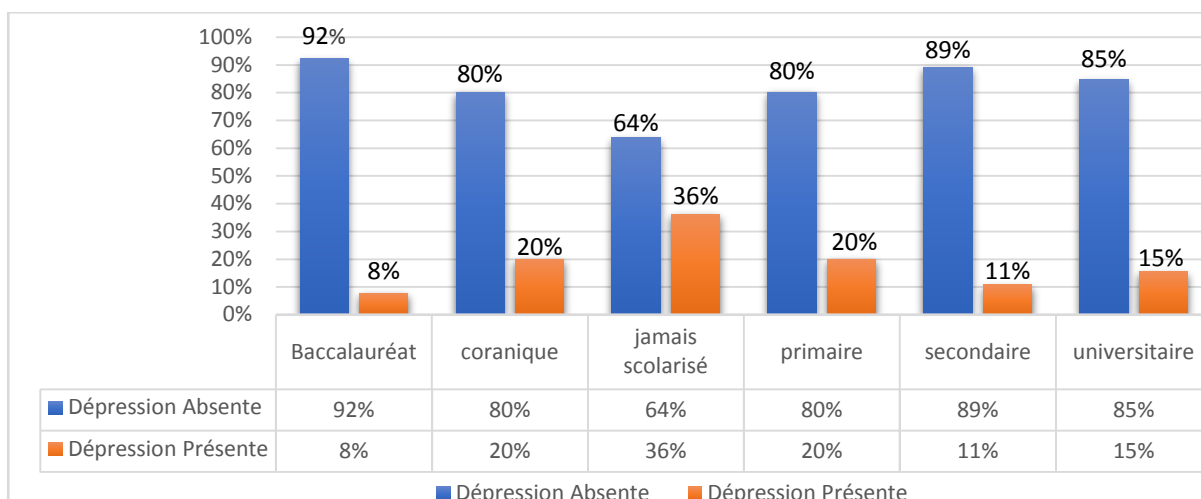


Figure 33: Prévalence de la dépression selon le niveau d'instruction

1.6. Couverture sociale :

Les personnes ayant la RAMED et la CNSS ont plus de dépression (30% et 22% respectivement) que les gens ayant une assurance privée et CNOPS (11% et 7% respectivement). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,023$)

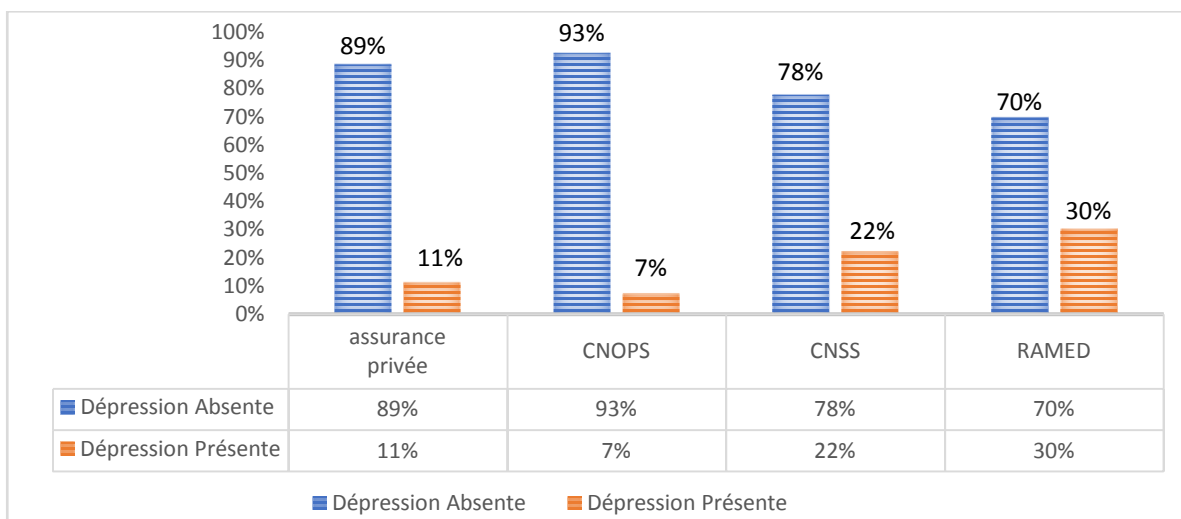


Figure 34: Prévalence de la dépression selon la couverture sociale.

1.7. Religiosité :

Les personnes pratiquantes ont plus de dépression (24%), que les non pratiquantes (18%). Cette différence est statistiquement non significative ($p=0,31$).

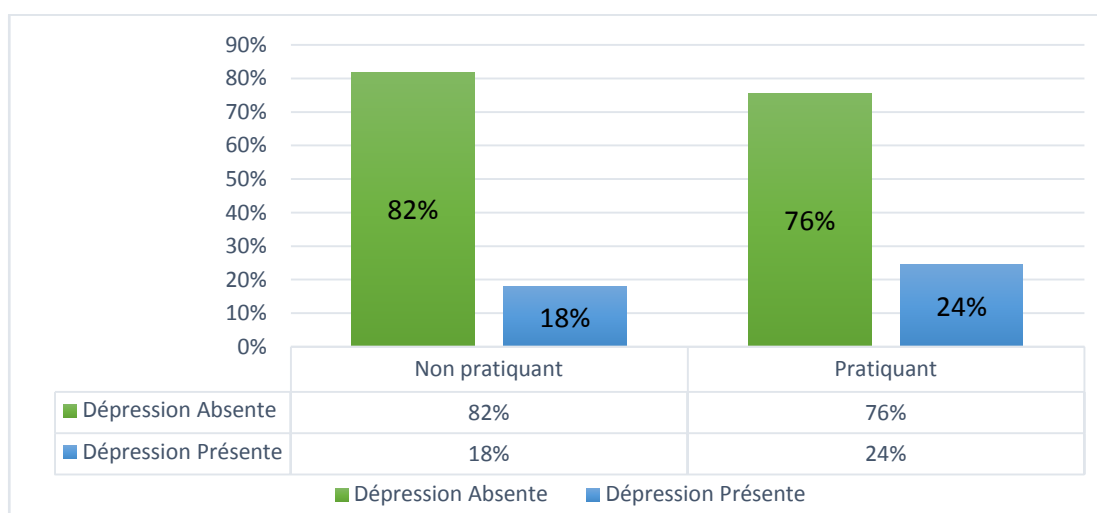


Figure 35: Prévalence de la dépression selon la religiosité.

1.8. Revenu mensuel :

Les personnes avec un revenu inférieur à 1000dhs représentent plus d'un tiers des cas ayant des troubles dépressifs (35%), contre 0% chez ceux qui touchent plus de 6000dhs. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,003$).

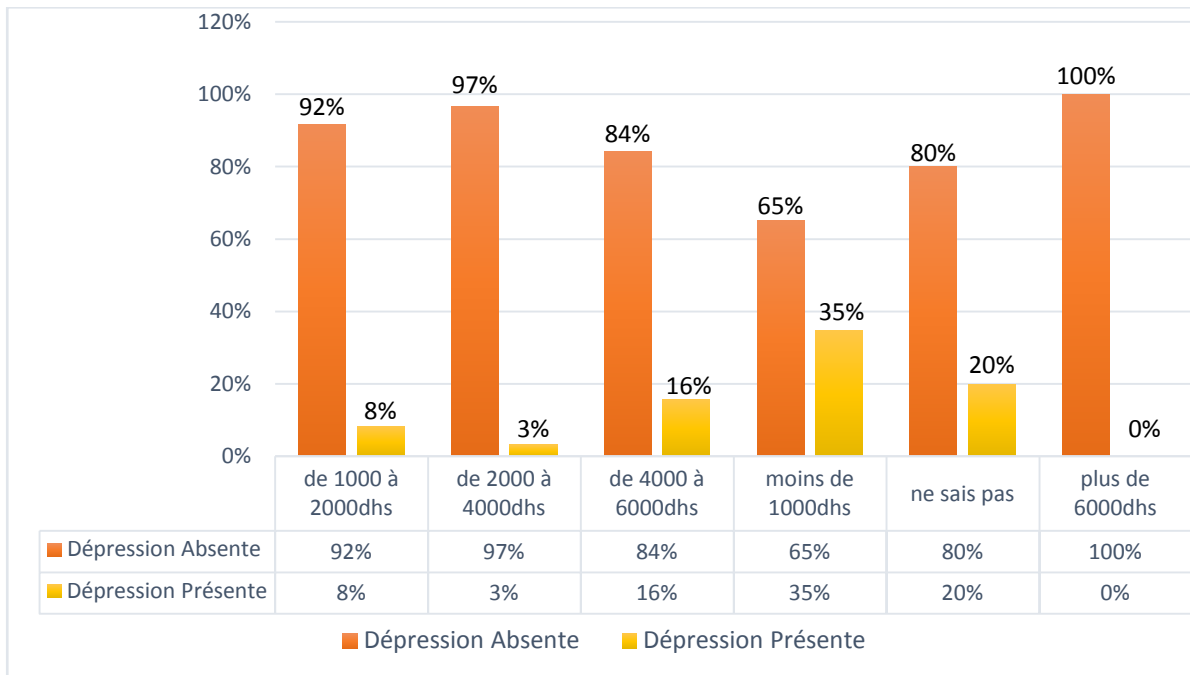


Figure 36: Prévalence de la dépression selon le revenu mensuel.

Tableau n° II : Corrélation entre la dépression et les paramètres sociodémographiques :

	Dépression (%)		Khi deux	P
	Absente	Présente		
Sexe				
Femme	66,5%	33.5%	23,99	0.001
Homme	96%	4 %		
Age				
≤ 30 ans	85%	15%	7,39	0.047
31 à 45 ans	85%	15%		
46 à 60 ans	69%	31%		
≥ 61 ans	66%	34%		
Situation matrimoniale				
Célibataire	93%	7%	16,85	0.06
Marié	66%	34%		
Divorcé	80%	20%		
Veuf	78%	22%		
Séparé	88%	13%		
Profession				
Employé	95%	5%	29.42	0.001
Femme au foyer	60%	40%		
Etudiant	86%	14%		
Retraité	67%	33%		
Sans emploi	85%	15%		
Niveau d'instruction				
Baccalauréat	92%	8%	15,69	0,008
Coranique	80%	20%		
Jamais scolarisé	64%	36%		
Primaire	80%	20%		
Secondaire	89%	11%		
Universitaire	85%	15%		
Couverture sociale				
Assurance privée	89%	11%	9,56	0,023
CNOPS	93%	7%		
CNSS	78%	22%		
RAMED	70%	30%		

	Dépression (%)		Khi deux	P
	Absente	Présente		
Religiosité				
Non pratiquant	82%	18%	1,016	0,31
Pratiquant	76%	24%		
Revenu mensuel				
De 1000 à 2000dhs	92%	8%	23,36	0,003
De 2000 à 4000dhs	97%	3%		
De 4000 à 6000dhs	84%	16%		
Moins de 1000dhs	65%	35%		
Plus de 6000dhs	100%	0%		
Je ne sais pas	80%	20%		

2. Paramètres cliniques :

2.1. Les antécédents personnels médicaux :

a. La dépression et la tuberculose :

La dépression est omniprésente chez les personnes qui ont été déjà atteintes de la tuberculose (50%) contre 22% des personnes non-atteintes de la tuberculose. Cette différence est significative ($p=0,004$)

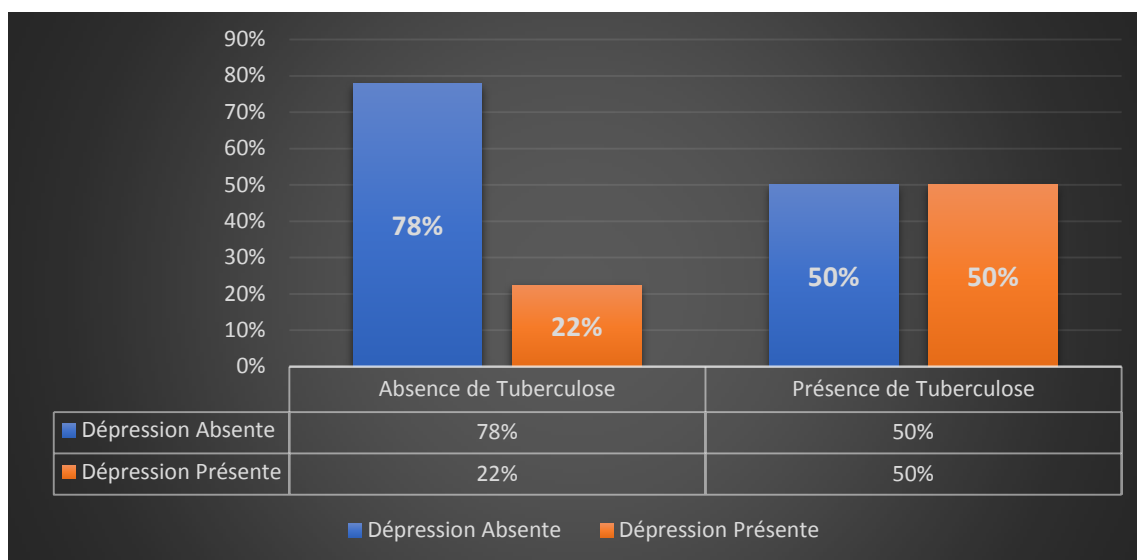


Figure 37 : Prévalence de la dépression selon la tuberculose.

b. La dépression et HTA :

Les personnes qui souffraient déjà de l’hypertension représentent le pourcentage le plus élevé des troubles dépressifs selon le graphique (48%) contre seulement 16% des personnes n’ayant pas des soucis de tension. La différence est significative (0,002)

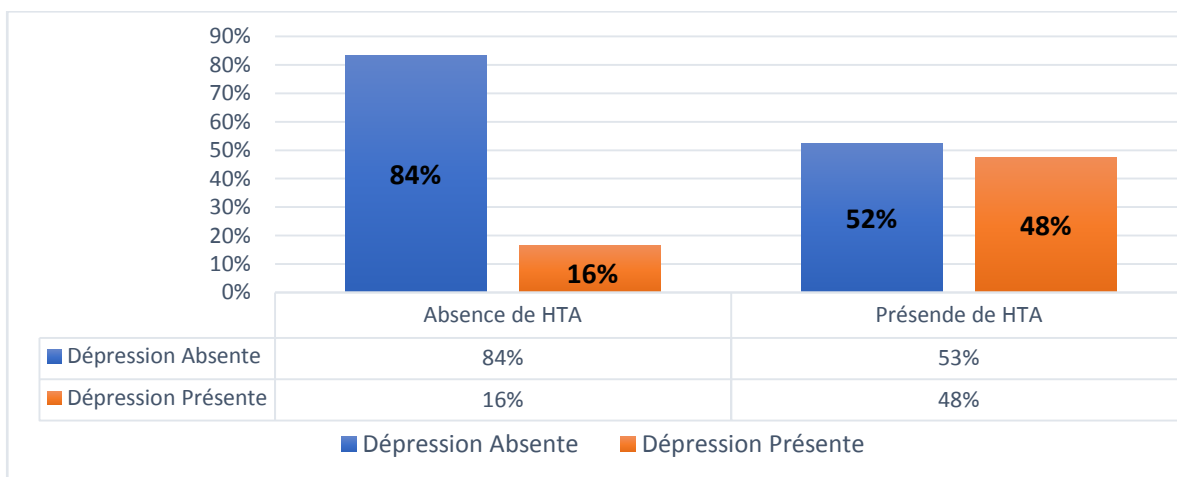


Figure 38 : Prévalence de la dépression selon HTA

c. La dépression et Diabète :

Les personnes déjà atteintes du Diabète sont plus susceptibles à la dépression avec un pourcentage de 37% contre 18% non-atteintes du diabète. Cette différence est significative ($p=0,005$)

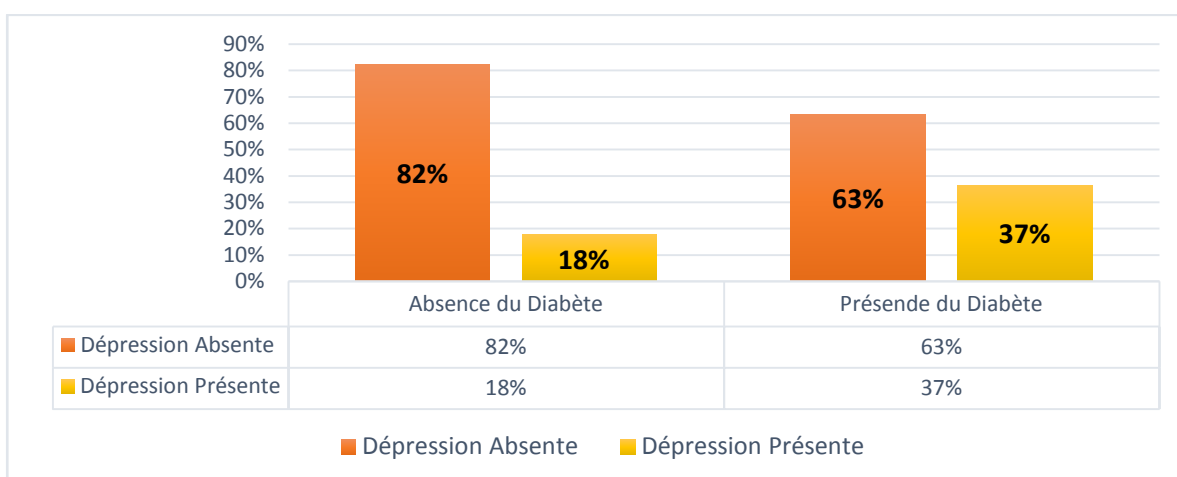


Figure 39 : Prévalence de la dépression selon le diabète.

d. La dépression et autre maladie chronique :

Les personnes qui souffraient déjà d'une autre maladie chronique, autre que la tuberculose, diabète et HTA représentent la catégorie la plus exposée à la dépression (43%) contre 20% qui ne souffraient d'aucune maladie chronique. Cette différence est significative ($p=0,002$).

