



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

Année 2022

Thèse N°199

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/06/2022

PAR

Mlle. Nouhaila MOUSTAHFID

Née Le 15 Février 1996 à Marrakech

MEDECIN INTERNE CHU MOHAMMED VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Dépression – Troubles Anxieux – Étudiants en médecine

JURY

Mme.	F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENTE
Mr.	I. RAMOUZ Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr.	K. MOUHADI Professeur agrégé de Psychiatrie	} JUGES
Mr.	M.A. LAFFINTI Professeur agrégé de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت
عليّ وعلى والديّ وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي إني تبت إليك وإني
من المسلمين"

صدق الله العظيم

سورة الأحقاف

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. Mohamed AMINE
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUSSAIR Nistrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie

AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anésthésie- réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anésthésie- reanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie- virologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale

BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino- laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie- virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

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

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

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie Clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie- virology
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie

DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUITA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

LISTE ARRETEE LE 03/03/2022



DEDICACES



*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
ma reconnaissance et de dédier cette thèse*



Je dédie cette thèse à...

À ma très chère mère Lalla Hind KOUNTRI

À la personne qui m'a donné la vie, et l'envie de vivre, la personne qui m'a tout donné sans jamais compter et sans retour. Rien ne pourrait exprimer la profondeur des sentiments que j'éprouve envers toi. Ton sacrifice et ton dévouement constant ont été pour moi des compagnons éternels. Tu es restée ma certitude dans mes moments de doute, mon courage et mon réconfort. Depuis ma naissance, tu as œuvré sans relâche à me donner les meilleures chances dans la vie. J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect. Puisse Dieu te protéger de tout mal, te procurer longue vie, santé et bonheur, que Dieu te garde pour moi.

À mon très cher père Sidî Khalid MOUSTAHFID

Je t'écris ces mots avec les larmes aux yeux, j'ai tellement beaucoup de choses à te dire que je ne sais pas par où commencer. Tu as toujours été un exemple de motivation et de persévérance pour moi, une source d'inspiration, mon maître et ma première école.

Merci papa de m'avoir aidé à voir plus clair dans les situations les plus difficiles, aujourd'hui si je suis là c'est bien grâce à toi. Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation. Je te dédie cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et encouragements.

À mes frères et sœurs Sidi Ali et Lalla Hajar

Vous avez toujours été ma source de motivation et d'énergie positive.

Vous m'avez toujours soutenue avec votre amour, vos encouragements et votre humour. Aucun mot ne peut décrire la chance que j'ai d'avoir de magnifiques frère et sœur comme vous.

Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien et merci pour votre existence qui me comble de bonheur quotidiennement. J'espère avoir été pour vous la sœur dont vous aviez besoin.

À ma grand-mère maternelle Lalla Zineb SARSAR

Pour ton amour, prières et encouragements qui m'ont toujours épaulés pendant ce long parcours. J'espère avoir ta fierté aujourd'hui. Tu es pour moi une source continue de sagesse et de bonté. Je t'aime énormément, et je suis fière d'être ta petite fille. Que Dieu te garde en bonne santé et te protège du mal.

À mon grand-père maternel

Sidi Mohamed KOUNTRI

Merci pour ton réconfort, ta douceur et ta gentillesse. Tu as toujours su trouver les mots pour m'apaiser. Puisse Dieu, le Tout-Puissant te combler de santé, de bonheur et te procurer une longue vie.

À ma chère tante

Lalla Sanae KOUNTRI

*À ma deuxième maman, la plus douce et la plus
merveilleuse des tantes.*

*Celle qui a vécu avec moi les pires et les meilleurs moments
de mon parcours, celle qui a été là et aux petits soins pour
moi, depuis mon enfance jusqu'à ce jour.*

*Je t'aime très fort, j'espère de tout mon cœur
que Dieu te garde en bonne santé, et te protège de tout mal.*

À ma grand-mère paternelle Lalla Tamou

*Aucune dédicace ne saurait te témoigner l'affection et la
gratitude que je te porte. Puisse Dieu te procurer bonheur et
prospérité.*

*À La mémoire de mon grand-père paternel Sidi Jafar
MOUSTAHFID*

*Qui a toujours été dans mon esprit et dans mon cœur, je te dédie
aujourd'hui ma réussite.*

Que Dieu, le miséricordieux, t'accueille dans son éternel paradis.

À tous mes oncles et leurs épouses

À toutes mes tantes et leurs époux

*Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens
envers vous. Votre noblesse et votre bonté sont sans limites.
Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que vous
vous êtes imposés afin d'assurer mon bien-être.*

Que dieu nous unisse à jamais.

À mes adorables cousins et cousines

*Oumayma, Hiba, Hfissa, Sara, Yahya, Taha, Chaïmae, Hamza,
Soraya, Manal, Jalal, Soufiane, Rania, Sofia, Lina*

*Je vous aime fort, et je vous souhaite une vie pleine de bonheur
et de succès. Que dieu vous offre le courage pour que vous
puissiez accomplir tous vos rêves.*

À mes amis et ma seconde famille :

*En tête de liste : Chaïma AIT EL QADI, FAKHRI Nour EL
Houda, Safae EZ-ZAHRAOUI, Sihame EZ-ZAHRAOUI, Asma
OUZAKA, Sara ADDI, Assala CHERKI, Ilyas ZARIDI, Imane
EL HADAJ, Mehdi EL MANSOURI, Oumaïma Bourhit,
Nouhaïla Bourhit, Younes MOUSSADDAK, Inasse MOURABITI,
Meryam AHRA, Moad ELBAKHTI, Radia BENHAMIDOU,
El Ghalia BENHAMIDOU, etc.*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et
aux liens solides qui nous unissent. C'est le hasard qui fait la
famille, mais c'est le cœur qui fait les amis.*

*Un grand merci pour vos encouragements et votre soutien,
merci de m'avoir fait rire quand j'en avais besoin. Je vous
remercie d'avoir toujours été là à mes côtés.*

À l'équipe de Psychiatrie de CHU d'Agadir

*Dr Jalal DOUFIK, Dr Mina OUHAMOUI, Dr Hicham LAARAJ,
Dr Omar EL OUMARY, Dr Zineb SALEHDDINE*

*Je vous remercie pour le très beau passage durant lequel j'ai
appris tant de choses.*

*Pour votre soutien, votre accueil et votre serviabilité. Que dieu
vous protège.*

*À Professeur Lahlou Laïla
Professeur d'épidémiologie et de santé publique
À la Faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir*
Je vous remercie pour toute l'aide que vous m'avez fournie pour
la réalisation de ce travail. Sans votre soutien et vos
encouragements, ce travail n'aurait pu être réalisé.
Que Dieu procure santé et bonheur à vous, et à votre famille

*À la 19^{ème} promotion des médecins internes de Marrakech
Knza Barakate, Fayçal Idam, Ilafe El machi, Yasmîna Hadouï,
Nîdae Mimouni, Asma Amarai, Abderrahîm Oumloul, Rîm
Almaggoussi, Yassine Akrim, Saad Moumen, Fatîma Arabi,
Sara Boumediane, Nafidi Salma, Sanae Nîham, Imane
Chadbellah, Ismaïl Ait Elkihel, Imane Katif, Kabbaj Samia, Raja
Ousalm, Siham Sbihi, Fatîma Ezzahra Afryad, Zineb Abouddar,
Noussaïba Malhabî, Soumaya Jamil, Assia LemkhouDEM, Zakaria
Ztati, Ayoub Alaoui, Omayma Fahir, Saloua Hazmiri, Jihane
Hamdane, Latifa Oumaïouf, Salma Ouazani Touhami,.... une
grande famille.*

*Merci les amis pour tous les bons moments que nous avons
partagés. Je vous souhaite du succès, du bonheur et surtout une
bonne santé*

*À tous mes collègues de l'association des médecins internes de
Marrakech, c'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous.*

*À tous mes collègues de l'association des médecins internes
d'Agadir*

*À tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur
Savoir.*

*À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.
À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration
travail.*



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR F. MANOUDI
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE
PSYCHIATRIE

CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

Vous nous honorez tous, et moi en particulier, par votre présence. Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Je tiens à vous remercier pour l'accueil aimable et bienveillant, c'était très touchant dans ces temps assez stressants. Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

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

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR I. RAMMOUZ
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE
PSYCHIATRIE

CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL D'INEZGANE

Tout d'abord, je tiens particulièrement à vous remercier d'avoir accepté de prendre ce sujet. C'est une problématique qui me tient à cœur et vous avez décidé de l'honorer.

Votre gentillesse, votre bienveillance, votre patience, votre quiétude ont été une source d'inspiration pour moi. Je vous remercie pour vos conseils et vos encouragements. J'espère que ce travail sera à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR K. MOUHADI
PROFESSEUR AGREGÉ DE PSYCHIATRIE
HÔPITAL MILITAIRE D'AGADIR

Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger parmi mon jury de thèse.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous m'avez accueillie.

Veillez trouver ici, le témoignage de ma grande estime et de ma sincère reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M.A. LAFFINTI
PROFESSEUR AGREGÉ DE PSYCHIATRIE
HOPITAL MILITAIRE AVICENNE-MARRAKECH

Nous vous remercions pour la simplicité que vous avez témoignée en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur.

Veillez agréer, mon professeur, à mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance.



LISTE DES ILLUSTRATIONS



Liste des figures

- Figure 1** : Le niveau d'étude des participants
- Figure 2** : Répartition de l'échantillon selon le genre
- Figure 3** : Répartition des étudiants selon l'âge
- Figure 4** : Répartition des étudiants selon la situation familiale
- Figure 5** : Répartition des étudiants en fonction de la présence de profession parallèle
- Figure 6** : Répartition des étudiants selon le mode de vie
- Figure 7** : Répartition des étudiants en fonction de la présence de bourse
- Figure 8** : Répartition des étudiants selon le niveau socio-économique de la famille
- Figure 9** : Répartition des étudiants selon la présence d'un parent médecin
- Figure 10** : La répartition des antécédents personnels psychiatriques chez les étudiants
- Figure 11** : La répartition de la dépression chez les étudiants
- Figure 12** : La répartition du stress chez les étudiants
- Figure 13** : La répartition de phobie sociale et du trouble d'anxiété généralisée chez les étudiants
- Figure 14** : La répartition du risque suicidaire chez les étudiants
- Figure 15** : La répartition des étudiants déprimés en fonction du genre
- Figure 16** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la situation familiale
- Figure 17** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de profession parallèle
- Figure 18** : La répartition des étudiants déprimés en fonction du mode de vie
- Figure 19** : La répartition des étudiants déprimés en fonction du niveau socio-économique
- Figure 20** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la profession des parents

- Figure 21** : La répartition des étudiants déprimés en fonction du niveau d'étude
- Figure 22** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence d'antécédents personnels psychiatrique
- Figure 23** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de troubles anxieux
- Figure 24** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de stress
- Figure 25** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de risque suicidaire
- Figure 26** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation du tabac
- Figure 27** : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation d'alcool
- Figure 28** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du genre
- Figure 29** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du mode de vie
- Figure 30** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction de la présence d'activité professionnelle parallèle
- Figure 31** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du niveau socio-économique
- Figure 32** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction de la profession des parents
- Figure 33** : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du niveau d'étude
- Figure 34** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence d'antécédents personnels psychiatriques

- Figure 35** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la consommation de tabac
- Figure 36** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la consommation d'alcool
- Figure 37** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de dépression
- Figure 38** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de risque suicidaire
- Figure 39** : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de stress
- Figure 40** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du genre
- Figure 41** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction de la présence d'activité professionnelle parallèle
- Figure 42** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du mode de vie
- Figure 43** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du niveau socio-économique
- Figure 44** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction de la profession des parents
- Figure 45** : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du niveau d'étude
- Figure 46** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence d'antécédents personnels psychiatriques
- Figure 47** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la consommation de tabac

- Figure 48** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la consommation d'alcool
- Figure 49** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence de dépression
- Figure 50** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence de phobie sociale
- Figure 51** : La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence de troubles anxieux généralisés

Liste des tableaux

- Tableau I** : Taux de participation à l'étude selon le genre
- Tableau II** : Répartition des étudiants selon la consommation de tabac
- Tableau III** : Répartition des étudiants selon la consommation de l'alcool
- Tableau IV** : Répartition des étudiants selon la consommation de drogues
- Tableau V** : Répartition des étudiants selon La consommation de chicha
- Tableau VI** : Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de notre échantillon
- Tableau VII** : La prévalence des troubles anxieux et de la dépression
- Tableau VIII** : Récapitulatif des corrélations de la dépression avec les différentes variables
- Tableau IX** : Récapitulatif des corrélations des troubles anxieux avec les différentes variables
- Tableau X** : Récapitulatif des corrélations du risque suicidaire avec les différentes variables
- Tableau XI** : Récapitulatif des corrélations positives en analyse bi variée
- Tableau XII** : Facteurs associés à la présence de dépression chez les étudiants en médecine d'Agadir en analyse multivariée
- Tableau XIII** : Facteurs associés à la présence de troubles anxieux chez les étudiants en médecine d'Agadir en analyse multivariée
- Tableau XIV** : Facteurs associés à la présence de risque suicidaire chez les étudiants en médecine d'Agadir en analyse multivariée
- Tableau XV** : Comparatif de la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine des différents pays
- Tableau XVI** : Comparaison de la dépression en fonction du genre

- Tableau XVII** : Comparaison de la dépression en fonction de la profession des parents
- Tableau XVIII** : Comparaison de la dépression en fonction du niveau d'étude
- Tableau XIX** : Comparaison de la dépression en fonction du niveau Socio-économique
- Tableau XX** : Comparaison de la dépression en fonction des ATCDs psychiatriques
- Tableau XXI** : Comparaison de la dépression en fonction des troubles anxieux
- Tableau XXII** : Comparaison de la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les étudiants en médecine des différents pays.
- Tableau XXIII** : Comparaison des troubles anxieux en fonction du genre
- Tableau XXIV** : Comparaison des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique
- Tableau XXV** : Comparaison des troubles anxieux en fonction des antécédents psychiatriques
- Tableau XXVI** : Comparaison du risque suicidaire en fonction de la dépression
- Tableau XXVII** : Comparaison du risque suicidaire en fonction de la consommation de toxique
- Tableau XXVIII** : Comparaison du risque suicidaire en fonction du mode de vie

Liste des abréviations

- ATCDs** : Antécédents
- DASS** : Depression Anxiety and Stress Scale
- DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- FMPA** : Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir
- FMPM** : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
- GAD** : General Anxiety Disorder
- MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PS** : Phobie sociale
- TAC** : Troubles anxieux caractérisés
- TAG** : Troubles anxieux généralisé
- TOC** : Trouble obsessionnel compulsif
- TP** : Trouble de panique



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type d'étude	05
II. Recueil des données	05
III. Population d'étude	05
IV. Échantillon	06
V. Les outils de mesure	06
1. Profil sociodémographique des étudiants	06
2. Questionnaire Dépression–Anxiété et Stress (DASS21)	07
3. Échelle de l'anxiété généralisée GAD7	08
4. Évaluation de la phobie sociale et du risque suicidaire	08
VI. Critères de jugement	08
VII. Analyse statistique	08
VIII. Éthique	09
RÉSULTATS	10
I. Recueil des questionnaires	11
II. Profil sociodémographique	12
III. Étude analytique	24
1. Analyse bi variée :	24
1.1. Analyse de la dépression	24
1.2. Analyse des troubles anxieux	34
1.3. Analyse du risque suicidaire	45
2. Analyse multivariée :	57
2.1. Facteurs associés à la dépression	57
2.2. Facteurs associés aux troubles anxieux	57
2.3. Facteurs associés au risque suicidaire	58
DISCUSSION	59
I. Santé mentale au Maroc	60
II. Définitions et concepts	61
III. Discussion des résultats	70

1. Étude des troubles dépressifs	70
2. Étude des troubles anxieux	81
3. Étude du risque suicidaire	87
RECOMMANDATION	91
CONCLUSION	96
ANNEXES	98
RESUMES	106
BIBLIOGRAPHIE	113



INTRODUCTION



Les troubles mentaux sont considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des facteurs essentiels de survenue de morbidité et d'incapacité. Parmi ceux-ci, les troubles dépressifs et anxieux demeurent actuellement les plus fréquents [1].

Pendant les études médicales, les étudiants subissent un stress important, d'où la détérioration de leur santé mentale. Ils sont confrontés quotidiennement à des souffrances physiques et psychiques, et doivent rapidement allier travail académique et stages pratiques, avec la croissance des responsabilités à la fois médicale, paramédicale, logistique et relationnelle[2].

La dépression et l'anxiété chez les étudiants en médecine représentent une question d'actualité, d'où l'augmentation du nombre de publications internationales analysant cette problématique. Des études faites dans différents pays, détectent chez eux une prévalence plus élevée des symptômes dépressifs et anxieux par rapport à la population générale [3].

L'exposition chronique au stress lors des études médicales et la fréquence des troubles mentaux chez les étudiants pourrait aboutir à un déclin de la santé physique ainsi que le développement d'une mauvaise qualité de vie. Des études récentes ont mis en évidence la relation entre un haut niveau de stress et l'utilisation de substances psychoactives chez les étudiants en médecine[4].

En plus des conduites addictives, des études rapportent un risque suicidaire non négligeable chez cette population. Les sujets souffrant d'un trouble de l'humeur ont un risque de suicide plus élevé. Il peut s'agir d'idées suicidaires, de conception de plan ou d'un passage à l'acte avec réalisation d'une tentative de suicide [5].


Les futurs médecins ne sont pas immunisés contre les troubles psychiques, il est donc évident à quel point il est impérieux d'agir en équipant les étudiants d'outils afin de confronter les complexités liées au cursus médical pour diminuer les conséquences d'une exposition prolongée au stress.

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir


Pour pouvoir les aider, il faut d'abord qu'ils soient capables de demander de l'aide , ce qui n'est souvent pas le cas à cause de facteurs tels que la stigmatisation de la maladie mentale , la confidentialité du dossier médical, le coût des soins psychiatriques ou le manque de temps [6].

L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence et les facteurs associés aux troubles anxieux, au risque suicidaire et à la dépression chez les étudiants à la faculté de médecine d'Agadir.

Les retombées de notre étude seraient d'évaluer la santé mentale des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir afin d'orienter les mesures de dépistage, et les actions de contrôles contre la détresse psychologique des étudiants.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique pour déterminer la prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants en médecine, et ce, à travers les déclarations des étudiants de la FMPA.

II. Recueil des données :

Le recueil des données s'est fait en ligne via un web questionnaire sur Google Forms. Puis partagé sur les groupes Facebook regroupant tous les étudiants. La durée moyenne de passation était estimée à 7min.

La validation du formulaire ne pouvait se faire qu'en ayant répondu à toutes les questions et cela afin de minimiser les données manquantes.

III. Population d'étude :

L'étude a concerné les étudiants inscrits à la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir, ainsi les questionnaires ont été distribués auprès de ces derniers du 23/05/2021 au 17/07/2021.

➤ Critères d'inclusion :

Tout étudiant inscrit à la faculté de médecine d'Agadir de la 1^{ère} à la 5^{ème} année.

➤ Critères d'exclusion :

Les internes, les résidents, les étudiants de 6^{ème} année, les internes, les résidents et tout étudiant en médecine non inscrit à la faculté d'Agadir.

IV. Échantillon :

La taille est obtenue par la formule suivante :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p(1 - p)}{d^2}$$

n = taille minimale de l'échantillon

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%,

z = 1.96)

p = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique selon la littérature pour une prévalence de 12%

d = marge d'erreur tolérée (on veut connaître la proportion réelle à 5% près)

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 185 étudiants.

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude nous avons mené notre enquête auprès de 381 étudiants.

V. Les outils de mesures :

Le questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique du CHU d'Agadir , est constitué principalement de questions fermées et à choix multiples , afin de minimiser le temps de réponse pour les étudiants.

Il comporte 4 parties :

1. Profil sociodémographique des étudiants:

Cette partie a comporté 15 questions afin d'obtenir des renseignements sur: l'Age, le genre, et le niveau d'étude, le niveau d'instruction des parents, les antécédents psychiatriques, et consommation de substances psychoactives.

2. Le questionnaire Dépression Anxiété and Stress Scale (DASS-21) :

L'échelle DASS-21 est un ensemble de trois échelles d'autoévaluation et contient 21 questions. Chacune des trois échelles DASS-21 contient 7 items, divisés en sous-échelles avec un contenu similaire.

L'échelle de dépression évalue la dysphorie, le désespoir, la dévalorisation de la vie, l'autodérision, le manque d'intérêt/d'implication, l'anhédonie et l'inertie.

L'échelle d'anxiété évalue l'éveil autonome, les effets sur les muscles squelettiques, l'anxiété situationnelle et l'expérience subjective de l'affect anxieux.

L'échelle de stress est sensible aux niveaux d'excitation chronique non spécifique. Il évalue la difficulté à se détendre, l'excitation nerveuse et le fait d'être facilement contrarié/agité, irritable/hyperactif et impatient.

Les scores pour la dépression, l'anxiété et le stress sont calculés en additionnant les scores des éléments pertinents.

Le score permet de classer les patients dans 3 catégories :

- Normal : pour un score entre 0-4 pour la dépression, 0-3 pour l'anxiété et 0-7 pour le stress
- Modéré : pour un score entre 4-10 pour la dépression, 4-7 pour l'anxiété, et 8-12 pour le stress
- Sévère : pour un score supérieur à 11 pour la dépression, supérieur à 8 pour l'anxiété, et supérieur à 13 pour le stress.

3. Échelle de l'anxiété généralisée GAD-7 :

L'échelle GAD-7 est un auto-questionnaire pertinent pour le dépistage du trouble anxieux généralisé.

L'échelle comprend 7 questions, cotés sur une échelle de 0 à 3. Le score maximum est de 21. Le seuil recommandé pour estimer l'anxiété généralisée est de 10.

Un score supérieur à 15 représente un TAG significatif

4. Évaluation de la phobie sociale et du risque suicidaire :

On a utilisé Le Mini International Neuropsychiatric Interview du DSM IV (MINI)

On a pris comme items d'évaluation, les six items relatifs au risque suicidaire et les quatre items relatifs au trouble de phobie sociale.

VI. critères de jugement :

La Présence de dépression a été définie comme étant toute personne ayant un score de DASS dépression entre 5 et 11.

Les troubles anxieux ont été retenus devant un score mini phobie sociale positif et un score GAD-7 supérieur à 15.

Le Risque suicidaire a été retenu devant un score mini risque suicidaire moyen à élevé.

VII. Analyse statistique:

Les données ont été recueillies et traitées sur logiciel statistique Jamovi [7][8]

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

Les variables quantitatives de distribution non gaussiennes ont été décrites en médianes et intervalles interquartiles puis comparées par test non paramétrique de Mann-Whitney.

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

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Pour déterminer les facteurs associés à la dépression, risque suicidaire et la présence de troubles anxieux nous avons réalisé une régression logistique binaire. Seules les variables qui avaient un pvalue < 0,05 ont été introduites en analyse multivariée.

VIII. Éthique :

Toutes les autorisations nécessaires ont été prises pour commencer ce travail.

Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et leur participation a été volontaire, avec respect de l'anonymat.

Avant de commencer le questionnaire le consentement libre et éclairé est demandé expressément.

Les participants étaient informés qu'ils pouvaient à tout moment refuser de continuer le questionnaire.



RESULTATS



I. Recueil des questionnaires :

Nous avons pu recruter 381 participants. Cet effectif se répartit comme suit :

- 126 de 1^{ère} année (33,1%)
- 64 de 2^{ème} année (16,8%)
- 61 de 3^{ème} année (16%)
- 61 de 4^{ème} année (16%)
- 69 de 5^{ème} année (18,1%)

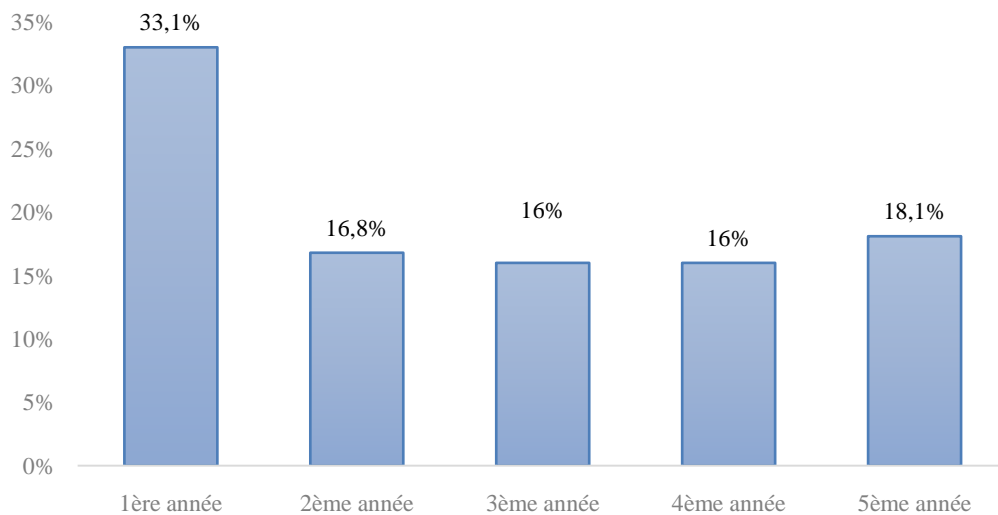


Figure 1 : Le niveau d'étude des participants

II. Profil sociodémographique :

1. Le genre :

On retrouve une nette prédominance féminine avec 276 étudiantes (72.4%) et 105 étudiants (27.6%).

