

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



**PREVALENCE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS CHEZ LE DIABETIQUE DE TYPE 2
ET SON IMPACT SUR L'EVOLUTION ET LA PRISE EN CHARGE
DE LA MALADIE DIABETIQUE**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur BENSBAAL SALMA

née le 15 Décembre 1982 à Fès

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE ET MALADIES LMETABOLIQUES**

**Sous la direction de :
Professeur AJDI FARIDA**

Juin 2012

Plan

Introduction	3
Partie théorique.....	5
1- Anxiété/ dépression et maladie chronique	6
2- Anxiété/dépression et diabète de type2 :.....	8
A- Epidémiologie	8
B- La dépression/anxiété : facteurs de risque du diabète de type 2	9
C- Conséquences pronostiques de la dépression/ anxiété sur le diabète de type 2	10
D- Thérapeutique :.....	11
Partie pratique.....	13
1- Protocol de recherche :.....	14
A- But et objectifs de l'étude	14
B- Matériel et méthodes	14
C- Recueil des données	15
D- L'analyse statique	16
2- Résultats :.....	17
A- présentation générale de la population étudiée.....	17
B- anxiété chez le diabétique de type 2	20
C- dépression chez le diabétique de type2	23
D- Présence de troubles (anxiété et/ou dépression) et diabète de type 2	25
Discussion	25
Conclusion.....	31
Résumé	33
Bibliographie.....	36
Annexes	43

Liste des abréviations

HTA	: hypertension artérielle
HbA1c	: hémoglobine glyquée
TCC	: thérapie cognitivo-comportementale
ISRS	: inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine
IRSNa	: Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IMAO	: inhibiteurs de la monoamine oxydase
GLUT 1 ; 3 ; 4	: glucose transporter
IL-1	: interleukine 1
IL-6	: interleukine 6
IC	: intervalle de confiance
OR	: odds ratio

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une maladie dite de "surcharge" liée principalement aux changements du mode de vie. 6,6% de la population marocaine de plus de 18 ans souffre d'un diabète de type 2, selon une étude datant de 2001. Les études épidémiologiques en cours annoncent des chiffres en nette augmentation. En effet, d'ici 2030, près de 400.000 personnes pourraient être atteintes au Maroc [1]

l'anxiété et la dépression affectent toutes les populations dans le monde entier, mais plus des deux tiers des personnes touchées vivent dans les pays en développement [2].

Avoir une maladie physique, tel que le diabète de type 2, est l'un des plus importants facteurs de risque pour la dépression [3]. En outre, les données montrent maintenant que la dépression est également un facteur de risque pour une maladie physique [4].

Le diabète et l'anxiété/dépression sont associés à la morbidité et la mortalité prématurée, et quand ces conditions coexistent, le risque de développer les complications, la souffrance du patient et le coût associé, s'accroissent [5 ; 6].

Les personnes atteintes de diabète sont presque deux fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de dépression que la population générale [7 ;8], mais cela reste souvent méconnue et donc non traitée [9] ce qui rend le pronostic du diabète de type2 péjoratif.

La présente étude vise à évaluer la prévalence de l'anxiété/dépression chez les patients suivi en ambulatoire pour un diabète de type 2. Il explore également la corrélation entre différents paramètres du diabète et l'existence d'une anxiété/dépression pour proposer une prise en charge plus large et globale pour un meilleur contrôle du diabète, de ses complications et de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2.

Nous avons inclus l'anxiété et la dépression par ce que les deux sont souvent accompagnés, pas toujours faciles à différencier et constituent parfois un continuum.

PARTIE THEORIQUE

1- Anxiété/ dépression et maladie chronique :

Les liens entre état anxio-dépressif et maladie chronique sont nombreux et multidimensionnels [10].

Les patients ayant des troubles somatiques ont en moyenne 2 fois plus de troubles psychiatriques que la population générale ne présentant aucune pathologie [11].

L'association d'une pathologie somatique et d'un trouble dépressif n'est pas rare. Il est classiquement admis que 25 % de la population des patients hospitalisés en Hôpital Général [12] et que 40 % des patients suivis en médecine générale pour une pathologie chronique [13]. Il peut s'agir d'une association fortuite, mais il peut s'agir également d'une véritable intrication médico-psychiatrique, d'une dépression secondaire, ou encore d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, pouvant toujours évoluer vers une dépression [13].

Le dépistage, des états anxieux secondaires à une pathologie somatique, paraît encore inférieur à celui des états dépressifs. Ils sont pourtant fréquents, et apparaissent de façon non spécifique quelle que soit la pathologie somatique. Leur prise en charge améliore souvent le pronostic général de l'affection somatique associée [13].

Sur le plan diagnostique, les symptômes dépressifs et/ou anxieux peuvent être masqués par les troubles somatiques, ou à l'inverse des symptômes de la maladie chronique peuvent être confondus avec les symptômes dépressifs et faire poser le diagnostic de dépression par excès [10]

S'ajoute à cela, la méconnaissance de la dépression chez les patients atteints de maladie somatique à cause du [12] :

1. Centrage du praticien sur les plaintes somatiques.
2. Symptômes affectifs de la dépression placés au second plan.

3. Recouvrement des symptômes somatiques de la dépression avec ceux de la pathologie somatique ou de son traitement.

4. Réticence du praticien à rechercher le trouble mental par crainte de perte de temps ou par crainte défensive d'être débordé par la détresse émotionnelle du patient.

5. Banalisation des symptômes dépressifs explicables par la maladie physique.

6. Réticence à l'utilisation de traitements antidépresseurs (crainte des effets secondaires, crainte des interactions médicamenteuses avec les traitements de la pathologie somatique).

Au-delà de la difficulté diagnostique, un autre danger est celui de la banalisation des symptômes :

« C'est normal d'être triste avec une telle maladie ». Cette banalisation est dangereuse pour plusieurs raisons [13] :

- croire qu'il est normal d'être triste au cours d'une maladie somatique, c'est prendre le risque de laisser cette tristesse et/ou anxiété (voire ce trouble de l'adaptation) évoluer vers une authentique dépression endogène, qui augmentera le risque suicidaire dans un premier temps et aggravera le pronostic de l'ensemble des troubles.
- trouver normal qu'un patient soit triste au cours d'une maladie somatique, c'est plus simplement risquer de méconnaître une véritable dépression.

De ce fait, l'évaluation psychologique constitue une étape essentielle dans toute prise en charge de maladie chronique, quelque soit son origine. Sans oublier certains éléments peuvent contribuer à une accentuation des troubles, voire à leur chronisation [10 ;14]

- Le désarroi provoqué par des avis médicaux successifs contradictoires
- L'incertitude après des examens complémentaires dont le résultat qualifié de négatif, suggère que l'origine du trouble reste mystérieuse
-

- La croyance que la persistance des symptômes témoigne d'un processus évolutif susceptible d'aggravation
- L'incompréhension que peut engendrer un abandon dans la prise en charge, inévitable pour le thérapeute si le patient exige un traitement curatif radical
- Les arrières pensées, les interprétations, souvent erronées doivent être exprimées, clarifiées car elles alimentent l'angoisse ; l'analyse claire de la situation aidera le patient à adopter un comportement plus adapté vis-à-vis de sa maladie

Sur le plan thérapeutique, l'association dépression/maladie chronique peut gêner l'utilisation des médicaments psychotropes. En effet, certaines maladies peuvent contre-indiquer la prescription de thymoregulateurs, d'antidépresseurs ou justifier des précautions d'emploi [10].