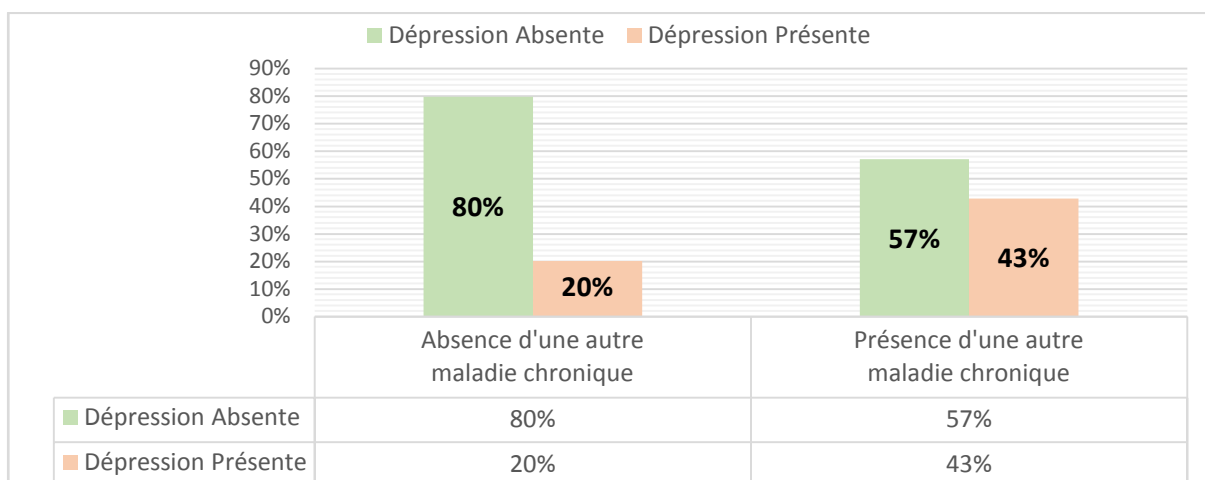


Figure 40 : Prévalence de la dépression selon les autres maladies chroniques.

2.2. Les antécédents personnels chirurgicaux :

Dans notre étude, les personnes ayant déjà des antécédents chirurgicaux sont les plus déprimées (42%). Ceci est statistiquement significatif ($p=0,005$).

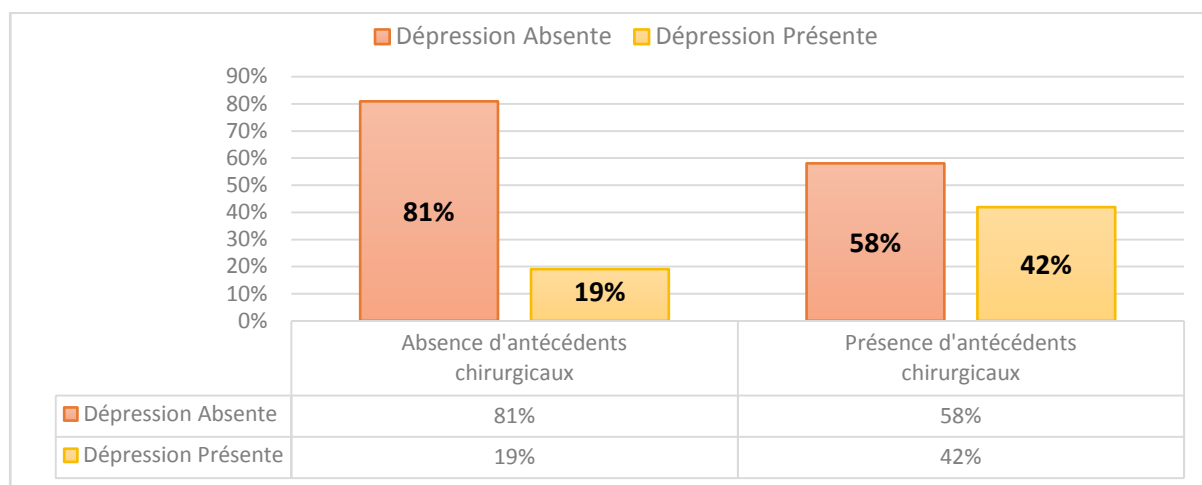


Figure 41 : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels chirurgicaux.

2.3. Les antécédents personnels judiciaires :

Les personnes ayant des antécédents judiciaires sont les plus exposés à des troubles dépressifs (29%) contre 22% de personnes n'ayant aucun antécédent. Cela est significatif (0,007)

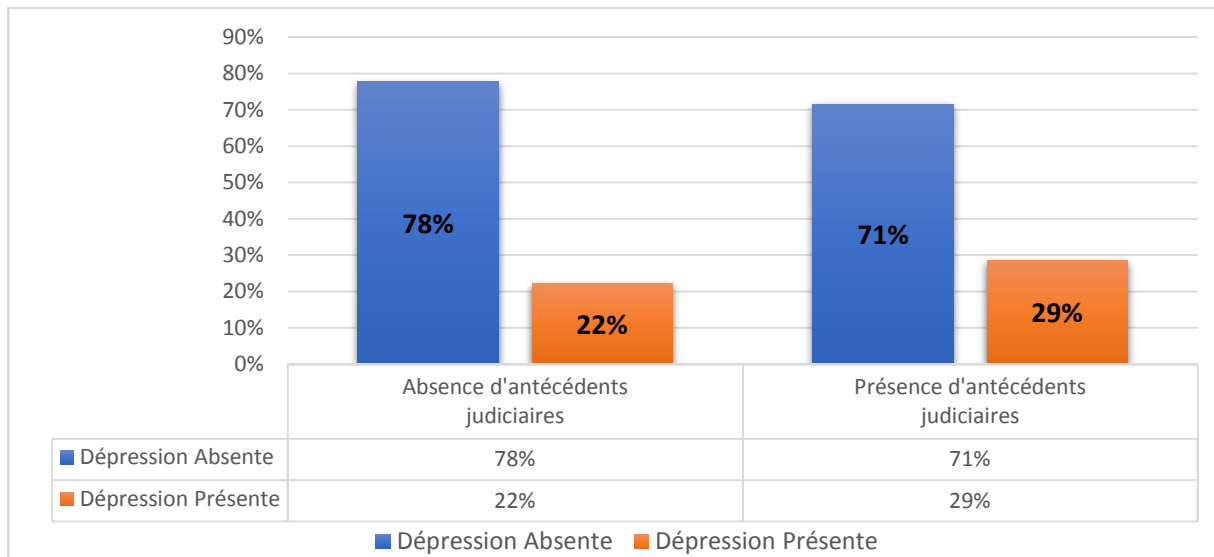


Figure 42 : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels judiciaires.

2.4. Les antécédents personnels psychiatriques :

La prévalence de la dépression est retrouvée chez les personnes ayant des antécédents psychiatriques à la hauteur de 75%. Cette affirmation est significative (0,001)

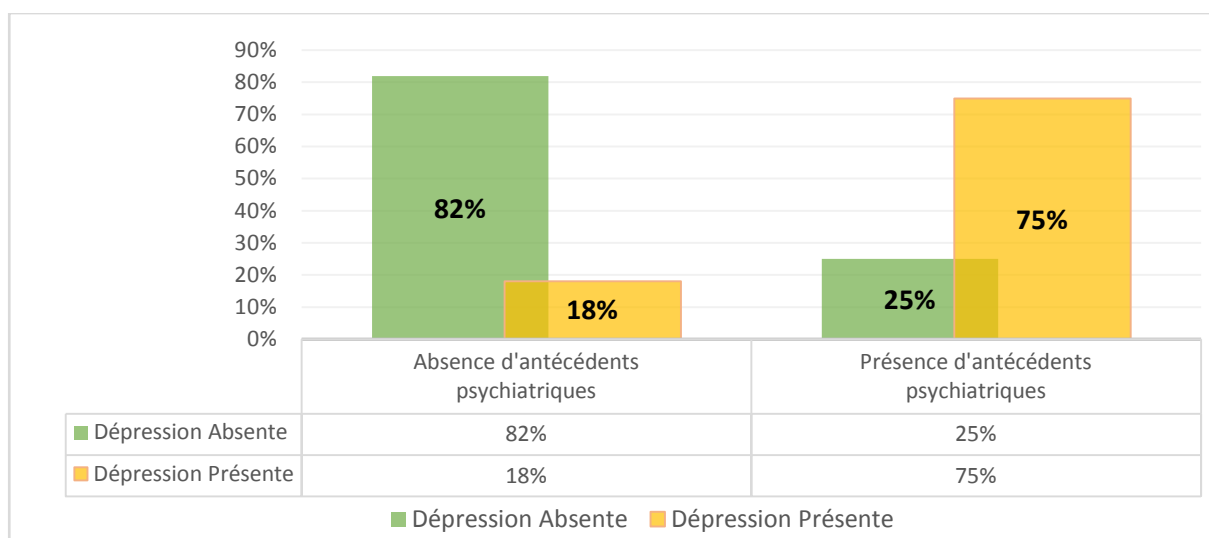


Figure 43 : Prévalence de la dépression selon les antécédents personnels psychiatriques.

2.5. Les antécédents d'habitudes toxiques :

a. Dépression et consommation de Tabac :

La dépression était retrouvée le plus chez les non-consommateurs du tabac (24%) contre 10% des consommateurs. Cette différence n'est pas significative (0,13).

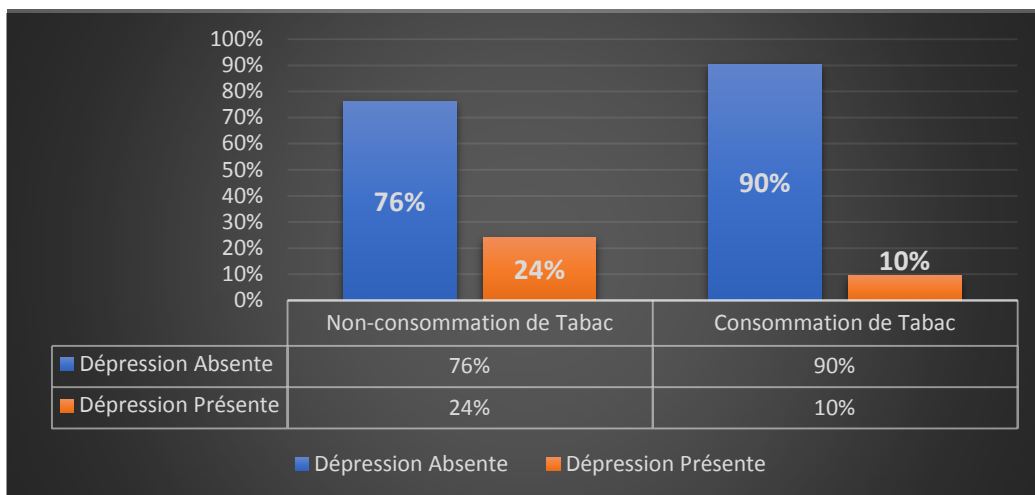


Figure 44 : Prévalence de la dépression selon la consommation du tabac.

b. Dépression et consommation du Hachich :

Dans notre étude, les personnes qui ne consomment pas du Hachich ont plus de dépression (23%) que ceux qui le consomment (20%). Ces résultats sont statistiquement non significatifs (0,89)

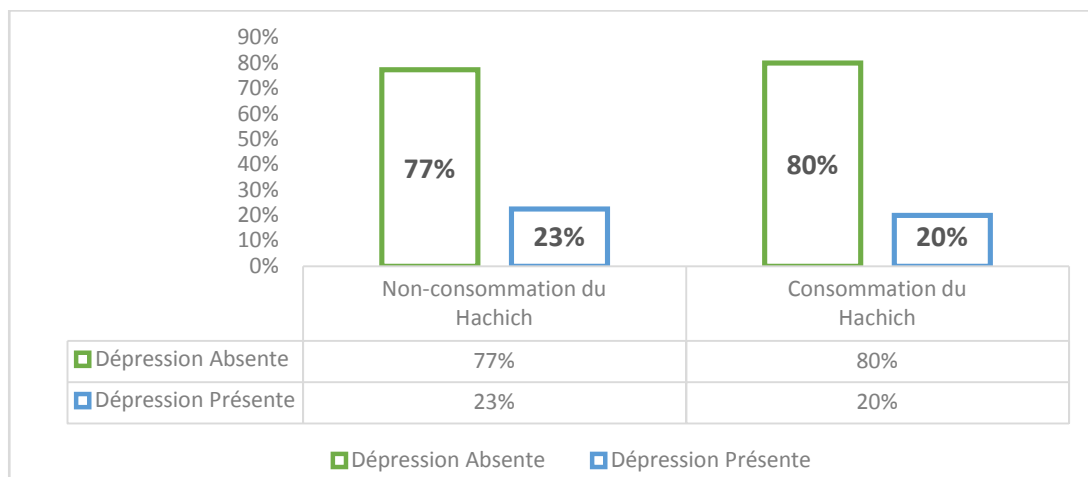


Figure 45 : Prévalence de la dépression selon la consommation du hachich.

c. Dépression et consommation d'alcool :

La prévalence de la dépression est légèrement élevée chez les gens non-consommateurs d'alcool (23%) contre seulement 17% chez les consommateurs. Cette différence est statistiquement non significative (0,615)

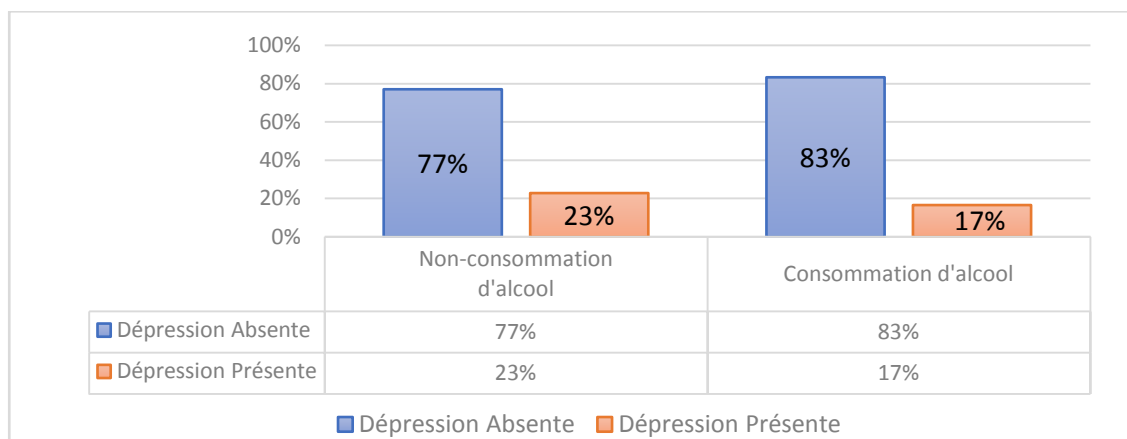


Figure 46 : Prévalence de la dépression selon la consommation de l'alcool.

2.6. Les antécédents familiaux psychiatriques :

La dépression est retrouvée plus chez les personnes ayant des antécédents familiaux psychiatriques (54%), contre seulement 18% chez ceux n'ayant pas d'antécédents. Ces résultats sont significatifs (0,002).

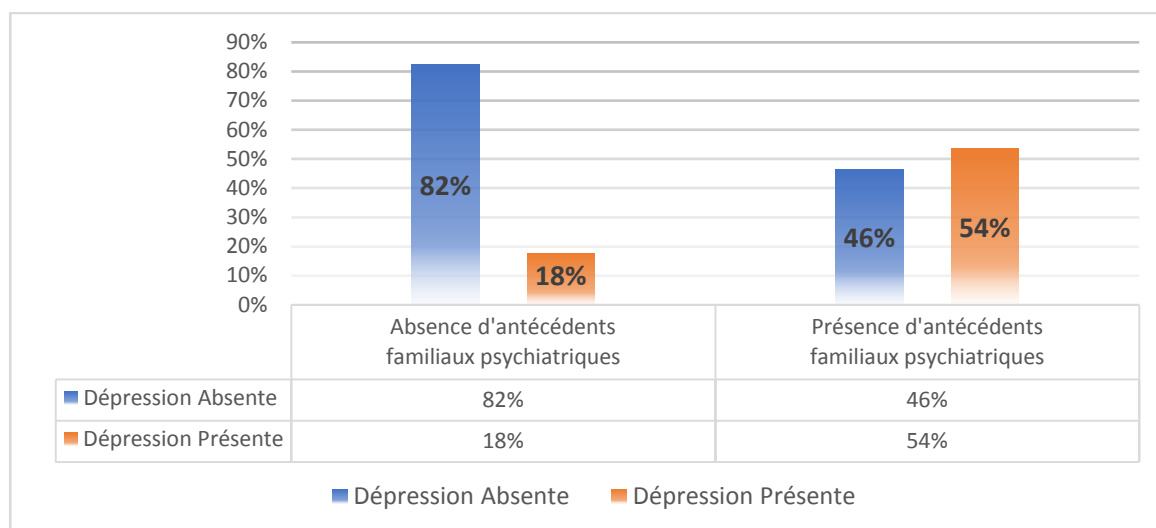


Figure 47 : Prévalence de la dépression selon les antécédents familiaux psychiatriques.