Tableau I : Taux de participation à l'étude selon le genre

Année	Filles		Garçons	
	n	%	N	%
1ère année	89	70,6	37	29,4
2ème année	44	68,8	20	31,2
3ème année	45	73,8	16	26,2
4ème année	50	81,9	11	18,1
5ème année	48	69,6	21	30,4
Total	276	72,4	105	27,6

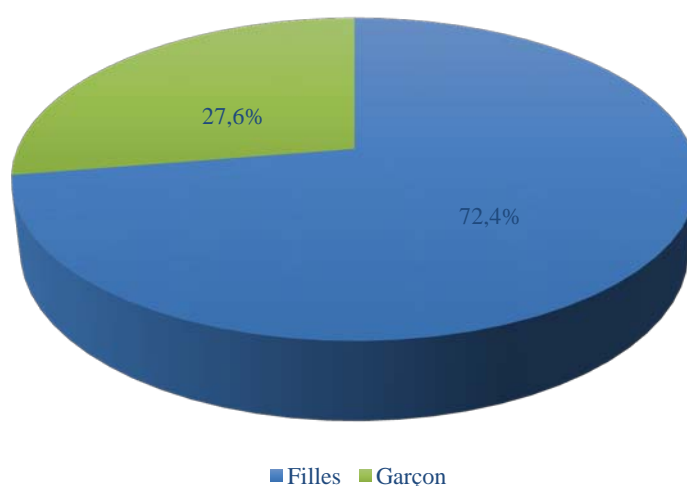


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le genre

2. L'âge :

La moyenne d'âge était de 20,4 ans avec un écart-type (ET) de 1.8 et des extrêmes de 18 et 26 ans.

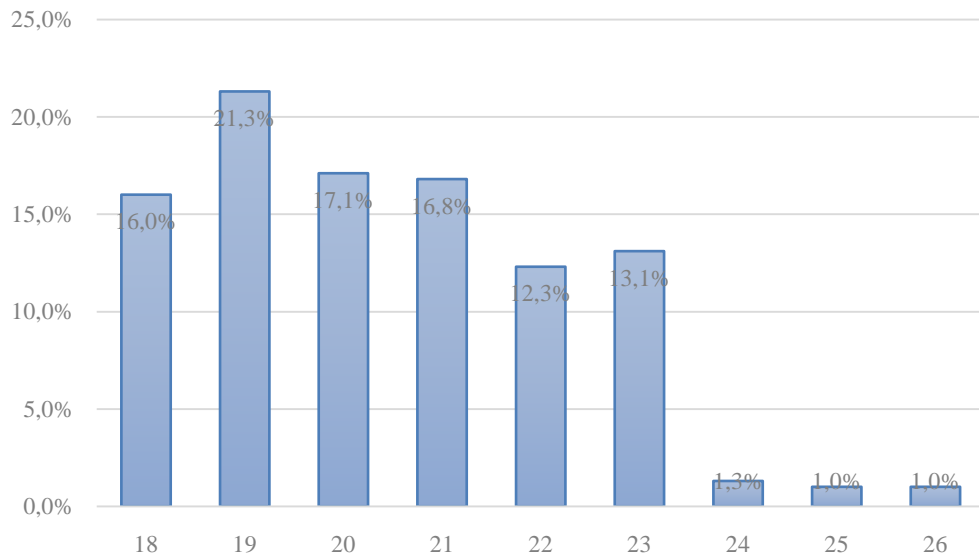


Figure 3 : Répartition des étudiants selon l'âge

3. Situation familiale :

La majorité des étudiants étaient célibataires 97,6% (n=372) alors que 2,4% (n=9) étaient mariés.

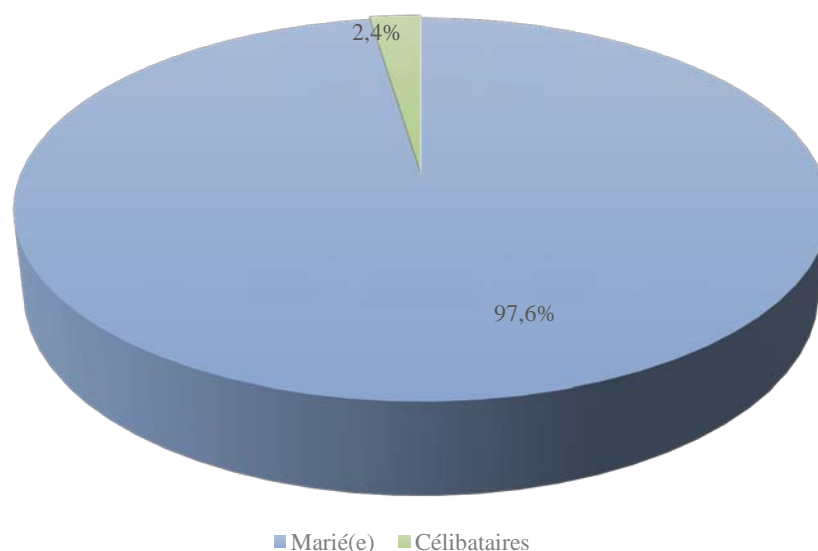


Figure 4 : Répartition des étudiants selon la situation familiale

4. Profession parallèle :

Dans notre échantillon 94,2% (n=359) des étudiants n'ont pas de profession parallèle à leurs études. Alors que 5,8%(n=22) exercent une profession en parallèle avec les études médicales

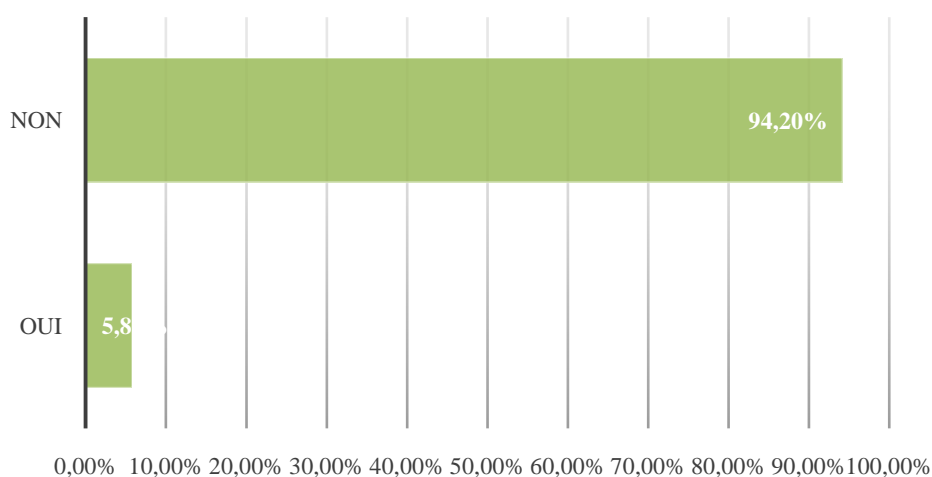


Figure 5: Répartition des étudiants en fonction de la présence de profession parallèle

5. Mode de vie :

Les étudiants qui vivent avec leurs parents représentent 76,9% (n=293) de notre échantillon. Alors que 14,2% (n=54) vivent seul, 6,3%(n=24) vivent avec des amis et 2,6%(n=10) vivent avec le conjoint.

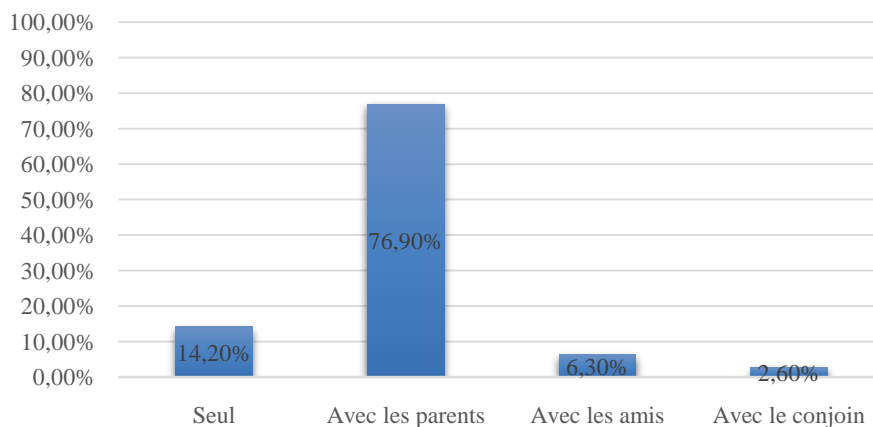


Figure 6: Répartition des étudiants selon le mode de vie

6. Les bénéficiaires de bourse :

Dans notre échantillon 49,5%(n=188) des étudiants sont bénéficiaires de bourse. Tandis que 50,4%(n=192) ne bénéficient pas de bourse d'étude.

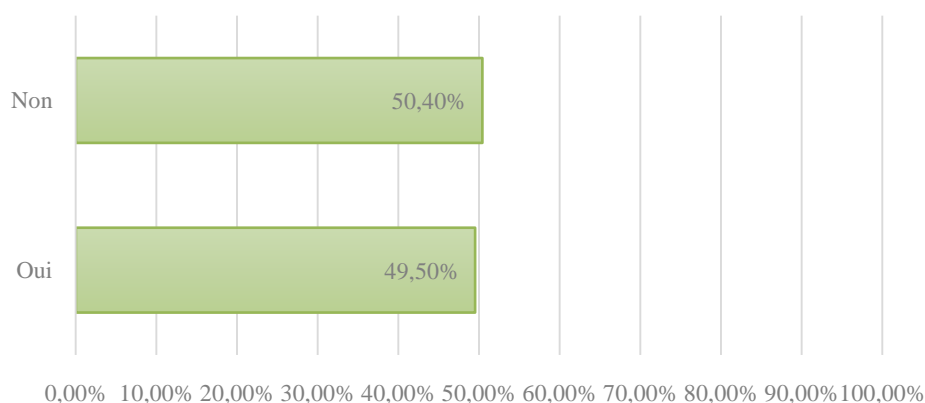


Figure 7: Répartition des étudiants en fonction de la présence de bourse

7. Niveau socio-économique :

Les étudiants avec un niveau socio-économique bas à moyen représentent 54,8% (n=209) et les étudiants avec un niveau bon à élevé représentent 45,2% (n=172).

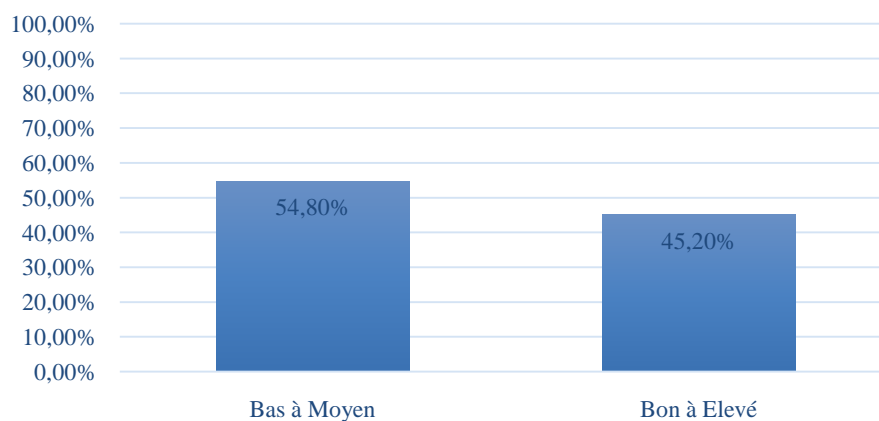


Figure 8: Répartition des étudiants selon le niveau socio-économique de la famille

8. Parent médecin :

Les étudiants qui n'ont pas de parent médecin représentent 93,2% (n=355) de notre échantillon. Seuls 6,8% (n=26) ont un parent médecin.

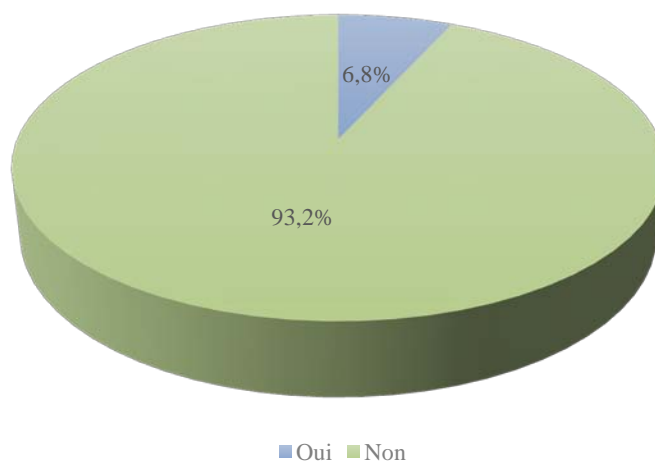


Figure 9: Répartition des étudiants selon la présence d'un parent médecin

9. Les antécédents personnels psychiatriques :

Dans notre échantillon, seize pour cent des étudiants 16% (n=61) avaient un antécédent personnel psychiatrique, et 84% (n=320) sans antécédents psychiatriques. La dépression représente l'antécédent le plus fréquent avec une prévalence de 9,4% (n= 36) suivie par l'anxiété avec une prévalence de 7,3% (n=28).

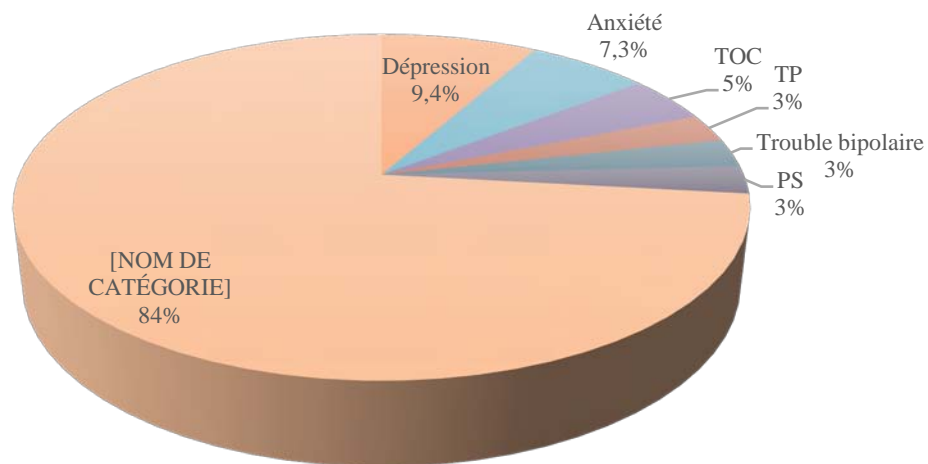


Figure 10 : La répartition des antécédents personnels psychiatriques chez les étudiants

10. Conduites addictives :

10.1. Consommation du tabac

La prévalence globale du tabagisme dans notre échantillon était de 4,7% (n=18) avec 0,5% (n=2) de consommation régulière et 4,2%(n=16) de consommation occasionnelle.

Tableau II: Répartition des étudiants selon la consommation de tabac

Étudiants	Nombre	%
Non consommateurs	363	95,3%
Consommateurs occasionnels	16	4,2%
Consommateurs réguliers	2	0,5%
Totale	381	100%

10.2. Consommation d'alcool

La prévalence globale d'alcool dans notre échantillon était de 14,9% (n=57) avec 1,8%(n=7) de consommation régulière et 13,1%(n=50) de consommation occasionnelle.

Tableau III : Répartition des étudiants selon la consommation de l'alcool

Étudiants	Nombre	%
Non consommateurs	324	85%
Consommateurs occasionnels	50	13,1%
Consommateurs réguliers	7	1,8%
Totale	381	100%

10.3. Consommation de drogues

La prévalence globale de consommateurs de drogues dans notre échantillon était de 4,7% (n=18) avec 0,5%(n=2) de consommation régulière et 4,2% (n=16) de consommation occasionnelle.

Tableau IV : Répartition des étudiants selon la consommation de drogues

Étudiants	Nombre	%
Non consommateurs	363	95,3%
Consommateurs occasionnels	16	4,2%
Consommateurs réguliers	2	0,5%
Totale	381	100%

10.4. Consommation du chicha

Dans notre échantillon 5,5% (n=21) des étudiants sont consommateurs occasionnels de chicha.

Tableau V: Répartition des étudiants selon La consommation de chicha

Étudiants	Nombre	%
Non consommateurs	360	94,5%
Consommateurs occasionnels	21	5,5%
Totale	381	100%

11. Prévalence de la dépression :

Plus que la moitié des étudiants de notre échantillon étaient déprimés, avec un pourcentage de 68,7%(n=262). On trouve 26,7% (n=102) de dépression sévère et 42%(n=160) de dépression modérée.

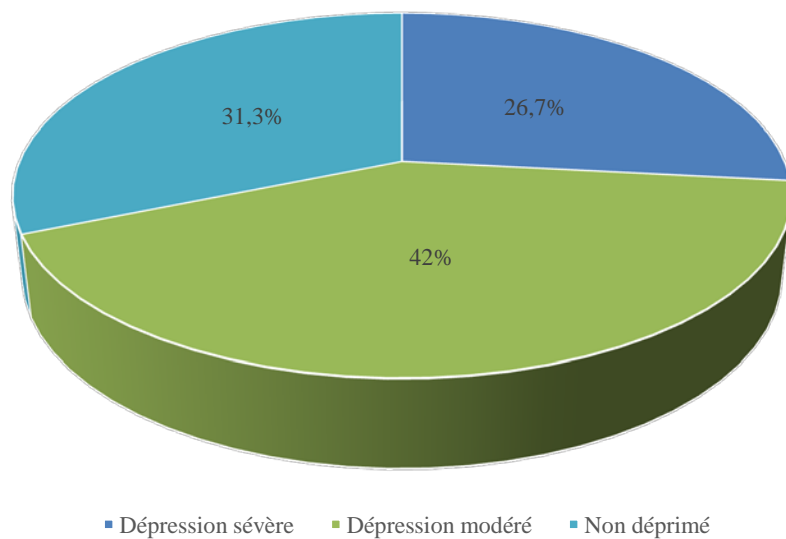


Figure 11 : La répartition de la dépression chez les étudiants

12. Prévalence du stress :

Dans notre échantillon 46,7%(n=178) des étudiants sont stressés, et 53,3%(n=203) ne le sont pas.

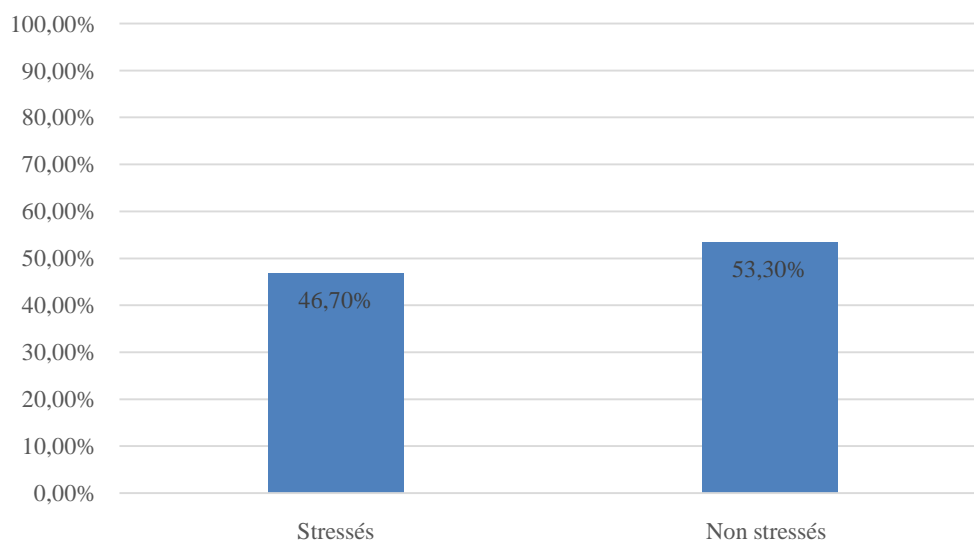


Figure12 : La répartition du stress chez les étudiants.

13. Prévalence de phobie sociale et du trouble d'anxiété généralisée :

La prévalence des troubles anxieux dans notre échantillon est de 28,08% (n=107). La phobie sociale reste le trouble anxieux le plus présent avec une prévalence de 20,7%(n=79) suivi du trouble d'anxiété généralisé 13,6%(n=52).

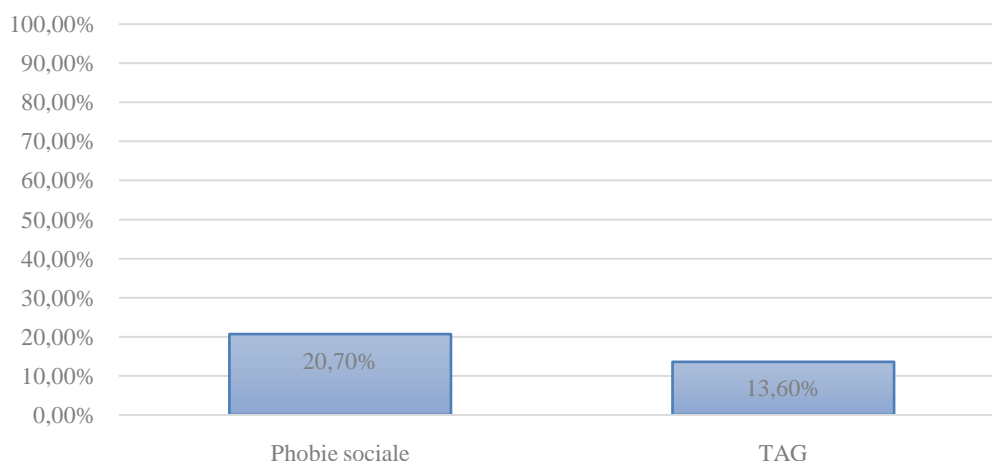


Figure 13 : La répartition de phobie sociale et du trouble d'anxiété généralisée chez les étudiants

14. Prévalence du risque suicidaire :

Dans notre échantillon 23,6% (n=90) des étudiants présentent un risque suicidaire. Alors que 76,4%(n=291) n'en présentent pas.

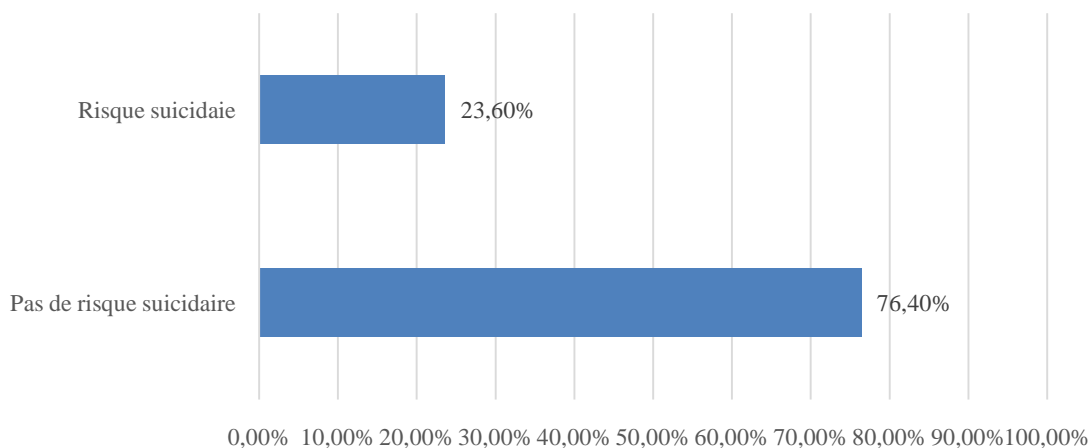


Figure 14 : La répartition du risque suicidaire chez les étudiants

Tableau VI : Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de notre échantillon

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Le genre :		
– Féminin	276	72,4%
– Masculin	105	27,6%
Situation familiale :		
– Marié	9	97,6%
– Célibataire	372	2,4%
Profession parallèle :		
– Non	359	94,2%
– Oui	22	5,8%
Mode de vie:		
– Seul	54	14,2%
– Parents	294	77,1%
– Amis	24	6,3%
– Conjoint	9	2,3%
Bénéficiaires de bourse		
– Non	192	50,4%
– Oui	188	49,5%
Niveau socio-économique :		
– Au-dessous de moyen	18	4,7%
– Moyen	191	50,1%
– Bon	147	38,6%
– Très bon	25	6,6%
Parents médecins :		
– Non	355	93,2%
– Oui	26	6,8%
Antécédents personnels psychiatriques :		
– Non	320	84%
– Oui	61	16%
Consommation de tabac :		
– Non	363	95,3%
– Oui	18	4,7%
Consommation de drogues :		
– Non	363	95,3%
– Oui	18	4,7%
Consommation d'alcool :		
– Non	324	85%
– Oui	57	14,9%
Consommation de chicha :		
– Non	360	94,5%
– Oui	21	5,5%

Tableau VII: la prévalence des troubles anxieux et de la dépression

Troubles	Effectifs	Pourcentages
Dépression		
– Non	262	31,3%
– Oui	119	68,7%
Stress		
– Non	203	53,3%
– Oui	178	46,7%
TAG		
– Non	329	86,4%
– Oui	52	13,6%
Phobie sociale		
– Non	302	79,3%
– Oui	79	20,7%
Risque suicidaire		
– Non	291	76,4%
– Oui	90	23,6%

III. Étude analytique :

1. Analyse bi variée :

1.1. Analyse de la dépression :

a. Comparatif de la dépression en fonction du genre :

Presque trois quarts des étudiants qui présentaient une dépression étaient de sexe féminin, avec un pourcentage de 74,4% (n=195).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de dépression et le genre (P=0,198).