La coexistence d'une anxiété/dépression et d'un trouble somatique augmente le retentissement des handicaps psychosociaux liés à chacune des pathologies [15]. En d'autres termes, il existe non seulement une interaction entre les deux troubles, mais encore une tendance au renforcement de l'une par l'autre [12].

2- Anxiété/dépression et diabète de type2 :

A- Epidémiologie:

La prévalence de la dépression a été nettement plus élevée chez les personnes souffrant de maladies chroniques tel que le diabète de type 2 [16 ; 17].

Selon une méta-analyse réalisée par David M Clarke et al en 2009 [18], la prévalence de l'anxiété au cour du diabète de type 2 dépasse les 14% [19]. Quant à la présence de dépression elle varie de 8 à 52% selon les études [16], elle est

particulièrement plus élevée chez les diabétiques de sexe féminin et les personnes socio-économiquement défavorisés. [15]

B- La dépression/anxiété : facteurs de risque du diabète de type 2 :

La dépression/anxiété est un facteur de risque significatif pour le développement et d'aggravation de la pathologie somatique, notamment le diabète de type 2 [15 ; 20]

L'enquête réalisé par Eaton et al, a démontré que les patients ayant présenté une dépression avaient deux fois plus de risque de développer un diabète non insulino-dépendant que le reste de la population (après contrôle de l'ensemble des autres facteurs de risque) [21].

En effet, le stress lié à la maladie et ainsi l'anxiété et/ou la dépression qu'il engendre s'accompagne d'importantes modifications physiologiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des patients au diabète de type 2 et à ses complications. Pour expliquer cela, plusieurs hypothèses étiopathogéniques ont été évoquées [22]:

- Augmentation des hormones hyperglycémiantes : en réponse au stress, le cerveau stimule la libération des hormones de la contre-régulation : catécholamines, glucocorticoïdes, hormone de croissance et glucagon qui s'opposent à l'action de l'insuline et des facteurs insuline-like

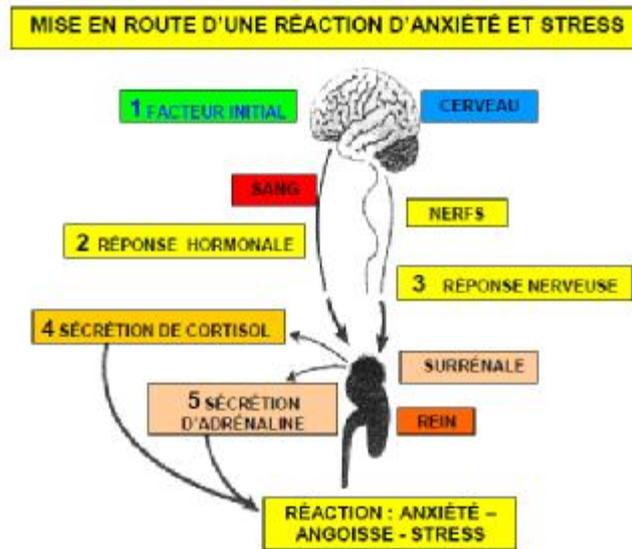


Figure 1: implication des hormones dans la genèse de l'anxiété [23]

- Altération des mécanismes de transport du glucose : comparativement aux patients non déprimés, les patients souffrant de dépression présentent une diminution de la consommation du glucose au niveau du cortex pré-frontal latéral gauche par diminution de l'activité de transporteurs GLUT1, GLUT3 et GLUT4 [24 ; 25].
- L'activation de certains marqueurs de l'inflammation tel que l'IL-1 ; IL-6 ; TNF-alpha [26 ;27]

Ces éléments expliqueraient l'hyperglycémie et l'insulino-résistance qui contribuent au développement d'un diabète de type 2.

C- Conséquences pronostiques de la dépression/ anxiété sur le diabète de type 2:

Il semble exister une surmortalité, par rapport à la population générale de même âge et de même sexe, chez des patients déprimés, et il a été démontré que cette surmortalité n'était pas liée uniquement aux suicides, mais qu'elle pouvait être reliée aux maladies somatiques associées [12].

La coexistence d'un diabète de type 2 et d'une dépression sont associés à une mauvaise compliance aux règles hygiéno-diététiques et à la médication, un faible contrôle de la glycémie, une augmentation du coût des soins [28] et une apparition précoce de complications vasculaires (y compris leur issue fatale) [29]. Cette attitude peut être en lien avec une conduite para-suicidaire, ou plus simplement liée au ralentissement psychomoteur et aux troubles cognitifs de la dépression [11].

Quand à l'anxiété elle est étroitement liée à un mauvais contrôle glycémique [30]

D- Thérapeutique :

*Traitement pharmacologique :

Dans le diabète de type 2, les antidépresseurs tricycliques (nortriptyline) améliorent la dépression, mais entraînent une diminution du contrôle glycémique, une prise de poids et des hypotensions orthostatiques [31 ; 32] tandis que les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) augmentent les hypoglycémies et les fringales alimentaires accrues et ainsi une prise de poids [33]. Ce qui a un impact négatifs sur le contrôle glycémique des patients diabétiques de type 2.

L'utilisation des Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) et les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) présentent des avantages significatifs mais du fait de leur caractère inhibiteur potentiel des cytochromes P450, ils peuvent interférer avec certains traitements antidiabétiques oraux, d'où la nécessité d'être prudent notamment avec la fluvoxamine et la fluxétine [10 ; 34]

Il y a peu de données dans la littérature sur l'intérêt des anxiolytiques comme traitement de l'anxiété liée au diabète

*Psychothérapie :

Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC) est un traitement efficace pour la dépression modérée et de l'anxiété chez les patients adultes atteints de diabète [35].

Dans une étude qui a comparé la prise en charge de patients déprimés souffrant de diabète de type 2, avec pour un groupe une psychothérapie cognitivo-comportementale, et pour l'autre juste une éducation pour patients diabétiques. Elle a démontré un effet bénéfique de la psychothérapie sur la valeur de l'HbA1c parallèlement à une amélioration plus importante de la symptomatologie dépressive [36].

Les techniques des psychothérapies cognitivo-comportementales n'a pas seulement un effet sur l'état dépressif mais pourraient favoriser des changements dans la manière de penser et de prendre en charge au quotidien sa maladie diabétique [37].

*Association psychothérapie et psychopharmacologie :

Le traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique des patients souffrant de diabète et de dépression, pourrait avoir un effet significatif sur la morbidité et la mortalité liée au diabète [22].

La combinaison de 2 moyens a montré une efficacité significativement supérieure à l'un et l'autre des 2 traitements lorsqu'ils sont proposés isolément [38]

Cette combinaison constitue le traitement de choix pour traiter dépression associé au diabète mais reste à définir si elle doit être instaurée de manière simultanée ou séquentielle, pour une meilleur efficacité [10]

PARTIE PRATIQUE

1- Protocol de recherche :

A- But et objectifs de l'étude :

Objectif principal :

- Justifier une prise en charge multidisciplinaire comprenant psychologue et psychiatre à coté du diabétologue pour améliorer la prise en charge et ainsi le pronostic de la maladie diabétique dans notre contexte

Objectifs secondaires

- Déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les diabétiques de type 2 suivis en ambulatoire
- Déterminer les facteurs prédisposant à l'anxiété et à la dépression chez les patients diabétiques de type 2 dans notre contexte
- Apprécier l'impact de la dépression et/ ou l'anxiété sur l'équilibre glycémique, la survenue de complications dégénératives

B- Matériel et méthodes :

Type de l'étude

Nous avons mené une étude transversale incluant les patients diabétiques de type 2 recrutés à partir de la consultation de diabétologie au sein du CHU Hassan II Fès et du centre de santé Moulay Ibrahim à Fès.