Tableau n° III : Corrélation entre la dépression et les paramètres cliniques:

	Dépression (%)		Khi deux	P
	Absente	Présente		
Tuberculose				
Absente	78%	22%	0,87	0.004
Présente	50%	50%		
HTA				
Absente	84%	16%	17,73	0.002
Présente	52%	48%		
Diabète				
Absent	82%	18%	7,82	0.005
Présent	63%	37%		
Divorcé	80%	20%		
Autre maladie chronique				
Absente	95%	5%	5.52	0.002
Présente	86%	14%		
Antécédents personnels chirurgicaux				
Absents	81%	19%	7,86	0,005
Présents	58%	42%		
Antécédents personnels judiciaires				
Absents	78%	22%	0,15	0,007
Présents	71%	29%		
Antécédents personnels psychiatriques				
Absents	82%	18%	27,34	0,001
Présents	25%	75%		
Consommation de tabac				
Non-consommation du tabac	76%	24%	2,27	0,13
Consommation du tabac	90%	10%		

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

	Dépression (%)		Khi deux	P
	Absente	Présente		
Consommation du hachich				
Non-consommation du hachich	77%	23%	0,01	0,89
Consommation du hachich	80%	20%		
Consommation d'alcool				
Non-consommation d'alcool	77%	23%	0,25	0,61
Consommation d'alcool	83%	17%		
Antécédents familiaux psychiatriques				
Absents	82%	18%	17,88	0,002
Présents	46%	54%		



DISCUSSION



I. Les troubles dépressifs :

1. Définitions des troubles dépressifs :

1.1. Définition de l'épisode dépressif majeur : [13]

L'épisode dépressif majeur est défini, selon le DSM V, par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants, pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté 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 :

- ➡ 1- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- ➡ 2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.
- ➡ 3- Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- ➡ 4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- ➡ 5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
- ➡ 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.
- ➡ 8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
- ➡ 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.

1.2. Définition de la dysthymie : [14]

Selon le DSM IV, le diagnostic du trouble dépressif persistant ou la dysthymie est porté si :

Une humeur dépressive est présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (sans répit de plus de deux mois) avec présence d'au moins deux des symptômes parmi ceux-ci :

- ➡ 1- Anorexie ou hyperphagie.
- ➡ 2- Insomnie ou hypersomnie.
- ➡ 3- Baisse d'énergie ou asthénie.
- ➡ 4- Faible estime de soi.
- ➡ 5- Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
- ➡ 6- Sentiments de perte d'espoir.
- ➡ 7- Des difficultés de concentration.
- ➡ 8- Des « idées noires » (voire des pensées de mort, de suicide)

1.3. Définition de la double dépression : [15]

La double dépression est la survenue d'un épisode dépressif majeur chez un patient souffrant de trouble dépressif persistant.

1.4. Trouble dépressif récurrent : [16]

Ce type de trouble dépressif implique des épisodes de dépression majeure récurrents au fil du temps, avec des périodes de rémission entre les épisodes. Au moins 2 épisodes dépressifs majeurs au cours de la vie sans trouble dépressif chronique.

1.5. La dépression saisonnière : [17]

C'est un type de dépression qui se produit à des moments spécifiques de l'année, généralement en automne ou en hiver, en raison d'une exposition réduite à la lumière du jour, et s'améliorent souvent au printemps et en été. ans le DSM, le trouble dépressif saisonnier est donc l'association des critères d'un épisode dépressif majeur avec ceux d'un caractère saisonnier,

Les critères de caractère saisonnier :

- A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes dépressifs et une période particulière de l'année (par exemple début régulier des épisodes dépressifs majeurs à l'automne ou en hiver) », en excluant les cas de relation entre la saison et un stress psychosocial.
- B. Les rémissions complètes (ou la transformation d'une dépression en manie ou hypomanie) surviennent également au-cours d'une période particulière de l'année (par exemple disparition au printemps).
- C. Présence d'au-moins deux épisodes dépressifs majeurs au-cours des deux dernières années, confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière selon la définition des critères A et B. Aucun épisode dépressif majeur de caractère non saisonnier n'est survenu au cours de cette période.
- D. Au cours de la vie entière du sujet, les épisodes dépressifs majeurs saisonniers sont nettement plus nombreux que les épisodes dépressifs majeurs non saisonniers.

1.6. Définition de la mélancolie :[18]

La mélancolie est un épisode dépressif majeur très sévère, dont l'ensemble des symptômes sont exacerbés, avec un risque suicidaire important

2. Epidémiologie :

Les troubles dépressifs concernent environ 10% de la population mondiale, la prévalence d'un trouble dépressif majeur est de 5 à 6% par an. [19]

En 1997, La classification selon l'OMS de la dépression majeure est au quatrième rang mondial des pathologies les plus invalidantes en termes de handicap rapporté aux années de vie et de coût global, quel que soit l'âge. [19]

En 2004, les rapports de la même organisation classaient déjà la dépression au deuxième rang des causes invalidantes après les maladies cardiovasculaires et prévoyait qu'en 2030 elle sera la première. [20]

En 2012, l'OMS estimait que 350 millions de personnes étaient touchées par la dépression à travers le monde et que la dépression était une cause principale d'invalidité à l'échelle mondiale. [21]

Un épisode dépressif peut survenir à n'importe quel âge, du jeune enfant à la personne âgée. Il multiplie par 30 le risque de suicide, Il s'agit d'un trouble récidivant : 50% des patients récidivent dans les 2 ans, et 75% récidivent à plus long terme. De plus on estime que 20% des patients souffrent de dépression chronique. [22] [23] [24]

Le trouble dépressif majeur unipolaire est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Il débute en général dans l'enfance ou l'adolescence. [22]

Au Maroc, la dépression présente une prévalence de 26,5% la population générale, et est considérée le trouble mental le plus fréquent avec 16,5% de personnes qui expriment des idées suicidaires. Ces données sont le fruit d'une enquête nationale qui a aidé à donner une idée de l'ampleur de la situation de la santé mentale chez les citoyens marocains. [25] [26]

Notre pays a bien ciblé l'importance de la prise en charge de cette problématique. Dans le plan National de santé 2012-2016, il encourage la promotion de la santé des populations à besoins spécifiques et le renforcement de la surveillance épidémiologique. En outre, il encourage la réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques, dans le programme de santé mentale de 2009. [27] La santé mentale au Maroc est confrontée à deux défis majeurs, la pénurie en ressources humaines et l'insatisfaisante qualité de prise en charge. La formation des intervenants en santé mentale constitue l'un des moyens pour améliorer la qualité de la prise en charge. [28]

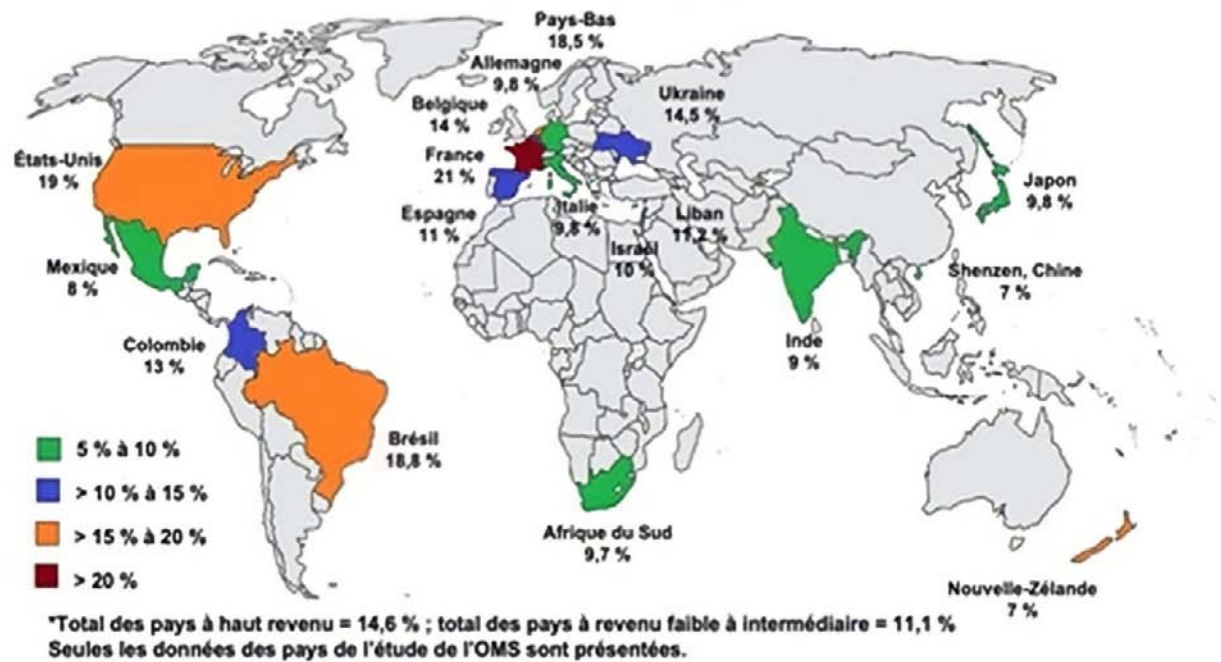


Figure 48: La prévalence mondiale moyenne d'un EDM au cours de la vie (en 2018). [29]

À la suite de la pandémie du covid-19, la croissance du taux de prévalence de troubles dépressifs dans le monde a cru de façon inégale selon les pays, et ce taux a augmenté dans toutes les régions du globe. La prévalence de la dépression dans 14 études portant sur un échantillon de 44 531 personnes était de 33,7 %, avec des déficits plus graves chez les patients présentant une morbidité psychiatrique. [30] [31] [32]

L'isolement social contribue à la physiopathologie des troubles psychiatriques et des comportements suicidaires, Le taux d'idées suicidaires pendant la pandémie de COVID19 est plus élevé que celui rapporté dans les études sur la population générale avant la pandémie et pourrait entraîner des taux de suicide plus élevés à l'avenir dans de nombreux pays du monde. Trente-huit études portant sur 120 076 participants, décrivaient des suicides ou des tentatives d'automutilation, principalement dans des rapports de cas. La prévalence globale des idées suicidaires dans ces études était de 12,1 %. [33] [34]

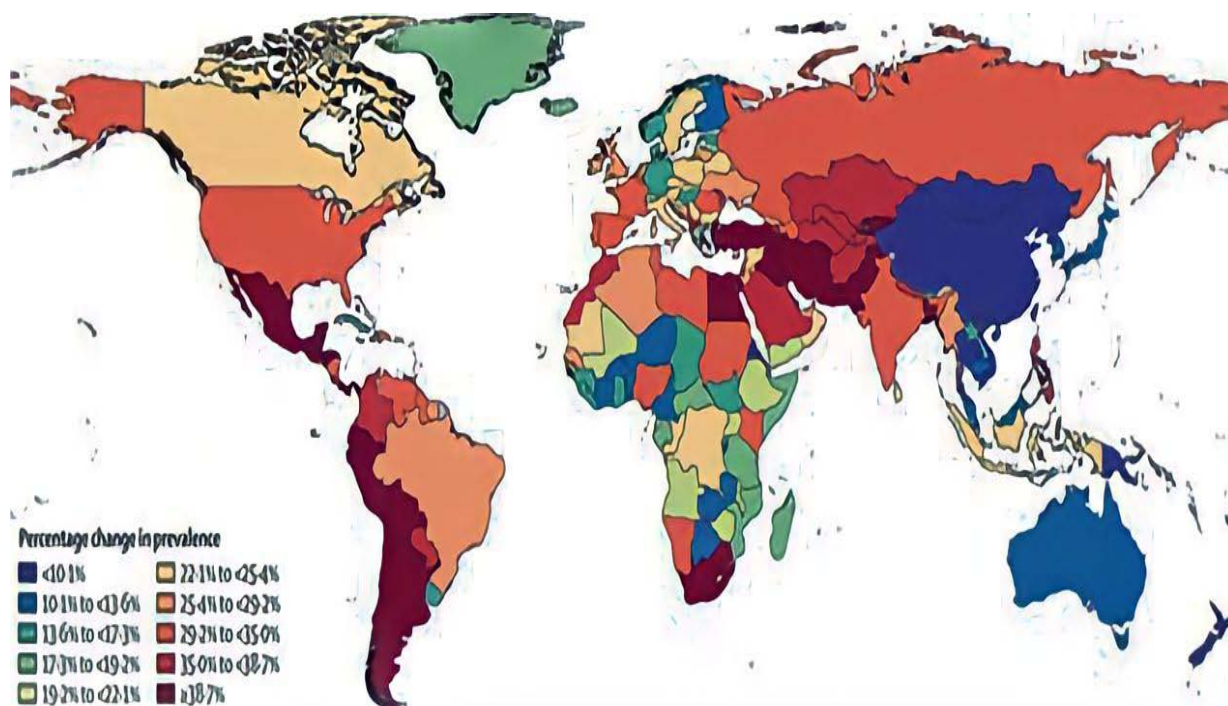


Figure 49: La prévalence mondiale de l'EDM pendant la pandémie de COVID-19. (en 2020). [35]

3. Les facteurs étiologiques :

3.1. Dégénérescence neuronale :

La neuroinflammation chronique affecte le cerveau via deux mécanismes principaux : diminution des facteurs neurotrophiques et augmentation des niveaux de neurotoxines entraînant des lésions neuronales et une dégénérescence qui augmentent encore les neurotoxines et un cercle vicieux s'ensuit. L'inflammation chronique entraîne la libération de substances neurotoxiques, une augmentation de la dégénérescence neuronale et une diminution de la neuroplasticité. Des modifications du cortex préfrontal, une diminution de l'épaisseur du cortex, une atrophie hippocampique et une diminution du volume amygdalien ont également été mises en évidence. [36]

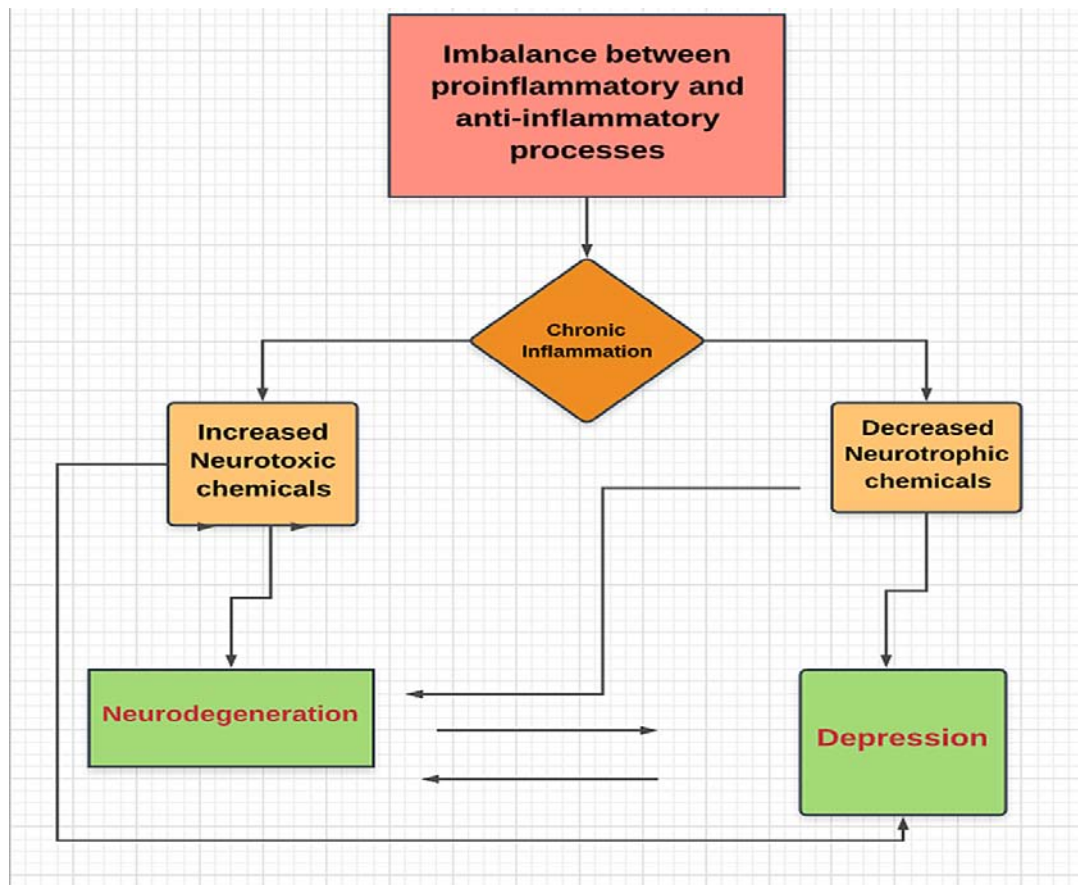


Figure 50: le mécanisme de la neuroinflammation dans la neurodégénérescence et la dépression.