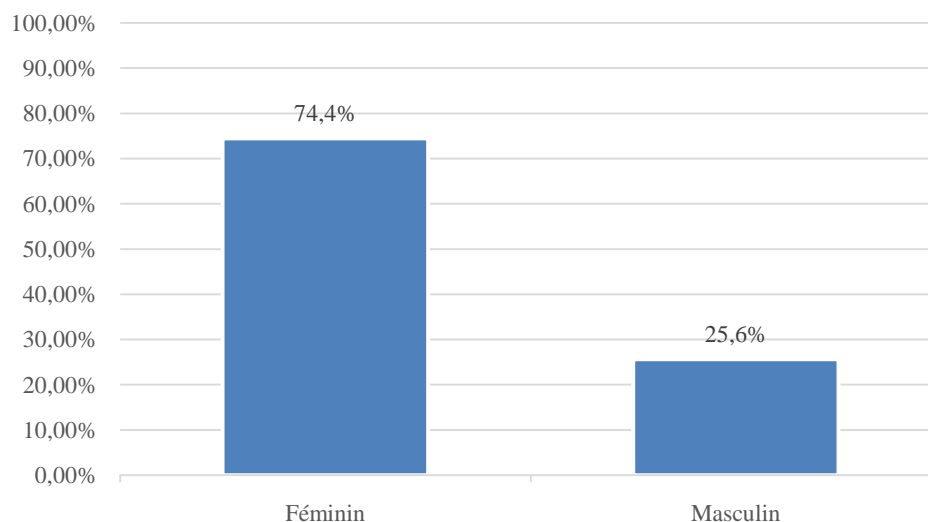


Figure 15 : La répartition des étudiants déprimés en fonction du genre.

b. Comparatif de la dépression en fonction de la situation familiale :

La majorité des étudiants déprimés étaient célibataires avec un pourcentage de 96,9%(n=254). Seulement 3,1%(8) étaient mariés.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la prévalence de dépression en fonction de la situation familiale (P=0,187).

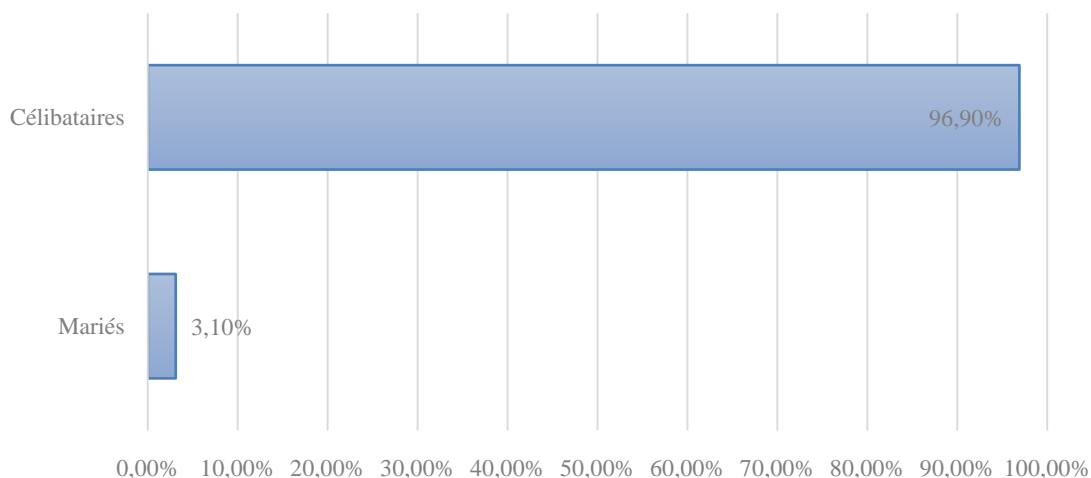


Figure 16 : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la situation familiale

c. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de profession parallèle :

La majorité des étudiants déprimés n'avait pas d'activité professionnelle parallèle à leurs études. Le pourcentage des étudiants déprimés avec présence de profession parallèle était de 5% (13). Alors que 95%(n=249) des étudiants déprimés n'exercent pas une profession parallèle à leurs études.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la présence de profession parallèle ($P=0,313$).

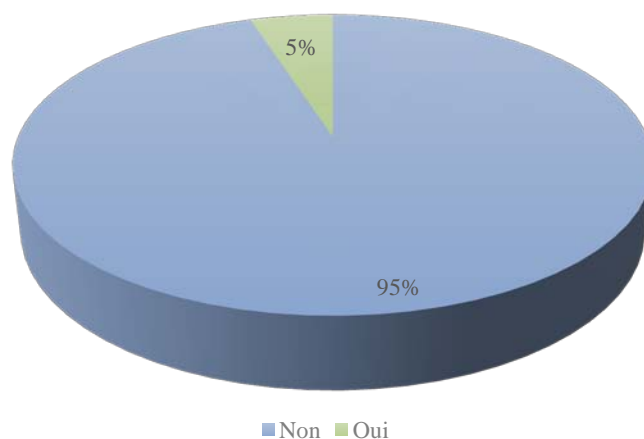


Figure 17 : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de profession parallèle

d. Comparatif de la dépression en fonction du mode de vie :

La majorité des étudiants déprimés vivait avec leurs parents, avec un pourcentage de 75,9%(n=199). Alors que 15,3%(n=40) vivent seuls, 5,7%(n=15) avec des amis et 3,1%(n=8) avec le conjoint.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et le mode de vie (P =0,639).

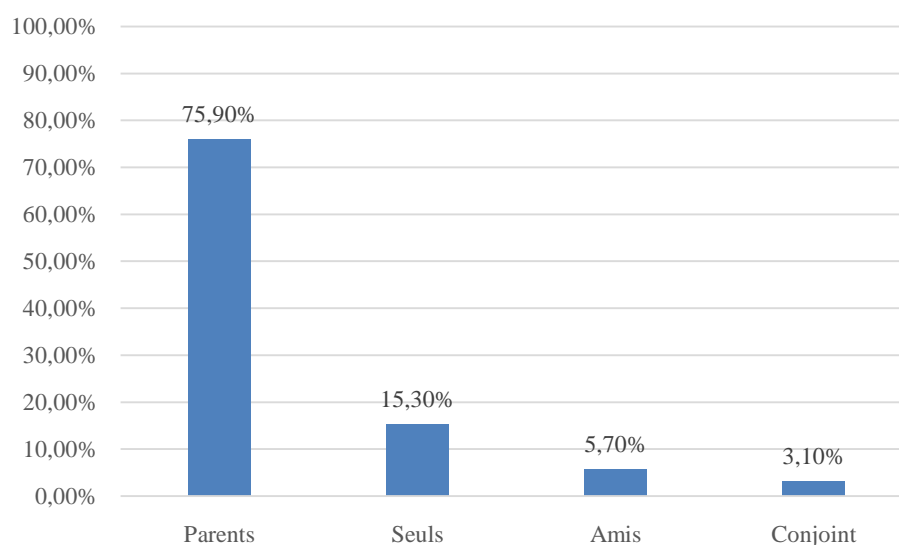


Figure n° 18 : La répartition des étudiants déprimés en fonction du mode de vie

e. Comparatif de la dépression en fonction du niveau socio-économique :

Plus que la moitié des étudiants déprimés ont un niveau socio-économique bas à moyen, avec une prévalence de 55,7% (n=146). Alors que 44,3% (n=116) ont un niveau socio-économique bon à élevé.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et le niveau socio-économique (P =0,139).

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

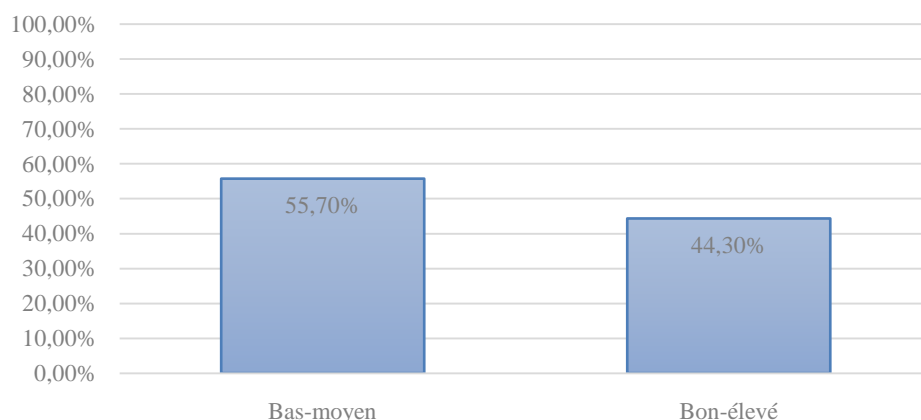


Figure n° 19 : La répartition des étudiants déprimés en fonction du niveau socio-économique

f. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de parent médecin:

La majorité des étudiants déprimés n'ont pas un parent médecin, avec un pourcentage de 95,4% (n=205). Seulement 4,6%(n=12) des étudiants déprimés avaient au moins un parent médecin.

Il y a une différence statistiquement significative entre la dépression et la présence de parents médecins (P=0,01).

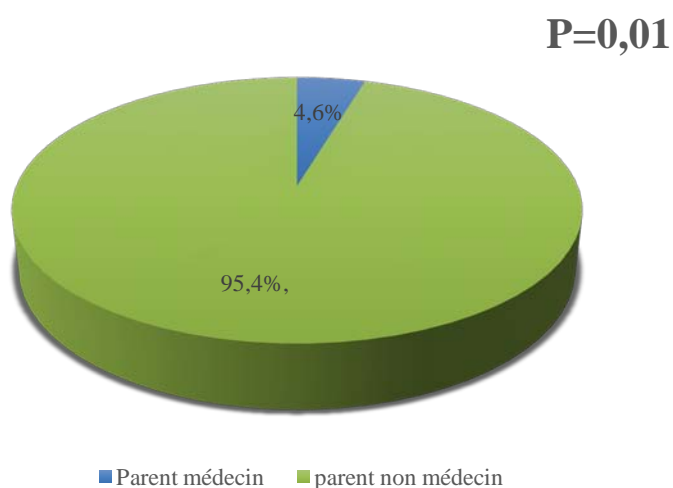


Figure n° 20 : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de parent médecin

g. Comparatif de la dépression en fonction du niveau d'étude :

Les étudiants de première année qui présentent une dépression représentent 32,1% (n=84), ceux de deuxième année 18,7% (n=49). Alors que les étudiants de la troisième, quatrième, cinquième année représentent 15,6% (n=41) 15,3% (n=40) et 18,3% (n=48) respectivement.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de dépression et le niveau d'étude (P=0,624).

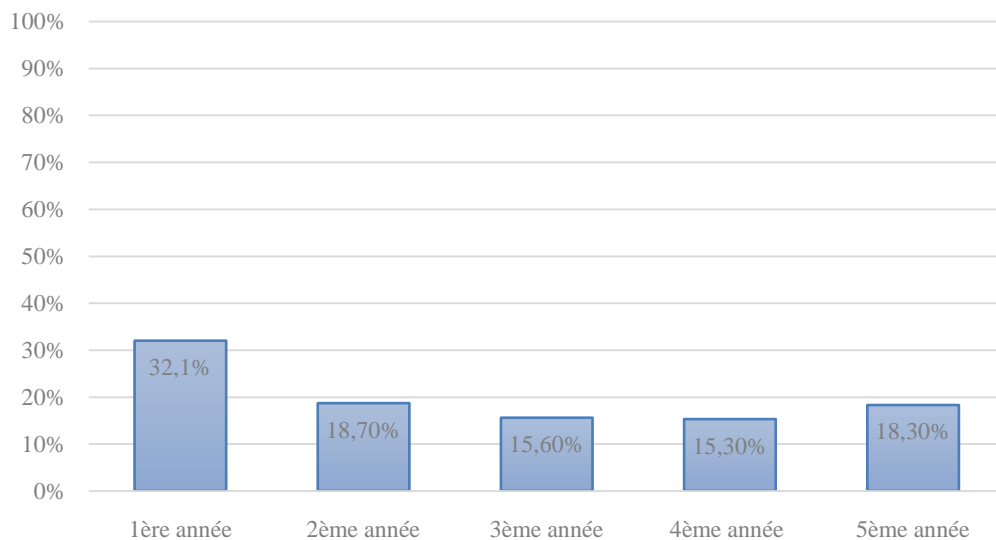


Figure 21: La répartition des étudiants déprimés en fonction du niveau d'étude.

h. Comparatif de la dépression en fonction de la présence d'ATCDs personnels psychiatriques :

La majorité des étudiants déprimés soit 79,8% (n=209) n'avaient pas d'antécédents personnels psychiatriques. Alors que 20,2% (n=53) avaient un antécédent personnel psychiatrique.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence de dépression en fonction de la présence d'antécédents personnels psychiatriques (P<0,001).

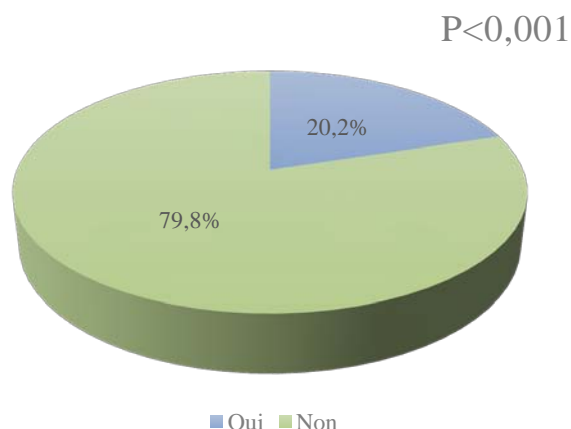


Figure 22: La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence d' antécédents personnels psychiatrique.

i. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de troubles anxieux :

Parmi les étudiants déprimés de notre échantillon 37%(n=97) avait un trouble anxieux. Alors que 63%(n=165) n'en avaient pas.

Il y a une différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la présence de troubles anxieux ($p < 0,001$).

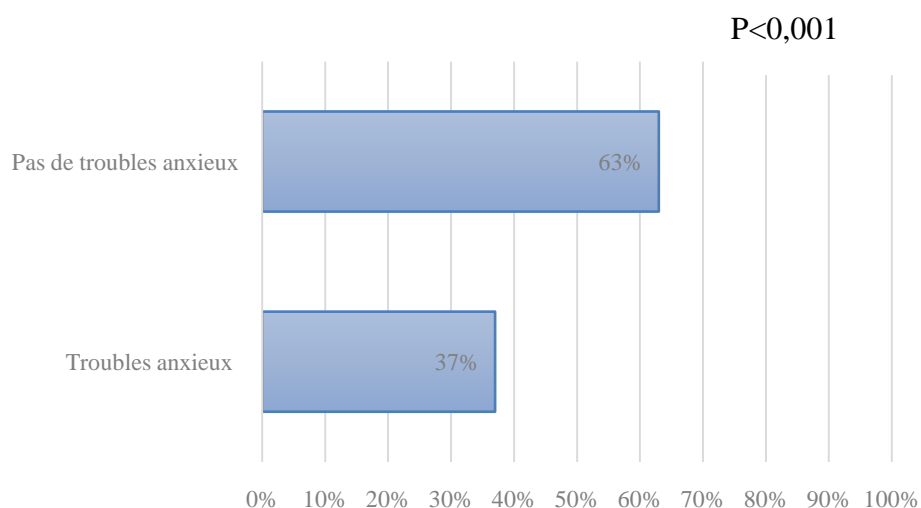


Figure 23: La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de troubles anxieux

j. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de stress :

Parmi les étudiants déprimés de notre étude 63,7% (n=167) sont stressés et 36,3%(n=95) ne le sont pas.

Il y a une différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la présence de stress ($p < 0,001$).

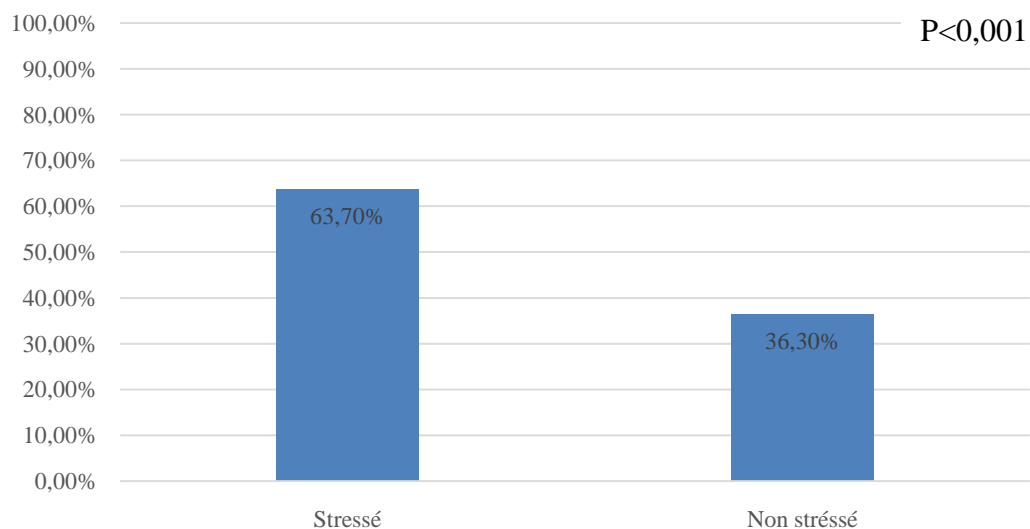


Figure 24: la répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de stress

k. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de risque suicidaire :

Parmi les étudiants déprimés de notre étude 28,2% (n=74) ont un risque suicidaire. Alors que 71,8% (n=188) n'en présentent pas.

Il y a une différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la présence de risque suicidaire ($p = 0,002$).

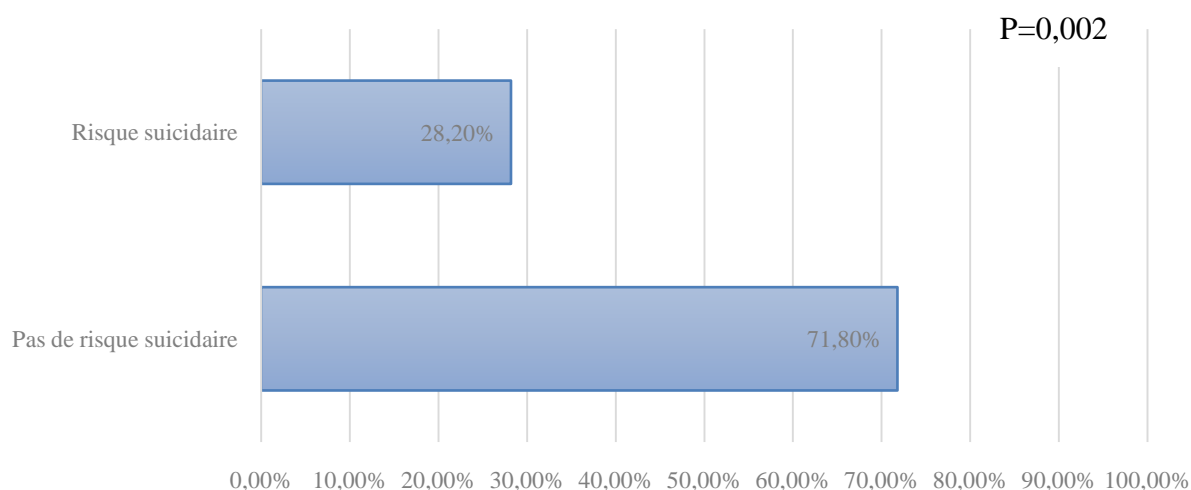


Figure 25: La répartition des étudiants déprimés en fonction de la présence de risque suicidaire

1. Comparatif de la dépression en fonction de la consommation de tabac

Parmi les étudiants déprimés, 14,1% (n= 37) sont des consommateurs de tabac. Alors que 85,9% (225) ne le sont pas.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la consommation de tabac ($p=0,114$).

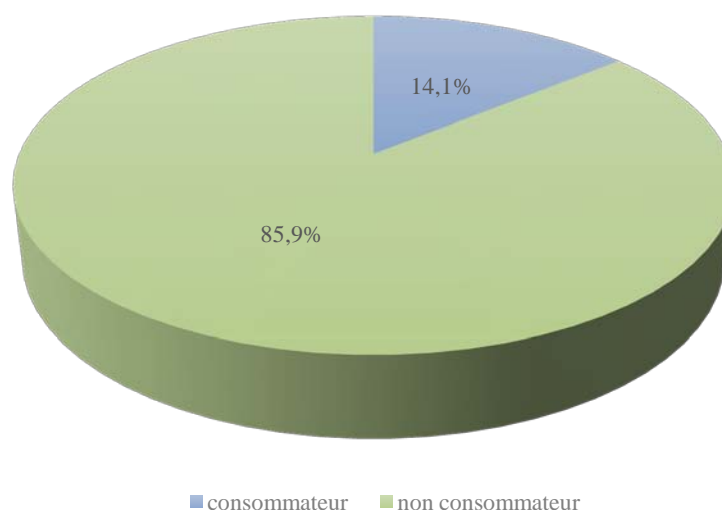


Figure 26 : La répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation du tabac

m. Comparatif de la dépression en fonction de la consommation d'alcool

Parmi les étudiants déprimés 16,4%(n=43) sont des consommateurs d'alcool. Alors que 83,6% (219) ne sont pas consommateurs.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence de dépression et la consommation d'alcool ($p=0,175$).