Critères d'inclusion :

- Age >18ans
- Patients diabétiques de type 2 (suivis en consultation avec ou sans complications dégénératives)
- Participation volontaire des malades à cette étude (après un consentement oral du malade)

Critères d'exclusions :

- Présence d'ATCD d'autres pathologies psychiatriques en cours ou autres troubles anxieux, dépressifs et addictifs antérieurs au diagnostic du diabète
- Patients hospitalisés
- Femmes enceintes
- Présence d'autres affections critiques (cancer, AVC, instabilité physique)
- Toute infection ou affection pouvant entraîner un déséquilibre diabétique
- Troubles de conscience ou hospitalisation dans les 15 jours qui précèdent la consultation.
- Patients présentant un choc affectif récent dans la famille (décès, séparation...)

C- Recueil des données :

Données démographiques et sociales : Age, sexe, situation maritale, le vécu avec ou sans la famille, milieu de vie, niveau d'instruction, situation économique, situation professionnelle, présence de couverture sociale.

Données médicales détaillées :

- Héritéité diabétique
- Ancienneté du diabète
- Equilibre glycémique (HbA1c le jour même de l'examen psychiatrique)
- Présence de complications dégénératives du diabète
 - *micro-angiopathies : rétinopathie, néphropathie, neuropathie diabétique
 - *macro-angiopathies
- Association à une HTA
- Association à une dyslipidémie
- Traitement : régime seul, insuline, ADO, ADO+insuline
- Pratique d'un exercice physique régulier (sédentaire, actif)

Les échelles d'évaluations psychiatriques :

Pour chaque patient le recueil des données sera réalisé lors d'un entretien individuel et confidentiel, d'une durée approximative de 30min en fin de consultation par le même médecin diabétologue universitaire formé pour l'utilisation de ces échelles.

Deux échelles d'évaluation psychiatriques internationalement validées en langue arabe ont été utilisées :

- L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (annexe 1 et 2) [39]
- L'échelle d'appréciation de dépression de Beck (annexe 3 et 4) [40 ; 41]

Les patients chez qui le diagnostic d'anxiété a été posé ont bénéficiés soit de prescription d'anxiolytiques soit orienté vers une consultation de psychothérapie.

Alors que les patients présentant une dépression one été orienté vers la consultation de psychiatrie.

D- L'analyse statique :

Réalisé grâce au logiciel SPSS version 17 par le service de la Recherche et Développement du CHU Hassan II – Fès.

On a retenu un seuil de significativité, $p < 0.05$

2- Résultats :

A- présentation générale de la population étudiée:

Nous avons inclut 142 patients diabétiques de type 2 suivis en consultation de diabétologie et de médecine générale.

L'âge moyen de nos patients est de 56.26 dont 65.5% sont des femmes (n=93), majoritairement vivant dans un milieu urbain.

76.1% de nos patients ont des antécédents familiaux de diabète de type 2.

Le niveau socio-économique et couverture sociale de nos patients sont représentés sur la figure 2

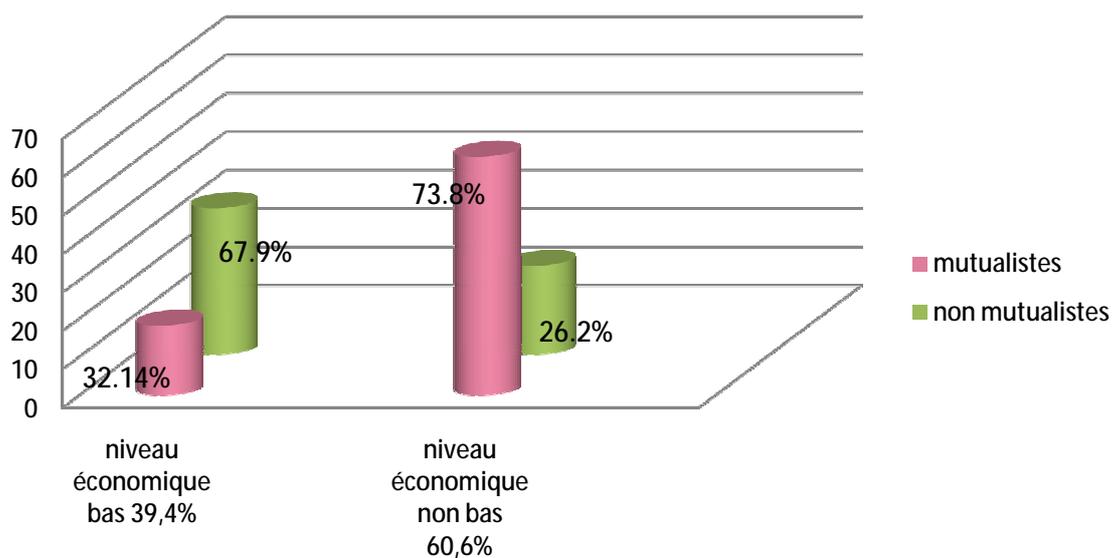


Figure 2: statut mutualiste ou pas en fonction du niveau socio-économique

Leurs caractéristiques liées au diabète sont résumées dans le tableau 1

Tableau 1: caractéristiques du diabète dans notre série

	Moyenne	Ecart type	extrêmes
âge	56.26	9.01	33 - 79
Ancienneté de diabète (années)	7.22	6.50	0 - 30
HbA1c (%)	7.86	2.01	4.6 - 14

Sur le plan thérapeutique, 64.1% des patients pratiquent une activité physique régulière et leur traitement est représenté sur la figure 3

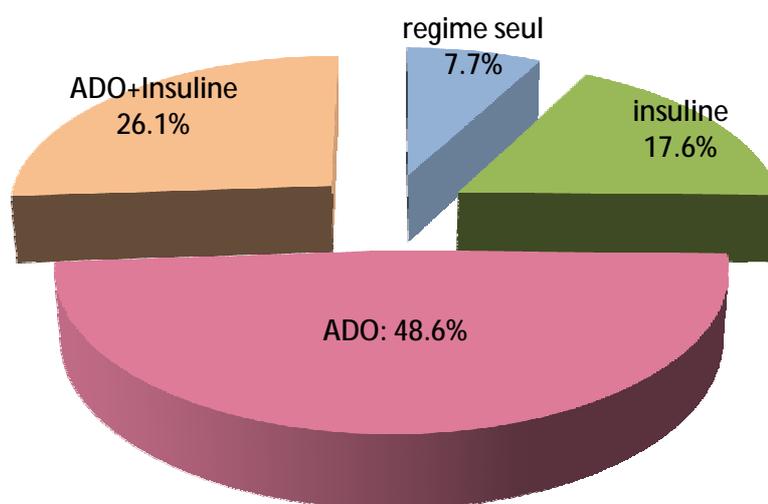


Figure 3: répartition de nos patients selon leur traitement

40,1% de nos patients présentent des complications dégénératives du diabète dont certains présentent plusieurs complications à la fois. Ils sont représentés sur la figure 4