[36]

3.2. Facteurs neurobiologiques :

Le stress conduit à une diminution des taux et de l'expression du brain-derived neurotrophic factor (BDNF), qui est un facteur de croissance impliqué dans la survie des neurones du cerveau mature. Le BDNF est la neurotrophine la plus représentative liée à la dépression et joue un rôle important dans sa physiopathologie, une diminution de l'expression de facteurs neurotrophiques est observée chez les patients déprimés, tandis que certaines études rapportent d'autres neurotrophines liées aux troubles dépressifs. [37] [38] Les sécrétions de cytokines inflammatoires pourraient également participer à l'apparition de la dépression, Parmi leurs nombreux effets, les cytokines de l'inflammation, interleukine IL-1, IL-6 et TNF-alpha entraînent un ensemble de symptômes comprenant : fatigue, anorexie, anhédonie, ralentissement psychomoteur. Autant de signes pouvant se chevaucher avec ceux d'un trouble dépressif. Par ailleurs, l'IL-6 se trouve à des concentrations plus élevées chez de nombreux patients souffrant de dépression. [39] Ainsi que la neurotoxicité des glucocorticoïdes, et la diminution de la neurogenèse ont été proposés comme mécanismes possibles expliquant la perte de volume cérébral dans la dépression. [40]

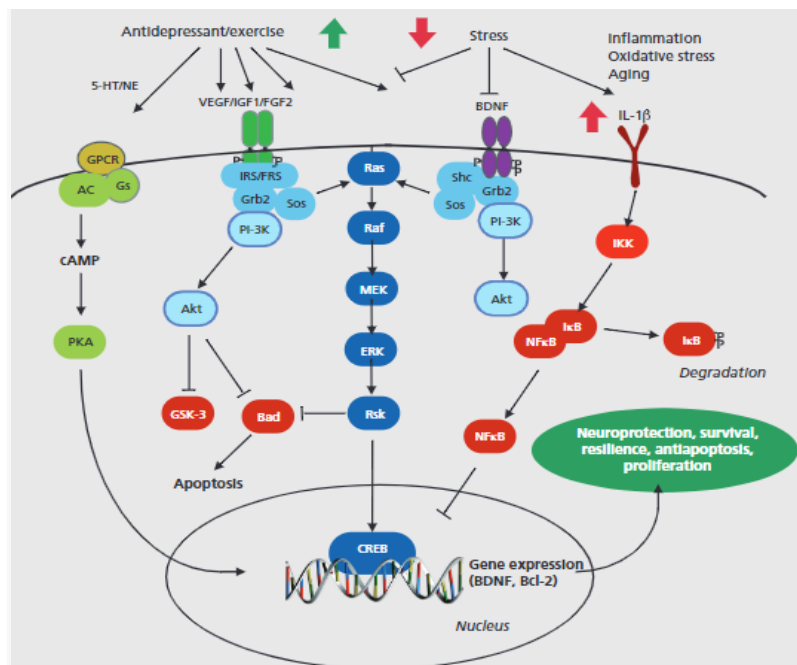


Figure 51: Régulation de la signalisation des facteurs neurotrophiques par rapport au stress [38]

L'hormone de libération des corticotropines (CRH) est libérée par l'hypothalamus en réponse à la perception d'un stress psychologique par les régions corticales du cerveau. Cette hormone induit la sécrétion de corticotropine hypophysaire, qui stimule la glande surrénale à libérer du cortisol dans le plasma. Dans les cas de dépression on constate une hausse de production du cortisol. [41]

La théorie du déficit en monoamine postule que la base physiopathologique sous-jacente de la dépression est une déplétion des neurotransmetteurs sérotonine, noradrénaline ou dopamine dans le système nerveux central. Une fonction anormalement réduite du système sérotoninergique central, conduit au développement de symptômes dépressifs. [41]

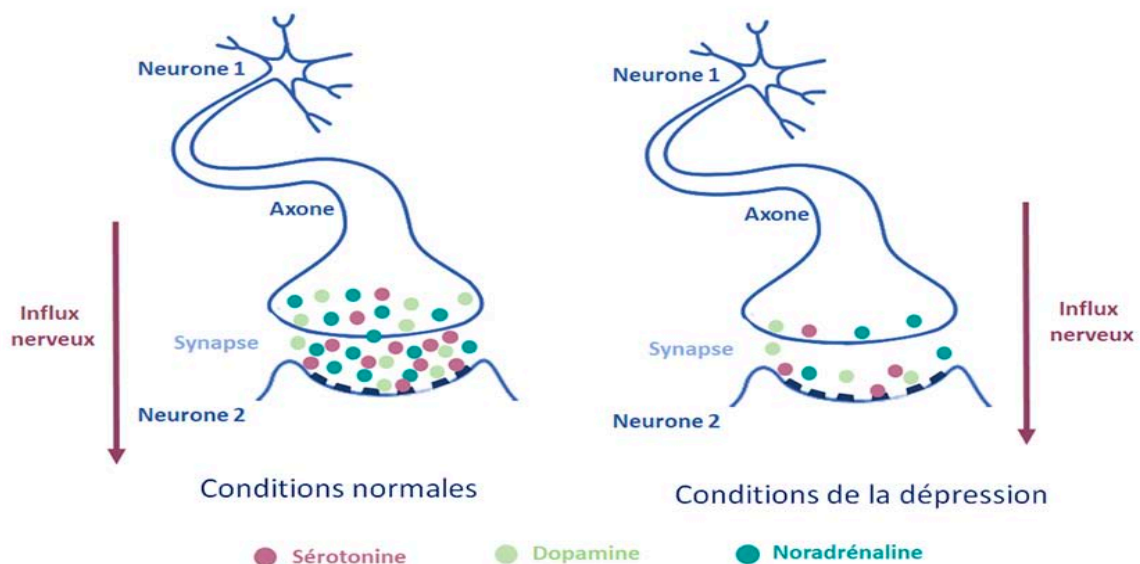


Figure 52 : Conditions normales et dysfonctionnement de la transmission de l'information d'un neurone à un autre au niveau du cerveau dans les conditions de dépression. [42]

3.3. Facteurs de risque psychologiques et socio-environnementaux :

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition du trouble dépressif, notamment les carences affectives dans l'enfance comme la séparation ou un deuil parental, les troubles de la personnalité, la comorbidité avec un autre trouble psychiatrique (alcoolisme, ...), les pathologies somatiques, chômage et faible qualification professionnelle, faible niveau socioéducatif, faible niveau socioéconomique, événements de vie stressants et difficultés de vie. [24]

4. Critères diagnostics de la dépression :

Le diagnostic de l'épisode dépressif est clinique.

Deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont principalement utilisées :

- Le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5ème version (DSM-V). [43]
- La Classification internationale des maladies, 10ème version (CIM-10). [44]

Tableau n° IV : Classification de l'épisode dépressif : [45][46]

	DSM-V	CIM-10
Durée minimale	<ul style="list-style-type: none"> • 2 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 semaines
Symptômes / Critères essentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive • Perte d'intérêt ou de plaisir <p>« Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive • Perte d'intérêt ou de plaisir • Fatigue ou perte d'énergie <p>« Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours. »</p>
Autres symptômes / Critères	<p>« Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte ou gain de poids significatif • Insomnie ou hypersomnie • Agitation ou ralentissement psychomoteur • Fatigue ou perte d'énergie • Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) • Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer • Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider 	<p>« Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inappétence, perte de poids • Troubles du sommeil • Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi • Attitude morose, pessimiste face à l'avenir • Sentiment de culpabilité/dévalorisation • Baisse de la concentration /attention • 10. Idées suicidaires

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

Tableau n° V : Critères définissant un épisode dépressif léger, modéré ou sévère :

Intensité de l'épisode dépressif	Nombre de symptômes	
	DSM-5	CIM-10
Léger	1 symptôme dépressif majeur, et ≥ 4 autres symptômes dépressifs mineurs	2 symptômes dépressifs majeurs, et 2 autres symptômes dépressifs mineurs
Modéré	1 symptôme dépressif majeur, Et ≥ 6 autres symptômes dépressifs mineurs	2 symptômes dépressifs majeurs, et 3 à 4 symptômes dépressifs mineurs
Sévère	1 symptôme dépressif majeur, et ≥ 7 autres symptômes dépressifs mineurs	3 symptômes dépressifs majeurs, et au moins 4 autres symptômes dépressifs mineurs

Le degré de gravité de la dépression et son évolution au cours du temps peuvent être précisés par des échelles d'hétéro ou d'auto-évaluation. Ses outils d'évaluation standardisés sont des moyennes d'aides qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, HADS, HDRS, MADRS, le GDS-15. [47] [48]

Tableau n° VI : Les échelles pour évaluer la sévérité de la dépression : [47]

Echelles	Hamilton HAM-D HDRS-17	Beck BDI-II	PHQ-9	<i>Montgomery-Asberg depression rating scale : MADRS</i>	
Type d'évaluation	Hétéro	Auto	Auto	Hétéro	
Temps	15-30 min	5-10 min	5-10 min	15 min	
Nb d'items	17	21	9	10	
Sévérité :	Rémission	≤ 7 points	≤ 9 points	≤ 4 points	≤ 10 points
	Légère	8-15	10-18	5-9	11
	Modérée	16-26	19-29	10-14	12-19
	Sévère	27-50	30-63	15-19	29-34

5. Les principes thérapeutiques :

5.1. Principes généraux : [49]

a. La démarche à suivre et les objectifs à atteindre :

- Affirmer le diagnostic de dépression, et apprécier le risque suicidaire
- Rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou des drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, s'ils sont présents.
- Evaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation.
- Informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement, et définir avec lui un projet thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement.
- Informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute.

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

- En cas de risque suicidaire.
- Dans certaines formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique.
- En cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés.
- formes avec comorbidités complexes associées (psychiatriques ou non-psychiatriques).
- A chaque fois qu'une situation particulière l'exige : un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient.

5.2. Les moyens thérapeutiques :

a. Le traitement Antidépresseur :

Les antidépresseurs sont répartis en 5 classes :

- ✓ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
- ✓ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSN),
- ✓ Les tricycliques ou imipraminiques,
- ✓ Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO),
- ✓ Les autres antidépresseurs.

Tableau n° VII : Classification des AD : [50]

Classe	Principales molécules	Dose (mg/j)
ISRS	Fluoxetine (Fluctine [®]) Paroxetine (Deroxat [®]) Sertraline (Zoloft [®]) Citalopram (Seropram [®]) Escitalopram (Cipralext [®])	20-60 20-50 50-200 20-60 10-20
IRSN	Venlafaxine (Effexor [®]) Duloxetine (Cymbalta [®])	75-150 60-120
Imipraminiques	Clomipramine (Anafranil [®]) Amitriptyline (Laroxyl [®]) Impramine (Tofranil [®])	75-150 75-150 75-150
IMAO	Moclobemide (Moclamine [®])	300-600
Antagonistes α_2	Mirtazapine (Remeron [®]) Mianserine (Athymil [®])	15-45 30-90

Les antidépresseurs agissent tous sur la neurotransmission de la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, et on propose en première intention de prescrire un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) et augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.

- Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines.
- 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;
 - Combinaison de deux traitements antidépresseurs;
 - Stratégies non médicamenteuses.
- Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.
- Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire, notamment une évaluation du risque suicidaire et du risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur.
- La rémission complète est généralement obtenue au bout de 3 à 6 mois.
- L'arrêt du traitement médicamenteux d'un premier épisode dépressif isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après la rémission clinique et doit être toujours progressif. [51]
[52]

Lors de la prescription d'un antidépresseur on doit prendre en considération plusieurs critères, tel que la réponse antérieure à un antidépresseur, la sécurité, la tolérance et les effets

secondaires anticipés, les comorbidités somatiques ou psychiatriques, ainsi que le coût du traitement. [47]

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

Le risque d'abandon de traitement toutes causes confondues ou à cause d'un effet indésirable est plus faible sous ISRS et IRSN que sous imipraminiques. Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace. Les ISRS, IRSN, et autres antidépresseurs non imipraminiques, non IMAO obéissent le mieux à ces exigences.

L'antidépresseurs tri cycliques (ATC) et les inhibiteurs de monoamine -oxydase (IMAO) se trouvent de moins en moins prescrits comme traitement initial à cause de leurs effets secondaires et leur toxicité en cas de surdosage . Ils sont indiqués pour des dépressions de degré sévère ou si présence d'indications spéciales. [47]

Les antidépresseurs sédatifs sont préconisés lors du traitement d'une dépression de type anxieux avec notion d'anxiété, d'irritabilité et trouble du sommeil. Alors que les antidépresseurs stimulants sont favorisés au cours des dépressions inhibées avec somnolence, apathie et ralentissement psychomoteur. Le délai d'action habituel des antidépresseurs est de 2-4 semaines, tandis que les effets secondaires sont souvent présents lors de l'introduction du médicament. Cependant, ils ont aussi tendance à disparaître spontanément après 2 à 3 semaines, sans réduction de la posologie. [47] [53]

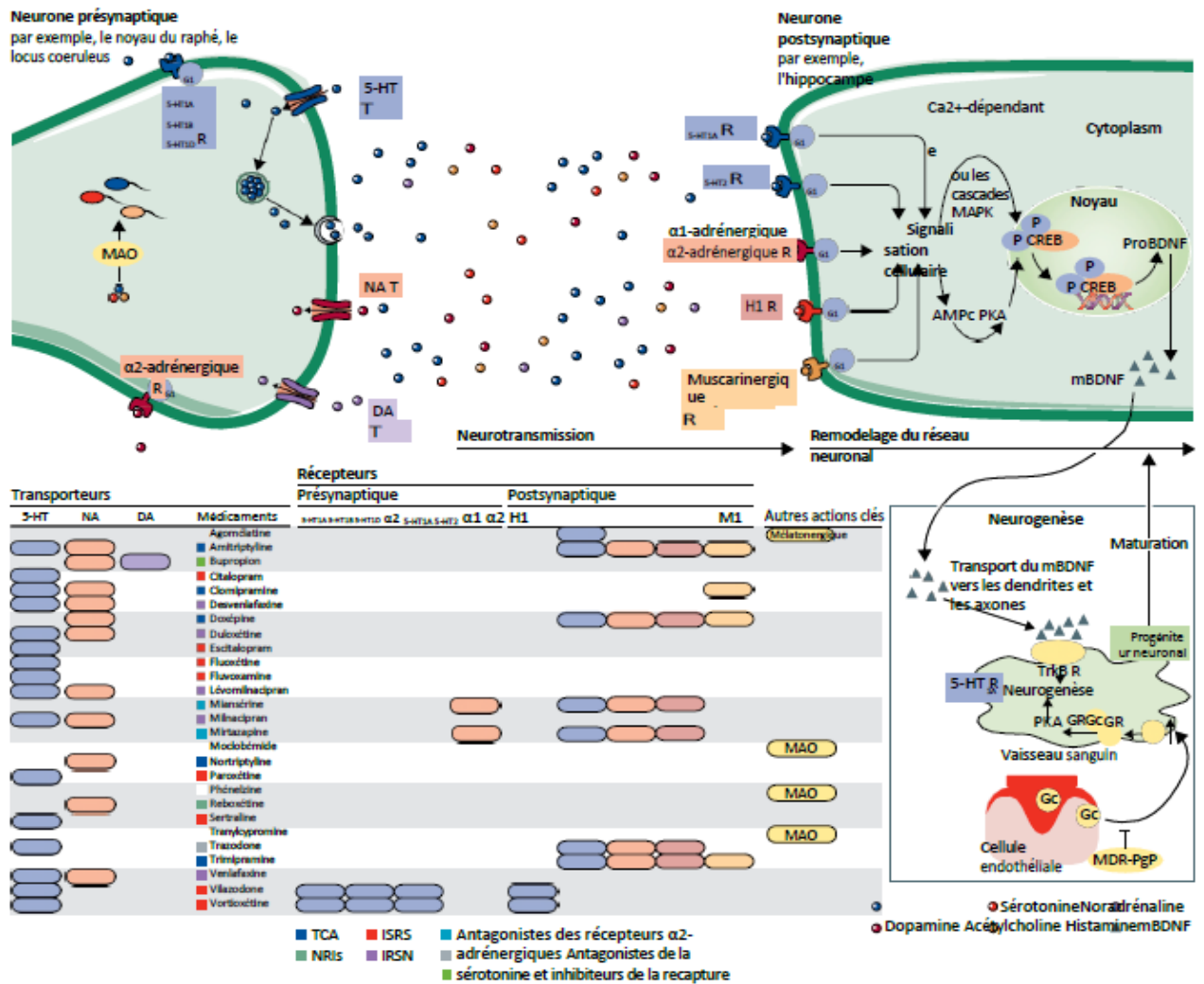


Figure 53 : Action des antidépresseurs au niveau de la synapse. [54]

b. Le traitement psychothérapeutique : [55] [56]

En plus des antidépresseurs, plusieurs études ont mis en évidence que les interventions psychosociales peuvent être bénéfiques pour les patients. Un soutien psychologique reste essentiel, et les psychothérapies structurées trouvent leurs indications en monothérapies pour les épisodes dépressifs d'intensité légère et modérée et en association aux médicaments pour les épisodes sévères. On trouve plusieurs approches psychothérapeutiques. La psychothérapie interpersonnelle représente une thérapie à court terme qui s'intéresse aux relations personnelles probablement problématiques. Tandis que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a comme objectif la transformation des croyances négatives associées à la dépression, et crée une composante comportementale qui réactive la personne par l'implication dans des activités gratifiantes et la reprise d'une vie productive. Il existe aussi la thérapie d'orientation psychodynamique qui se focalise sur les causes de mal-être, en détectant les conflits intrapsychiques inconscients. Puis la thérapie de famille ou d'orientation systémique qui se préoccupe du système dans lequel s'insère l'individu et intègre donc la famille dans le processus thérapeutique.

c. Les traitements alternatifs : [47]

- Phytothérapie : L'efficacité antidépressive des extraits du millepertuis (une plante herbacée) dans le traitement à court terme de troubles dépressifs légers à modérés est bien documentée et la phytothérapie est généralement bien tolérée. Les interactions potentielles avec d'autres médicaments doivent être connues.
- Luminothérapie : La luminothérapie consiste à exposer les yeux à un rayonnement situé dans le spectre du visible, d'une luminosité pouvant aller jusqu'à 10'000 lux (lumière du jour), pendant au moins 30 minutes par jour. Elle est aujourd'hui devenue le traitement de choix pour la dépression saisonnière induite par les modifications de la luminosité avec hypersomnie et hyperphagie généralement. La luminothérapie doit être quotidienne durant la période de persistance habituelle de la dépression saisonnière.