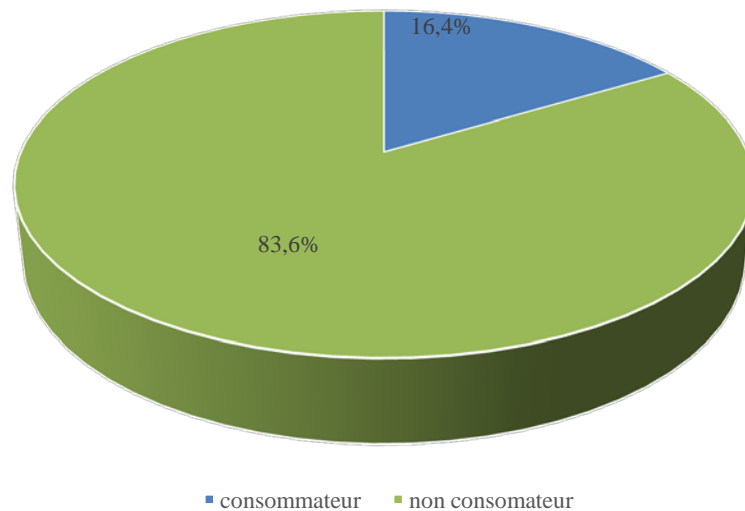


Figure 27: La répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation d'alcool

Tableau VIII : Récapitulatif des corrélations de la dépression avec les différentes variables

Variables	Dépression +	Dépression -	P value
Le genre			
- Féminin	195(74,4%)	81(68,1%)	0,198
- Masculin	67(25,6%)	38(31,9%)	
Parent médecin			
- Non	250(95,4%)	105(88,2%)	0,01
- Oui	12(4,6%)	14(11,8%)	
Profession parallèle			
- Non	249(95%)	110(92,4%)	0,313
- Oui	13(5%)	9(7,6%)	
Niveau d'étude			
- 1 ^{ère} année	84(32,1%)	42(35,3%)	0,624
- 2 ^{ème} année	49(18,7%)	15(12,6%)	
- 3 ^{ème} année	41(15,6%)	19(16%)	
- 4 ^{ème} année	40(15,3%)	22(18,5%)	
- 5 ^{ème} année	48(18,3%)	21(17,6%)	
Mode de vie			
- Seul	40(15,3%)	14(11,8%)	0,639
- Parents	199(75,9%)	97(81,5%)	
- Amis	15(5,7%)	6(5%)	
- Conjoint	8(3,1%)	2(1,7%)	
Situation familiale			
- Marié	96,9%(254)	99,2%(118)	0,187
- Célibataire	3,1%(8)	0,8%(1)	
Niveau socio-économique			
- Bas	12(4,6%)	6(5%)	0,139
- Moyen	134(51,1%)	57(47,9%)	
- Bon	104(39,7%)	43(36,1%)	
- Très bon	12(4,6%)	13(10,9%)	
Antécédents personnels psychiatriques			
- Non	209(79,8%)	111(93,3%)	<0,001
- Oui	53(20,2%)	8(6,7%)	
Risque suicidaire			
- Non	188(71,8%)	103(86,6%)	0,002
- Oui	74(28,2%)	16(13,4%)	

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

Troubles anxieux			
- Non	165(63%)	109(91,6%)	<0,001
- Oui	97(37%)	10(8,4%)	
Stressés			
- Non	95(36,6%)	108(90,8%)	<0,001
- Oui	165(63,7%)	11(9,2%)	
Consommation de tabac			
- Non	225(85,9%)	111(93,3%)	0,114
- Oui	37(14,1%)	8(6,7%)	
Consommation d'alcool			
- Non	219(83,6%)	105(88,2%)	0,175
- Oui	43(16,4%)	14(11,8%)	

1.2. Analyse des troubles anxieux :

a. Comparatif des troubles anxieux en fonction du genre :

Dans notre échantillon 81,3% (n=87) des étudiants qui présentent un trouble anxieux sont de genre féminin et 18,7% (n=20) de genre masculin.

On a identifié une différence statistiquement significative entre le genre et prévalence des troubles anxieux ($p=0,015$).

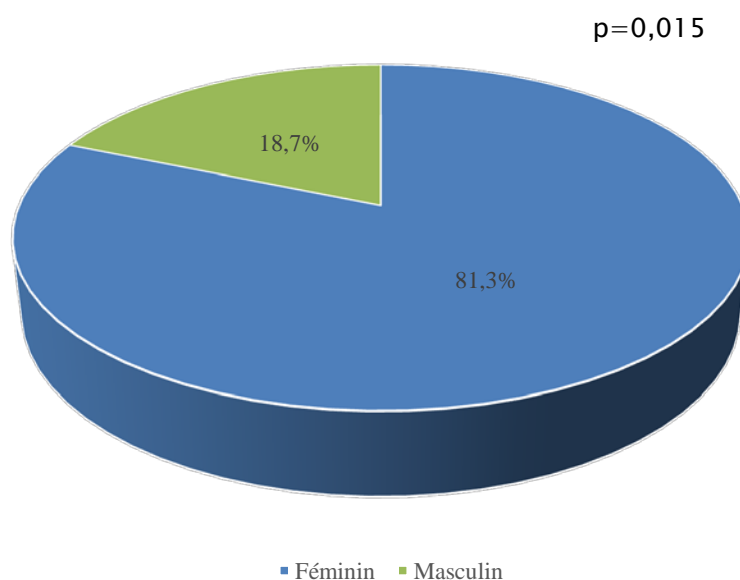


Figure 28 : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du genre.

b. Comparatif des troubles anxieux en fonction du mode de vie :

Dans notre échantillon 76,6%(n=82) des étudiants qui présentent un trouble anxieux vivent avec leurs parents et 17,8%(n=19) vivent seuls. En plus on trouve 2,8% (n=3) qui vivent avec des amis et 2,8%(n=3) avec le conjoint.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le mode de vie et la prévalence des troubles anxieux .(p=0,338)

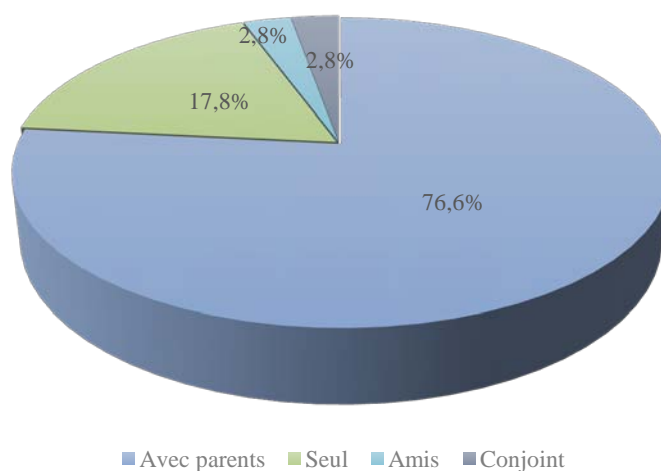


Figure 29 : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du mode de vie.

c. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la présence de profession parallèle :

Dans notre échantillon 95,3% (n=102) des étudiants qui présentent un trouble anxieux n'ont pas de profession parallèle à leurs études, alors que 4,7%(n=5) travaille simultanément avec leurs études.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative des troubles anxieux en fonction de la présence de profession parallèle (p=0,807).

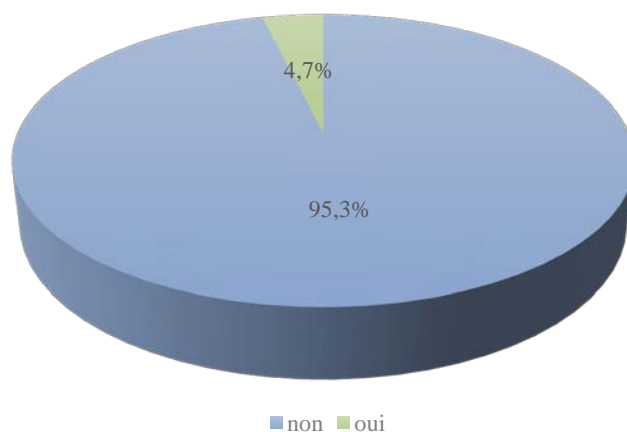


Figure 30 : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction de la présence d'activité professionnelle parallèle.

d. Comparatif des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique :

Dans notre échantillon 65,4% (n=70) des étudiants avec un trouble anxieux sont issu d'un niveau socio-économique bas à moyen, et 34,5%(n=37) sont issu d'un niveau bon à élevé.

On a objectivé une différence statistiquement significative entre la prévalence des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique (p=0,039).

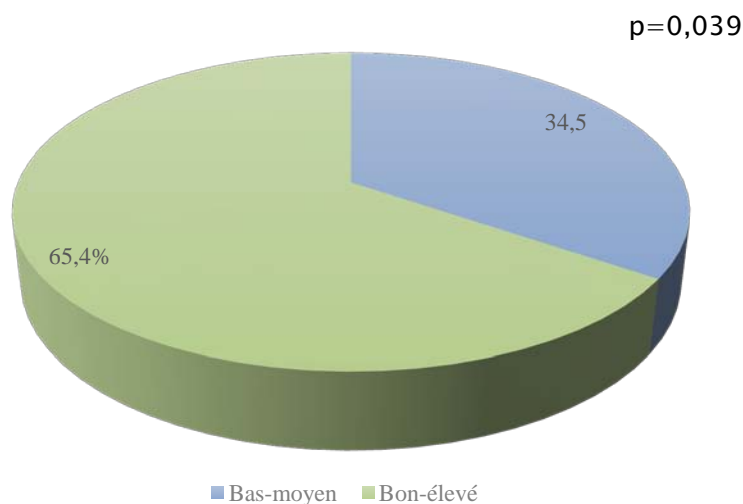


Figure 31 : La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du niveau socio-économique.

e. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la présence de parent médecin :

Parmi les étudiants qui présentent un trouble anxieux 96,3%(103) n'ont pas de parent médecin, alors que 3,7%(4) ont un parent médecin.

La différence entre la prévalence des troubles anxieux en fonction de la présence de parent médecin n'est pas statistiquement significative ($p= 0,136$).

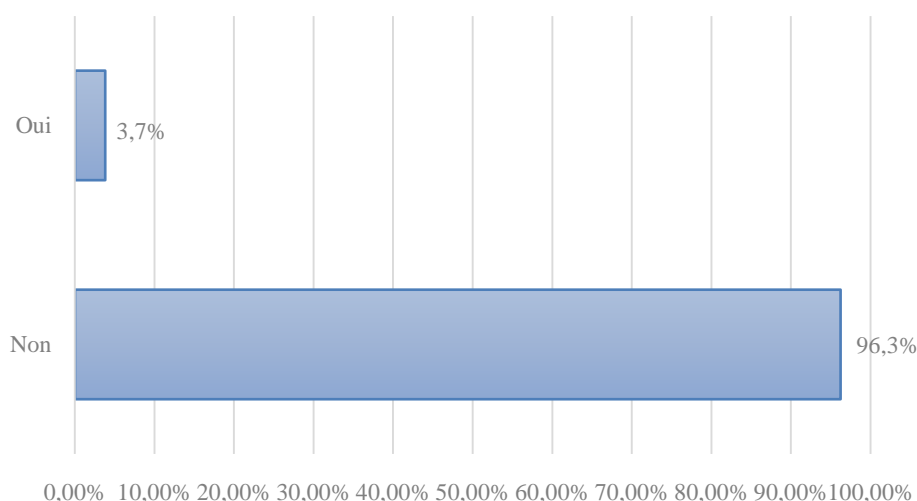


Figure 32: La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux généralisé en fonction de la présence de parent médecin.

f. Comparatif des troubles anxieux en fonction du niveau d'étude :

Parmi les étudiants qui présentent un trouble anxieux 31,8% (n=34) sont en première année et 20,6% (n=22) en deuxième année. On trouve aussi 16,8% (n=18) en troisième année, 16,8% (n=18) en quatrième année et 14% (n=15) en cinquième année.

La différence de la prévalence des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique n'est pas statistiquement significative ($p=0,585$).

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

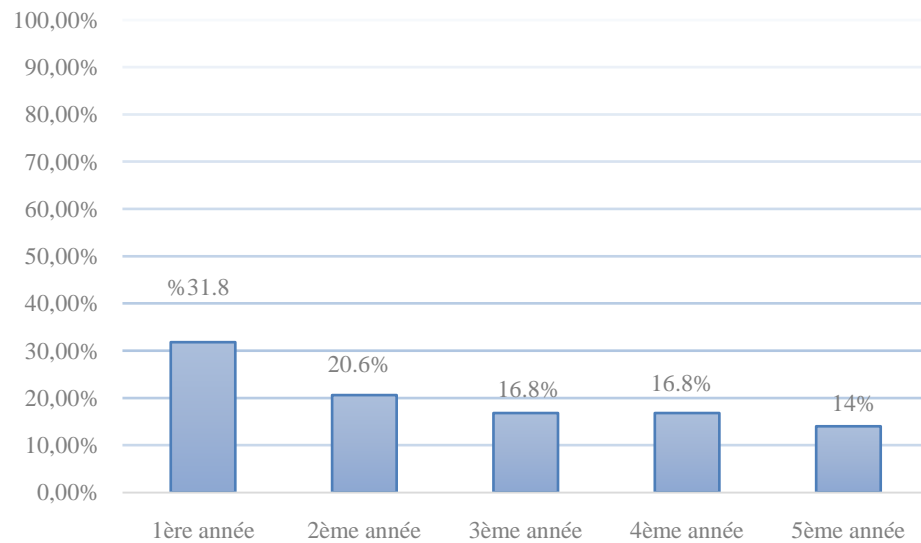


Figure 33: La répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux en fonction du niveau d'étude

g. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la présence d'ATCDs personnels psychiatrique :

Dans notre échantillon, parmi les étudiants qui présentent un trouble anxieux 73,8%(n=79) n'ont pas d'antécédent personnel psychiatrique et 26,2% (n=28) présentent un antécédent psychiatrique.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence des troubles anxieux en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques. ($p < 0,001$)

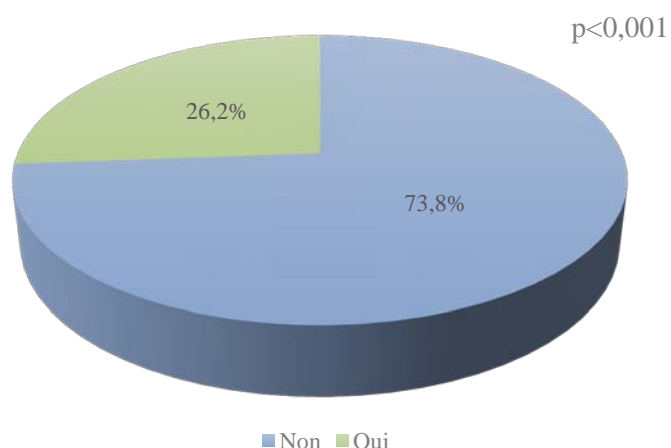


Figure 34 : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence d'ATCDs personnels psychiatriques.

h. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la consommation de tabac :

Parmi les étudiants qui souffrent de troubles anxieux 14% (n=15) sont des consommateurs de tabac, alors que 86% (n=92) ne sont pas consommateurs.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence des troubles anxieux et la consommation du tabac ($p=0,404$).

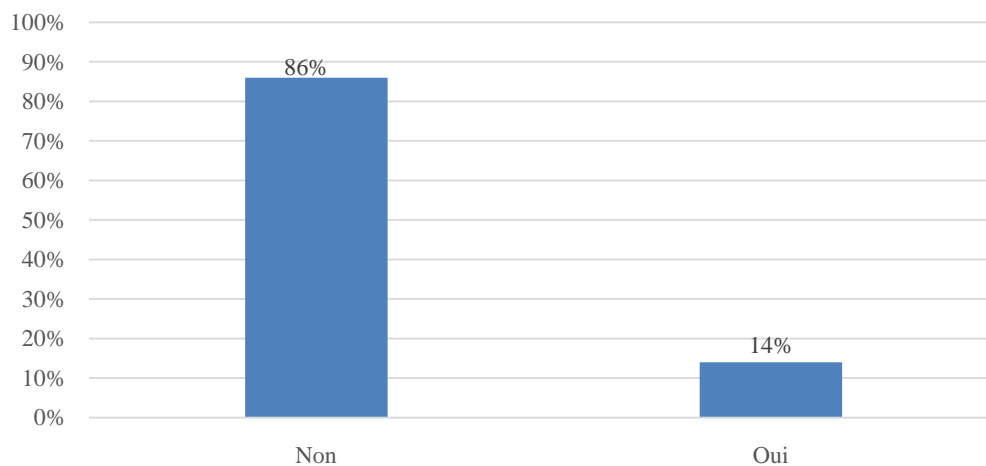


Figure 35 : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la consommation de tabac.

i. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la consommation d'alcool :

Parmi les étudiants qui souffrent de troubles d'anxieux 17,8% (n=19) sont des consommateurs d'alcool, et 82,2%(n=88) n'en consomment pas.

La différence entre la prévalence des troubles anxieux et la consommation d'alcool n'est pas statistiquement significative ($p=0,339$).

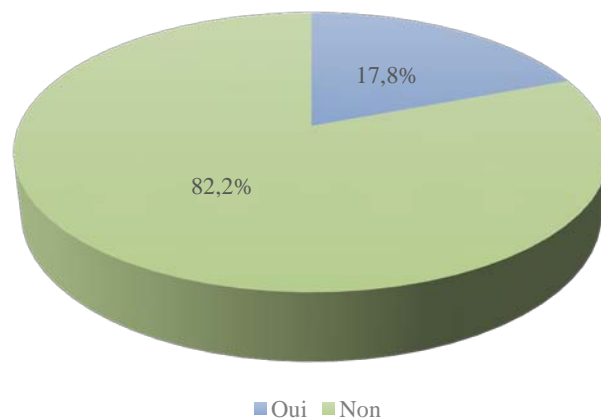


Figure 36 : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la consommation d'alcool.

j. Comparatif des troubles anxieux et de la dépression :

Parmi les étudiants qui présentent un trouble anxieux 90,7% (n=97) sont déprimés et 9,3% (n=10) ne le sont pas.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence des troubles anxieux en fonction de la dépression ($p<0,001$).

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

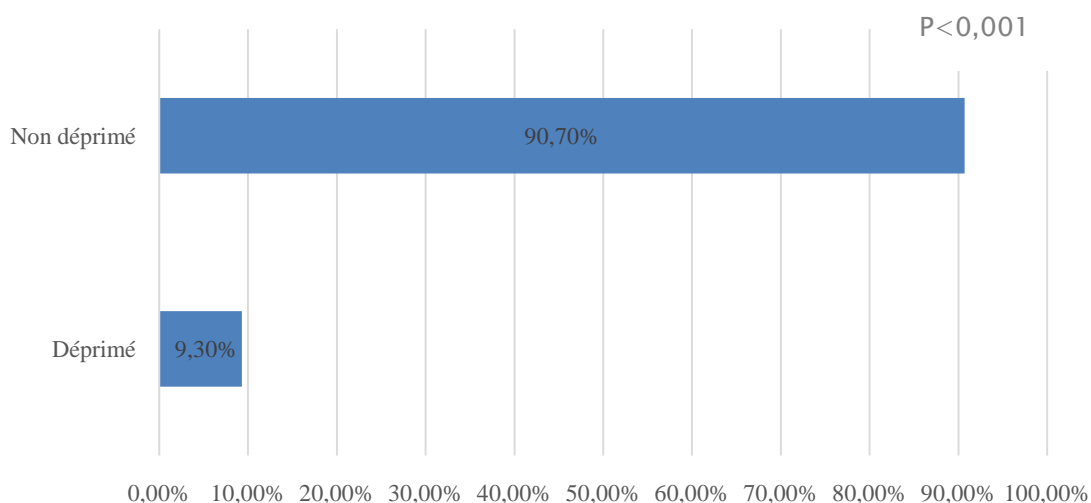


Figure 37 : La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de dépression.

k. Comparatif des troubles anxieux et du risque suicidaire :

Parmi les étudiants qui présentent un trouble anxieux 61,7% (n=66) n'ont pas de risque suicidaire. Alors que 38,3% (n=41) présentent un risque suicidaire.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence des troubles anxieux en fonction du risque suicidaire ($p < 0,001$).

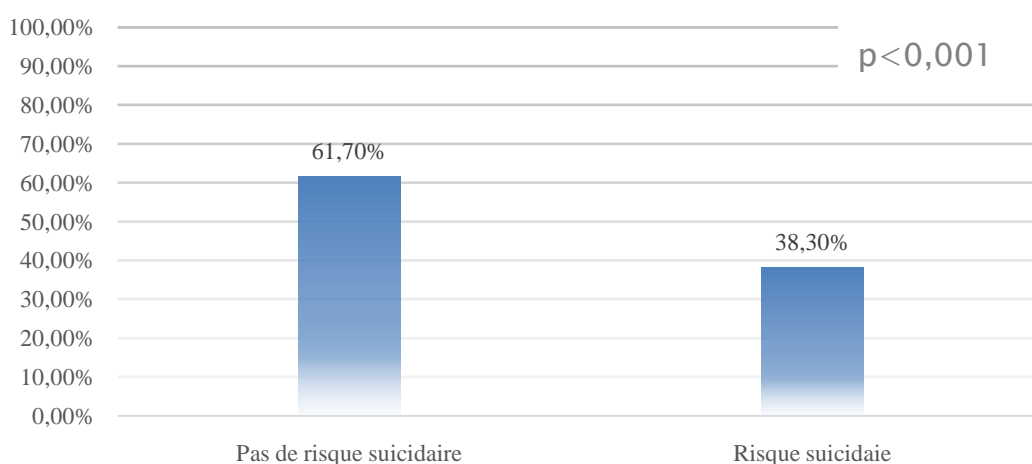


Figure 38: La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de risque suicidaire

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

1. Comparatif des troubles anxieux en fonction de la présence de stress :

Dans notre échantillon 73,8% (n=79) des étudiants qui ont un trouble anxieux sont stressés. Alors que 26,2%(n=28) ne le sont pas.

Il y a une relation statistiquement significative entre la prévalence des troubles anxieux et la présence de stress ($p < 0,001$).

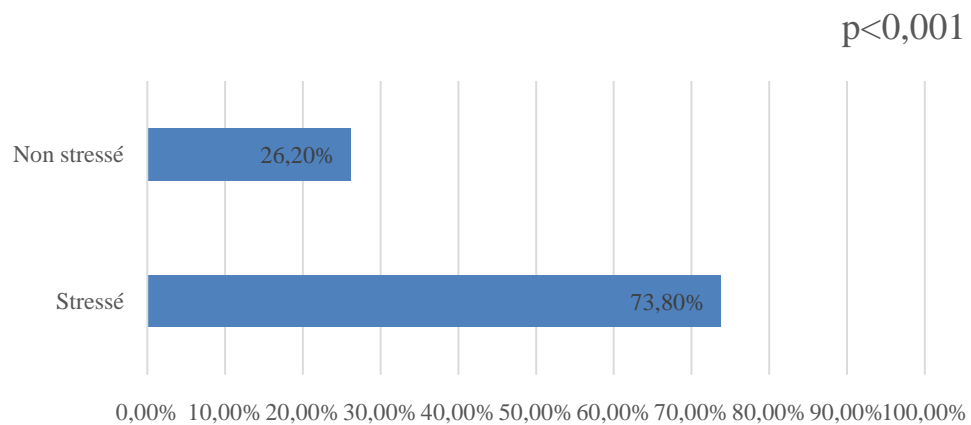


Figure 39: La répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux en fonction de la présence de stress

Tableau IX : Récapitulatif des corrélations des troubles anxieux avec les différentes variables

Variables	Troubles anxieux +	Troubles Anxieux -	P value
Le genre			
- Féminin	87 (81,3%)	189 (69%)	0,015
- Masculin	20 (18,7%)	85 (31%)	
Année d'étude			
- 1 ^{ère} année	34(31,8%)	92(33,6%)	0,585
- 2 ^{ème} année	22(20,6%)	42(15,3%)	
- 3 ^{ème} année	18(16,8%)	42(15,3%)	
- 4 ^{ème} année	18(16,8%)	44(16,1%)	
- 5 ^{ème} année	15(14%)	54(19,7%)	
Activité professionnelle parallèle			
- Non	102(95,3%)	257(93,8%)	0,807
- Oui	5(4,7%)	17(6,2%)	
Parents médecins			
- Non	103(96,3%)	252 (92%)	0,136
- Oui	4 (3,7%)	22 (8%)	
Mode de vie			
- Seul	19(17,8%)	35(12,8%)	0,338
- Parents	82(76,6%)	214(78,1%)	
- Amis	3 (2,8%)	18(6,6%)	
- Conjoint	3 (2,8%)	7(2,6%)	
Niveau socio-économique			
- Bas	4 (3,7%)	14(5,1%)	0,039
- Moyen	66 (61,7%)	125 (45,6%)	
- Bon	33 (30,8%)	114 (41,6%)	
- Très bon	4 (3,7%)	21(7,7%)	
Antécédents personnels psychiatriques			
- Non	79(73,8%)	241 (88%)	< 0,001
- Oui	28 (26,2%)	33 (12%)	

**La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux
chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir**

Consommation de tabac			
– Non	92(86%)	244(89,1%)	0,404
– Oui	15(14%)	30(10,9%)	
Consommation d'alcool			
– Non	88(82,2%)	236(86,1%)	0,339
– Oui	19(17,8%)	38(13,9%)	
Déprimés			
– Non	10(9,3%)	109(39,8%)	<0,001
– Oui	97(90,7%)	165(60,2%)	
Stressés			
– Non	28(26,2%)	109(39,8%)	<0,001
– Oui	79(73,8%)	165(60,2%)	
Risque suicidaire			
– Non	66(61,7%)	225(82,1%)	<0,001
– Oui	41(38,3%)	49(17,9%)	

1.3. Analyse du risque suicidaire :

a. Comparatif du risque suicidaire en fonction du genre :

Dans notre échantillon 67,8%(n=61) des étudiants qui présentent un risque suicidaire sont de genre féminin et 32,2%(n=29) sont de genre masculin.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence du risque suicidaire et le genre (P=0,257).