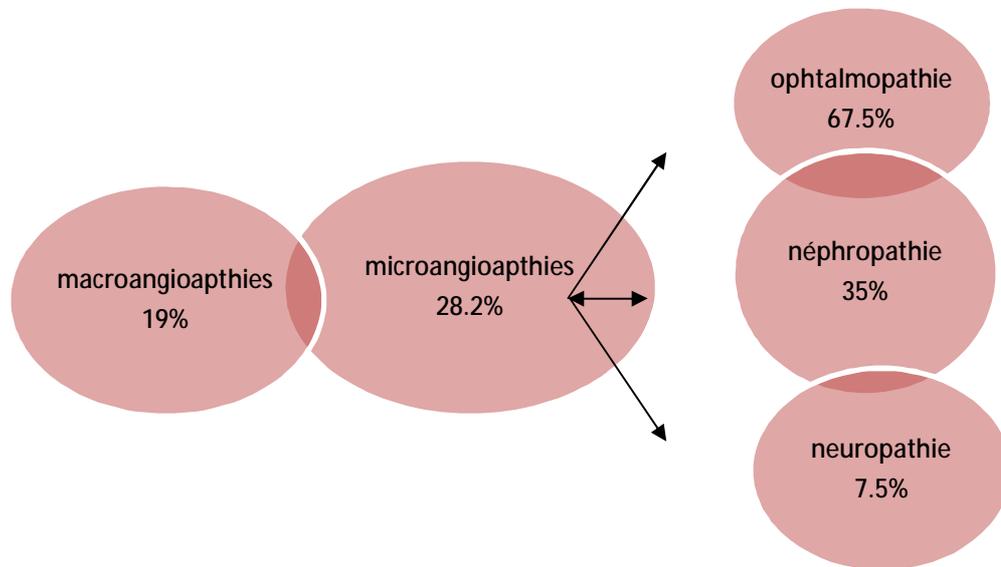


Figure 4: répartitions des complications dégénératives

Pathologies associées :

*HTA : 52.1%

*dyslipidémie : 30.3%

58.5% de nos patients présentent au moins un trouble : anxiété et/ou dépression. Leur répartition est représentée sur la figure 5

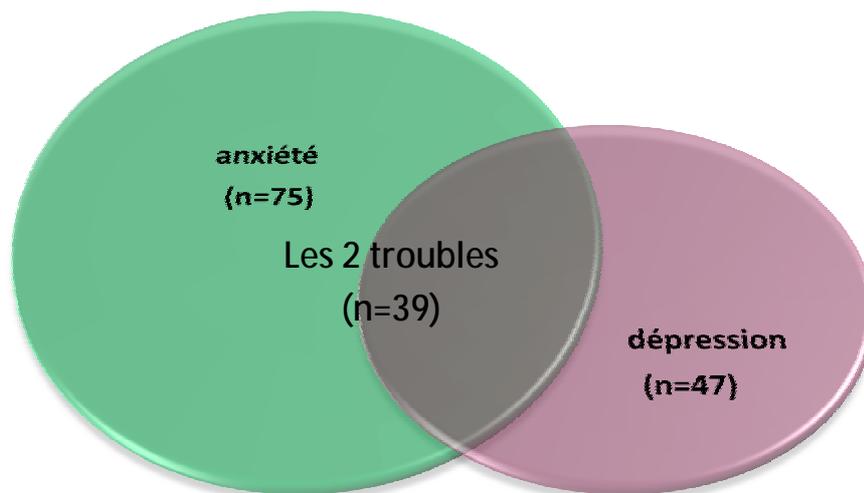


Figure 5: répartition des troubles anxio-dépressifs

B- anxiété et diabète de type 2 :

52.9 % de nos patients sont anxieux.

En analysant le rapport entre la présence d'anxiété par rapport aux différents éléments étudiés, nous notons un lien significatif entre anxiété et le niveau économique bas, l'absence de couverture sociale, une ancienneté de diabète qui dépasse les 5 ans, mauvais équilibre glycémique avec HbA1c qui dépasse les 9%, l'association du diabète de type 2 à une HTA, la sédentarité.

Les liens statistiques entre ces différents éléments et la présence d'anxiété sont résumés sur le tableau 2

Tableau 2: facteurs en lien avec l'anxiété

Ancienneté du diabète > 5 ans	P=0.02
HbA1c \geq 9%	P=0.03
HTA	P=0.007
Absence d'activité physique	P=0.03

La moyenne d'HbA1c selon la présence d'une anxiété :

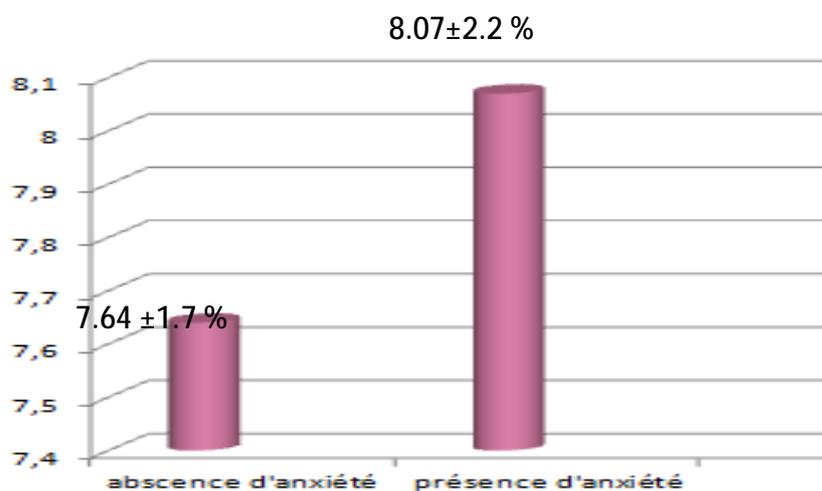


Figure 6: HbA1c selon la présence d'une anxiété

Ancienneté du diabète de type 2 selon la présence d'une anxiété :

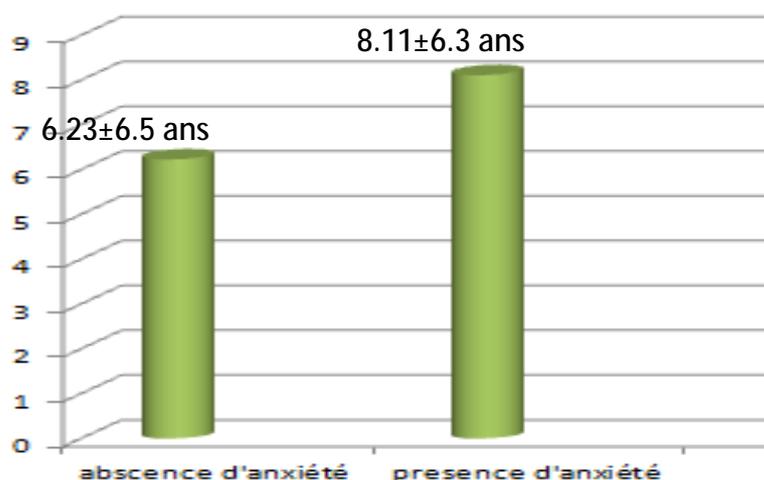


Figure 7: ancienneté du diabète selon la présence d'une anxiété

En analyse multivariée (régression logistique) les facteurs qui subsistent comme facteurs indépendants entre diabète de type 2 et anxiété sont résumés sur le tableau 3

Tableau 3: facteurs indépendants entre diabète de type 2 et anxiété

	OR	IC95%	P
Hba1C >= 9	3.36	1.33-8.50	0.01
HTA	2.31	1.07-4.98	0.03
Exercice physique	0.38	0.16-0.86	0.02

Les femmes présentent plus de troubles anxieux : 57% des femmes incluses dans l'étude contre 44.9% mais sans lien statistiquement significatif.

Cependant, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre la présence d'anxiété et celle des complications dégénératives du diabète.

C-Dépression et diabète de type 2:

33.1 % de nos patients sont dépressifs.

En analyse univariée, les facteurs de risque de la dépression sont le niveau d'instruction bas, le niveau économique bas, l'absence de couverture sociale, l'ancienneté du diabète qui dépasse 5ans et l'association du diabète de type 2 à une HTA.