- L'activité physique : l'exercice physique régulier d'intensité modérée, environ 30–60 minutes 3 fois par semaine, est bénéfique sur la réduction des symptômes dépressifs et peut aider à combattre la dépression de degré léger à modéré.
- L'acupuncture et le yoga : se sont montrés efficace dans la réduction des symptômes en association à une prise en charge standard.
- L'électro convulsivothérapie (ECT) : Elle est indiquée surtout dans les formes graves mélancoliques, catatoniques ou psychotiques.

5.3. Evolution et pronostic : [57] [58] [59]

- Evolution spontanée : l'évolution naturelle selon les individus se fait généralement vers la guérison en 6 à 12 mois
- En général 1/3 remissions complètes,
1/3 remissions partielles,
1/3 résistances au traitement antidépresseur initial
- Guérison: correspond à une rémission complète d'une durée de plus de 6 mois.
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement, levée d'inhibition vers le 10ème jour avec risque de passage à l'acte auto-agressif
- Le délai d'action de l'antidépresseur est de 15 jours à 3 semaines.
- Réponses positives à 90% après ECT, avec un délai d'action plus court.
- Chronicisation : évolution vers la chronicité (durée supérieure à 2 ans) d'un épisode dépressif majeur.
- Récurrences : environ 50% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur rechutent et 80% récidiveront un jour. Le risque de récurrence augmente à chaque nouvel épisode.

II. Discussion des principaux résultats de l'enquête :

1. La prévalence :

1.1. Prévalence de la dépression :

Dans notre étude, 22.5% des patients de notre échantillon représenté par 204 patients, avaient un épisode dépressif majeur.

Nos résultats sont similaires particulièrement à une étude faite en Tunisie en 2010 par l'équipe de Mejdoub, qui ont trouvé un échantillon de 1601 patients, ayant utilisé le (cim-10), une prévalence de 21%. [60]

Tognon-Tchégnonsi et al (Bénin, Afrique de l'ouest) en 2013 a trouvé sur un échantillon de 603 patients, mais ayant utilisé un autre moyen d'évaluation, le composite international diagnostic interview (CIDI), une prévalence plus élevée, soit un pourcentage de 32.34%. [61]

Mirzaei et al (Yazd, Iran) en 2014, Les données ont été collectées à l'aide du questionnaire Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Cette étude a noté que sur un échantillon de 9965 patients, 29% étaient déprimés. [62]

Alshahwan et al (Arabie saoudite) en 2013, en utilisant comme échelle le HADS. Cette recherche a retrouvé sur un échantillon de 875 patients, un taux de dépression de 14%. [63]

Ouédraogo et al (Burkina faso) en 2017 a noté sur un échantillon de 2587 patients, en utilisant le MINI, un taux de dépression de 11,6%, [64]

Tableau VIII : Prévalence de la dépression dans certaines études de la littérature :

Auteur	Année	Population étudiée	Méthode utilisée	Prévalence de la dépression
Mejdoub Yosra et al. (Tunisie) [60]	2010	N=1601	CIM-10	21%
Tognon-Tchégnonsi et al. (Bénin) [61]	2013	N=603	CIDI	32.34%
Alshahwan et al. (Arabie saoudite) [63]	2013	N=875	HADS-D	14%
Mirzaei et al. (Yazd, Iran) [62]	2014	N=9965	DASS	29%
Ouédraogo et al. (Burkina faso) [64]	2017	N=2587	MINI	11.6%
Notre étude (MAROC)	2023	N=204	MINI, BECK	22.5%, Modérée 58.6%, sévère 41.4%

1.2. Sévérité de la dépression :

Selon l'échelle de Beck [65], on trouve que 41.4% des patients déprimés avaient une dépression sévère, 58.6% avaient une dépression modérée, aucun n'avait de dépression légère.

La sévérité de la dépression chez nous peut être témoin de la relative tolérance de la symptomatologie dépressive dans notre société ou du retard diagnostique.

une étude faite en 2014 par Mirzaei et al (Iran) [62], autour de 9965 patients qui a trouvé plus de cas d'épisode dépressif d'intensité modérée 12.2% des patients (n=1208), alors que l'épisode dépressif sévère ne faisait que 6.9% (n=681) et la dépression légère faisait 11.1% (n=1098).

1.3. Prévalence de la dysthymie :

Dans notre étude, sur un échantillon de 204 patients, on a trouvé 13.24% des patients dysthymiques.

Ouédraogo et al [64], au Burkina Faso, ont trouvé sur un échantillon de 2587 patients, une prévalence de 10.05% de la dysthymie (n=260).

Tognon-Tchégnonsi et al [61], au Bénin, a trouvé sur un échantillon de 603 patients, une prévalence de 7.63% de la dysthymie (n=46).

Modabernia et al [66], en Iran, a trouvé sur un échantillon de 4020 patients, une prévalence de 2.5% de la dysthymie.

2. Caractéristiques des patients déprimés :

2.1. Les facteurs sociodémographiques :

a. Le sexe :

Dans la population générale, la prévalence des troubles dépressifs est deux fois supérieure chez les femmes. [67]

L'influence de sexe a fait l'objet de plusieurs études, les données épidémiologiques provenant sur la dépression font systématiquement état d'un taux de prévalence des symptômes dépressifs plus élevé chez les femmes que chez les hommes. [68]

Dans notre étude, les femmes avaient plus de dépression (33.5%) que les hommes (4%), et ceci de manière significative ($p=0.001$).

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

Mejdoub et al [60], a trouvé que les troubles dépressifs étaient significativement plus fréquents chez les consultants de genre féminin ($p < 0,001$) avec un pourcentage de 26.4% chez les femmes et de 15.3% chez l'homme.

Mirzaei et al [62] la prévalence des symptômes dépressifs était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, (36,5%) chez les femmes contre (23,7 %) chez les hommes.

Alshahwan et al. [63] a objectivé un taux de prévalence plus élevé chez les femmes (15.6%) que chez les hommes (8.9%).

Ouédraogo et al [64] a trouvé que le taux de prévalence était significativement plus élevé chez les femmes (14,06%) que chez les hommes (8,30%).

Modabernia et al [66] en Rasht, Iran en 2003 dans leur étude sur un échantillon de 4020 patients, le taux de dépression était plus élevée chez les femmes (63%) que chez les hommes (37%).

Tableau IX : Prévalence de la dépression selon le sexe dans des études de la littérature :

Auteur	Année	Lieu de l'étude	Résultats
Ouédraogo et al. [64]	2017	Burkina faso	Le taux de prévalence de la dépression était significativement plus élevé chez les femmes (14,06%) que chez les hommes (8,30%).
Mirzaei et al. [62]	2014	Yazd en Iran	36,5% les femmes 23,7 % les hommes.
Alshahwan et al. [63]	2013	Arabie saoudite	15,6% les femmes 8,9% les hommes.
Mejdoub et al. [60]	2010	Gabés au Tunisie	Les femmes avaient plus de dépression (26.4%) que les hommes (15.3%), de manière significative.
Modabernia et al. [66]	2003	Rasht en Iran	63% les femmes 37% les hommes.
Notre étude	2023	Tahnaout au Maroc	Les femmes avaient plus de dépression (33.5%) que les hommes (4%), de manière significative.

b. L'âge :

Nous avons trouvé dans notre étude, que la prévalence de la dépression est légèrement élevée chez les sujets âgés de plus de 61ans (34%). 31% âgés de moins de 46ans à 60ans, et enfin à part égale de 15% des moins de 30ans et de 31ans à 45ans, cette différence est statistiquement significative ($p=0.047$).

Une étude faite en 2010 par Mejdoub et al [60], sur un échantillon de 1601 patients, a retrouvé que la tranche d'âge des adultes jeunes [40–65 ans] était la plus représentée ($n= 150$; 29.7%), cette différence est statistiquement significative ($p=0.001$).

Mirzaei et al [62] en Iran a trouvé une prévalence de dépression avec des symptômes modérés plus élevée chez les sujets âgés de 60ans à 69ans avec un taux de (13,9%) et la dépression avec des symptômes sévères plus élevée chez les sujets âgés de 50ans à 59ans avec un taux de (8.3%).

Alshahwan et al [63], a trouvé que la prévalence de la dépression est élevée chez les sujets âgés de plus de 65ans (57.2%).

Stodral et al [69], Nord-trøndelag au Norvège, a trouvé la prévalence d'âge entre 50ans à 59ans la plus fréquente selon le sexe féminin (83.4%) et la prévalence d'âge entre 60ans à 69ans la plus fréquente selon le sexe masculin (79.5%).

c. situation matrimoniale :

La dépression est plus retrouvée chez les sujets mariés (34%) ainsi que chez les sujets veufs et divorcés (respectivement 22% et 20%) avec un pourcentage un peu plus bas chez les séparés (13%) et finalement les célibataires (7%), ceci est statistiquement non significatif ($p=0.06$).

Ces caractéristiques sont similaire à celle retrouvée dans l'étude de Mejdoub et al [60], qui a révèle que la prévalence la plus élevée de la dépression a été observée chez les sujets mariés (31.2%), tandis que les autres (14,4%) étaient non mariés, avec une différence significative ($p=0.001$).

Également l'étude de Modabernia et al. [66] révèle que la prévalence est plus élevée chez les sujets mariés (33.57%), par rapport aux non mariés (27,58%), avec une différence significative ($p < 0,01$).

Contrairement à nos résultats, Akhtar–Danesh et al [70] trouvent les taux les plus élevés de dépression observés respectivement chez les répondants séparés (13.4%) et divorcés (11.7%) et le taux le plus bas est observé chez les personnes mariées (2.8%), avec une différence significative ($p < 0,001$).

Alshahwan et al [63] trouvent les taux les plus élevés de dépression observés de façon égale chez les séparés et divorcés (23.6%) avec des taux plus bas chez les mariés (16%) et les célibataires (11%), ceci est statistiquement significative ($p = 0.014$).

Dans ce sens et contrairement à nos résultats des études de la littérature montre que le mariage peut promouvoir un fonctionnement psychologique positif, et semble protéger contre la dépression, en effet, les célibataires avaient un bien-être moins élevé que celui des mariés mais beaucoup mieux que celui des divorcés. [71] [72]

Tableau X : Prévalence de la dépression selon la situation matrimoniale dans des études de la littérature :

Auteur	Résultats	P-value
Akhtar–Danesh et al [70]	Les taux les plus élevés de dépression observés chez les répondants divorcés (11.7%) et séparés (13.4%).	$P < 0,001$
Alshahwan et al. [63]	Les taux les plus élevés de dépression observés de façon égale chez les séparés et divorcés (23.6%)	$P = 0.014$
Mejdoub et al [60]	La prévalence la plus élevée de la dépression a été observée chez les sujets mariés (31.2%).	$P = 0.001$
Modabernia et al. [66]	La prévalence est plus élevée chez les sujets mariés (33.57%).	$P < 0,01$
Notre étude	La dépression est plus retrouvée chez les sujets mariés (34%).	$P = 0.06$

d. La profession :

En population générale la prévalence de la dépression est trois fois supérieure chez les sujets sans emploi ou recevant un soutien de l'Etat, par rapport aux employés. [73]

Notre étude a révélé que 40% des femmes au foyer étaient déprimées, ainsi que 33% des retraités, et seulement 5% des employés sont déprimés, cette différence est statistiquement significative ($p=0.001$).

Alshahwan et al. [63] a révèle que 22% des patients sans activité professionnelle étaient déprimées, par rapport à 10.8% qui était des employés et 8.7% étaient des étudiants.

Mirzaei et al [62], en Iran, a trouvé un taux de dépression de 38% chez les sans emploi ($n= 1454$), ainsi que 27.3% chez des femmes au foyer ($n=557$) et 23.8% était chez les employés ($n=932$). Avec une différence statistiquement significative ($p<0,0001$).

Nos résultats diffèrent de ceux trouvés dans l'étude tunisienne de Mejdoub et al [60], autour de (1601 patients) qui a révèle que 21.4% des patients avec une activité professionnelle étaient déprimées, par rapport à 20.7% qui était sans emploi, avec une différence non significative ($p=0.7$).

e. Niveau d'instruction :

Dans notre étude la prévalence de la dépression retrouvée était de 36% chez les patients n'ayant aucun niveau d'instruction. Et presque égale pour les patients ayant un niveau coranique et pour ceux ayant un niveau primaire (20%), ainsi pour ceux ayant un niveau baccalauréat, secondaire et universitaire (8%, 15% et 11%). Alors que la prévalence de la dépression était de 36% chez les patients n'ayant aucun niveau d'instruction. Ceci est statistiquement significatif ($p=0,008$).

On constate que Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé présente une prévalence moindre de la dépression, ce qui est expliquer par la différence culturelle sociale économique entre les différents niveaux d'instruction. [74]

Li et al [75], en Amérique, ils ont fait une étude transversale à l'aide du PHQ-9 sur une population de 34102 participants qui a objectivé que le pourcentage de symptômes dépressifs diminuait avec les niveaux d'éducation élevés.

Mejdoub et al [60], en Tunisie a trouvé que la prévalence de la dépression était de 25.8% chez les patients analphabètes, ainsi pour ceux ayant un niveau secondaire et universitaire (23% et 23.6%). Et 18.8 pour les patients ayants un niveau primaire, avec une différence non significative ($p=0.1$).

Mirzaei et al [62], en Iran, a trouvé un taux de dépression élevé chez ceux ayant un niveau primaire de 36.9% ($n=952$), ainsi pour les lycéens 33.2% ($n=931$), et un taux de 22.5% chez ceux ayant un niveau de doctorat ($n=57$).

f. Couverture sociale :

Nous avons trouvé que les patients ayant la RAMED et la CNSS ont plus de dépression (30% et 22% respectivement) que les gens ayant une assurance privée et CNOPS (11% et 7% respectivement). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,023$)

Tian et al [76], en 2006 (chine), sur un échantillon de 4 079 participants, il ont constaté que les participants sans assurance maladie présentaient un risque plus élevé de développer des symptômes dépressifs sévères que les participants bénéficiant d'une assurance maladie et Les symptômes dépressifs se sont révélés plus graves chez les participants sans assurance maladie dans l'étude.

g. Religiosité :

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une corrélation significative ($p=0,31$), les personnes pratiquantes ont plus de dépression (24%), que les non pratiquantes (18%).

Contrairement à nos résultats, une étude faite sur les liens entre les croyances religieuses et spirituelles avec la prévalence de la dépression, sur un échantillon de 254 personnes, elle indiquant que les personnes qui ont des scores de dépression faibles, ont des scores de spiritualité élevés, et qu'il y a eu un intérêt accru pour la relation entre les besoins spirituels, la santé physique et le bien-être mental, La seule corrélation significative est négative et elle associe le score de dépression et le score de spiritualité ($r = -.26, p <.0001$). [77]

Dernièrement, on trouve un taux plus faible de trouble dépressif et moins de symptômes dépressifs chez les personnes les plus religieuses, et également moins d'idées suicidaire ou des attitudes plus négatives à l'égard du suicide parmi les plus religieux. [78]

h. Revenu mensuel :

Les personnes ayant un revenu inférieur à 1000dhs représentent la catégorie qui représente la plus des troubles dépressifs (35%), contre 0% de celles qui touchent plus de 6000dhs. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,003$).

Ces résultats montrent que les difficultés financières sont une source de détresse psychologique. Le grand risque de dépression chez les personnes de bas revenu mensuel, peut être expliqué par l'augmentation du stress vis-à-vis des exigences de la vie récemment.

Lorant et al [79], ont réalisé une méta-analyse pour évaluer la relation entre le statut socio-économique et la dépression. Leurs résultats ont indiqué que les personnes du groupe socio-économique le plus bas ont 1,81 fois plus de probabilité de dépression par rapport à celles du groupe socio-économique le plus élevé.

Le bas niveau socio-économique qu'il soit mesuré par le niveau d'instruction, la profession ou les revenus est associé à une plus grande morbidité et mortalité. Une étude américaine publiée en 2006 sur 193 personnes a rapporté que les sujets de bas niveau socio-économique ont des taux élevés de cortisol et catécholamines [80]. Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, la dépression s'accompagne aussi de la libération de ces hormones hyperglycémiantes.