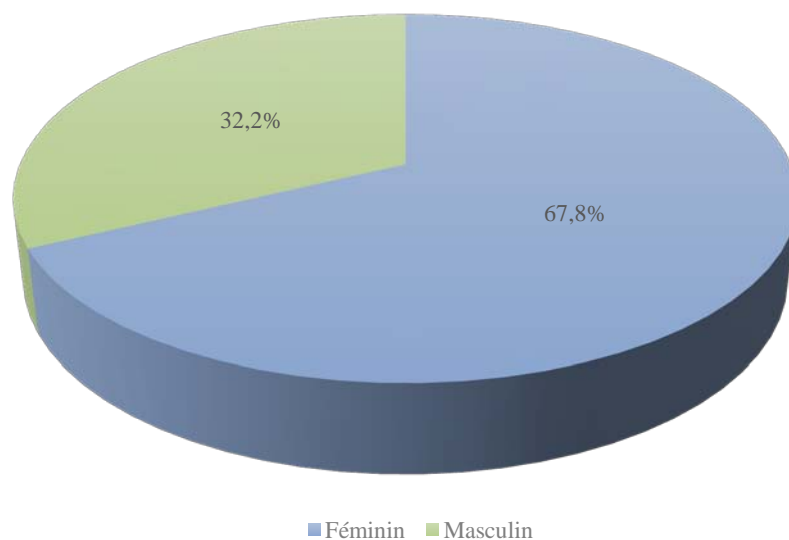


Figure 40 : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du genre.

b. Comparatif du risque suicidaire en fonction de la présence de profession parallèle :

Dans notre échantillon on trouve 91,1% (n=82) des étudiants qui présentent un risque suicidaire n'ont pas de profession parallèle aux études médicales. Tandis que 8,9% (n=8) exercent une profession parallèle aux études médicales.

La différence de la prévalence du risque suicidaire en fonction de la présence de profession parallèle n'est pas statistiquement significative (P=0,147).

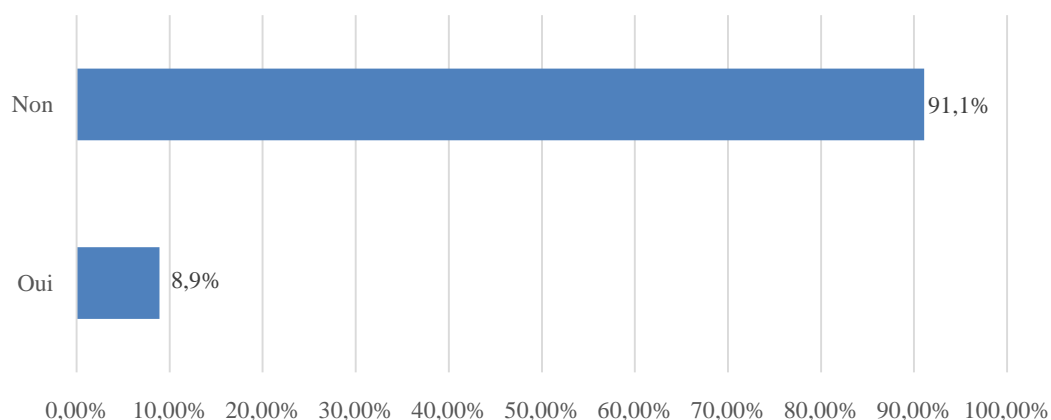


Figure 41 : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction de la présence d'activité professionnelle parallèle.

c. Comparatif du risque suicidaire en fonction du mode de vie :

On trouve dans notre échantillon que 66,7% (n=60) des étudiants avec un risque suicidaire vivaient avec leurs parents, 22,2% (n=20) vivent seuls, 7,8%(n=7) avec des amis et 3,3%(n=3) avec un conjoint.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence du risque suicidaire en fonction du mode de vie (P=0,03).

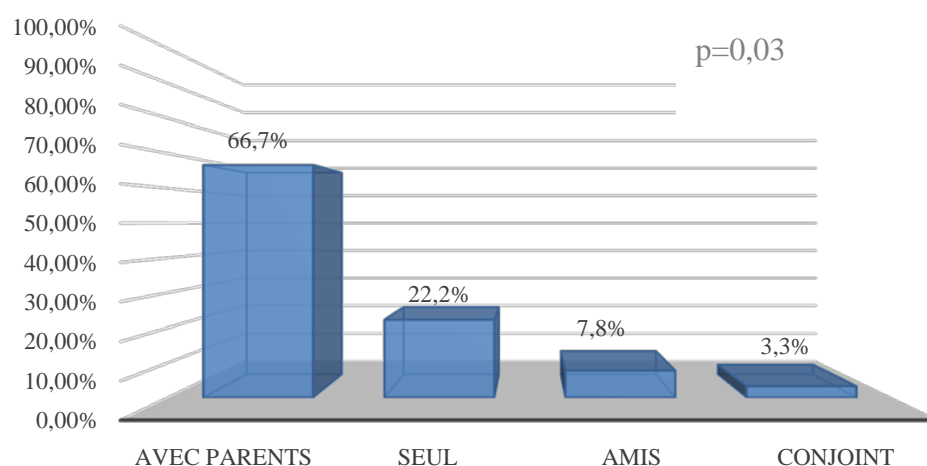


Figure 42 : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du mode de vie

d. Comparatif du risque suicidaire en fonction du niveau socio-économique :

Les étudiants issu d'un niveau socio-économique bas à moyen, et qui présente un risque suicidaire représentent 60% (n=54) de notre échantillon. Alors que 40%(n=36) ont un niveau bon à élevé.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative du pourcentage du risque suicidaire en fonction du niveau socio-économique (P=0,506).

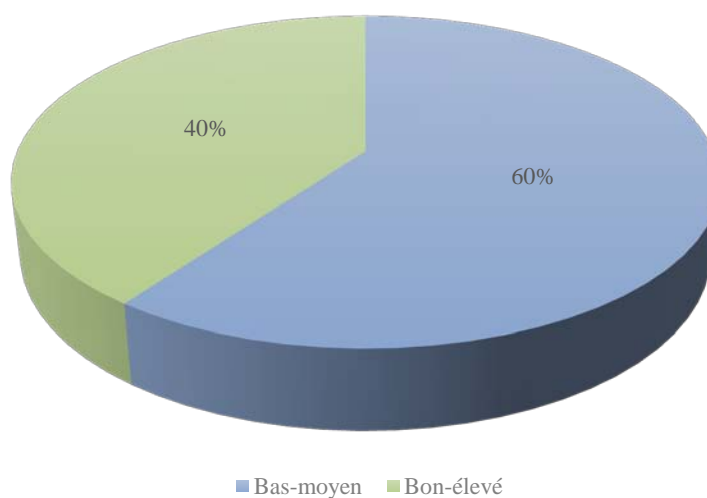


Figure 43 : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du niveau socio-économique.

e. Comparatif du risque suicidaire en fonction du fait de la présence de parent médecin :

Parmi les étudiants qui présentent un risque suicidaire 92,2% (n=83) n'ont pas de parents médecin. Seul 7,8% (n=7) ont un parent médecin.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence du risque suicidaire et la présence de parent médecin. (P=0,681)

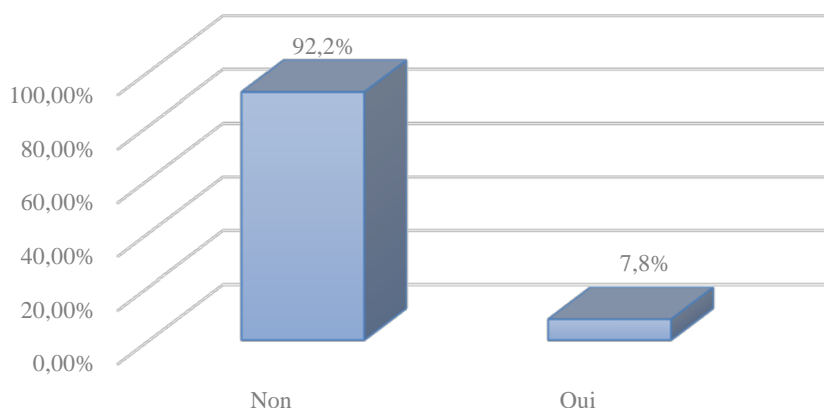


Figure 44 : La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction de la présence de parent médecin.

f. Comparatif du risque suicidaire en fonction du niveau d'étude :

Les étudiants de première année qui ont un risque suicidaire représentent 36,7% (n=33). Ceux de deuxième année symbolisent 22,2%(n=20). Alors que les étudiants de la troisième, quatrième, cinquième représentent 14,4%(n=13) 11,1%(n=10) et 15,6%(n=14) respectivement.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative du pourcentage du risque suicidaire en fonction du niveau d'étude (P=0,287).

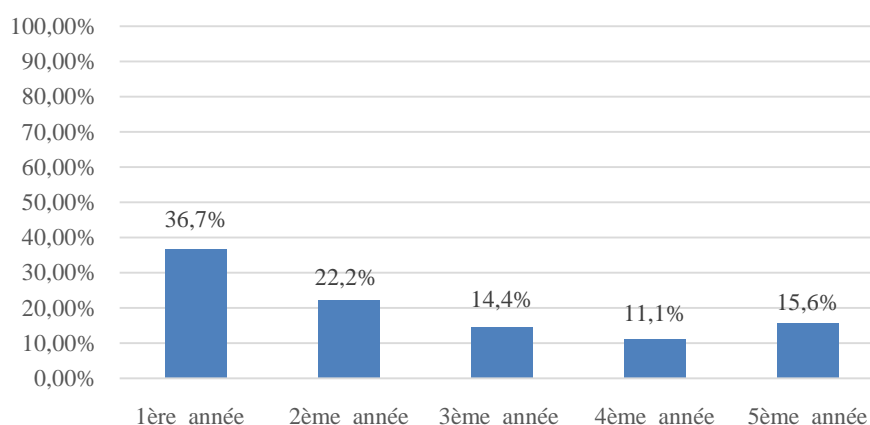


Figure 45: La répartition des étudiants qui avaient un risque suicidaire en fonction du niveau d'étude.

g. Comparatif du risque suicidaire en fonction de la présence d'ATCDs personnels psychiatrique :

Dans notre échantillon 65,6% (n=59) des étudiants avec risque suicidaire n'ont pas d'antécédents personnels psychiatriques. Et 34,4%(n=31) ont un antécédent psychiatrique.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence du risque suicidaire en fonction des antécédents personnels psychiatriques ($P < 0,001$).

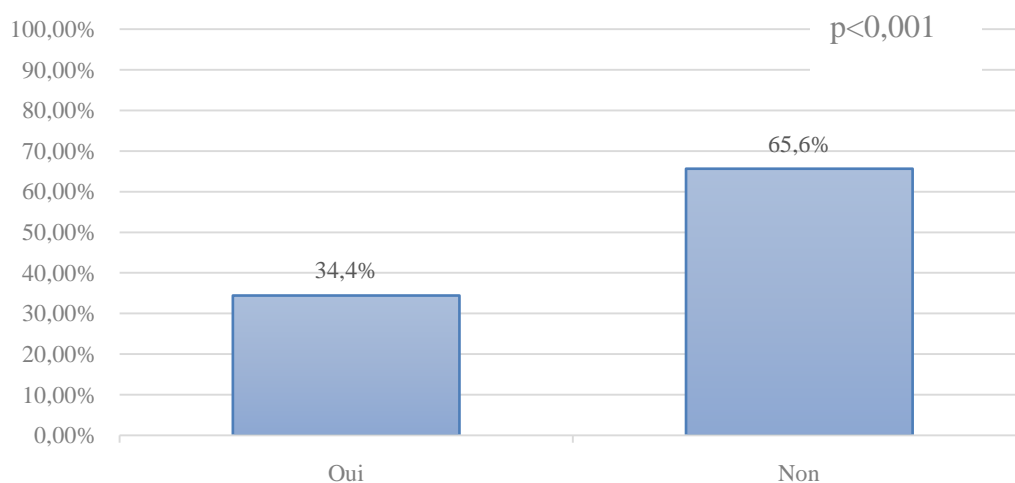


Figure 46: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence d'ATCDs personnels psychiatriques

h. Comparatif du risque suicidaire en fonction de la consommation de tabac :

Les étudiants consommateurs de tabac avec présence de risque suicidaire représentent 21,1% (n=19). Alors que 78,9% (n=71) ne sont pas tabagiques.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence du risque suicidaire en fonction de la consommation de tabac ($P = 0,002$)

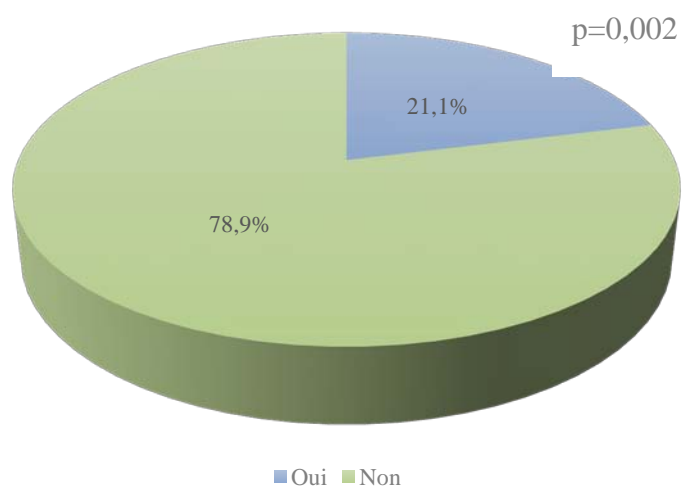


Figure 47: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la consommation de tabac.

ii. Comparatif du risque suicidaire en fonction de la consommation d'alcool :

Plus que la moitié des étudiants qui présentent un risque suicidaire ne consomment pas d'alcool avec un taux de 74,4%(n=67). Et 25,6% (n=23) sont consommateur d'alcool.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence du risque suicidaire en fonction de la consommation d'alcool (P=0,001).

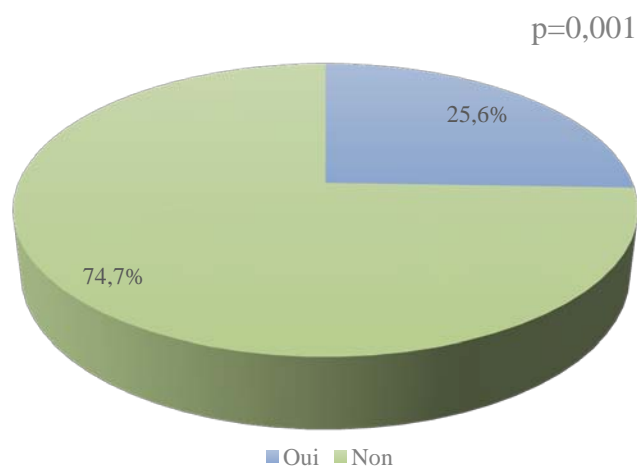


Figure 48: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la consommation d'alcool.

j. Comparatif du risque suicidaire et de la dépression :

Parmi les étudiants qui ont un risque suicidaire 82,2% (n=74) sont déprimés et 17,8 (n=16) ne présentent pas de dépression.

Il y a une différence statistiquement significative de la prévalence du risque suicidaire en fonction de la présence de dépression (P=0,002).

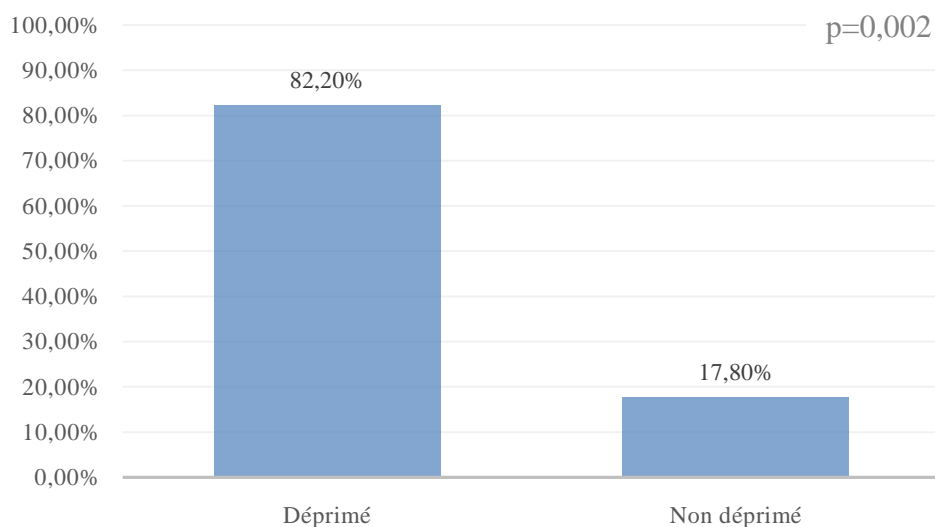


Figure 49: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence de dépression.

k. Comparatif du risque suicidaire et de la phobie sociale :

Parmi les étudiants qui ont un risque suicidaire 33,3% (n=30) ont une phobie sociale et 66,7% (n=60) ne présentent pas de Phobie sociale.

Il y a une différence statistiquement significative entre la prévalence du risque suicidaire et la présence de phobie sociale (p<0,001).

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

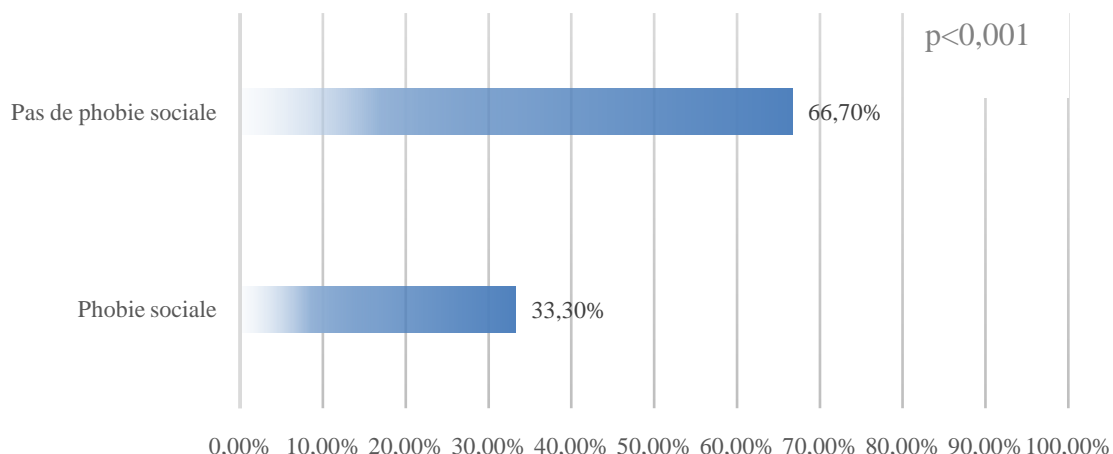


Figure 50: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la présence de phobie sociale.

1. Comparatif du risque suicidaire et du trouble anxieux généralisé:

Parmi les étudiants qui ont un risque suicidaire 28,9% (n=26) ont un TAG et 71,1%(n=64) ne présente pas de TAG.

Il y a une relation statistiquement significative entre la prévalence du risque suicidaire et la présence de troubles anxieux généralisé ($p < 0,001$).

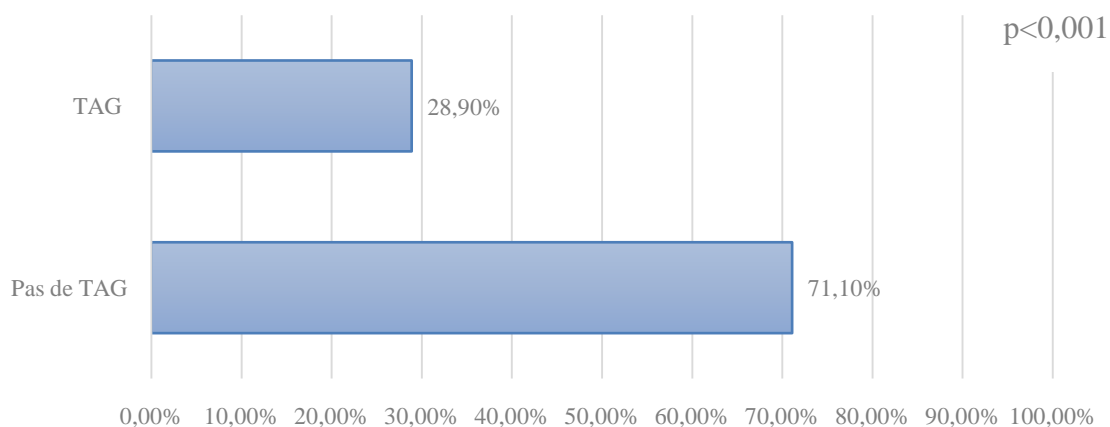


Figure 51: La répartition des étudiants qui ont un risque suicidaire en fonction de la de la présence de TAG.

Tableau X récapitulatif des corrélations du risque suicidaire avec les différentes variables

Variables	Risque suicidaire +	Risque suicidaire -	P value
Sexe			
Féminin	61(67,8%)	215(73,9%)	0,257
Masculin	29(32,2%)	76(26,1%)	
Année d'étude			
1 ^{ère} année	33(36,7%)	93(32%)	0,287
2 ^{ème} année	20(22,2%)	44(15,1%)	
3 ^{ème} année	13(14,4%)	47(16,2%)	
4 ^{ème} année	10(11,1%)	52(17,9)	
5 ^{ème} année	14(15,6%)	55(18,9%)	
Activité professionnelle parallèle			
Non	82(91,1%)	277(95,2%)	0,147
Oui	8(8,9%)	14(4,8%)	
Parent médecin			
Non	83(92,2%)	272(93,5%)	0,681
Oui	7(7,8%)	19(6,5%)	
Mode de vie			
Seul	20(22,2%)	34(11,7%)	0,03
Parents	60(66,7%)	236(81,1%)	
Amis	7(7,8%)	14(4,8%)	
Conjoint	3(3,3%)	7(2,4%)	
Niveau socio-économique			
Bas	5(5,6%)	13(4,5%)	0,506
Moyen	49(54,4%)	142(48,8%)	
Bon	29(32,2%)	118(40,5%)	
Très bon	7(7,8%)	18(6,2%)	

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

Antécédents psychiatriques			
Non	59(65,6%)	261(89,7%)	<0,001
Oui	31(34,4%)	30(10,3%)	
Consommation de tabac			
Non	71(78,9%)	265(91,1%)	0,002
Oui	19(21,1%)	26(8,9%)	
Consommation d'alcool			
Non	67(74,4%)	257(88,3%)	0,001
Oui	23(25,6%)	34(11,7%)	
Déprimé			
Non	16(17,8%)	103(35,4%)	0,002
Oui	74(82,2%)	188(64,6%)	
Phobie sociale			
Non	60(66,7%)	242(83,2%)	<0,001
Oui	30(33,3%)	49(16,8%)	
Troubles anxieux généralisés			
Non	64(71,1%)	265(91,1%)	<0,001
Oui	26(28,9%)	26(8,9%)	

Tableau XI : Récapitulatif des corrélations positives en analyse bi-variée

	Variables	Trouble +	Trouble -	P value
Troubles dépressifs	Parent médecin - Non - Oui	250(95,4%) 12(4,6%)	105(88,2%) 14(11,8%)	0,01
	Antécédents psychiatrique - Non - Oui	209(79,8%) 53(20,2%)	111(93,3%) 8(6,7%)	<0,001
	Risque suicidaire - Non - Oui	188(71,8%) 74(28,2%)	103(86,6%) 16(13,4%)	0,002
	Troubles anxieux - Non - Oui	165(63%) 97(37%)	109(91,6%) 10(8,4%)	<0,001
	Stressé - Non - Oui	95(36,6%) 165(63,7%)	108(90,8%) 11(9,2%)	<0,001
Troubles Anxieux	Sexe - Féminin - Masculin	87 (81,3%) 20 (18,7%)	189 (69%) 85 (31%)	0,015
	Niveau socio-économique - Bas - Moyen - Bon - Très bon	4 (3,7%) 66 (61,7%) 33 (30,8%) 4 (3,7%)	14(5,1%) 125 (45,6%) 114 (41,6%) 21(7,7%)	0,039
	Antécédents psychiatriques - Non - Oui	79(73,8%) 28 (26,2%)	241 (88%) 33 (12%)	< 0,001
	Déprimé - Non - Oui	10(9,3%) 97(90,7%)	109(39,8%) 165(60,2%)	<0,01
	Stressé - Non - Oui	28(26,2%) 79(73,8%)	109(39,8%) 165(60,2%)	<0,001
	Risque suicidaire - Non - Oui	66(61,7%) 41(38,3%)	225(82,1%) 49(17,9%)	<0,001

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

Risque suicidaire	Mode de vie			
	– Seul	20(22,2%)	34(11,7%)	0,03
	– Parents	60(66,7%)	236(81,1%)	
	– Amis	7(7,8%)	14(4,8%)	
	– Conjoint	3(3,3%)	7(2,4%)	
	Antécédents psychiatriques			
	– Non	59(65,6%)	261(89,7%)	<0,001
	– Oui	31(34,4%)	30(10,3%)	
Consommation de tabac				
– Non	71(78,9%)	265(91,1%)	0,002	
– Oui	19(21,1%)	26(8,9%)		
Consommation d'alcool				
– Non	67(74,4%)	257(88,3%)	0,001	
– Oui	23(25,6%)	34(11,7%)		
Déprimé				
– Non	16(17,8%)	103(35,4%)	0,002	
– Oui	74(82,2%)	188(64,6%)		
Phobie sociale				
– Non	60(66,7%)	242(83,2%)	<0,001	
– Oui	30(33,3%)	49(16,8%)		
Troubles anxieux généralisés				
– Non	64(71,1%)	265(91,1%)	<0,001	
– Oui	26(28,9%)	26(8,9%)		

2. Analyse multivariée :

2.1. Facteurs associés à la dépression :

Les facteurs associés à la dépression selon l'étude multivariée sont le stress et la présence de troubles anxieux.