Les liens statistiques entre ces différents éléments et la présence d'une dépression sont résumés sur le tableau 4

Tableau 4: facteurs indépendants entre diabète de type 2 et dépression

Niveau d'instruction	P=0.01
Absence de couverture sociale	P< 0.001
Ancienneté du diabète > 5 ans	P=0.01
HTA	P=0.009

Ancienneté du diabète de type 2 selon la présence d'une dépression :

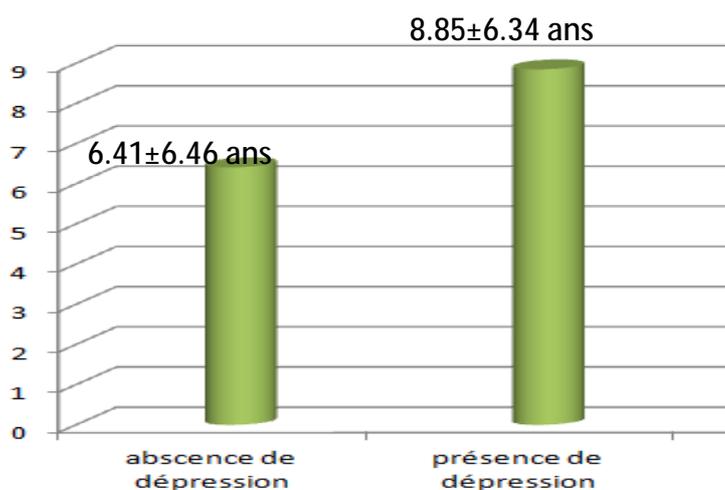


Figure 8: ancienneté du diabète selon la présence d'une dépression

En analyse multivariée (régression logistique) les facteurs qui subsistent comme facteurs de risque indépendants sont la couverture sociale (comme facteur protecteur), l'HTA et une ancienneté du diabète de plus de 5 ans.

Tableau 5: facteurs indépendants entre le diabète de type 2 et la dépression

	OR	IC95%	p
Couverture sociale	0.264	0.10-0.71	0.008
HTA	2.89	1.24-6.77	0.01
Diabète>5 ans	2.72	1.18-6.26	0.02

Les femmes présentent plus de troubles dépressifs, mais sans lien statistiquement significatif.

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre dépression et déséquilibre glycémique, ni avec la présence de complications dégénératives..

D- Présence de troubles (anxiété et/ou dépression) et diabète de type 2:

En général on ne trouve pas de relation significative entre la présence de troubles et les différents paramètres étudiés mais en tenant compte des 2 troubles à la fois, on note un lien très significatifs avec le niveau socio-économique bas et la non accessibilité à une couverture sociale

Tableau 6: liens entre diabète de type 2 et la présence de troubles

Liens entre présence de troubles et :	
Niveau économique bas	P=0.02
Absence de couverture sociale	P=0.02

Ce lien fort entre le niveau économique bas et l'absence de couverture sociale avec la présence de troubles Nous avons trouvé également un lien très significatif entre la présence de troubles et l'association de diabète de type 2 à une HTA.

DISCUSSION

La coexistence de troubles anxio-dépressifs et du diabète de type 2 constitue un facteur qui a une influence négative sur l'évolution des deux pathologies. De ce fait, plusieurs études à travers le monde se sont intéressées ces dernières années à la définition de ces troubles et à l'intérêt de leur prise en charge parallèle pour améliorer la qualité de vie de ces patients diabétiques et améliorer le pronostic de la maladie diabétique.

Notre étude s'est intéressée à définir la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les patients diabétiques de type 2, les facteurs de risques prédisposant à l'apparition des ces troubles et évaluer leur répercussion sur la prise en charge et l'évolution du diabète de type 2.

Les données épidémiologiques de nos patients sont comparables à ceux retrouvés par la majorité des études qui se sont intéressées à ce sujet durant les 5 dernières années.

Tableau 7: comparaison des données épidémiologiques de notre série à celle des autres études

	Notre série	Guinée [42]	USA [43]	Inde [44]
Nombre de patients	142	435	506	77
Age (années)	56.26±9	56.1±13.1	57.8±9.8	54.66±11.22
Sexe féminin (%)	65.5	61.8	57	51
Durée moyenne de diabète (années)	7.22±6.5		8.1±7.5	10.25

Globalement, la prévalence des troubles anxieux et/ou dépressifs chez les patients diabétiques est franchement plus élevée dans notre population par rapports aux autres études [42 ;44 ;46] tableau 8

Tableau 8: prévalence des troubles selon les études

	Notre série	Tunisie [45]	Guinée [42]	Inde [44]	Rio de Janero [46]
Anxiété (%)	52.9	61.4	33.5	3.9	
Dépression (%)	33.1	24.8	12	16.9	18.6
Les 2 troubles associés (%)	27.4		6.2		

La présence de troubles est fortement liées au niveau économique bas et à l'absence de couverture sociale ce qui suggère que la non accessibilité aux soins constitue un facteur de stress chez les patients souffrant de maladies chroniques dans notre société aboutissant aux troubles anxio-dépressifs qui aggravent d'avantage le pronostic de la maladie.

Il n'y a pas d'études qui se sont intéressés au niveau socio-économique et à la couverture sociale chez les diabétiques de type 2 présentant des troubles anxio-dépressifs ce ci est peut être due au fait que la généralisation de la couverture sociale dans certains pays et la facilité d'accès aux soins chez d'autres.

Par ailleurs on trouve un lien très significatif entre la présence de troubles et l'association du diabète de type 2 à une HTA, élément rapporté par d'autres études [45]. L'HTA elle même est une maladie chronique dont les complications sont lourde et dont le traitement et parfois inaccessible a certains de nos patients, ce qui constitue un facteur de stress qui se rajoute à celui du diabète de type 2.

L'association du diabète de type 2 à l'anxiété et la dépression est fortement lié au sexe féminin [47 ; 50 ; 54 ; 55] est un facteur rapporté par la majorité des auteurs. Dans notre série les femmes présentent plus de troubles anxieux et dépressifs que les hommes mais sans lien statistiquement significatif. Ceci est dû à la nature sensible et anxieuse de la femme mais dans notre contexte probablement que le soutien psychologiques entres les familles particulièrement les femmes rend l'acceptation de la maladie est plus accessible.

Un niveau de scolarisation bas est corrélé à la présence d'une dépression chez nos patients diabétique ce qui rejoint les données rapportées par une étude guinéenne [42] cet élément peut être lié aux difficultés de suivis liées à l'analphabétisation (les mesures de la glycémie capillaire, l'adaptation des doses d'insuline.....)

Comme c'est le cas dans notre série, plusieurs études ont rapporté un lien significatif entre la durée d'évolution du diabète et la présence d'une anxiété et d'une dépression chez les patients diabétiques de type 2 [47 ;52 ; 53], mais cette relation n'a pas était retrouvé par tous les auteurs [43 ; 44].

Pour les patients diabétiques de type 2, l'évolution du diabète est synonyme de l'approche des complications dégénératives ce qui augmentera le stress et la sensation d'impuissance devant l'évolution et les dégâts engendrés par la maladie physique.

Nos avons trouvé un lien très significatif entre la présence d'une anxiété chez le diabétique de type2 est fortement liée au déséquilibre du diabète, chose rapporté par toutes les études [43 ; 44 ; 45]. Ce qui suggère qu'une meilleure qualité de soins et le bon contrôle du diabète seraient des éléments protecteurs contre la survenue d'une anxiété [44]. Dans l'autre sens, l'anxiété elle-même peut être source de

déséquilibre glycémique surtout chez certains diabétiques de type 2 qui ont une tendance vers la boulimie.