Par contre Mejdoub Yosra et al [60], ils ont trouvé une prévalence des troubles dépressifs plus élevé chez ceux qui ont un niveau socio-économique moyen et élevé (24.8%), par rapport à 21% chez ceux avec un niveau socio-économique bas, la différence est statistiquement non significative ($p=0,1$).

2.2. Les facteurs cliniques :

a. Les antécédents personnels médicaux :

a.1. La dépression et la tuberculose :

Dans notre étude, la dépression est omniprésente chez les personnes qui ont été déjà atteintes de la tuberculose (50%) contre 22% des personnes non-atteintes de la tuberculose. Cette différence est significative ($p=0,004$)

Duko et al [81], en 2014, en Ethiopie, ils ont retrouvé sur un échantillon total de 417 patients tuberculeux, que la prévalence de la dépression étaient 43.4%

Masumotoet al [82], en 2014, au Phillipine ont évalué sur un échantillon de 561 patients, que un état dépressif a été observé chez 16,8 % des participants.

Retnakumar et al [83], en 2019, en inde, ont rapporté que parmi 485 tuberculeux, interrogés à l'aide du questionnaire PHQ9, que la prévalence de la dépression étaient 16,1 %

Husain et al [84], en 2008, au Pakistan, ont rapporté que parmi 108 atteints de tuberculose, interrogés à l'aide du questionnaire de perception de la maladie (IPQ) et l'échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital (HADS), que la prévalence de la dépression étaient 46,3%, avec une différence est significative ($p=0,001$)

Tableau XI : Prévalence de la dépression chez les sujets tuberculeux dans la littérature :

Auteur	Pays	Année	Effectif	Prévalence
Husain et al [83]	Pakistan	2008	108	46,3%
Duko et al [81]	Ethiopie	2014	417	43.4%
Masumotoet al [82]	Phillipine	2014	561	16,8 %
Retnakumar et al [83]	Inde	2019	485	16,1 %
Notre étude	Maroc	2023	204	50%

a.2. La dépression et HTA :

On a trouvé que les personnes qui souffraient déjà de l'hypertension représentent le pourcentage le plus élevé des troubles dépressifs (48%) contre seulement 16% des personnes ne sont pas reconnu hypertendus. La différence est significative ($p=0,002$)

Tsevi et al [85], en 2014, au Togo ont rapporté la prévalence de la dépression chez 88 patients recrutés au niveau de l'unité d'hémodialyse du service de Néphrologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Ils ont trouvé que 68,2% étaient dépressifs.

Hamrah et al [86], en 2015, en Afghanistan, ont évalué sur un échantillon total de 234 participants, 22,74 % présentaient une dépression, avec une différence significative ($p=0,004$)

Tableau XII : Prévalence de la dépression chez les sujets hypertendus dans la littérature :

Auteur	Pays	Année	Effectif	Prévalence
Tsevi et al [85]	Togo	2014	88	68.2%
Hamrah et al [86]	Afghanistan	2015	234	22.74%
Notre étude	Maroc	2023	204	48%

a.3. La dépression et Diabète :

Dans notre étude on trouve que les personnes déjà atteintes du diabète sont plus susceptibles à la dépression avec un pourcentage de 37% contre 18% non-atteintes du diabète. Cette différence est significative ($p=0,005$)

Nous avons estimé utile de comparer nos résultats avec ceux d'études effectuées dans différents pays ayant un effectif proche du nôtre

Xu et al [87], en 2004, en Chine, ont retrouvé que parmi 222 diabétiques, dont 48,2% étaient de sexe féminin, 23% présentaient une dépression.

Noh et al [88], en 2005, en République de Corée, ont rapporté que sur un échantillon de 204 diabétiques comptant 46,5% de femmes, 32,4% présentaient une dépression.

Manoudi et al [89], en 2006, au Maroc ont évalué la prévalence de la dépression chez 187 patients diabétiques recrutés au niveau du service d'endocrinologie du CHU Mohammed VI. Ils ont trouvé que 41,2% présentaient un EDM, 27,8% une dysthymie.

Bejaoui et al [90], en 2018, au Tunisie, ont rapporté que parmi 90 diabétiques, La prévalence des troubles dépressifs était de 12,22%.

Benmaamar et al [91], en 2019, au Maroc ont mené une étude transversale descriptive auprès de 243 sujets diabétiques recrutés au niveau du service d'endocrinologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès. La prévalence de l'EDM rapportée était de 18.1%.

Une autre étude trouve que les personnes atteintes de diabète étaient plus de 10 fois plus susceptibles de signaler une comorbidité dépression-anxiété que celles sans maladies comorbides. [86]

Tableau XIII : Prévalence de la dépression chez les sujets diabétiques dans la littérature :

Auteur	Pays	Année	Effectif	Prévalence
Xu et al [87]	Chine	2004	222	23%
Noh et al [88]	République de Corée	2005	204	32.4%
MANOUDI et al [89]	Maroc	2006	187	41.2%
Bejaoui et al [90]	Tunisie	2018	90	12.22%
Benmaamar et al [91]	Maroc	2019	243	18.1%
Notre étude	Maroc	2023	204	37%

b. Les antécédents personnels chirurgicaux :

Dans notre étude, les personnes ayant déjà des antécédents chirurgicaux sont les plus déprimées (42%). Ceci est statistiquement significatif ($p=0,005$).

Vandenbos et al [92], en 2011, en France, ils ont mené une étude observationnelle prospective sur les patients après une résection pulmonaire pour cancer, sur un échantillon de 59 participants, les patients étaient évalués à l'entrée par un questionnaire de dépression et d'anxiété (HAD), puis par le même questionnaire 6 mois après l'intervention chirurgicale. Il était retrouvé Les niveaux médians de dépression diminuaient significativement entre le début et la fin mais remontaient à 6 mois, une aggravation du score de dépression chez 75% des patients avec chimiothérapie et chez 63% des patients sans chimiothérapie ($p = 0,35$). Le nombre de patients avec un score de dépression < 8 ne variaient pas entre le début et la fin du stage mais diminuaient significativement 6 mois après.

Par ailleurs une autre étude faite au Québec, qui montre le lien étroit entre l'impact de l'état dépressifs sur les complications post-chirurgicales, et la récupération post-opératoire. [93]

c. Les antécédents personnels judiciaires :

Dans notre étude, l'analyse bi variée montre une relation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et les ATCDs personnels judiciaires ($P=0.007$), ce qui consolide la supposition que ces derniers sont des facteurs influençant la survenue de troubles dépressifs. On a trouvé que les personnes ayant des antécédents judiciaires sont les plus exposés à des troubles dépressifs (29%) contre 22% de personnes n'ayant aucun antécédent.

De même l'étude de Matejkowski et al [94], en Amérique, en 2013, sur un échantillon de 1588 patients atteint de maladie mentale dont 1398 avaient un trouble dépressif majeur, cette étude a trouvé que 30% des personnes interrogées ont déclaré avoir des antécédents criminels. Les personnes ayant des antécédents criminels étaient plus susceptibles d'utiliser des services spécialisés en santé mentale ($p < 0,05$).

Par contre Mejdoub Yosra et al [60], ils ont trouvé une prévalence des troubles dépressifs plus élevé chez ceux n'ayant aucun antécédent (21.3%) contre 11.7% chez les personnes ayant des antécédents judiciaires. ($P=0.08$).

d. Les antécédents d'habitudes toxiques :

d.1. Dépression et consommation de Tabac :

La dépression était retrouvée le plus chez les non-consommateurs du tabac (24%) contre 10% des consommateurs. Cette différence n'est pas significative (0,13)

Contrairement à nos résultats, une étude américaine, faite par Wu et al [95], a objectivé que les fumeurs quotidiens présentaient le risque le plus élevé de dépression, De plus, une tendance vers une corrélation positive a été observée entre le volume de tabagisme quotidien et la dépression, et plus la durée d'arrêt du tabac est longue, plus le risque de dépression est faible ($P < 0,05$).

Il existe un lien étroit entre la dépression et la consommation de tabac, et les niveaux de dépendance à la nicotine. Une étude canadienne a montré que La prévalence de la dépression était la plus élevée chez les fumeurs actuels, suivis des anciens fumeurs, et la plus faible chez les n'ayant jamais fumés. Et cette prévalence augmente également chez les personnes qui ont tenté d'arrêter la consommation. [96]

d.2. Dépression et consommation du Hachich :

Dans notre étude, les personnes qui ne consomment pas du Hachich ont plus de dépression (23%) que ceux qui le consomment (20%). Ces résultats sont statistiquement non significatifs (0,89).

Par contre Le Hachich et la marijuana est depuis longtemps associée à une diminution de la motivation, ce que l'on observe dans certaines manifestations de la dépression. [97]

Dans l'étude NESARC, en 2016, montre que les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les sujets dépendants au cannabis qu'en population générale dont elle a noté que l'épisode dépressif majeur était présent chez 25% des consommateurs du cannabis et la dysthymie chez 10% des cas. [98]

Une méta-analyse de comparaisons directes faite par Lev-Ran et al [99], sur un nombre total de 76058 sujets, a révélé que les consommateurs de cannabis développant une dépression par rapport aux non consommateurs était de 1.17, et pour les gros consommateurs de cannabis était de 1.62, ce qui montre qu'une consommation de cannabis, et particulièrement sa consommation excessive, peut être associée à un risque accru de développer des troubles dépressifs.

Dans l'étude de cohorte Epidemiologic Catchment Area (ECA), comprenant 1 920 sujets, évalués à deux ans d'intervalle, les sujets présentant un abus de cannabis (critères DSM-III) avaient un risque plus élevé de présenter des symptômes dépressifs. [100]

d.3. Dépression et consommation d'alcool :

La prévalence de la dépression est légèrement élevée chez les gens non-consommateurs d'alcool (23%) contre seulement 17% chez les consommateurs. Cette différence est statistiquement non significative (0,615)

Contrairement à nos résultats, les personnes dépendantes à l'alcool sont 3,7 fois plus susceptibles de souffrir également d'un trouble dépressif majeur et 2,8 fois plus susceptibles de souffrir de dysthymie au cours de l'année précédente. Et La prévalence augmente progressivement avec l'abus d'alcool. [101]

La consommation excessive d'alcool entraîne une morbidité et une mortalité, notamment un risque accru d'épisodes dépressifs. [102]

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) du Canada, a utilisé un échantillon probabiliste de 17 626 sujets, comprenait des mesures de la consommation d'alcool et un dépistage diagnostique de la dépression majeure par Composite International Diagnostic Interview (CIDI), l'enquête a objectivé que chez les sujets ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12mois précédents présentaient une prévalence de la dépression plus élevée que les sujets n'ayant pas consommé 6% contre 4.4%, et la prévalence de la dépression était également liée à la quantité maximale d'alcool ingérée. On s'attend à des taux plus élevés chez les buveurs que chez les non-buveurs et des taux plus élevés chez ceux qui consomme une grande quantité d'alcool. [103]

Une étude faite par Jonathan C. Haynes, n'a pas permis d'identifier l'alcool comme facteur de risque de dépression. La consommation excessive d'alcool n'était pas associée de manière significative à la prévalence de dépression. [104]

Kuria et al [105], en 2012, au Kenya, ont mené une étude auprès de 188 sujets qui ont subi une désintoxication. La prévalence de la dépression à l'admission avant la désintoxication était de 63,8%, Six mois après la désintoxication et la fin de la réadaptation, la prévalence de la dépression était de 30,2%. Il y avait une réduction statistiquement significative ($P=0,000$)

e. Les antécédents familiaux psychiatriques :

La dépression est retrouvée plus chez les personnes ayant des antécédents familiaux psychiatriques (54%), contre seulement 18% chez ceux n'ayant pas d'antécédents. Ces résultats sont significatifs (0,002).

Les antécédents psychiatriques ont été identifiés comme de forts prédicteurs de dépression. La maladie mentale est donc un facteur de vulnérabilité et un terrain favorisant l'apparition de détresse psychologique. De plus la dépression a été associée aux antécédents de fonctionnement psychologique et de désordres psychiatriques. Une personne avec des antécédents familiaux de dépression, elle a probablement un risque 2 à 3 fois plus élevé de développer une dépression qu'une personne sans antécédent. [106]

De même, Mejdoub et al [60], en Tunisie a trouvé que la prévalence de la dépression était plus chez les personnes ayant des antécédents familiaux psychiatriques (21.3%), contre 20.9% chez ceux n'ayant pas d'antécédents. ($p=0,8$).

Contrairement a nos résultats, une étude faite par Monroe et al. [107] a montré que seulement 10.5% avaient un Atcd familiaux psychiatrique contre 41.7% qui n'avaient aucun antécédent. La présence de dépression était environ quatre fois plus élevée en l'absence d'antécédents familiaux psychiatrique. ($p \leq 0,004$).

La dépression est une maladie psychiatrique avec des risques de rechute, de récurrence et de chronicité élevés. Alain Gardier et Emmanuelle Corruble [108] ont publié en 2019, un dossier de l'institut national de la santé et de la recherche médicale française (INSERM), dans lequel on note qu'un épisode dépressif caractérisé peut se résoudre spontanément en 6 à 12 mois si absence de prise en charge. Et que les épisodes dépressifs caractérisés sont récidivants dans 80% des cas. Alors on doit prendre en considération ces données dans la prévention de la dépression.



CONCLUSION



La dépression est une affection souvent négligée et non diagnostiquée, pouvant entraîner des répercussions néfastes et graves, sa prévalence varie considérablement du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées et des différentes méthodes d'évaluation utilisées.

Il s'agit de la première étude menée au sein du CHP de Tahnaout concernant la prévalence des troubles dépressifs chez la population de Tahnaout . Elle s'inscrit dans notre volonté à faire de la santé mentale des patients une priorité . Cette étude qui est une photographie à un temps donné de l'état de santé mental des patients a permis d'estimer la prévalence de l'EDM à 22,55% dont 41,4 % de dépression sévère et 58,6% modérée, aucun n'avait de dépression légère. Cette constatation souligne le défi que représente la dépression pour cette communauté, révélant ainsi le degré de détresse psychologique et la nécessité d'une prise en charge adéquate pour améliorer la qualité de vie des patients.

Cette étude nous a permis de déterminer des associations statistiquement significatives entre ces paramètres d'une part et le genre, le sexe, le niveau socio-économique, la profession, le mode de vie, la consommation de toxiques, les antécédents psychiatriques d'autre part.

Les résultats de cette recherche soulignent également l'importance de mettre en place des programmes de sensibilisation et des services de santé mentale accessibles à Tahnaout. L'identification précoce des troubles dépressifs et la fourniture d'un soutien adéquat sont essentielles pour atténuer leur impact sur la vie quotidienne des individus et sur la communauté dans son ensemble.

Bien que les caractéristiques spécifiques de l'échantillon étudié ne permettent pas la généralisation de ces résultats, il n'en demeure pas moins que la présente recherche, encourage la poursuite de travaux, sur l'intérêt du dépistage des troubles dépressifs chez cette population, pour mieux comprendre les différents facteurs intervenant dans ces troubles psychologiques, et de les traiter précocement, pour le bien-être du patient.



ANNEXES



Annexe 1 :

Questionnaire de l'étude des troubles dépressifs chez la population de Tahnaout :

· Date d'entretien :

· Initiales nom et prénom du patient :

I. Paramètres sociodémographiques :

- **Age :...**

- **Sexe : 1-M 2- F**

- **Statut matrimonial :**

1-célibataire 2-marié(e) 3-divorcé(e) 4-séparé(e) 5- veuf (ve)

- **Nombre d'enfants:**

1- zéro 2- entre un et trois 3- plus de quatre

- **Age de l'enfant le plus jeune:**

1- moins de 5ans 2- entre 5 et 15 ans 3- plus de 15ans

- **Niveau d'instruction :**

1-jamais scolarisé 2- coranique 3-primaire 4-secondaire 5- Baccalauréat 6-universitaire

- **Activité professionnelle :**

1- étudiant(e) 2- Employé (profession) 3-Sans emploi 4- femme au foyer 5- retraité

- **Revenu mensuel :**

1-moins de 1000dhs 2- de 1000 à 2000dhs 3-de 2000 à 4000dhs 4- de 4000 à 6000dhs

5-plus de 6000dhs 6-ne sais pas

- **Conditions de vie :**

Est-ce que vous portez seul la responsabilité des rentrées financières :

1- Oui 2- Non 3- Partiellement

- **Religiosité :**

1- Praticant 2- Non pratiquant

- **Couverture sociale :**

1-RAMED 2-CNOPS 3-assurance privée 4-payant 5-autre :...

II. Paramètres cliniques :

- **Les antécédents personnels médicaux :**

1 - Diabète 2- HTA 3- Tuberculose 4- autre maladie chronique 5- aucune

- **Les antécédents personnels chirurgicaux :**

1-Oui 2-Non

Si oui, lequel

- **Les antécédents personnels Judiciaires :**

1-Oui 2-Non

Si oui, lequel

- **Les antécédents personnels psychiatriques :**

1-oui 2- non

Si oui précisez : 1-Dépression 2-Anxiété (type : TOC TAG TP PS ESPT) 3- Trouble bipolaire 4-Schizophrénié 5- Tentative de suicide 6- Consultation psychiatrique 7 - Hospitalisation psychiatrique 8- Autres

Traitement psychiatrique actuel :

1-oui 2-non

Si oui précisez : 1-Antidépresseur 2-Anxiolytique 3-Thymorégulateur 4-Neuroleptique

5-Autres 6-association....