Les étudiants stressés ont 12,5 fois plus de risque à présenter une dépression.

Les étudiants souffrants de troubles anxieux ont 3,2 fois plus de risque d'être déprimés.

Tableau XII : Facteurs associés à la présence de dépression chez les étudiants en médecine d'Agadir en analyse multivariée

Variable	OR ajusté	IC à 95%	p value
Présence de stress	12,5	6,3 - 24,7	<0,001
Présence de trouble anxieux	3,2	1,46_6,79	0.004
Risque suicidaire	1,7	0.84- 3.5	0.142
Présence de parent médecin	0,43	0,16-1,11	0,078
Présence d'ATCDs psychiatriques	1,78	0,69-4,56	0,236

2.2. Facteurs associés aux troubles anxieux :

Les facteurs associés aux troubles anxieux en analyse multivariées sont la dépression, le genre et le risque suicidaire.

La dépression augmente le risque de troubles anxieux de 5,54 fois.

Le genre féminin a 2,32 fois plus de risque de présenter des troubles anxieux.

Les étudiants avec un risque suicidaire moyen à élevé sont 2,29 fois plus prédisposés aux troubles anxieux.

**Tableau XIII Facteurs associés à la présence de troubles anxieux chez les étudiants en médecine
d'Agadir en analyse multivariée**

Variable	OR ajusté	IC à 95%	p value
Présence de dépression	5,54	2,71 - 11,36	<0,001
Le genre	2,32	1,26-4,28	0.007
Risque suicidaire	2,29	1,31-4,03	0,004
Niveau socio-économique élevé-bas	0,71	0,13-3,65	0,685
Présence d'ATCDs psychiatriques	1,55	0,82-2,93	0,183

2.3. Facteurs associés au risque suicidaire :

Les facteurs associés au risque suicidaire en analyse multivariées sont les troubles anxieux, et le mode de vie.

Les étudiants souffrants de troubles anxieux sont 2,23 fois plus prédisposés à avoir un risque suicidaire moyen à élevé.

Selon l'analyse multivarié, vivre avec les parents réduit le risque suicidaire de 52,5% chez les étudiants (OR=0,475).

**Tableau XIV Facteurs associés à la présence de risque suicidaire chez les étudiants en médecine
d'Agadir en analyse multivariée**

Variable	OR ajusté	IC à 95%	p value
Présence de dépression	1,47	0,72-3,01	0,295
Présence d'ATCDs psychiatriques	2,28	0,85-6,16	0,104
Consommation de tabac	1,02	0,36-2,97	0,971
Consommation d'alcool	1,73	0,66-4,54	0,267
Troubles anxieux	2,23	1,27-3,95	0,005
Vivre avec parents-seul	0,47	0,25-0,93	0,029



DISCUSSION



I. Santé mentale au Maroc :

Selon l'OMS, la santé mentale est la capacité d'un individu à mener une vie ordinaire, surtout sa capacité à créer et à maintenir des relations, à étudier, à travailler, et à prendre des décisions. Des remaniements dans le bien-être psychique d'une personne peuvent influencer négativement ses performances et ses choix et peuvent aboutir à un mauvais fonctionnement de la personne, mais aussi à une diminution de sa qualité de vie [9].

Le Maroc a bien ciblé l'importance de la prise en charge de la problématique de santé mentale. 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 [10].

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 [11].

Dans notre pays, la dépression présente une prévalence de 26,5%, et est considérée le trouble mental le plus fréquent avec 16,5% de personnes qui expriment des idées suicidaires. On note aussi une prévalence de 9,3% de personnes qui expriment un trouble d'anxiété généralisé, celle de la dépendance à l'alcool à 0,1% et aux substances psychoactives à 2%, avec 5,6% de troubles psychotiques. Ces données sont le fruit d'une enquête nationale qui a aidé, malgré la présence de quelques limites d'ordre méthodologique, à donner une idée de l'ampleur de la situation de la santé mentale chez les citoyens marocains [12]. Cependant, la quantité limitée de données disponibles et des recherches ne contribue pas à donner la mesure de l'enjeu de l'état de la santé mentale au Maroc ni à évaluer les besoins ciblés.

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 [13].

Les étudiants en médecine représentent un terrain fertile de pathologies psychiatriques vu l'énorme charge de stress qu'ils subissent. Donc plusieurs études ont été réalisées pour évaluer l'état de la santé mentale des étudiants en médecine au niveau des facultés de médecine du Maroc. Ces études avaient pour but de détecter les différents troubles psychiques telle que les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les comportements suicidaires chez les étudiants. Notre étude est la première à analyser ces troubles chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir.

II. Définitions et concepts :

1. La dépression :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression est un trouble mental caractérisé par une humeur triste, une perte d'intérêt ou de plaisir, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une sensation de fatigue ou un manque de concentration[14].

La dépression affecte plus de 350 millions de personnes dans le monde et représente la principale cause d'invalidité. C'est un grave problème de santé publique, car l'impact des troubles dépressifs va au-delà de le handicap pour augmenter le risque de mortalité[15].

Outre sa prévalence élevée, la dépression constitue un vrai problème de santé publique car elle est associée à un nombre non négligeable de pathologies dont elle est susceptible d'aggraver le pronostic [16]. Elle affecte significativement la qualité de vie et elle a un grand retentissement sur les aptitudes physiques et relationnelles de l'individu , qui confronte alors des difficultés à assumer ses devoirs sociaux et professionnels [17].

Selon le DSM-V, la caractéristique commune de tous les troubles dépressifs est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Le trouble dépressif caractérisé est l'affection classique dans ce groupe de troubles. Il est caractérisé par des épisodes délimités d'une durée d'au moins 2 semaines, comprenant des changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives, et des rémissions entre les épisodes. Une attention particulière est portée à la distinction entre tristesse normale et deuil d'une part et épisode dépressif caractérisé d'autre part. [18]

1.1. Les critères diagnostiques :[18]

- 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.

- a) 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.)
- b) 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).
- c) 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.)

- d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
 - f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - g) 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).
 - h) 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).
 - i) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

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

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

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

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

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

1.2. Prise en charge thérapeutique :

Tout d'abord, il est impérieux de discuter avec le patient de son diagnostic et lui donner des explications simples à propos du pronostic, de l'informer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité. Sans oublier d'éclaircir les effets attendus du traitement médicamenteux, ainsi que les effets secondaires qui peuvent apparaître, surtout en début de traitement. L'implication de la famille et des amis, après accord du patient, permet de fournir plus d'informations, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension de la maladie [19].

L'hospitalisation doit être envisagée pour tout sujet présentant un danger immédiat auto ou hétéro agressif ainsi qu'en présence de symptômes psychotiques. Et à chaque fois qu'une situation particulière l'exige, comme un entourage social insuffisant et la mauvaise réponse au traitement.

a. Les antidépresseurs :

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 [20].

Les antidépresseurs agissent tous sur la neurotransmission de la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, et on propose comme choix initial les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline (ISRN), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (IRND) et l'antagoniste de l'auto-récepteur pré-synaptique alpha-2 et antagoniste des récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃ (ASSNa). Ces classes de médicaments ont une efficacité similaire pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs et seul le profil des effets indésirables est différent [21].

Les 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 [20].

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 [20].

b. Le traitement psychothérapeutique :

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 [22].

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 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 [22].

2. Le trouble d'anxiété généralisée : [18]

2.1. Définition :

Le trouble d'anxiété généralisée représente une anxiété excessive et persistante ainsi qu'une inquiétude à propos de domaines variés, y compris les performances scolaires ou professionnelles, que le sujet trouve difficile à contrôler. De plus, la personne éprouve des symptômes physiques comme de l'agitation, une sensation d'être tendu ou énervé, le fait de se fatiguer facilement, des difficultés à se concentrer ou des passages à vide, une irritabilité, une tension musculaire et des perturbations du sommeil.

2.2. Critères diagnostique :

- A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

N.B. : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété .

N.B. : Chez les enfants , la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur , l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La peur , l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus , médicament) ni à une autre affection médicale.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson , obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente , la peur , l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

3. La phobie sociale : [18]

3.1. Définition :

La phobie sociale est un type de troubles où le sujet est anxieux ou a peur ou évite les interactions sociales et les situations qui impliquent la possibilité d'être observé. Cela inclut des interactions sociales telles que les rencontres avec des personnes non familières, les situations dans lesquelles le sujet peut être observé en train de manger ou de boire et les situations de performance dans lesquelles l'individu se trouve face aux autres.

3.2. Critères diagnostiques :

- A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).

N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associées à des symptômes

semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), des souvenirs d'évènements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

4. Le suicide :

Selon le DSM5, le suicide est défini comme étant le fait de causer intentionnellement sa propre mort. La tentative suicide comme étant la tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort ; les idées suicidaires comme étant des pensées d'auto-agressions, avec anticipation ou planification délibérées des techniques possibles pour causer sa propre mort [18].

5. Drogues et psychotropes :

Le mot drogue ne signifie pas seulement produits illicites, mais il regroupe les produits d'origine naturelle comme le cannabis, l'opium et la cocaïne. Et aussi les produits synthétiques telle que l'héroïne, l'LSD (diéthyllysergamide) et les médicaments dont l'usage abusif pourrait aboutir à des dysfonctionnements physiques et mentaux chez les consommateurs [23].

Un psychotrope est une substance qui agit surtout sur système nerveux central. Il modifie quelques processus biochimiques dans le cerveau et altère son fonctionnement, et donc, induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience et du comportement [24].

III. Discussion des résultats :

1. Étude des troubles dépressifs :

Le trouble dépressif représente le trouble de santé mentale le plus répandu chez les étudiants universitaires, et malgré les interventions de prévention, sa prévalence demeure toujours inquiétante[25]. Joã o Moreira de Sousa et al en 2018 ont approuvé l'hypothèse que les études médicales sont associées à une prévalence plus importante de dépression par rapport aux autres cursus [26].

La prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine de notre échantillon est de 68,7%, avec 17,3% de dépression sévère et 29% de dépression modérée ce qui est comparable avec les résultats de la littérature.

Quelques recherches ont trouvé des résultats proches des nôtres notamment celle de Syeda Rubaba Azim et al en 2019 qui a trouvé une prévalence de 71% chez une population de 270 étudiants de la faculté privée de médecine de Karachi en Arabie saoudite [27].

D'autres chercheurs ont trouvé des résultats inférieurs à ceux de notre étude :

- L'étude de S van der Walt et al a trouvé en 2020 une prévalence de 25% de dépression dans un échantillon de 473 étudiants en médecine de l'université de Cap Town en Afrique du Sud [28].
- Frid Talih et al ont trouvé en 2018 une prévalence de 23,8% de dépression dans un échantillon de 176 étudiants en médecine de l'Université américaine de Beyrouth[29].
- L'étude de Gin-Gin Gan et al a détecté prévalence de 11% de dépression dans une population de 149 étudiants en médecines durant leurs deux dernières années d'étude dans une université publique en Malaisie [30].

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

- Au Cameroun une étude réalisée par Stewart N. Ngasa et al en 2017 a objectivé une prévalence de 30,6% de dépression chez les étudiants dans les différentes facultés de médecine, avec 26,4% de dépression modérée et 0,8% de dépression sévère [31].
- Schwenk et al trouvaient une prévalence de 14% de dépression moyenne à grave dans un échantillon de 796 étudiants de l'université de Michigan au Canada en 2010[32].

Cette grande altérité entre les résultats des différentes études pourrait être associée à la différence de leurs lieux de réalisation, des outils de mesure, des méthodes et des normes adoptées pour l'évaluation. Et malgré cette disparité, les auteurs se mettent d'accord sur la prévalence élevée de la dépression chez les étudiants en médecine.

Tableau XV : Comparatif de la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine des différents pays.

Pays	Année	Auteurs	Taille de l'échantillon	Résultats
Canada	2010	Thomas L Schwenk et	796	14%
Cameroun	2017	Stewart N.Ngasa et al	618	30,6%
Malaisie	2018	Gin-Gin Gan et al	149	11%
Liban	2018	Farid Talih et al	176	23,8%
Afrique du Sud	2020	S van der Walt et al	473	25%
Arabie saoudite	2019	Syeda Rubaba Azim	270	71%
Maroc	2021	Notre série	381	68,7%

1.1. Comparaison de la dépression en fonction du genre :

Les femmes dans la population générale sont plus susceptibles de développer un trouble dépressif avec un taux plus élevé de dépression par rapport aux hommes[33].

Une nette prédominance féminine de la dépression a été détectée dans notre étude, avec une prévalence de 74,4%. Cette association n'était pas statistiquement significative. Une prévalence plus élevée de mauvaise santé mentale chez les filles que chez les garçons est conforme à des recherches antérieures tel l'étude de Wege et al en 2016[34].

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

D'autres études ont objectivé une association statistiquement significative entre la dépression et le genre. Tel l'étude Camp et al en 1994 à hollingsworth aux États-Unis avec une prévalence de 86,5%[35] et Mohamed Fawzy et Sherifa A.Hamed [36] en Égypte. En outre, S van der Walt et al [28] ont mis en évidence que parmi les étudiants ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif le taux de femmes était significativement plus important que celui des hommes.

En revanche, Abdallah et Gabr [37] et Farid Talih et al [29] ont rapporté que les étudiants masculins étaient plus sujets à la dépression que les femmes, avec un plus grand risque d'épuisement professionnel chez les hommes.

La fréquence élevée de la dépression chez les étudiants de sexe féminin peut être expliquée par le fait que le genre féminin est plus à risque de ressentir le stress [36], et en comparant les étudiantes aux étudiants en médecine, on découvre qu'elles ont un modèle différent de réponse au stress [38].

Afin d'établir un programme spécifique pour éviter les problèmes mentaux liés au stress, il est nécessaire d'approfondir les recherches sur les différences entre les sexes chez les étudiants en médecine.

Tableau XVI : Comparaison de la dépression en fonction du genre.

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Camp et al	États-Unis	1994	Prédominance féminine	P=0,007
Abdallah et Gabr	Egypt	2014	Prédominance masculine	P=0,002
Wege et al	Allemagne	2015	Prédominance féminine	P=0,214
Mohamed Fawzy et Sherifa A.Hamed	Egypt	2017	Prédominance féminine	P=0,045
Farid Talih et al	Liban	2018	Prédominance masculine	P=0,01
S van der Walt et al	Afrique du sud	2020	Prédominance féminine	P<0,001
Notre série	Maroc	2021	Prédominance féminine	P=0,198

1.2. Comparaison de la dépression en fonction de la profession des parents :

Dans notre étude 95,4% des étudiants déprimés n'ont pas de parents médecin avec une différence statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et la présence de parents médecins.

Dans la littérature des études renforcent notre hypothèse tel celle de Sergio Baldassin et al [39], qui a mis en évidence que les étudiants ayant un parent médecin présentent moins de risque de développer une dépression. Cela peut être lié à une diminution du romantisme concernant les études de médecine et par conséquent au développement de compétences d'adaptation sociale et affective.

En outre Lu chen et al [40] ont objectivé que les étudiants dont le niveau d'éducation paternelle était inférieur souffraient d'avantage de dépression. Ceci peut être expliqué par le fait que les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé ont pu porter une attention particulière à l'état psychologique des étudiants et communiquer activement avec eux, ce qui peut accroître leur soutien psychologique. Et c'est particulièrement le cas de la mère, car elle est la première enseignante de leurs enfants et accompagne les enfants.

Contrairement à nos résultats Sreeramareddy et al [41] ont découvert que la maladie psychologique est plus élevée chez les étudiants dont les parents étaient médecins. Cela peut probablement être dû aux attentes élevées des parents. Cette étude est en accord avec Yumna Muzafar et al [42] qui a ré vélé un épuisement professionnel significativement plus élevé chez les étudiants en médecine dont les parents étaient médecins.

Le niveau éducatif des parents influence l'avènement de troubles dépressifs chez les étudiants en médecine. Selon l'étude de Bawo O. James et al [43] faite en 2017 en Nigéria, une détresse émotionnelle importante peut être secondaire à la grande attente familiale avec l'obligation d'engagement dans le domaine médical. Et Pour une meilleure compréhension des aspects que peut avoir le soutien familial sur la prévention de la dépression, d'autres études devraient être menées.

Tableau XVII : Comparaison de la dépression en fonction de la profession des parents

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Sreeramareddy et al	Nepal	2007	Facteur de risque	P<0,05
Sergio Baldassin et al	Brazil	2008	Facteur protecteur	P=0,016
Lu chen et al	Chine	2013	Facteur protecteur	p<0,001
Yumna Muzafar et al	Pakistan	2015	Facteur de risque	P=0,038
Bawo O.James et al	Nigeria	2017	Facteur de risque	P=0,001
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P=0,01

1.3. Comparaison de la dépression en fonction du niveau d'étude :

Dans notre étude on n'a pas détecté de corrélation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et les différents niveaux d'études, avec un plus grand taux d'étudiant déprimés détecté en première année. Ce résultat est comparable avec les données de la littérature, notamment l'étude de Farid Talih et al en Liban en 2018 [29].

Une étude faite par L. Villacura et al en chili en 2017 a mis en évidence une différence statistiquement significative dans la présence de symptômes dépressifs au cours des sept années des études médicale. Et la plus grande proportion d'étudiants atteints de syndrome dépressif est apparue au cours de la troisième année avec une prévalence de 55,4% [44].

Une étude réalisée par Rohan Puthran et al en 2016 a trouvé une relation significative entre la prévalence de dépression et le niveau d'étude avec les étudiants de première année qui présentaient des taux de dépression plus élevés. Ces taux ont diminué progressivement jusqu'à la cinquième année[45].

Les étudiants lors du premier cycle font leur premier contact avec un nouveau système comparé à celui du lycée par les nouvelles matières et méthodes et les techniques d'évaluation, tout cela peut expliquer la prévalence enlevée de la dépression lors de cette période.

La différence de prévalence de dépression entre les niveaux d'étude peut être expliquée par le fait que les étudiants de la phase clinique sont confrontés à des défis complémentaires tel que la prise de responsabilité dans la prise en charge des patients et le choix de spécialité qui poussent l'étudiant à suivre un processus hautement compétitif et stressant [29].

Tableau XVIII : Comparaison de la dépression en fonction du niveau d'étude

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Rohan Puthran et al	Singapore	2016	Facteur de risque	P=0,005
L. Villacura et al	Chili	2017	Facteur de risque	P<0,001
Farid Talih et al	Liban	2018	Facteur de risque	P=0,81
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P= 0,624

1.4. Comparaison de la dépression en fonction du niveau Socio-économique :

Dans notre étude on trouve que plus que la moitié des étudiants déprimés sont issus d'un niveau socio-économique bas à moyen, mais l'association n'était pas statistiquement significative. Nos résultats sont comparables à ceux des études antérieures.

On note que Narushni Pillay et al [46] indiquent dans leur étude que le niveau socio-économique n'est pas significativement associé à la dépression, avec un plus grand risque de dépression chez les étudiants avec un revenu de ménage bas à moyen.

Wege et al[3] ont réalisé une méta analyse en 2018 pour évaluer le lien entre le niveau socio-économique et la dépression. Les résultats de leur étude ont montré que les étudiants ayant un revenu faible ont un risque plus important de présenter une dépression par rapport à ceux ayant un revenu plus élevé.

Plusieurs études réalisées dans le monde entier concernant les étudiants universitaires ont trouvé que les étudiants qui viennent des milieux plus pauvres étaient plus prédisposés à développer une dépression, tel l'étude de Lu Chen et Al en chine[40] qui ont constaté que les

étudiants issus de familles pauvres avaient plus de dépression que ceux issus de familles aisées. Les mêmes résultats ont été constatés par M.Bostanci et Al en Turquie [47].

V.Lorant et al [48] 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.

En revanche, l'étude de Yoolwon Jeong et al [49] a constaté que les sujets dont le revenu du ménage était moyen présentaient un risque de dépression significativement plus faible que ceux dont le revenu du ménage était plus élevé. Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude de Tamar Mendelson et al [50] dans laquelle les sujets ayant un ménage moyen par habitant avaient une probabilité plus faible d'intérioriser les symptômes de dépression par rapport au groupe ayant les revenus les plus élevés. Les résultats de ces études s'ajoutent à l'ensemble des preuves qui suggèrent qu'un statut socio-économique inférieur ne prédit pas nécessairement la dépression.

En fait, l'argent et les difficultés financières ont été identifiés comme source de détresse psychologique chez les étudiants en médecine. Le grand risque de dépression chez les étudiants de bas revenu mensuel, peut être expliqué par l'augmentation du stress vis-à-vis des exigences des études médicales.

Tableau XIX : Comparaison de la dépression en fonction du niveau Socio-économique

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
V. Lorant et al	Belgique	2002	Facteur de risque	P<0,001
M.Bostanci et al	Turquie	2004	Facteur de risque	P=0,001
Tamar Mendelson et al	États-Unis	2008	Facteur protecteur	P <0,01
Yoolwon Jeong et al	Corée du sud	2010	Facteur protecteur	P =0,01
Lu Chen et al	Chine	2013	Facteur de risque	P<0,001
Wege et al	Allemagne	2015	Facteur de risque	P<0,05
Narushni Pillay et al	Afrique du sud	2016	Facteur de risque	P =0,44
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P=0,139

1.5. Comparaison de la dépression en fonction du mode de vie :

L'entrée à la faculté de médecine requiert un changement du mode de vie de l'étudiant. Et parmi les changements les plus réponsus on trouve l'éloignement de la famille, des amis et de la ville natale. Dans ce cas, le logement présente un impact sur le bien-être psychologique de l'étudiant [51].

Nous avons trouvé que la majorité des étudiants déprimés de notre échantillon vivait avec leurs parents, ce qui est comparable aux données de la littérature. Dans une revue systématique publiée en 2016, Amit Nirman Cuttilan et Al[52] ont objectivé que les étudiants qui vivent à la maison ont plus de chance de développer une dépression par rapport aux étudiants qui vivent dans le logement universitaire.

En revanche Farid Talih [29] et al adoptent l'hypothèse que les étudiants en médecine qui ne vivent pas avec leurs parents présentent une probabilité accrue d'épuisement professionnel. Ceci montre l'importance du soutien familial dans la réduction de l'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine.

Dans notre échantillon, ce résultat peut avoir une grande importance en raison des normes sociétales au Maroc et de la dynamique entre les parents et les enfants adultes, en particulier parmi ceux qui poursuivent des études supérieures.

1.6. Comparaison de la dépression en fonction des ATCDs psychiatriques :

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 pauvre et de désordres psychiatriques[53].

Dans notre étude, l'analyse bi variée montre une relation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine et les ATCDs personnels psychiatriques, ce qui consolide la supposition que ces derniers sont des facteurs influençant la survenue de troubles dépressifs. Ce qui rejoint les résultats de Dyrbye et al [53] qui ont objectivé que les étudiants qui ont vécu un évènement de vie personnel positif avaient une fréquence d'épuisement émotionnel plus faible. En outre, Mebratu A.Kebede, B.Anbessie et G.Ayano [54] montre dans leur étude que les étudiants ayant vécu un évènement de vie stressant ont 1,61 fois plus de risque de présenter une dépression.

De même l'étude de Mehanna et Al[55] concernant les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, montre une relation fortement significative entre les antécédents personnels d'une part, et prévalence des troubles dépressifs d'autre part, ce qui leur a permis de conclure que ces antécédents sont des facteurs prédisposants aux troubles dépressifs.