L'association du déséquilibre glycémique à la présence de dépression chez les patients diabétiques de type 2 est rapporté par la majorité des auteurs [45 ; 46 ; 56], Cette association n'a pas été retrouvée chez nos patients, probablement du fait de l'inhibition psychomotrice et l'anorexie liée à la dépression. Ce qui explique aussi le taux élevé de sédentarité chez le patient diabétique de type 2 déprimé rapporté par plusieurs auteurs [44 ;45] même si cette association n'a pas été retrouvée chez nos patients.

L'effet protecteur de l'activité physique contre la survenue de troubles anxieux a été rapporté par plusieurs études [44 ; 48 ;49]. L'effet de certains neurotransmetteurs comme les beta-endorphines secrétés lors de l'activité physique seraient à l'origine de cet effet protecteur de l'activité physique contre l'anxiété [44]

Ainsi, l'encouragement de l'exercice physique chez les diabétiques de type 2 ne sera pas seulement un facteur pour contrôler le poids et l'équilibre glycémique mais aussi un facteur protecteur contre l'anxiété chez ce groupe de patients.

Toutes les études ont rapporté un lien très fort entre la présence d'anxiété et de dépression et celle des complications dégénératives chez le diabétique de type 2 [45 ; 51 ; 56] chose qui n'a pas été retrouvée dans notre série probablement du fait d'un sous diagnostic des complications dégénératives surtout chez les patients recrutés au centre de santé ou chez les patients ne se permettant pas - sur le plan économique- de réaliser ces examens complémentaires parfois coûteux.

CONCLUSION

Comme toutes les maladies chroniques, le diabète a autant de répercussions sur le plan psychologique que somatique. Il constitue une condition de stress qui suscite des réactions émotionnelles, de même qu'un travail d'acceptation et d'adaptation psychologique.

Au terme de ce travail, les troubles anxio-dépressifs sont très fréquents chez nos patients diabétiques de type 2 : la moitié sont anxieux et le 1/3 sont déprimés.

Certes, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre la présence de troubles anxio-dépressifs chez le diabétique de type 2 et la présence de complications dégénératives, néanmoins une prise en charge multidisciplinaire incluant diabétologue, psychologue et psychiatre s'avère nécessaire pour améliorer la qualité de vie de ces patients, leur adhérence à l'activité physique et l'équilibre glycémique.

Nous voulons mettre l'accent sur l'association très forte de ces troubles avec la non accessibilité aux soins représenté par le niveau socio-économique bas et l'absence de couverture sociale.

Actuellement avec la généralisation du RAMED dans notre pays, on espère réduire le poids psychologique des maladies chroniques et spécifiquement chez les patients diabétiques de type 2, ce qui aura un impact positif sur la qualité de vie des patients et sur l'évolution de la maladie.

RESUME

Introduction :

Comme toutes les maladies chroniques, le diabète a autant de répercussions sur le plan psychologique que somatique. L'objectif de ce travail est de déterminer la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez le diabétique de type 2, les facteurs prédisposant à ces troubles et leur retentissement sur le diabète de type 2 Justifiant ainsi une prise en charge multidisciplinaire comprenant psychologue et psychiatre à coté du diabétologue pour améliorer le pronostic général de la maladie diabétique.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale qui a concerné les patients diabétiques consultant au CHU de Fès, répondant aux critères d'inclusion. Le recueil des données était réalisé, à l'aide d'une fiche standardisée, lors d'un entretien individuel et confidentiel, en fin de consultation par le même medecin. Deux échelles d'évaluation psychiatriques ont été utilisées : L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton et L'échelle d'appréciation de dépression de Beck version arabe validée par le service de psychiatrie CHU Hassan II Fès

Résultats :

142 patients diabétiques ont été inclus. 52.9% parmi eux souffraient d'anxiété, la dépression a été retrouvée chez 33.1% des patients et les 2 troubles étaient associés chez 27.4% de nos patients.

Nous avons trouvé un lien statistique très significatif entre la présence de troubles anxieux et le déséquilibre glycémique ($p= 0.03$) et avec l'absence d'activité physique ($p= 0.03$) et une évolution de diabète qui dépasse les 5 ans.

La dépression était fortement liée au niveau d'instruction bas ($p=0.01$) et une durée d'évolution du diabète qui dépasse les 5 ans.

Les 2 troubles étaient fortement liées au niveau économique bas et à l'absence de couverture sociale et la présence d'une HTA ce qui suggère que la non accessibilité aux soins constitue un facteur de stress chez les patients souffrant de maladies chroniques dans notre société aboutissant aux troubles anxio-dépressifs qui aggravent d'avantage le pronostic de la maladie.

Mais nous n'avons pas trouvé de liens significatifs entre la présence de troubles anxio-dépressifs et les complications dégénératives du diabète.

Conclusion :

Ce travail montre l'intérêt d'améliorer l'accessibilité aux soins via un élargissement de la couverture sociale particulièrement chez les patients souffrant de maladies chroniques et celui d'une prise en charge multidisciplinaire pour la prise en charge du diabète de type 2 dans notre contexte.

Mots clés : Diabète de type II, anxiété, dépression

REFERENCES

- 1- J. BELKHADIR. Le 3ème Congrès du Groupe Pan Africain Pour l'Etude du Diabète Casablanca, mai 2001
- 2- Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI: Prévalence et facteurs associés à l'anxiété et la dépression chez les médecins de famille à Karachi, au Pakistan. J Pak Med Assoc 2004, 54 : 45-49.
- 3- Wilhelm K, P Mitchell, Slade T, et al. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian survey. J Affect Dis 2003; 75: 155-162.
- 4- Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. Wulsin LR, Vaillant GE, VE Wells. A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med 1999; 61: 6-17.
- 5- Khowaja LA, Khuwaja AK, Cosgrove P: Coût des soins du diabète dans les cliniques externes de Karachi, au Pakistan. BMC Health Serv Res 2007, 21 : 189.
- 6- Lin EH, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Ciechanowski P, Oliver MM, et al .: Depression and advanced complications of diabetes: a prospective cohort study. Diabetes Care 2010, 33 : 264-269.
- 7- Nichols I, Barton PL, Glazner J, McCollum M: Le diabète, la dépression mineure et de l'utilisation des soins de santé et les dépenses: une étude rétrospective de base de données. Cost Eff Resour Alloc 2007, 5 : 4.
- 8- Bouwman V, Adriaanse MC, van 't Riet E, Snoek FJ, Dekker JM, Nijpels G: Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study. PloS One 2010, 5 : E9971.
- 9- Pouver F: Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? Nat Rev Endocrinol 2009, 5 : 665-71.
- 10- Jean-Marc Talon « dépression et diabète de type 2 : à propos d'une étude prospective concernant 41 patients » thèse N°05-048 soutenue le 13/10/2005 à la faculté de médecine de Besançon

- 11- Mantelet S. Données épidémiologiques concernant les comorbidités dépression – maladies organiques. In : Lempérière T(ed) Dépression et comorbidités somatiques. Paris : Masson ;2003 ;p. 3-17.
- 12- Hazen C, Soudry Y, Consoli SM. Depression and physical illness. Rev Prat 2008 ; 58 : 377-384.
- 13- O. Cottencin. Severe depression : concomitant somatic disease. L'Encéphale (2009) Supplément 7, S272-S278.
- 14- Boureau F, Fouberere JF, LuuM. Conduite à tenir face à une douleur chronique. Ency Med Chir (paris-France).thérapeutique, 25-14-B10,1993,9pages.
- 15- Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill : scientific review and recommendations. Biol Psychiatry 2005 ; 58 : 175-189.
- 16- Ali S, Pierre MA, Peters JL, et al. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med 2006; 23: 1165-1173.
- 17- Barnard KD, Skinner TC, Peveler R. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 1 diabetes: systematic literature review. Diabet Med 2006; 23: 445-448.
- 18- David M Clarke and Kay C Currie. Dépression, anxiété et leur relation avec les maladies chroniques: un examen de la preuve épidémiologique, le risque et le traitement. Medical Journal of Australia 2009; 190 (7) : S54-S60
- 19- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. J Psychosom Res 2002; 53: 1053-1060.
- 20- Knol MJ, Twisk JWR, Beekman ATF, et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. Diabetologia 2006; 49: 837-845.