- **Les antécédents d'habitudes toxiques :**

Consommation de Tabac

1-oui 2-non

Si oui, Depuis quel âge consommez vous du tabac :Ans

Combien de cigarettes fumez-vous par jourCigarettes /J.

Consommation du Haschich

1-oui 2-non

Si oui, Depuis quel âge consommez vous du Haschich.....Ans

Votre consommation :/ Jours,/ Semaine, Occasionnel

Consommation d'Alcool

1-oui 2-non

Si oui, occasionnel abus dépendance

Autre drogue : Cannabis, Cocaïnes, Psychotropes, autres..

- **Les antécédents familiaux psychiatriques :**

1-oui 2-non

Si oui précisez : le lien familial ... Le type...

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

1-Dépression 2-Anxiété (type : TOC TAG TP PS ESPT) 3- Trouble bipolaire 4- Schizophrénié 5- Tentative de suicide (TS) 6- Consultation psychiatrique 7 - Hospitalisation psychiatrique 8- Autres

Traitement psychiatrique actuel :

1-oui 2-non

Si oui précisez : 1-Antidépresseur 2-Anxiolytique 3-Thymorégulateur 4-Neuroleptique

5-Autres 6-association....

Annexe 2 :

Le MINI : EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

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.

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.

? S'agit-il d'un 1er

? S'agit-il d'une dépression récurrente ?

Annexe 3

Inventaire de Dépression de Beck :

A. Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardeux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

Je suis mécontent de tout.	3
E. Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F. Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3
G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libèrerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3

Les Troubles dépressifs chez la population de Tahnaout (A propos de 200 cas)

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

Résultats : Le score varie de 0 à 39

0 à 3 : Pas de dépression

4 à 7 : Dépression légère

8 à 15 : Dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : Dépression sévère

Annexe 4 :

Dépistage du Trouble dépressif persistant (dysthymie) :

Ce trouble réunit les troubles définis dans le DSM-IV comme trouble dépressif majeur chronique et comme trouble dysthymique.

A. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2ans.

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1. Perte d'appétit ou hyperphagie.
2. Insomnie ou hypersomnie.
3. Baisse d'énergie ou fatigue.
4. Faible estime de soi.
5. Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
6. Sentiments de perte d'espoir.

C. Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2ans.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

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

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



RESUMES



Résumé

Contexte : Les troubles dépressifs sont très répondeurs en consultation ainsi qu'en milieu hospitalier et leur pesanteur est encore plus importante chez les populations rurales.

La présente étude avait pour objectifs, d'une part, de déterminer la prévalence des troubles dépressifs chez la population de Tahnaout, et d'autre part, de décrire leur profil sociodémographique et clinique et de développer des connaissances sur les facteurs éventuels influençant la survenue de ces troubles chez ces patients.

Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive et analytique de type transversale, menée chez la population de Tahnaout, au sein des services des urgences et aux consultations psychiatriques du CHP de Tahnaout et au centre de santé urbain de Tahnaout-Alhouz, sur une période de six mois entre Avril 2023 et Septembre 2023, et a concerné 204 patients tous de la population de Tahnaout. Les instruments utilisés étaient : le MINI (DSM-V) pour poser le diagnostic de la dépression, et l'échelle de BECK pour évaluer sa sévérité, et l'échelle de dépistage du trouble dépressif persistant pour diagnostiquer la dysthymie.

Résultats : Dans notre série, 22.55 % de nos patients avaient une dépression ; 41.4% des patients déprimés avaient une dépression sévère, 58.6% avaient une dépression modérée, aucun n'avait de dépression légère. La prévalence de la dysthymie a atteint 13.24%.

Plusieurs facteurs prédictifs étaient liés à la survenue de ces troubles. Le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, le revenu mensuel, la pratique religieuse, la couverture sociale, les antécédents personnels d'une maladie chronique, les antécédents judiciaires et les habitudes toxiques étaient des facteurs liés à la dépression.

Conclusion : Les troubles dépressifs représentent un problème fréquent dont la recherche et le traitement précoce devraient être systématiques afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic des patients.

Abstract

Background: Depressive disorders are very common in consultations and in hospitals, and their burden is even greater in rural populations.

The objectives of the present study were, on the one hand, to determine the prevalence of depressive disorders in the Tahnaout population, and to describe their socio-demographic and clinical profile, and to develop knowledge factors influencing the onset of these disorders in these patients.

Methods: We conducted a cross-sectional descriptive and analytical study of the Tahnaout population, conducted in the emergency departments and psychiatric consultations of the CHP of Tahnaout and at the Tahnaout-Alhouz urban health center, over a six-month period between April 2023 and September 2023, and involved 204 patients, all from the Tahnaout population. The instruments used were: the MINI (DSM-V) to diagnosis of depression and the BECK scale to assess its severity, and the Persistent Depressive Disorder Scale to diagnose dysthymia.

Results: In our series, 22.55% of our patients had depression; 41.4% of depressed patients had severe depression, 58.6% had moderate depression, none had mild depression. The prevalence of dysthymia was 13.24%.

Several predictive factors were linked to the occurrence of these disorders. Sex, age, marital status, level of education, occupation, monthly income, religious practice, social security coverage, personal history of a chronic illness, criminal record and substance abuse habits were factors linked to depression.

Conclusion: Depressive disorders are a frequent problems, and early identification and treatment should be systematic in order to improve patient care and prognosis.

ملخص

السياق: الاضطرابات الاكتئابية شائعة جدًا في الاستشارات وكذلك في المستشفيات وتكون شدتها أكبر في سكان الريف.

كانت أهداف الدراسة الحالية، من ناحية، تحديد مدى انتشار الاضطرابات الاكتئابية لدى سكان تحناوت، ومن ناحية أخرى، وصف صورتهم الاجتماعية والديموغرافية والسرييرية وتطوير المعرفة حول العوامل المحتملة التي تؤثر على حدوثها. من هذه الاضطرابات لدى هؤلاء المرضى. **أساليب:** أجرينا دراسة وصفية وتحليلية من النوع المقطعي، أجريت بين سكان تحناوت، داخل خدمات الطوارئ وفي الاستشارات النفسية لحزب الشعب الجمهوري في تحناوت وفي المركز الصحي الحضري في تحناوت - الحوز، على مدى لمدة ستة أشهر بين أبريل 2023 وسبتمبر 2023، وشملت 204 مريضاً جميعهم من سكان تحناوت. الأدوات المستخدمة هي: MINI (DSM-V) لتشخيص الاكتئاب، ومقياس BECK لتقييم شدته، ومقياس فحص اضطراب الاكتئاب المستمر لتشخيص الاكتئاب المستمر.

النتائج: في سلسلتنا، كان 22.55% من مرضانا يعانون من الاكتئاب. كان 41.4% من مرضى الاكتئاب يعانون من اكتئاب حاد، و 58.6% يعانون من اكتئاب معتدل، ولم يعاني أي منهم من اكتئاب خفيف. وصلت نسبة الاكتئاب المستمر إلى 13.24%.

تم ربط العديد من العوامل التنبؤية بحدوث هذه الاضطرابات. وكان الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والمهنة، والدخل الشهري، والممارسة الدينية، وتغطية الضمان الاجتماعي، والتاريخ الشخصي للأمراض المزمنة، والتاريخ الإجرامي والعادات السامة من العوامل المهمة المرتبطة بالاكتئاب.

الخلاصة: تمثل الاضطرابات الاكتئابية مشكلة متكررة يجب أن يكون البحث والعلاج المبكر لها منهجياً من أجل تحسين رعاية المرضى والتشخيص.



BIBLIOGRAPHIE



1. **B. Lamboy, C. Léon, et P. Guilbert,**
« Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005 »,
Rev. D'Épidémiologie Santé Publique, vol. 55, no 3, p. 222-227, mars 2007
doi: 10.1016/j.respe.2006.11.005.
2. **World Health Organization**
« *Depressive disorder (depression)* ».
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. **J.-M. Manus,**
« Augmentation mondiale de 25 % de la prévalence de l'anxiété et de la dépression »,
Rev. Francoph. Lab., vol. 2022, n° 542, p. 12-13, mai 2022,
doi: 10.1016/S1773-035X(22)00157-5.
4. **S. Bachmann,**
« Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective »,
Int. J. Environ. Res. Public Health, vol. 15, n° 7, p. 1425, juill. 2018,
doi: 10.3390/ijerph15071425.
5. **I. Tazi, I. Essaidi**
« Dépression en soins de santé de base ».
n° 32, p. 1-2-3, 2008,
6. **Asouab Et O. Akali**
« Prévalences des troubles mentaux dans la population. ».
<https://www.sante.gov.ma/Publications/Bulletins/Documents/final%202005.pdf>
7. **M. Ferreri, A. Bottero, Et J. M. Alby,**
« Sémiologie des états dépressifs de l'adulte »,
Sémiologie États Dépress. Adulte, n° 37-110-A-10, 1993.
8. **M. Briki, E. Haffenb,c,d , J. Monninb,d , G. Tio b Et M. Nicolier**
« Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression »,
L'Encéphale, vol. 40, n° 2, p. 114-122, avr. 2014,
doi: 10.1016/j.encep.2012.10.008.

9. **Santementale,**
« La santé mentale au Maroc : définitions, évolutions et enjeux actuels »,
<https://www.santementale.fr/2019/04/la-sante-mentale-au-maroc-definitions-evolutions-et-enjeux-actuels/>

10. **S. E. Ouazzani, I. Zanga-Martin, Et R. Burgess,**
« Culture and Mental Healthcare Access in the Moroccan Context »,
in Health Communication and Disease in Africa: Beliefs, Traditions and Stigma, B. Falade et M. Murire, Éd., Singapore: Springer, 2021, p. 249-270.
doi: 10.1007/978-981-16-2546-6_11.

11. **L. Orsolini, R. Latini M. Pompili, G. Serafini Et U. Volpe,**
« Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics »,
Psychiatry Investig., vol. 17, n° 3, p. 207-221, mars 2020,
doi: 10.30773/pi.2019.0171.

12. **A. Ponsoni, L. D. Branco, C. Cotrena, F. M. Shansis, R. Grassi-Oliveira, Et R. P. Fonseca,**
« Self-reported inhibition predicts history of suicide attempts in bipolar disorder and major depression »,
Compr. Psychiatry, vol. 82, p. 89-94, avr. 2018,
doi: 10.1016/j.comppsy.2018.01.011.

13. **DSM (5th Edition)**
« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 »,
Ref. Rev., vol. 28, n° 3, p. 36-37, janv. 2014,
doi: 10.1108/RR-10-2013-0256.

14. **American Psychiatric Association.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96, 4. ed., 7. print. Washington, Éd, DC, 1998.

15. **D. J. Hellerstein Et S. A. S. Little,**
« Current Perspectives on the Diagnosis and Treatment of Double Depression »,
CNS Drugs, vol. 5, n° 5, p. 344-357, mai 1996,
doi: 10.2165/00023210-199605050-00004.

16. **C. Spadone Et E. Corruble,**
« Symptômes résiduels et récurrence dans le trouble dépressif majeur »,
L'Encéphale, vol. 36, p. S108-S111, déc. 2010,
doi: 10.1016/S0013-7006(10)70040-3.
17. **Anne-Solène Guignot**
« GUIGNOT_Anne_Solene.pdf ».
http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/GUIGNOT_Anne_Solene.pdf
18. **M.-L. Bourgeois,**
« [Melancholy: from Hippocrates to DSM-IV] »,
Rev. Prat., vol. 52, n° 8, p. 821-824, avr. 2002.
19. **F. Rouillon,**
« Épidémiologie des troubles psychiatriques »,
Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr., vol. 166, n° 1, p. 63-70, févr. 2008,
doi: 10.1016/j.amp.2007.11.010.
20. **M. S. Reddy,**
« Depression: The Disorder and the Burden »,
Indian J. Psychol. Med., vol. 32, n° 1, p. 1-2, janv. 2010,
doi: 10.4103/0253-7176.70510.
21. **OMS**
« Organisation Mondiale de la Santé. La dépression en Europe. »
<Http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe; 2012>
22. **F. Ferreri, C. Agbokou, P. Nuss, Et C.-S. Peretti,**
« Clinique des états dépressifs »,
EMC - Psychiatr., vol. 3, n° 2, p. 1-19, janv. 2006,
doi: 10.1016/S0246-1072(06)44522-3.
23. **C. Agbokou Et P. Fossati,**
« Traitements médicamenteux de la dépression »,
Presse Médicale, vol. 37, n° 5, p. 867-875, mai 2008,
doi: 10.1016/j.lpm.2008.01.012.

24. **E. Corruble, J. Thuile, Et P. Hardy,**
« Dépressions récurrentes »,
EMC – Psychiatr., vol. 2, n° 2, p. 138–144, avr. 2005,
doi: 10.1016/j.emcps.2004.12.002.
25. **D. Moussaoui,**
« La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies »,
L'Encéphale (Paris), 2007.
<http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=19979710>
26. **H. El Kirat Et H. Filali,**
« La représentation des professionnels de santé mentale sur leurs pratiques à Rabat, Maroc »,
Santé Publique, vol. 26, n° 3, p. 385–391, 2014,
doi: 10.3917/spub.139.0385.
27. **« Secteur Santé ».**
« Stratégie sectorielle de santé »,
<https://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>
28. **H. El Kirat Et H. Filali,**
« [Mental health professionals' representations of their practices in Rabat, Morocco] »,
Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr., vol. 26, n° 3, p. 385–391, mai 2014.
29. **H. Lundbeck**
« Épidémiologie et fardeau | Lundbeck Institute Campus ».
[Htts://institute.progress.im/fr/content/epidemiologie-et-fardeau](https://institute.progress.im/fr/content/epidemiologie-et-fardeau)
30. **S. Poletti, M. Palladini, M. Gennaro Mazza Et R. De Lorenzo**
« Long-term consequences of COVID-19 on cognitive functioning up to 6 months after discharge: role of depression and impact on quality of life ».
<Link.springer.com/article/10.1007/s00406-021-01346-9>
doi : 10.1007/s00406-021-01346-9

31. **D. Courtney, P. Watson, M. Battaglia, B. H. Mulsant, Et P. Szatmari,**
« COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities »,
Can. J. Psychiatry, vol. 65, n° 10, p. 688-691, oct. 2020,
doi: 10.1177/0706743720935646.
32. **N. Salari, 2, A. Hosseinian-Far, R. Jalali, A. Vaisi-Raygani Et S. Rasoulpoor**
« Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis »,
Glob. Health, vol. 16, n° 1, p. 57, juill. 2020,
doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.
33. **S. Farooq, J. Tunmore, M. Wajid Ali, Et M. Ayub,**
« Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review »,
Psychiatry Res., vol. 306, p. 114228, déc. 2021,
doi: 10.1016/j.psychres.2021.114228.
34. **L. Sher,**
« The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates »,
QJM Int. J. Med., vol. 113, n° 10, p. 707-712, oct. 2020,
doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
35. **Thelancet**
« Le Tourisme De Bien-Être À La Rescousse ».
<https://www.tourob.ch/fr/articles/macro-tendances-tourisme-travel/depression-et-corona-19/>
36. **M. Hussain, P. Kumar, S. Khan, D. K Gordon Et S. Khan,**
« Similarities Between Depression and Neurodegenerative Diseases: Pathophysiology, Challenges in Diagnosis and Treatment Options », *Cureus*, vol. 12, n° 11, nov. 2020,
doi: 10.7759/cureus.11613.
37. **T. Yang, Z. Nie, H. Shu, Y Kuang Et X Chen,**
« The Role of BDNF on Neural Plasticity in Depression »,
Front. Cell. Neurosci., vol. 14, 2020,
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2020.00082>

38. **S. Ronald Duman,**
« Dommages neuronaux et protection dans la physiopathologie et le traitement des maladies psychiatriques : stress et dépression ».
<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.31887/DCNS.2009.11.3/rsduman?needAccess=true>
39. **J. P. Godbout Et R. Glaser,**
« Stress-Induced Immune Dysregulation: Implications for Wound Healing, Infectious Disease and Cancer »,
J. Neuroimmune Pharmacol., vol. 1, n° 4, p. 421-427, déc. 2006,
doi: 10.1007/s11481-006-9036-0.
40. **G. Hasler,**
« Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? »,
World Psychiatry, vol. 9, n° 3, p. 155-161, oct. 2010,
doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x.
41. **G. Hasler,**
« Physiopathologie de la dépression : disposons-nous de preuves solides susceptibles d'intéresser les cliniciens ? »,
World Psychiatry, vol. 9, no 3, p. 155-161, 2010,
doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x.
42. **Philippe Fossati, Hôpital Pitié-Salpêtrière**
« les mécanismes biologiques de la dépression »,
Institut du Cerveau.
<https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/mecanismes/>
43. **American Psychiatric Association**
American Psychiatric Association, Éd.,
Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.