Farid Talih et al [29] ont rapporté une prévalence importante de troubles dépressifs chez les étudiants qui avaient des antécédents de tentatives de suicide, avec une association statistiquement significative entre ces deux paramètres. Le même constat a été fait par Narushni Pillay et al[46] qui ont retrouvé une relation statistiquement significative entre les antécédents de maladie mentale et la survenue de dépression.

La dépression est une maladie psychiatrique avec des risques de rechute, de récurrence et de chronicité élevés. Alain Gardier et Emmanuelle Corruble [56] ont publié en Décembre 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 chez les étudiants en médecine.

Tableau XX : Comparaison de la dépression en fonction des ATCDs psychiatriques

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Mehanna et al	Liban	2006	Facteur de risque	P <0,001
Dyrbye et al	États-Unis	2009	Facteur de risque	P ≤0,02
Farid talih et al	Liban	2018	Facteur de risque	P =0,006
A.Kebede et B.Anbessie G.Ayano	Éthiopie	2019	Facteur de risque	P<0,005
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P<0,001

1.7. Comparaison de la dépression en fonction de la consommation de toxiques :

Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont des phénomènes bien connus problème de santé chez les étudiants en médecine. Bien que cela n'ait pas été évident dans notre étude, les résultats d'autres études ont suggéré que l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool chez les étudiants en médecine a des effets néfastes sur leur santé mentale.

Nous n'avons pas objectivé de relation significative entre la consommation de toxiques d'une part et la prévalence des troubles dépressifs chez les futurs médecins en formation d'autre part. Le même constat a été fait par Narushni Pillay et al [46] (p=0,802) et Yoolwon et al [49] (P >0,005).

Plusieurs études rapportent que l'abus de substances dont le tabac et l'alcool représente un vrai problème de santé chez les étudiants en médecine et a des effets défavorables sur leur santé mentale. L'étude de Newbury-Birch et al[57] ($P = 0.049$) et celle de Eric R. Jackson et al [58] ($P < 0,0001$) ont mis au clair la contribution significative de la consommation de drogues dans l'apparition de dépression chez les étudiants .

Cependant, étant donné que ces changements dans les comportements liés à la santé peuvent également se manifester en conséquence ou une composante de la dépression, une étude plus approfondie est nécessaire afin de tirer une conclusion sur leurs relations causales.

1.8. Comparaison de la dépression en fonction du stress et des troubles anxieux :

Le stress est la réponse biologique habituelle à des stimulus défavorables. Mais, si la réponse compensatoire dans certaines circonstances est inappropriée ou inadéquate, le même stress qui motivait auparavant la personne à atteindre des performances élevées peut entraîner de mauvaises performances scolaires et des troubles tel que la dépression.

Nous avons objectivé une différence statistiquement significative entre la dépression d'une part et présence de stress et de troubles anxieux d'autre part. Selon l'analyse multivariée, nous avons trouvé que les facteurs associés à la dépression étaient le stress et les troubles anxieux. Des résultats similaires ont été constatés, par Mohamed Fawzy et Sherifa A.Hamed dans leur étude en 2017 qui trouve que le stress était corrélé aux scores des symptômes dépressifs [36].

C. Saravan and R. Wilks [59] ont objectivé en 2014 une différence statistiquement significative de la prévalence de la dépression en fonction du stress. Ils ont déduit que le stress est un fort prédicteur de troubles dépressifs.

D.Kunwar et Al [60] ont objectivé dans une étude réalisée en 2016 au Népal une corrélation significative entre la dépression l'anxiété et le stress. Le même constat a été fait par Fernanda B. Mayer et al[3] et par Ivana D.Moutinho et al [61] .

La dépression, l'anxiété et le stress représentent un problème majeur chez les étudiants en médecine, et des mécanismes permettant d'identifier et d'aider les étudiants souffrant de ces problèmes devraient être sérieusement envisagés.

Tableau XXI Comparaison de la dépression en fonction des troubles anxieux

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
C. Saravan et R. Wilks	Malaisie	2014	Facteurs de risque	P <0,001
D.Kunwar et al	Nepal	2016	Facteurs de risque	P <0,001
Fernanda B.Mayer et al	Brazil	2016	Facteurs de risque	P <0,001
Mohamed Fawzy et Sherifa A. Hamed	Egypt	2017	Facteurs de risque	P=0,0001
Ivana D.Moutinho et al	Brazil	2017	Facteurs de risque	P <0,001
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P<0,001

2. Étude des troubles anxieux :

L'anxiété, aussi bien que la dépression, est souvent non détectée et sous-diagnostiquée. En plus, la prévalence globale d'anxiété chez les étudiants en médecine reste plus fréquente par rapport à la population générale. De même, les troubles anxieux chez ces étudiants méritent une attention particulièrement importante en raison de ses nombreuses implications [62].

Dans notre étude nous avons objectivé une prévalence de 28,08% des troubles anxieux. Une prévalence équivalente a été détectée par Bawo O James et al [43] dans une étude transversale incluant un échantillon de 623 étudiants au niveau de huit facultés de médecine au Nigeria.

Des résultats proches de ceux de notre étude ont été rapportés par Mebratu A.Kebede, B.Anbessie et G.Ayano [54] qui ont mené une étude concernant un échantillon de 273 étudiants en médecine en Éthiopie, et qui ont objectivé une prévalence de 30,1% d'anxiété.

Plusieurs auteurs ont rapporté une prévalence supérieure à la nôtre :

- Abdullah M.Al-Khani et al [63] avancent un chiffre de 53% de prévalence de troubles anxieux chez 206 étudiants en médecine dans une faculté de médecine privée en Arabie saoudite.
- Une étude transversale réalisée en 2016 par Ivana Lucia D. Moutinho et al[61] concernant 761 étudiants en médecine Brésiliens a montré une prévalence d'anxiété de 37,2%.
- Zaid A. Mahroon et al[64] ont objectivé une prévalence de 51,5% d'anxiété dans une population de 350 étudiants en médecine au niveau de l'université internationale au Royaume de Bahreïn.
- Shawaz Iqbal et al [65] ont objectivé en 2015 une prévalence des TAC de 66,9% dans un échantillon de 353 étudiants en médecine en Inde.
- Dans l'étude de Motaz B. Ibrahim et Moataz H. Abdelreheem [66] en 2014, une prévalence de 43,9% des troubles anxieux a été retrouvé dans un échantillon de 164 étudiants de l'université d'Alexandrie en Égypte

D'autres auteurs ont trouvé des résultats inférieurs aux nôtres notamment :

- Kadri N et al [67] sur un échantillon de 800 personnes de la population générale de la ville de Casablanca, qui ont objectivé une prévalence de 25,5% des troubles anxieux.
- Nadia Azad et al [68] ont identifié une prévalence de 19% d'anxiété dans un échantillon de 150 étudiants en médecine en Pakistan.
- Wege et al [34] ont objectivé un taux de 4,4% d'anxiété chez une population de 590 étudiants en médecine de l'Université de Düsseldorf en Allemagne.

Ces études se réunissent toutes sur le fait que le taux des troubles anxieux est très grand chez les étudiants en médecine par rapport à la population générale. De multiples théories ont été présentées, par plusieurs chercheurs qui ont essayé d'expliquer ce phénomène. Quelques-uns l'attribuent à la nature des études médicales où les étudiants subissent des évaluations tout au

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

long de l'année universitaire aussi bien au niveau du stage qu'à la faculté, ainsi qu'au caractère compétitif des études médicales [69].

Tableau XXII : Comparatif de la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les étudiants en médecine des différents pays.

Pays	Année	Auteurs	Taille de l'échantillon	Résultats
Maroc	2007	Kadri N et al	800	25,5%
Égypte	2014	Motaz B. Ibrahim et Moataz H. Abdelreheem	358	43,9%
Inde	2015	Shawaz Iqbal et al	353	66,9%
Brésil	2016	Ivana Lucia D. Moutinho et al	761	37,2%
Allemagne	2016	Wege et Al	590	4,4%
Bahreïn	2017	Zaid A. Mahroon et al	350	51,5%
Pakistan	2017	Nadia Azad et al	150	19%
Nigeria	2017	Bawo O James et al	623	28,6%
Éthiopie	2019	Mebratu A.Kebede, B.Anbessie et G.Ayano	273	30,1%
Arabie Saoudite	2019	Abdullah M.Al-Khani et al	206	53%
Maroc	2021	Notre série	381	28,08%

2.1. Comparaison des troubles anxieux en fonction du genre :

Plusieurs études ont montré que les femmes sont plus susceptibles de ressentir l'anxiété en comparaison avec le genre masculin, aussi bien dans la population générale [70] que chez les étudiants en médecines [71].

Nous avons objectivé une différence significative de la prévalence des troubles anxieux par rapport au genre, avec une nette prédominance féminine parmi les étudiants anxieux.

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

Des résultats similaires ont été reportés par de nombreux auteurs, comme Mebratu A.Kebede, B.Anbessie et G.Ayano [54] en 2019 dont l'analyse multivariée a montré que les femmes étaient 2,56 fois plus susceptibles d'être anxieuses que les hommes. Le même constat a été fait par Fernanda Mayer et al [3], et Judith A.Richman et Joseph A. Flaherty [72] qui ont objectivé que les femmes sont significativement plus prédisposées à présenter de l'anxiété par rapport aux hommes.

En outre, l'étude de Travis T.Quek et al [62] dans une méta-analyse réalisée en 2019 ont constaté que les étudiantes en médecine avaient une prévalence d'anxiété plus élevée que les étudiants de sexe masculin, mais la relation n'était pas statistiquement significative.

La tendance selon laquelle les femmes ressentent plus d'anxiété que les hommes, suggère que les étudiantes en médecine sont plus compétitives, ont plus tendance à être soucieuses pour obtenir des notes plus élevées aux examens et sont plus préoccupées par leurs performances [73]. Des recherches supplémentaires sont très importantes avant que ces suggestions puissent être confirmées.

Tableau XXIII Comparaison des troubles anxieux en fonction du genre

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Judith A.Richman et Joseph A.Flaherty	Etats-Unis	1990	Prédominance féminine	$P < 0,05$
Fernanda Mayer et al	Brazil	2016	Prédominance féminine	$P < 0,001$
Mebratu A.Kebede, B.Anbessie et G.Ayano	Éthiopie	2019	Prédominance féminine	$P < 0,2$
Travis T.Quek et al	Vietnam	2019	Prédominance féminine	$P = 0,80$
Notre série	Maroc	2021	Prédominance féminine	$P = 0,015$

2.2. Comparaison des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique :

Dans notre échantillon nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la présence de troubles anxieux et le niveau socio-économique. Plus que la moitié des étudiants de la FMPA qui ont un trouble anxieux sont issus d'un niveau socio-économique bas à moyen.

Ces résultats sont comparables à ceux de Bawo O James et al [43], qui rapportent que les étudiants qui ont évalué leur facilité à obtenir des fonds pour l'école de médecine comme difficile étaient significativement plus susceptibles de déclarer du stress. Cela nous pousse à renforcer l'hypothèse que le statut socio-économique est une origine d'anxiété pour les étudiants en médecine.

En outre, Hala M. Gabr et al [37] approuvent l'influence qu'a le niveau socio-économique sur la santé mentale des étudiants en médecine, avec un taux d'anxiété plus important chez ceux avec un niveau bas à moyen.

D'autres auteurs n'ont pas trouvé de corrélation significative entre le niveau socio-économique et l'anxiété, notamment Syeda R Azim et al [27] et Nahla Ibrahim et al [74]. Cependant, ils rapportent que le score moyen de dépression, d'anxiété et de stress était généralement plus élevé chez les étudiants de statut socio-économique modéré et médiocre.

En analysant les résultats de toutes ces études, on a déduit qu'il est impérieux de mener plus de recherche pour bien comprendre la relation entre la prévalence des troubles anxieux et le niveau socio-économique des futurs médecins.

Tableau XXIV Comparaison des troubles anxieux en fonction du niveau socio-économique

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Nahla Ibrahim et al	Arabi saoudite	2013	Facteur prédicteur	$P > 0,05$
Hala M. Gabr et al	Égypte	2014	Facteur prédicteur	$P < 0,001$
Bawo O James et al	Nigeria	2017	Facteur prédicteur	$P = 0,001$
Syeda R Azim et al	Arabi saoudite	2019	Facteur prédicteur	$P > 0,05$
Notre série	Maroc	2021	Facteur prédicteur	$P = 0,039$

2.3. Comparaison des troubles anxieux en fonction des ATCDs psychiatriques :

Nous avons objectivé une relation statistiquement significative entre les antécédents psychiatriques et la prévalence des troubles anxieux dans notre échantillon. Ainsi les antécédents psychiatriques ont été trouvés comme forts prédicteurs d'anxiété.

Plusieurs études ont détecté des résultats similaires, notamment celle de Mehanna et al[55] qui ont objectivé que les antécédents psychiatriques représentent des facteurs puissants des troubles anxiodépressifs chez les étudiants en médecine.

Farid Talih et al[29] dans une étude transversale réalisée en 2018 ont objectivé que les étudiants qui ont été dépistés positifs pour l'épuisement professionnel étaient plus susceptibles d'avoir vécu un événement de vie stressant au cours de la dernière année.

D'autres auteurs n'ont pas trouvé de relation statistiquement significative entre les antécédents psychiatriques et les troubles anxieux, tel l'étude de Khan MS et Al[75] au Pakistan. Mais ils insistent sur le fait que les étudiants présentant une histoire de dépression et d'anxiété restent plus prédisposés à présenter un trouble anxieux.

Tableau XXV : Comparaison des troubles anxieux en fonction des ATCDs psychiatriques

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultats	Test de Pearson
Mehanna et Al	Liban	2006	Facteur prédicteur	P=0,0000
Khan MS et Al	Pakistan	2006	Pas un facteur prédicteur	P>0,005
Farid Talih et Al	Liban	2018	Facteur prédicteur	P=0,005
Notre série	Maroc	2021	Facteur prédicteur	P<0,001

3. Étude du risque suicidaire :

3.1. Comparaison du risque suicidaire en fonction de la présence de troubles anxieux :

Les idées et les tentatives de suicide représentent des problématiques sérieuses chez les étudiants en médecine au Maroc. Des mesures de prévention et de soutien doivent être mises en place pour limiter ce phénomène.

Dans notre étude nous avons objectivé que 23,6% des étudiants ont un risque suicidaire moyen à élevé. Une relation statistiquement significative entre le risque suicidaire et les troubles anxieux a été confirmée par l'analyse bi variée, ainsi que par l'analyse multivariée. Les étudiants anxieux de notre échantillon étaient 2,23 fois plus à risque de présenter des idées suicidaires et de réaliser une tentative de suicide.

Des résultats similaires ont été retrouvés par Savita Chahal et al [76] qui ont conclu que le stress académique était la raison la plus souvent invoquée pour expliquer le suicide des étudiants en médecine. Ainsi, les facultés de médecine elles-mêmes représentent des marmites bouillantes de stress et de suicide.

Coentre R et al [77] affirment que les troubles anxieux sont fortement associés au risque suicidaire (P<0.001). En outre, Rosiek et al [78] montre que l'exposition chronique à des situations stressantes durant les études médicales peut entraîner des troubles psychiatriques et peut favoriser les conduites suicidaires (P=0,029).

La population des étudiants en médecine n'est pas immunisée contre les troubles de la santé mentale. Cette population est particulière par l'intégration des études médicales à la suite d'une sélection rigoureuse, puis l'intégration dans des études longues et difficiles. On peut donc facilement envisager que ce parcours soit à risque de développer des difficultés psychologiques. Donc, les étudiants en médecine sont une population à risque de présenter des idées et des comportements suicidaires.

3.2. Comparaison du risque suicidaire en fonction de la dépression :

En effet, des études récentes confirment l'hypothèse que la mauvaise santé mentale est associée à l'épuisement professionnel, aux idées de quitter les études et aux idées suicidaires chez les étudiants en médecine [79].

Nous avons objectivé que la dépression est associée d'une façon statistiquement significative au risque suicidaire. Des résultats similaires ont été concrétisés par, Coentre R et al[77] et Torres AR et al[80] qui ont conclu que le trouble dépressif représente la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les médecins décédés suite à une tentative de suicide.

Ainsi, Arjab Adhikari et al [79] et Gold et al [81] ont détecté une prévalence significativement plus importante des idées suicidaires chez les sujets qui présentent une mauvaise santé mentale.

Farid Talih et Al[29] trouvent aussi dans leur étude que les étudiants épuisés avaient tendance à avoir des idées suicidaires. Ainsi, la dépression est associée d'une façon statistiquement significative aux idées suicidaires.

Il est indispensable de souligner l'importance de la prévention de la dépression chez les étudiants en médecine pour contrôler les idées, les plans et les tentatives de suicides.

Tableau XXVI : Comparaison du risque suicidaire en fonction de la dépression

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Gold et al	Etats-unis	2012	Facteur de risque	P=0,045
Coentre R et al	Portugal	2016	Facteur de risque	P<0.001
Torres AR et al	Brazil	2017	Facteur de risque	P<0,001
Farid talih et al	Liban	2018	Facteur de risque	p<0.001
Notre série	Maroc	2021	Facteur de risque	P=0,002

3.3. Comparaison entre le risque suicidaire et la consommation de toxiques :

Plusieurs études suggèrent que les étudiants en médecine présente un risque important de consommation de substances psychoactives.

Dans notre étude, nous avons détecté une relation statistiquement significative entre la consommation de toxiques et le risque suicidaire. Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature, notamment ceux d'une étude réalisé par Mohammed Barrimi et al[82] qui a objectivé que la consommation de substances toxiques pourrait aggraver ou participer à l'émergence des idées suicidaires chez les étudiants. Le même constat a été fait par Coentre R et al [77]et Osama M et al[83].

Erin E. Ayala et al [84] au états unis, ont objectivé que la consommation de toxiques chez les étudiants en médecine aux États-Unis est associée à des conséquences dans divers domaines y compris un risque suicidaire plus important. Alors, on retient l'importance de la consommation de substances et de ses conséquences néfastes sur la santé mentale des étudiants en médecine.

Tableau XXVII : Comparaison entre le risque suicidaire en fonction de la consommation de toxique

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Osama M et al	Pakistan	2014	Facteur associé	P=0,000
Coentre R et al	Portugal	2016	Facteur associé	P=0,023
Mohammed Barrimi et al	Maroc	2018	Facteur associé	P=0,0016
Notre série	Maroc	2021	Facteur associé	P<0,001

3.4. Comparaison entre le risque suicidaire en fonction du mode de vie :

Notre étude suggère que la solitude est un facteur de risque pour les pensées suicidaires et les tentatives de suicides. Et selon l'analyse multivariée, vivre avec les parents réduit le risque suicidaire de 52,5% chez les étudiants (OR=0,475). Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature.

Torres AR et al[80], ainsi que Coentre R et al[77] trouvent que le fait de vivre seul est significativement associé au risque suicidaire. Ceci peut être expliqué par le fait que les étudiants qui vivent seuls, ne se sentent pas connectés à leur communauté d'où l'émergence de difficultés de communication catalysant ainsi des sentiments de détresse dans des comportements dangereux.

En outre, Osama M et al[83] ont découvert une association statistiquement significative entre la négligence parentale et les idées suicidaires. La négligence parentale fait que les étudiants grandissent sans l'intériorisation des ressources dont chacun a besoin pour faire face aux moments difficiles. Ils deviennent donc vulnérables à quiconque leur accorde de l'attention et sont à risque accru d'être exploités.

Pour une meilleure prévention du risque suicidaire, une attention particulière doit être accordée aux étudiants vivant seuls, avec des pensées d'abandon et des symptômes dépressifs.

Tableau XXVIII : Comparaison du risque suicidaire en fonction du mode de vie

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Osama M et al	Pakistan	2014	Facteur associé	P=0,000
Coentre R et al	Portugal	2016	Facteur associé	P=0,001
Torres AR et al	Brazil	2017	Facteur associé	P<0,001
Notre série	Maroc	2021	Facteur associé	P=0,03



RECOMMANDATIONS



La première recommandation est la prévention : Selon la Haute Autorité de santé (HAS), on distingue trois niveaux en termes de prévention : « la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence »[85]

Plusieurs types d'interventions peuvent être réalisés chez les étudiants en médecine. On note des interventions institutionnelles, qui se font au cours du cursus universitaire, et elles peuvent intervenir sur le type d'apprentissage, le mode d'évaluation ou sur le comportement à adopter envers les étudiants. Puis on trouve les interventions sur les étudiants, et qui comprennent les interventions en groupe et les interventions individuelles[86].

Quelques études ont montré l'efficacité de ces interventions dans la réduction du stress de l'anxiété et de la dépression. Il peut s'agir de discussions pédagogiques, de séances de développement personnel ou des groupes de soutien psychologiques animés par des psychiatres [86].

La deuxième recommandation est l'information et l'accompagnement : la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech met à la disposition des étudiants un guide qui leur permet de s'informer sur différents sujets tels que le cursus médical, la couverture médicale, l'organisation des structures de la faculté, et les différentes activités présentes au sein de la faculté [87].

Le programme de tutorat améliore l'intégration dans les études médicales et soutient les étudiants en difficulté d'apprentissage et lutte contre l'échec et le redoublement . Il permet un renforcement pédagogique et une proximité entre les enseignants et les étudiants, favorisant ainsi le processus d'apprentissage [88].

La cellule d'écoute et d'accompagnement est un espace qui se trouve au sein même de la faculté, et qui a pour objectif d'accueillir, écouter, comprendre, informer et orienter les étudiants de

la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Cette cellule a pour missions de recevoir et d'écouter en entretiens individuels les étudiants à leur demande . Elle apporte une aide aux étudiants par des conseils et en proposant un relais auprès de praticien pour une prise en charge thérapeutique si nécessaire. Elle propose des mesures de prévention. Les étudiants qui ont des difficultés peuvent solliciter par téléphone ou mail un rendez -vous à la cellule d'écoute en indiquant leur numéro de téléphone et ils seront contactés et reçus dès que possible [89]

Il est aussi utile de rapprocher les soins psychiatriques près des étudiants, avec une discrétion beaucoup plus importante et un anonymat, qui devraient être bien expliqués aux étudiants pour les encourager à demander les soins psychiatriques et dépasser la barrière de la stigmatisation.

La troisième recommandation est d'établir des programmes et des conventions avec des instituts culturels et des salles de sport afin de permettre aux étudiants de se divertir et de s'épanouir dans des loisirs en dehors du contexte médical, et cela en complément des structures déjà mises en place au sein de l'établissement (associations des étudiants). Il est aussi bénéfique d'encourager les étudiants à participer aux activités (conférences, journées scientifiques, caravanes médicales,et échanges cliniques).

La quatrième recommandation est le travail de psychoéducation et de sensibilisation des étudiants vis-à-vis des troubles mentaux, et surtout vis-à-vis des troubles anxieux et dépressifs [90]. Le fait que l'étudiant commence son cursus par des modules de psychologie, de sociologie et de communication n'est qu'une première étape.

La cinquième recommandation : il est très intéressant de mettre en place des structures d'aide au sein de la faculté tels que des services de médecine préventive. Ce dernier pourrait organiser des consultations annuelles obligatoires pour tous les étudiants en médecine pour détecter d'éventuels problèmes de santé mentale [89]. Les enseignants de psychiatrie et leur équipe de résidents en psychiatrie seront mieux placés pour le dépistage et l'orientation clinique des étudiants vulnérables.

La sixième recommandation : est l'apprentissage des techniques de gestion du stress par Internet qui est une astuce formidable et très accessible . Elle repose sur la participation à un programme, qui propose une intervention à visée thérapeutique . Ces programmes de gestion de stress en ligne restent intéressants dans la prévention, et la sensibilisation des étudiants. Il est impératif de préciser que ces programmes ne peuvent remplacer une prise en charge thérapeutique, mais reste tout de même important dans le cas où une aide à la gestion du stress est nécessaire [91].

La septième recommandation : Faire apprendre aux étudiants de faire un travail de psychothérapie sur eux-mêmes. Plusieurs facteurs se sont montrés efficaces contre les troubles de santé mentale chez les étudiants en médecine tels que le soutien social , la résilience, l'optimisme, le locus de contrôle et l'auto-efficacité [92]. En plus, les techniques de coping utilisé par les étudiants se montrent puissants dans la gestion du stress.

Le coping représente « l'ensemble des processus qu'un sujet interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » [93]

Selon Lazarus et Folkman [94] on distingue deux types de coping. On trouve le coping centré sur le problème ,et le coping centré sur l'émotion comme la maîtrise de soi et le soutien social.

Le coping centré sur le problème comporte tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou une minimalisation de l'impact du facteur tresseur. Plusieurs formes de remédiation au stress sont identifiées tel que la résolution de problèmes, la réévaluation positive, la distanciation et la confrontation [94].