- 21- Eaton WW, Armenian H, Gallo J et al. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care* 1996 ; 19 : 1097-1102.
- 22- Musselman DL, Betane E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes type 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 317-329
- 23- Théodore-Yves Nassé. ANXIÉTÉ, angoisse, stress et dépression en hormonologie. Du d'Ethnopsychiatrie paris.
- 24- Duelli R, Kuschinsky W. brain glucose transporters relationship to local energy demand. *New Physiol Sci* 2001, 16: 71-76
- 25- Petersen KF, Shulman GI. Pathogenesis of skeletal muscle insulin resistance in type 2 diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2002; 90: 11G-18G
- 26- Fernandez-real JM, Vayred M, Richert C et al. Circulating interleukin 6 levels blood pressure and insulin insensitivity in apparently healthy men and women. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 1154-1159
- 27- Musselman DL, Miller AH, Porter MR et al. higher than normal plasma interleukin 6 concentrations in cancer patients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1252-1257
- 28- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes : impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 3278-3285.
- 29- Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003 ; 26 :2822-2828.

- 30- Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, et al. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 235-247.
- 31- Lusstman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997; 59: 241-250.
- 32- Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4): CD001312 (updated 2007).
- 33- Goodnick PJ, Henry JH, Buki VMV. Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 128-136.
- 34- Devane CL; Markowitz JS. Psychoactive drug interactions with pharmacotherapy for diabetes *psychopharmacol bull* 2002; 36: 40-52
- 35- Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2003; 51: 5-15.
- 36- Lustamn PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clousse RE. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Ann Inter Med* 1998; 129: 613-623
- 37- Snoek FJ, Skinner TC. Psychological counseling in problematic diabetes: does it help?. *Diabet Med* 2002; 19: 265-273.
- 38- Keller MB, Mccollough JP, Klein DN. A comparaison of nefazodone , thecognitive behavioral-analysis sustem of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Eng J Med* 2000; 342: 1462-1470
- 39- HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit. J. med . Psychol*, 1959, 32, 50-55.

- 40- Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.
- 41- Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.
- 42- A. Camara, E. Sobngwi, N. Moussa Baldé, S. Baldé, T. Oumar Barry, M. Malal Bah, B. Sall, A. Bah. Anxiété et dépression : fréquence et facteurs associés chez 435 diabétiques suivis en Guinée. *Diab Met* 2011,37, A36-A108
- 43- L. Fisher, MM Skaff, JT Mullan, P. Arean, R. Glasgow, and U. Masharani. Une étude longitudinale des troubles affectifs et l'anxiété, l'affect dépressif et de détresse du diabète chez les adultes diabétiques de type 2. *Diab Med* 2008 Septembre; 25 (9): 1096-1101.
- 44- Yatan Pal Singh Balhara, Rajesh Sagar. Anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian journal of endocrinology and metabolism* juil 2011, Volume:15, Numéro: 5, Page: 50-54
- 45- N Rkik, M Kammoun, L Minif, R Dammak, N Charfi, A Jaoua, M Abid. Les troubles anxio-depressifs au cours du diabète. *Diab Met*, march 2010, vol 36, supp 1, A71
- 46- Marcelo P, Rodrigo OM, Walmir C, Rosane K, Leao Z, Silvia F, José CA. Depression, glycemic control and type 2 diabetes. *Diabetology and metabolic syndrome* 2011. 3;26.
- 47- Almawi W, Tamim H, Al-Sayed N, Arekat MR, Al-Khateeb GM, Baqer A, Tutanji H, Kamel C. Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with Type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of Type 2 diabetes. *J Endocrinol Invest* 2008;31:1020-4.
- 48- Hong X, Li J, Xu F, Tse LA, Liang Y, Wang Z, *et al* . Physical activity inversely associated with the presence of depression among urban adolescents in regional China. *BMC Public Health* 2009;9:148.

- 49- Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2004;54:45-9.
- 50- Roupa Z, Koulouri A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Marneras X, Lahana I, Gourni M. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Sci J* 2009;3:32-40.
- 51- H. Zouari¹, R. Damak², J. Masmoudi², L. Mnif², A. Jaoua², N. Zouari. Anxiété, dépression et complications du diabète : étude transversale concernant 62 patients âgés. *Diabetes Metab* 2011, 37, A36-A108
- 52- Iype T, Shaji SK, Balakrishnan A, Charles D, Varghese A, Antony TP. Cognition in type 2 diabetes: Association with vascular risk factors, complications of diabetes and depression. *Ann Indian Acad Neurol* 2009;12:25-7.
- 53- Perveen S, Otho MS, Siddiqi MN, Hatcher J, Rafique G. Association of depression with newly diagnosed type 2 diabetes among adults aged between 25 to 60 years in Karachi, Pakistan. *Diabetol Metab Syndr* 2010; 2:17.
- 54- Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetol Metab Syndr* 2010; 2:72.
- 55- Mirza I, les facteurs de risque R. Jenkins, la prévalence et le traitement des troubles anxieux et dépressifs au Pakistan: Examen systémique. *BMJ* 2004;328:794. *BMJ* 2004; 328:794.
- 56- Saman LZ, Ehsan US, Junaid AB, association of depression with treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus : a cross-sectional study from Pakistan. *BMC psychiatry* 2011, 11:27.

ANNEXES

Annexes 1 :

Echelle d'anxiété d'Hamilton

Cotation : 0 = rien - 1 = faible - 2 = modérée - 3 = forte - 4 = très forte

- 1 . **Etat d'inquiétude :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité.
- 2 . **Tension :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Impression de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilité à fondre en larmes, tremblements, impression de ne pas pouvoir tenir en place, impossibilité de se détendre.
- 3 . **Etat dépressif :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne.
- 4 . **Conduite pendant l'entrevue :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Oubli, tremblement des mains, front plissé, visage tendu, soupirs ou respiration courée, pâleur du visage, déglutition, rots, sursauts tendineux, mydriase, exophtalmie.
- 5 . **Peurs - Frayeurs :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

De l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules.
- 6 . **Intellect :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Difficulté de concentration, mémoire défaillante.
- 7 . **Insomnie :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Difficulté de s'endormir, sommeil intermittent, sommeil non réparateur avec fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes.
- 8 . **Symptômes autonomes :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Bouche sèche, érythrose, pâleur, tendance à transpirer, étourdissements, maux de tête pendant les périodes de tension, cheveux qui se dressent.
- 9 . **Symptômes génito-urinaires :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Fréquence de la miction, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragie, frigidité, éjaculation précoce, baisse ou perte de la libido.
10. **Symptômes cardio-vasculaires :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extra-systole).
11. **Somatique - sensorielle :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Troubles de la vision (flou), bouffées de chaleur et sueurs froides, impressions de faiblesse (physique), sensations de picotement.
12. **Somatique - musculaire :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements des dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire.
13. **Symptômes gastro-intestinaux :**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Difficulté de déglutition, gaz, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnement abdominal, nausée, vomissements, hémorrhagies, relâchement des sphincters, perte de poids, constipation.
14. **Symptômes respiratoires**

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée.
- 0 à 5 : pas d'anxiété
6 à 14 : anxiété mineure
15 et plus : anxiété majeure

Annexe2 :

Echelle d'appréciation de l'anxiété

De Max HAMILTON

Traduction Arabe :

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

الاسم العائلي :

الاسم الشخصي :

تاريخ الاذدياد :

تاريخ ملاء الاستمارة :

الفاحص :

التقييم :

0 – غائب تماما

1 – خفيف

2 – متوسط

3 – قوي

4 – قصوي (ملغى)

1 - مزاج قلق

- منشغل (البال) – انتظار الأسوأ – استباق الحدث مع الخوف – سرعة الانفعال و الغضب.