- 44. OMS Cim-10**
« Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Genève ».
<https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F33>
- 45. R. Uher, J. L. Payne, B. Pavlova, D. Clin.R. H. Perlis**
« Trouble dépressif majeur dans le DSM-5 : implications pour la pratique clinique et la recherche des changements par rapport au DSM-IV.
Dépression et anxiété, 31(6), 459-471 | 10.1002/da.22217 ».
doi : 10.1002/da.22217
- 46. Charles B. Pull**
« DSM-5 et CIM-11. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 172(8), 677-680 | 10.1016/j.amp.2014.08.016 ».
doi : 10.1016/j.amp.2014.08.016
- 47. L. Oberle Et B. Hug Broers,**
« strategie depression».
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2022-09/strategie_depression.pdf
- 48. M. Bouvard Et J. Cottraux,**
Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.
Paris, Masson, DL 2005, 4e édition, 1 vol, (VIII-327 p.)
- 49. Haute Autorité De Santé**
« Guide ALD affections psy longue duree depressifs 2009»
https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/HAS.Guide-ALD-med.tr_depressifs_2009.pdf
- 50. P.Benali.A**
« Lesantidépresseursetclassement ».
<https://app.luminpdf.com/fr/viewer/6557def0c90e94b2469416dd>
- 51. D. Lequeux Et A. Chaslerie**
« Dossier Antidépresseurs ». ERSM Nantes
<https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Dossier-docum.-Antidépresseurs.pdf>

52. **M. Madani**
« Stigmatisation en psychiatrie, enquête auprès de 100 patients suivis à l'HIN pour *schizophrénie trouble bipolaire et dépression* ».
53. **G. Gartlehner, R. Hansen, L. Morgan, K. Thaler Et L. Lux**
« Comparative Benefits and Harms of Second-Generation Antidepressants for Treating Major Depressive Disorder », *Ann. Intern. Med.*, vol. 155, n° 11, p. 772-785, déc. 2011, doi: 10.7326/0003-4819-155-11-201112060-00009.
54. **G. S. Malhi Et J. J. Mann,**
« Depression », *The Lancet*, vol. 392, n° 10161, p. 2299-2312, nov. 2018, doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
55. **D. J. Korczak, C. Westwell-Roper, Et R. Sassi,**
« Diagnostic et traitement de la dépression à l'adolescence », *CMAJ Can. Med. Assoc. J.*, vol. 195, n° 31, p. E1050-E1058, août 2023, doi: 10.1503/cmaj.220966-f.
56. **E. Holsboer-Trachsler, H. Josef, B. Johannes, B. Serge Et H. Ulrich**
« Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires 1re partie », *Swiss Med. Forum*, vol. 10, n° 46, Art. n° 46, 2010, doi: 10.4414/fms.2010.07340.
57. **Haute Autorité De Santé.**
« Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, la prise en charge en premier recours », https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
58. **A. H. Crisp, M. G. Gelder, S. Rix, H. I. Meltzer, Et O. J. Rowlands,**
« Stigmatisation of people with mental illnesses », *Br. J. Psychiatry*, vol. 177, n° 1, p. 4-7, juill. 2000, doi: 10.1192/bjp.177.1.4.

59. **C. Agbokou Et P. Fossati,**
« Traitements médicamenteux de la dépression »,
Presse Médicale, vol. 37, n° 5, p. 867–875, mai 2008,
doi: 10.1016/j.lpm.2008.01.012.
60. **Y. Mejdoub, M. Jmaa, W. Abbes, M. Abbes Et S. Yaich**
« Profil sociodémographique et clinique d’une population de consultants dans un service de psychiatrie d’un hôpital général au Sud tunisien »,
Pan Afr. Med. J., vol. 44, 2023,
doi: 10.11604/pamj.2023.44.169.28846.
61. **F. Tognon–Tchégnonsi, T. Adoukonou, A. Djidonou, E. A. Iréti, Et P. Gandaho,**
« Prévalence des troubles mentaux dans une communauté rurale à Parakou au nord Bénin »,
Ann. Méd.–Psychol. Rev. Psychiatr., vol. 178, n° 9, p. 908–912, nov. 2020,
doi: 10.1016/j.amp.2020.01.009.
62. **M. Mirzaei, S. M. Yasini Ardekani, M. Mirzaei, Et A. Deghani,**
« Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Adult Population: Results of Yazd, IRAN Health Study »,
Iran. J. Psychiatry, vol. 14, no 2, p. 137–146, avr. 2019.
doi : 10.1186/s12877-023-03908-z
63. **M. A. Alshahwan,**
« The Prevalence of Anxiety and Depression in Arab Patients »,
J. Cutan. Med. Surg., vol. 19, no 3, p. 297–303, mai 2015,
doi: 10.2310/7750.2014.14110.
64. **A. Ouédraogo, J. G. Ouango, K. Karfo, P. Goumbri, D. Nanéma Et B. Sawadogo,**
« Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso »,
L’Encéphale, vol. 45, n° 4, p. 367–370, sept. 2019,
doi: 10.1016/j.encep.2018.03.002.
65. **« Questionnaire Abrégé De Beck »,**
Questionnaire abrégé de beck
http://www.amiform.com/web/documents-patients-douloureux/questionnaire_abrege_de_beck.pdf

66. **M. J. Modabernia, H. S. Tehrani, M. Fallahi, M. Shirazi, Et A. H. Modabbernia,**
« Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study », *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, vol. 4, n° 1, p. 20, juill. 2008,
doi: 10.1186/1745-0179-4-20.
67. **C. Kuehner,**
« Why is depression more common among women than among men? », *Lancet Psychiatry*, vol. 4, n° 2, p. 146-158, févr. 2017,
doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2.
68. **C. Miaskowski**
« Différences entre les sexes en matière de douleur, de fatigue et de dépression | Monographies JNCI | Universitaire d'Oxford »
volume 2004, numéro 32, juillet 2004, pages 139 à 143,
<https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh024>
69. **E. Stordal, M. Bjartveit Krüger, N. H. Dahl, O. Krüger, A. Mykletun Et A. Dahl,**
« Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Tøndelag Health Study (HUNT) », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 104, n° 3, p. 210-216, sept. 2001,
doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00130.x.
70. **N. Akhtar-Danesh Et J. Landeen,**
« Relation between depression and sociodemographic factors », *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 1, n° 1, p. 4, sept. 2007,
doi: 10.1186/1752-4458-1-4.
71. **W. R. Gove Et H.-C. Shin,**
« The Psychological Well-Being of Divorced and Widowed Men and Women: An Empirical Analysis », *J. Fam. Issues*, vol. 10, n° 1, p. 122-144, mars 1989,
doi: 10.1177/019251389010001007.
72. **L. A. Kurdek,**
« The Relations between Reported Well-Being and Divorce History, Availability of a Proximate Adult, and Gender », *J. Marriage Fam.*, vol. 53, n° 1, p. 71, févr. 1991,
doi: 10.2307/353134.

73. **A. L. Pape Et T. Lecomte,**
« Prévalence et prise en charge médicale de la dépression – France 1996–1997 ». *R n° 485, biblio n° 1277, Septembre 1999*
74. « **What Do OECD Data On Teachers’ Salaries Tell Us?** », *Education Indicators in Focus 83*, oct. 2023.
doi: 10.1787/de0196b5-en.
75. **L. Li, W. Sun, J. Luo, Et H. Huang,**
« Associations between education levels and prevalence of depressive symptoms: NHANES (2005–2018) », *J. Affect. Disord., vol. 301, p. 360–367, mars 2022,*
doi: 10.1016/j.jad.2022.01.010.
76. **D. Tian, Z. Qu, X. Wang, J. Guo Et F. Xu**
« The role of basic health insurance on depression: an epidemiological cohort study of a randomized community sample in Northwest China », *BMC Psychiatry, vol. 12, p. 151, sept. 2012,*
doi: 10.1186/1471-244X-12-151.
77. **N. Bailly, N. Roussiau, Et G. Fleury-Bahi,**
« Étude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l’âge », *Bull. Psychol., vol. Numéro 512, n° 2, p. 149–154, 2011,*
doi: 10.3917/bupsy.512.0149.
78. **Frcp. Simon Dein,**
« Religion, Spirituality, and Mental Health », vol. 27, janv. 2010,
<https://www.psychiatrictimes.com/view/religion-spirituality-and-mental-health>
79. **V. Lorant,**
« Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis », *Am. J. Epidemiol., vol. 157, n° 2, p. 98–112, janv. 2003,*
doi: 10.1093/aje/kwf182.

80. **S. Cohen, W. J. Doyle, Et A. Baum,**
« Socioeconomic Status Is Associated With Stress Hormones », *Psychosom. Med.*, vol. 68, n° 3, p. 414-420, mai 2006,
doi: 10.1097/01.psy.0000221236.37158.b9.
81. **B. Duko, A. Gebeyehu, Et G. Ayano,**
« Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with tuberculosis at WolaitaSodo University Hospital and Sodo Health Center, WolaitaSodo, South Ethiopia, Cross sectional study », *BMC Psychiatry*, vol. 15, n° 1, p. 214, sept. 2015,
doi: 10.1186/s12888-015-0598-3.
82. **S. Masumoto, T. Yamamoto, A. Ohkado, S. Yoshimatsu, A. G. Querri, Et Y. Kamiya,**
« Prevalence and associated factors of depressive state among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines ». *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 18, no 2 (1 février 2014): 174-79.
doi : 10.5588/ijtld.13.0335.
83. **C. Retnakumar Et L. S. George,**
« Assessment of prevalence of depression and its associated factors among tuberculosis patients in Ernakulam district, Kerala », *Indian J. Tuberc.*, vol. 69, n° 2, p. 172-177, avr. 2022,
doi: 10.1016/j.ijtb.2021.06.013.
84. **M. O. Husain, S. P. Dearman, I. B. Chaudhry, N. Rizvi, Et W. Waheed,**
« The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan », *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, vol. 4, n° 1, p. 4, févr. 2008,
doi: 10.1186/1745-0179-4-4.
85. **M. Y. Tsevi, S. Salifou, A. K. Sabi, B. Noto-Kadou-Kaza, E. Y. Amekoudi, Et S. K. Dassa,**
« Hémodialyse chronique et dépression au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo) », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 25, p. 26, sept. 2016,
doi: 10.11604/pamj.2016.25.26.9883.

86. **M. S. Hamrah, M. H. Hamrah, H. Ishii, S. Suzuki, A. E. Hamrah Et A. E. Dahi**
« Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City »,
Int. J. Hypertens., vol. 2018, p. e8560835, août 2018,
doi: 10.1155/2018/8560835.
87. **L. Xu, J. Ren, M. Cheng, K. Tang, M. Dong Et X. Hou**
« Depressive symptoms and risk factors in Chinese persons with type 2 diabetes »,
Arch. Med. Res., vol. 35, n° 4, p. 301-307, juill. 2004,
doi: 10.1016/j.arcmed.2004.04.006.
88. **J. H. Noh, J.K. Park b , H.J. Lee a , S.K. Kwon a Et S.H. Lee,**
« Depressive symptoms of type 2 diabetics treated with insulin compared to diabetics taking oral anti-diabetic drugs: A Korean study »,
Diabetes Res. Clin. Pract., vol. 69, n° 3, p. 243-248, sept. 2005,
doi: 10.1016/j.diabres.2004.10.009.
89. **F. Manoudi I. Benhima Et I. Tazi, A. Diourib Et R. Chagha**
« Les troubles dépressifs Chez les patients diabétiques », no 05, 2008.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.01.010>
90. **S. Bejaoui, S. Safi, I. Jemai Et L. Affes,**
« Dépistage de la dépression chez les patients diabétiques par le Hospital Anxiety and Depression Scale : étude prospective de 90 patients »,
Ann. Endocrinol., vol. 79, n° 4, p. 469, sept. 2018,
doi: 10.1016/j.ando.2018.06.900.
91. **S. Benmaamar, N. Lazar b, N. Otmani a, H. Salhi Et b, M. Berrahoua,**
« Prévalence et facteurs associés à la dépression et à l'anxiété chez les patients diabétiques au Maroc »,
Rev. D'Épidémiologie Santé Publique, vol. 69, p. 568, juin 2021,
doi: 10.1016/j.respe.2021.04.116.

92. **F. Vandebos, E. Fontas, D. Pop, C. Perrotin, N. Venissac, Et J. Mouroux,**
« Impact de la réhabilitation respiratoire sur l'anxiété et la dépression après chirurgie thoracique pour cancer »,
Rev. Mal. Respir., vol. 32, n° 9, p. 921–929, nov. 2015,
doi: 10.1016/j.rmr.2014.11.068.
93. **Serge Niquette,**
« L'université du québec à trois-rivières comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie
L' anxiété et les états dépressifs comme prédicteurs de la récupération post – chirurgicale ».
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/3092/1/000679330.pdf>
94. **J. Matejkowski, S. Lee, Et W. Han,**
« The Association Between Criminal History and Mental Health Service Use Among People with Serious Mental Illness »,
Psychiatr. Q., vol. 85, n° 1, p. 9–24, mars 2014,
doi: 10.1007/s11126-013-9266-2.
95. **Z. Wu, Q. Yue, Z. Zhao, J. Wen, L. Tang, Et Z. Zhong**
« A Cross-Sectional Study Of Smoking And Depression Among Us adults: NHANES (2005–2018) »,
Front. Public Health, vol. 11,p.1081706, janv. 2023,
doi: 10.3389/fpubh.2023.1081706.
96. **S. M. Khaled, A. Bulloch, D. V. Exner, Et S. B. Patten,**
« Cigarette Smoking, Stages of Change, and Major Depression in the Canadian Population »,
Can. J. Psychiatry, vol. 54, n° 3, p. 204–208, mars 2009,
doi: 10.1177/070674370905400309.
97. **Susan A. Stoner,**
« Effects of Marijuana on Mental Health: Depression 2017 ».
<https://adai.uw.edu/pubs/pdf/2017mjdepression.pdf>

98. **F. S. Stinson, W. J. Ruan, R. Pickering, Et B. F. Grant,**
« Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity »,
Psychol. Med., vol. 36, n° 10, p. 1447–1460, oct. 2006,
doi: 10.1017/S0033291706008361.
99. **S. Lev-Ran, M. Roerecke, B. L. Foll, T. P. George, K. McKenzie, Et J. Rehm,**
« The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies »,
Psychol. Med., vol. 44, n° 4, p. 797–810, mars 2014,
doi: 10.1017/S0033291713001438.
100. **G. B. Bovasso,**
« Cannabis Abuse as a Risk Factor for Depressive Symptoms »,
Am. J. Psychiatry, vol. 158, n° 12, p. 2033–2037, déc. 2001,
doi: 10.1176/appi.ajp.158.12.2033.
101. **R. Mchugh,**
« Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders »,
Alcohol Res. Curr. Rev., vol. 40, n° 1, p. arcr.v40.1.01, 2019,
doi: 10.35946/arcr.v40.1.01.
102. **K. M. Keyes, K. Allel, U. M. Staudinger, K. A. Ornstein, Et E. Calvo,**
« Chapter One – Alcohol consumption predicts incidence of depressive episodes across 10 years among older adults in 19 countries »,
in International Review of Neurobiology, vol. 148, T. Deak et L. M. Savage, Éd., *in Late Aging Associated Changes in Alcohol Sensitivity, Neurobehavioral Function, and Neuroinflammation*, vol. 148., Academic Press, 2019, p. 1–38.
doi: 10.1016/bs.irm.2019.09.001.
103. **S. B. Patten Et D. A. Charney,**
« Alcohol Consumption and Major Depression in the Canadian Population »,
Can. J. Psychiatry, vol. 43, n° 5, p. 502–506, juin 1998,
doi: 10.1177/070674379804300509.

104. **J. C. Haynes, M. Farrell, N. Singleton, H. Meltzer, R. Araya, G. Lewis Et N J. Wile**
« La consommation d'alcool comme facteur de risque d'anxiété et de dépression | Le journal britannique de psychiatrie | Cambridge Core ».
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/alcohol-consumption-as-a-risk-factor-for-anxiety-and-depression/CB431C5823456D63519811BA8E6884D4>
105. **M. W. Kuria, D. M. Ndetei, I. S. Obot, L. I. Khasakhala Et B. M. Bagaka,**
« The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence », *ISRN Psychiatry*, vol. 2012, p. 1-6, janv. 2012, doi: 10.5402/2012/482802.
106. **Douglas F. Levinson, M.D. Walter, Et E. Nichols**
« Major Depression and Genetics », Genetics of Brain Function. School of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
<https://med.stanford.edu/depressiongenetics/mddandgenes.html>
107. **S. M. Monroe, G. M. Slavich, Et I. H. Gotlib,**
« Life stress and family history for depression: The moderating role of past depressive episodes », *J. Psychiatr. Res.*, vol. 49, p. 90-95, févr. 2014, doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.11.005.
108. **A. Gardier Et E. Corruble,**
« Infosuicide.org actualités: DOSSIER INSERM Dépression Mieux la comprendre pour la guérir durablement », <https://bloginfosuicide.blogspot.com/2019/12/dossier-inserm-depression-mieux-la.html>



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

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

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

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

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

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

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد.



أطروحة رقم 434

سنة 2023

اضطرابات الاكتئاب لدى ساكنة تحناوت (بصدد 200 حالة)

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/12/01
من طرف

السيد سعد الدين عبايد

المزداد في 24 يوليوز 1996 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

اضطرابات الاكتئاب - سكان - تحناوت - اكتئاب مستمر

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام

السيدة ل. السعدوني

أستاذة في الطب الباطني

السيدة ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

السيدة أ. عدالي

أستاذة في الطب النفسي

السيد خ. رباني

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة س. ايت بطهار

أستاذة في الامراض النفسية