2 - التوتر

- إحساس بالتوتر - التعب - استحالة الاسترخاء - رد فعل انتفاضي - بكاء سهل و رعشة - إحساس بعدم القدرة على البقاء في نفس المكان.

3- الخوف (المخاوف)

- من الظلمة - من الأعراب - من أن نبقى وحيدين - من الحيوانات الكبيرة - من حركة المرور - من الجماهير.

4 - الأرق و السهاد

- صعوبة النوم - نوم متقطع - نوم غير كافي مع تعب عند الاستيقاظ - حلم مجهود - كوابيس - رعب ليلي.

5 - الاشتغال الذهني

- صعوبة التركيز - ضعف الذاكرة.

6 - مزاج اكتابي

- فقدان الأهمية - عدم الاستمتاع بالملهى و المسليات - اكتئاب - أرق الصباح - تغيير المزاج خلال النهار.

7 - أعراض سوماتية عامة (عضلية)

- ألم و التواء في العضلات - تصلب و توتر عضلي - انتفاض عضلي - ارتجاج عضلي - صريف (صوت) الأسنان - تعلق في الكلام.

8- أعراض سوماتية عامة (أحاسيس)

- طنين الأذنين - رؤية غير واضحة - نفخة حرارة أو برودة - إحساس بالضعف - إحساس بالوخز.

9-أعراض الشرايين و القلب

- خفقان سريع في القلب - اضطرابات في نبضات القلب - آلام في الصدر - اختلاج الأوعية - إحساس بالغثيان و الإغماء - إحساس بتوقف نبضات القلب.

10 -أعراض تنفسية

- ضيق في الصدر - إحساس بالتحرج و الاختناق - التثهد - تنفس مؤلم.

11 - أعراض المعدة و الأمعاء

- صعوبة البلع - خروج الغازات عبر الفم (التكرع) - عصر في الهضم - إحساس بالحرقة - انتفاخ - صعود الأحماض المعدية للبلعوم - الإحساس بالقيء - صوت الغازات بالأمعاء - الإسهال - فقدان الوزن - الإمساك.

12 -الأعراض التناسلية و البولية

- توقف العادة الشهرية - اضطراب العادة الشهرية - البرود الجنسي - التبول المضطرب - صعوبة إمساك البول - القذف السريع - عدم الانتصاب - العجز الجنسي.

13 - أعراض الجهاز العصبي المحيطي أو الخارجي

- جفاف الحلق - الإحمرار - الإصفرار - تعرق اليدين - الإحساس بالغثيان و الإغماء - ألم الرأس - اضطراب في الضغط - الارتعاش (وقوف شعر الجسد).

- السلوك العام

- التصلب - غير مرتاح - كثير حركة اليدين - النقر على الطاولة - تشبيك أصابع اليدين - حركات قصرية - الشد على المنديل - الذهاب والإياب القصري - ارتعاش اليدين - قصب الحاجبين و الجبين - التصلب العضلي - اللهثان - شحوب الوجه

- الفزيولوجيا

- تزايد في افراز اللعاب - خروج الغازات عبر الفم (التكرع) - نبض مرتفع - سرعة في التنفس - انعكاس داغصي مرتفع - ارتعاش - توسع البؤبؤ - جحوظ العين - العرق إيقاع سريع للجفنين

Annexe 3 :

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

- A
- 0 Je ne me sens pas triste
 - 1 Je me sens cafardeux ou triste
 - 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
 - 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
- B
- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
 - 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
 - 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
 - 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
- C
- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
 - 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
 - 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
 - 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)
- D
- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
 - 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
 - 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
 - 3 Je suis mécontent de tout
- E
- 0 Je ne me sens pas coupable
 - 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
 - 2 Je me sens coupable
 - 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien
- F
- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
 - 1 Je suis déçu par moi-même
 - 2 Je me dégoûte moi-même
 - 3 Je me hais
- G
- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
 - 1 Je pense que la mort me libérerait
 - 2 J'ai des plans précis pour me suicider
 - 3 Si je le pouvais, je me tuerais

- H
- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
 - 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
 - 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
 - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
- I
- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
 - 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
 - 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
 - 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
- J
- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
 - 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
 - 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
 - 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant
- K
- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
 - 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
 - 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
 - 3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- L
- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
 - 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
 - 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
 - 3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- M
- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
 - 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
 - 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
 - 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

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 :

ملخص استمارة « BECK » Questionnaire abrégé de

Traduction arabe :

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

الاسم العائلي :

الاسم الشخصي :

الجنس : ذكر أنثى

تاريخ الازدياد :

تاريخ ملئ الاستمارة :

طريقة الاستعمال :

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

أ -

0.....-لا أحس بأنني حزين

1.....- أحس بأنني كئيب أو حزين

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

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

ب -

0.....-أنا لست محبطاً أو متشائماً في ما يخص المستقبل

1.....-أحس بالإحباط تجاه المستقبل

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

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

ج -

0.....- ليس لدي إحساس بالفشل في حياتي

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

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

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

د -

- 0..... لا أحس بعدم الرضا.....
- 1..... لا أستغل الفرص بشكل جيد.....
- 2..... لا أحس بالرضا في أي شيء.....
- 3..... أنا مستاء من كل شيء.....
- هـ -

- 0..... لا أحس أنني مذنب.....
- 1..... أحس في غالب الأوقات أنني سيء.....
- 2..... أحس أنني مذنب.....
- 3..... أقول أنني سيء و لدي انطباع بأنني لا أساوي شيئاً.....
- و -

- 0..... لست أنا سبب إبطائي.....
- 1..... أنا سبب إبطائي.....
- 2..... أشمئز من نفسي.....
- 3..... أكره نفسي.....
- ز -

- 0..... لا أفكر في إيذاء نفسي.....
- 1..... أضمن أن الموت سيخلصني.....
- 2..... لدي مخطط معين للانتحار.....
- 3..... لو أنني أستطيع لقتلت نفسي.....
- ك -

- 0..... لم أفقد الاهتمام بالناس.....
- 1..... الآن، اهتمامي بالناس أقل من ذي قبل.....
- 2..... فقدت الاهتمام الذي كان لدي للناس، و إحساسي بهم ضعيف.....
- 3..... فقدت الاهتمام بالآخرين و لا أبالي بهم مطلقاً.....

ل -

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

م -

- 0..... لا أحس أننى أقيح من ذى قبل.....
- 1..... أخاف أن أبوء عجزاً أو قبيحاً.....
- 2..... لذي انطباع بأن هناك تغييراً مستمراً في مظهرى (شكلى) قبيحاً.....
- 3..... لذي انطباع بأننى قبيح و منفر.....

ن -

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

ح -

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

ط -

- 0..... شهيتى دائماً على ما يرام.....
- 1..... شهيتى ليست كالمعتاد.....
- 2..... شهيتى أقل بكثير من المعتاد.....
- 3..... ليس لذى شهية.....