Le coping centré sur l'émotion comporte l'autocontrôle émotionnel qui permet de garder ses émotions pour soi ; un évitement direct de la confrontation mais aussi un évitement indirect comme la fuite dans le sommeil et l'autoaccusation [94].

Selon Dominique Servant [95], il y a un troisième type de coping centré sur la recherche de soutien social. Ce type se compose de soutien informationnel où l'individu cherche des informations concernant le problème auprès de son entourage et le soutien émotionnel où l'individu cherche du réconfort.

La huitième recommandation est de bien assouplir la relation Enseignant - étudiant dans le cadre du respect de l'enseignant qui ne devra pas être mis à l'écart. Dans cette relation, l'enseignant met en confiance ses étudiants, et ils les valorisent et les écoutent sans préjugement. L'enseignant tend à poser des questions ouvertes pour stimuler ses étudiants et non pour les intimider ou les stresser. L'enseignant critique objectivement ses étudiants sans personnaliser ses critiques.


Ceci nous ramène à dire que le rôle de l'enseignant est primordial et sa première fonction consiste à faire aimer l'étudiant en sa discipline et les études médicales en général.

La neuvième recommandation est d'apprendre aux étudiants la gestion du temps et les méthodes d'apprentissage que ce soit au niveau du cours magistral, ou en travaux pratiques ou en stage.

La dixième recommandation est le travail en amont pour la lutte contre le tabac et drogues, en programmant des activités de sensibilisation et des programmes éducatifs concernant l'apprentissage des compétences sociales.



CONCLUSION



La dépression et les troubles anxieux compromettent la santé mentale des étudiants en médecine, et peuvent retentir sur leurs performances d'apprentissage, sur la qualité de leur formation et sur leur intégrité physique.

Nos résultats ont montré des taux importants de stress, d'anxiété et de dépression . La fréquence des troubles anxieux dans notre étude était de 28,08%. Le taux de la dépression était de 68,7%, et la prévalence du risque suicidaire était de 23,6%.

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

De futures recherches sont nécessaires, pour établir un lien d'association voire de causalité entre certains facteurs personnels et académiques, qui pourraient participer à l'apparition des détresses psychologiques chez les étudiants en médecine du Maroc.

On déduit qu'il est capital de prendre des mesures de prévention contre la dépression et les troubles anxieux chez les étudiants en médecine d'Agadir. Ainsi, on pourrait améliorer la santé mentale, et éviter toutes les complications néfastes liées aux troubles psychiques chez cette population.



ANNEXES



**Questionnaire de la Prévalence et les caractéristiques des troubles
dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et
de pharmacie D'Agadir.**

Chers étudiants,

Le questionnaire que vous avez entre les mains est l'outil de mesure d'une étude statistique organisée par le service de psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Cette étude est parmi les premières à Agadir à évaluer la santé mentale de l'étudiant en médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir. Le travail a pour but d'évaluer les troubles dépressifs, les troubles anxieux et le risque suicidaire lors des études médicales.

Nous vous prions de bien vouloir donner une dizaine de minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Nous vous informons qu'il s'agit d'un questionnaire anonyme et que vos réponses sont confidentielles.

Partie 1 : Données sociodémographiques

1/ Age :

2/ Année d'étude :

3/ Sexe : féminin Masculin

4/ Situation familiale : Marié célibataire Divorcé Veuf

5/ Activité professionnelle parallèle à vos études : Oui Non

6/ Êtes-vous bénéficiaire d'une bourse : Oui Non

7/ Est-ce que l'un de vos parents est médecin ? : Oui Non

8/ Vos parents habitent à: Agadir Autre région Précision :

9/ Vous vivez avec : Conjoint Parents Amis Seul

10/ Est-ce que vous jugez que le niveau socioéconomique de votre famille est :

Au-dessous du moyen Moyen Bon Très bon

11/ Antécédents personnels Psychiatriques : Oui Non Si Oui, lequel :

12/ Consommation du tabac ? :

Je fume régulièrement je fume occasionnellement je ne fume pas du tout

13/ Consommation de drogues :

Je consomme régulièrement je consomme occasionnellement je ne consomme pas du tout

14/ Consommation de d'alcool:

Je consomme régulièrement je consomme occasionnellement je ne consomme pas du tout

15/ Consommation de chicha :

Je consomme régulièrement je consomme occasionnellement je ne consomme pas du tout

Partie 2 : Le questionnaire Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la dernière semaine. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). IL n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longtemps aux énoncés

L'échelle de notation est la suivante :

0 ne s'applique pas du tout à moi

1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps

2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

1	J'ai trouvé difficile de décompresser.	0	1	2	3
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	0	1	2	3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	0	1	2	3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer(par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	0	1	2	3
5	J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0	1	2	3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée	0	1	2	3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	0	1	2	3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.	0	1	2	3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0	1	2	3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	0	1	2	3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0	1	2	3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre	0	1	2	3
13	Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.	0	1	2	3

**La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux
chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir**

14	J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire	0	1	2	3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.	0	1	2	3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0	1	2	3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.	0	1	2	3
18	J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.	0	1	2	3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).	0	1	2	3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.	0	1	2	3

Partie 3 : Échelle de l'anxiété généralisée GAD-7

Au cours des **2 dernières semaines**, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? Veuillez entourer votre réponse.

L'échelle de notation est la suivante : 0 jamais

1 plusieurs jours

2 plus de la moitié du temps

3 Presque tous les jours

Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place	0	1	2	3
Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

Partie 4 : Mini International Neuropsychiatric Interview du DSM IV (MINI)

1. Phobie Sociale :

- Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté
ou avez-vous été gêné d'être le centre de
l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e)
dans certaines situations sociales comme par
exemple lorsque vous deviez prendre la parole
devant un groupe de gens, manger avec des gens
ou manger en public, ou bien encore écrire
lorsque l'on vous regardait ? Oui Non

- Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ? Oui Non

- Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous
les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les
affronter ? Oui Non

- Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance
importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre
travail ou dans vos relations avec les autres ? Oui Non

Risque suicidaire :

Au cours du mois écoulé avez-vous :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Pensé qu'il vaudrait mieux que vous
soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? | Oui | Non |
| - Voulu vous faire du mal ? | Oui | Non |
| - Pensé à vous suicider? | Oui | Non |
| - Établi la façon dont vous
pourriez vous suicider ? | Oui | Non |
| - Fait une tentative de suicide ? | Oui | Non |
| - Au cours de votre vie : Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? | Oui | Non |



RESUMES



Résumé

Contexte : Les troubles dépressifs et anxieux sont très répandus en consultation ainsi qu'en milieu hospitalier et leur pesanteur est encore plus importante chez les étudiants en médecine.

La présente étude avait pour objectif de déterminer la prévalence de la dépression, des troubles anxieux et du risque suicidaire, ainsi que les facteurs associés à ces paramètres chez les étudiants en médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, sur un échantillon de 381 étudiants à l'aide d'un auto-questionnaire. Depression anxiety and stress scale (DASS-21) a été utilisé pour évaluer la dépression. General anxiety disorder scale (GAD-7) and international neuropsychiatric interview (MINI-DSM4) ont été utilisé pour évaluer les troubles anxieux et le risque suicidaire. Des modèles de régression logistique binaire et multivariable ont été ajustés, en tenant compte des facteurs de confusion potentiels. Les rapports de cotes (OR) avec l'intervalle de confiance à 95% correspondant (IC à 95%) ont été calculés pour évaluer la force de l'association.

Résultats : Nos résultats suggèrent une prévalence importante de dépression (68,7%), de troubles anxieux (28,08%) et du risque suicidaire moyen-élevé (23,6%). En analyse bi variée, la dépression est associée à la profession des parents ($p=0,01$), aux ATCDs psychiatriques ($p<0,001$), au risque suicidaire ($p=0,002$). Les troubles anxieux sont associés au genre ($p=0,015$), au niveau socio-économique ($p=0,039$), aux ATCDs psychiatriques ($p<0,001$) et au risque suicidaire ($p<0,001$). Le risque suicidaire est significativement associé aux ATCDs personnels psychiatrique ($p<0,001$) et à la consommation de tabac ($p=0,002$) et d'alcool ($p=0,001$). L'analyse multivariée trouve que la dépression est significativement liée au stress (OR=12,5) et aux troubles anxieux (OR=3,2). Les troubles anxieux sont significativement associée au genre (OR=2,32), à la dépression (OR=5,54) et au risque suicidaire (OR=2,29). Nous avons objectivé que le risque

La prévalence et les caractéristiques des troubles dépressifs et anxieux chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir

suicidaire est influencé significativement par les troubles anxieux (OR=2,23), et que vivre avec les parents réduit le risque suicidaire de 52,5% chez les étudiants (OR=0,475).

Conclusion : Les troubles anxiodépressifs représentent un problème très fréquent chez les étudiants en médecine, et des mesures de dépistage et de prévention sont nécessaires pour éviter la dégradation de leur santé mentale.

Abstract

Background: Depressive and anxiety disorders are highly prevalent in consultation and hospital setting and their burden is even greater among medical students. The present study aimed to determine the prevalence of depression, anxiety disorders and suicidal risk, as well as the factors associated with these parameters in medical students at the Faculty of Medicine and Pharmacy in Agadir.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 381 medical students selected by systematic sampling technique. Depression anxiety and stress scale (DASS-21) was used to assess depression. General anxiety disorder scale (GAD-7) and international neuropsychiatric interview (MINI-DSM4) was used to assess anxiety disorders and suicidal risk. Binary and multivariable logistic regression models were fitted, adjusting for the potential confounding factors. Odds ratios (OR) with the corresponding 95% confidence interval (95% CI) was computed to assess the strength of association.

Results: Our results suggest a significant prevalence of depression (68,7%), anxiety disorders (28,08%) and medium-high suicidal risk (23,6%). Bivariate analysis showed that depression was associated with parental occupation ($p=0,01$), personal psychiatric history ($p<0,001$), and suicidal risk ($p=0,002$). Anxiety disorders were associated with gender ($p=0,015$), socio-economic level ($p=0,039$), psychiatric history ($p<0,001$) and suicide risk ($p<0,001$). Suicide risk was significantly associated with personal psychiatric history ($p<0,001$), smoking ($p=0,002$) and alcohol consumption ($p=0,001$). Multivariate analysis found that depression was significantly associated with stress (OR=12,5) and anxiety disorders (OR=3,2). Anxiety disorders were significantly associated with gender (OR=2,32), depression (OR=5,54) and suicidal risk (OR=2,29). We found that suicidal risk was significantly influenced by anxiety disorders (OR=2,23), and that living with parents reduced suicidal risk by 52,5% among students (OR=0,475).

Conclusion: Anxiety and depression disorders are frequent among medical students. Screening and prevention measures are needed to avoid the deterioration of their mental health.

ملخص

سياق: اضطرابات الاكتئاب والقلق شائعة جدًا في الاستشارة وكذلك في المستشفيات ويزداد ثقلها بين طلاب الطب. هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مدى انتشار الاكتئاب واضطرابات القلق وخطر الانتحار، وكذلك العوامل المرتبطة بهذه المعايير لدى طلاب الطب بكلية الطب والصيدلة بأكادير.

أساليب: أجريت دراسة مقطعية على 381 طالب طب تم اختيارهم بتقنية أخذ العينات المنهجية. تم استخدام مقياس قلق الاكتئاب والتوتر (DASS-21) لتقييم ضغوط الاكتئاب. تم استخدام مقياس اضطراب القلق العام (GAD-7) والمقابلة العصبية النفسية الدولية (MINI-DSM4) لتقييم اضطرابات القلق والعرضة لخطر الانتحارية. تم تركيب نماذج الانحدار اللوجستي الثنائي والمتعدد المتغير، لتعديل عوامل التباس المحتملة. تم حساب نسب الأرجحية (OR) مع فاصل الثقة المقابل (IC) لتقييم قوة الارتباط.

نتائج: تشير نتائجنا إلى انتشار كبير للاكتئاب (68.7%) واضطرابات القلق (28.08%) وخطر الانتحار متوسط إلى مرتفع (23.6%). التحليل ثنائي المتغير وجد أن الاكتئاب يرتبط بالمهنة الأبوية ($p = 0.01$)، تاريخ الأمراض النفسية ($p < 0.001$)، وخطر الانتحار ($p = 0.002$). ترتبط اضطرابات القلق بالجنس ($p = 0.015$)، المستوى الاجتماعي والاقتصادي ($p = 0.039$)، تاريخ الأمراض النفسية ($p < 0.001$) وخطر الانتحار ($p < 0.001$). يرتبط خطر الانتحار بشكل كبير بتاريخ الأمراض النفسية الشخصية ($p < 0.001$) واستهلاك التبغ ($p = 0.002$) والكحول ($p = 0.001$). وجد التحليل متعدد المتغيرات أن الاكتئاب مرتبط بشكل كبير بالتوتر (نسبة الأرجحية = 12.5) واضطرابات القلق (نسبة الأرجحية = 3.2). ترتبط اضطرابات القلق بشكل كبير بالجنس (نسبة الأرجحية = 2.32)، الاكتئاب (نسبة الأرجحية = 5.54) وخطر الانتحار (نسبة الأرجحية = 2.29). لقد جسدنا أن خطر الانتحار يتأثر بشكل كبير باضطرابات

القلق (نسبة الأرجحية = 2.23)، وأن العيش مع الوالدين يقلل من خطر الانتحار بنسبة 52.5% لدى الطلاب (نسبة الأرجحية = 0.475).

خاتمة: تمثل اضطرابات القلق والاكتئاب مشكلة شائعة جدًا بين طلاب الطب، وتعد إجراءات الفحص والوقاية ضرورية لتجنب تدهور صحتهم العقلية.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Organisation mondiale de la santé**
Genève : OMS, 2018.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)
2. **L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, Et T. D. Shanafelt**
Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions,
Mayo Clin. Proc., vol. 80, no. 12, pp. 1613-1622, 2005, doi: 10.4065/80.12.1613.
3. **F. Brenneisen Mayer, Itamar S. Santos, Paulo S. P. Silveira, Maria H. I. Lopes, Alicia R. N. De Souza Et Al**
Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study, *BMC Med. Educ.*, vol. 16, no. 1, pp. 1-9, 2016, doi: 10.1186/s12909-016-0791-1.
4. **L. J. Maier, M. E. Liechti, F. Herzig, Et M. P. Schaub**
To dope or not to dope: Neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students,
PLoS One, vol. 8, no. 11, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0077967.
5. **H. Asfaw, N. Yigzaw, Z. Yohannis, G. Fekadu, Et Y. Alemayehu**
Prevalence and associated factors of suicidal ideation and attempt among undergraduate medical students of Haramaya University, Ethiopia. A cross sectional study,
PLoS One, vol. 15, no. 8 August, pp. 1-13, 2020, doi: 10.1371/journal.pone.0236398.
6. **L. W. Roberts, T. D. Warner, C. Lyketsos, E. Frank, L. Ganzini, Et D. Carter**
Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: A study of 1,027 students at nine medical schools,
Compr. Psychiatry, vol. 42, no. 1, pp. 1-15, 2001, doi: 10.1053/comp.2001.19747.
7. **The Jamovi Project**
jamovi. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.,” p. 2021, 2021.
8. **A. E. Naconha, R Core Team**
A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).,” vol. 4, no. 1, p. 6, 2021.

9. **Organisation Mondial De La Santé**
plan d'action global pour la santé mentale 2013–2020
http://www.who.int/about/licensing/copyrightform/en/index.html, p. 2020, 2020.
10. **Ministère De La Santé,**
"Stratégie sectorielle de Santé 2012–2016," *Ministère de santé*, p. 103 p, 2012, [Online].
Available:
http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur_santé.pdf.
11. **H. El Kirat Et H. Filali**
Mental health professionals' representations of their practices in Rabat, Morocco,
Sante Publique (Paris), vol. 26, no. 3, pp. 385–391, 2014, doi: 10.3917/spub.139.0385.
12. **D. Moussaoui**
La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et
des toxicomanies,
Encephale, vol. 33, no. 2007, pp. 125–126, 2007, doi: 10.1016/s0013-7006(07)78685-2.
13. **H. Landrault, M. Amine, F. Asri, M. Agoub, P. Le Moigne, A. Chatard Et Al**
La santé mentale au Maroc : définition, évolution et enjeux actuels, 2019, [Online].
Available:
https://www.santementale.fr/exclusivites/recus-a-la-redaction/la-sante-mentale-au-maroc-definitions-evolutions-et-enjeux-actuels.html.
14. **Organisation Mondial De La Santé**
"OMS. Définition de la dépression. At
http://www.who.int/topics/depression/fr/".
15. **R. S. Opie, C. Itsiopoulos, N. Parletta, A. Sanchez-Villegas, T.N. Akbaraly, A. Ruusunen Et F.N. Jacka**
Dietary recommendations for the prevention of depression, *Nutr. Neurosci.*, vol. 20, no. 3,
pp. 161–171, 2017, doi: 10.1179/1476830515Y.0000000043.
16. **S. Moussavi, S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel, Et B. Ustun**
Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health
Surveys,
Lancet, vol. 370, no. 9590, pp. 851–858, 2007, doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9.

17. **K. B. Wells, Anita Stewart, Ron D. Hays, M. Audrey Burnam, William Rogers, Marcia Daniels, Sandra Berry et al**
The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results From the Medical Outcomes Study, *JAMA*:
The Journal of the American Medical Association, vol. 262, no. 7. pp. 914-919, 1989, doi: 10.1001/jama.1989.03430070062031.
18. **American Psychiatric Association**
DSM V :manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
2015
19. **M. F. Tursi, C. W. Baes, F. B. Camacho, S.C. Tofoli, Et M. F. Juruena**
Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review,
Aust. N. Z. J. Psychiatry, vol. 47, no. 11, pp. 1019-1031, 2013, doi: 10.1177/0004867413491154.
20. **L. Oberle Et B. Broers**
La Depression Service de médecine de premier recours -
DMCPRU - HUG -- 2017 Rev. Med. Suisse Romande, vol. 109, no. 5, pp. 389-395, 1989.
21. **G. Gartlehner, Richard A. Hansen, Laura C. Morgan, Kylie Thaler, Linda Lux, Megan Van Noord et al**
Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: An updated meta-analysis,
Ann. Intern. Med., vol. 155, no. 11, pp. 772-785, 2011, doi: 10.7326/0003-4819-155-11-201112060-00009.
22. **E. Holsboer Trachsler, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter Um, Keck Me, Rennhard S et al**
Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires 1re partie, *Forum Médical Suisse - Swiss Med. Forum*, vol. 10, no. 46, 2010, doi: 10.4414/fms.2010.07340.
23. **Julie Bataille Camus**
Substances psychoactives : politiques et responsabilité de l'État : le point de vue des Français, 2014,
Available: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00957619/document>.

24. **Cottencin Olivier**
Conduites addictives historique, définition, concepts,
Méga Guid. Stages IFSI, pp. 1374-1375, 2015, doi: 10.1016/b978-2-294-74529-4.00435-3.
25. **M. Cadieux, M. Leblanc, C. Bourgeois Et P. Vézina-Gagnon**
Le rôle de la tolérance à la détresse émotionnelle dans le développement du trouble de
dépression majeure chez les étudiants universitaires, vol. 14, 2021.
26. **J. Moreira De Sousa, C. A. Moreira, Et D. Telles-Correia**
Anxiety, depression and academic performance: A study amongst Portuguese medical
students versus non-medical students,
Acta Med. Port., vol. 31, no. 9, pp. 454-462, 2018, doi: 10.20344/amp.9996.
27. **S. R. Azim Et M. Baig**
Frequency and perceived causes of depression, anxiety and stress among medical students
of a private medical institute in karachi: A mixed method study,
J. Pak. Med. Assoc., vol. 69, no. 6, pp. 840-845, 2019.
28. **S. Van Der Walt, W. S. Mabaso, E. L. Davids, Et P. J. De Vries**
The burden of depression and anxiety among medical students in South Africa: A cross-
sectional survey at the University of Cape Town,
South African Med. J., vol. 110, no. 1, pp. 69-76, 2020, doi: 10.7196/SAMJ.2020.v110i1.14151.
29. **J. A. Farid Talih, Michel Daher Et Dayane Daou**
Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese
Medical Students During the 4 Years of Medical School,*Acad. Psychiatry*, vol. 42, no. 4, p.
578, 2018, doi: 10.1007/s40596-018-0918-2.
30. **G. G. Gan Et Y. L. Hue**
Anxiety, depression and quality of life of medical students in Malaysia," *Med. J. Malaysia*,
vol. 74, no. 1, pp. 57-61, 2019.

31. **S. N. Ngasa, Carlson–Babila Sama, Bonaventure Suiru Dzekem, Kilton Neba Nforchu, Maxime Tindong, Desmond Aroke Et Al**
Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: A cross-sectional study,
BMC Psychiatry, vol. 17, no. 1, pp. 1-7, 2017, doi: 10.1186/s12888-017-1382-3.
32. **T. L. Schwenk, L. Davis, Et L. A Wimsatt**
Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students,
vol. 304, no. 11, pp. 1181-1190, 2010.
33. **D. G. Blazer, R. C. Kessler, K. A. Mcgonagle, Et M. S. Swartz**
The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey,
Depress. Sci. Ment. Heal., vol. 6, no. July, pp. 1-8, 2013.
34. **N. Wege, T. Muth, J. Li, Et P. Angerer**
Mental health among currently enrolled medical students in Germany,
Public Health, vol. 132, pp. 92-100, 2016, doi: 10.1016/j.puhe.2015.12.014.
35. **R. B. Camp DI, Hollingsworth Ma, Zaccaro Dj Et Cariaga–Lo Ld**
Does a problem-based learning curriculum affect depression in medical students?
1994.
36. **M. Fawzy Et S. A. Hamed**
Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt,
Psychiatry Res., vol. 255, pp. 186-194, 2017, doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.027.
37. **Hala M. Gabr Et Ayat R. Abdallah**
Depression, anxiety and stress among first year undergraduate medical students,
Asian J. Biomed. Pharm. Sci., vol. 05, no. 45, pp. 37-38, 2015, doi: 10.15272/ajbps.v5i45.716.
38. **M. Hojat, K. Glaser, G. Xu, J. J. Veloski, Et E. B. Christian**
Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles,
Med. Educ., vol. 33, no. 5, pp. 342-349, 1999, doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00331.x.

39. **S. Baldassin, T. C. D. T. F. Alves, A. G. De Andrade, Et L. A. Nogueira Martins**
The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training:
A cross-sectional study, BMC Med. Educ., vol. 8, pp. 1-8, 2008, doi: 10.1186/1472-6920-8-60.
40. **L. Chen, Lin Wang, Xiao Hui Qiu, Xiu Xian Yang, Zheng Xue Qiao, Yan Jie Yang Et Yuan Liang**
Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates,
PLoS One, vol. 8, no. 3, pp. 1-6, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0058379.
41. **C. T. Sreeramareddy, P. R. Shankar, V. S. Binu, C. Mukhopadhyay, B. Ray, Et R. G. Menezes**
Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal,
BMC Med. Educ., vol. 7, pp. 1-8, 2007, doi: 10.1186/1472-6920-7-26.
42. **Y. Muzafar, H. H. Khan, H. Ashraf, W. Hussain, Et H. Sajid**
Burnout and its Associated Factors in Medical Students of Lahore,
Pakistan, vol. 7, no. 11, 2015, doi: 10.7759/cureus.390.
43. **B. O. James, Ibronke Felicia Thomas, Joyce Ohiole Omoaregba, Esther O. Okogbenin, Kingsley Mayowa Okonoda, Abdu Wakawa Ibrahim et al**
Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria, *Int. J. Med. Educ., vol. 8, pp. 382-388, 2017, doi: 10.5116/ijme.59c6.3075.*
44. **L. Villacura, N. Irarrázabal, Et I. López**
Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile,
Ment. Heal. Prev., vol. 7, pp. 45-49, 2017, doi: 10.1016/j.mhp.2017.06.001.
45. **R. Puthran, M. W. B. Zhang, W. W. Tam, Et R. C. Ho**
Prevalence of depression amongst medical students:
A meta-analysis, Med. Educ., vol. 50, no. 4, pp. 456-468, 2016, doi: 10.1111/medu.12962.

46. **N. Pillay, S. Ramlall, Et J. K. Burns**
Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu–Natal, *South African J. Psychiatry*, vol. 22, no. 1, pp. 1–6, 2016, doi: 10.4102/sajpsychiatry.v22i1.731.
47. **M. Bostanci, Osman Ozdel, Nalan Kalkan Oguzhanoglu, Lale Ozdel' Ahmet Ergin, Nesrin Ergin Et Al**
Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates, *Croat. Med. J.*, vol. 46, no. 1, pp. 96–100, 2005.
48. **V. Lorant, D. Deliège, W. Eaton, A. Robert, P. Philippot, Et M. Anseau**
Socioeconomic Inequalities in Depression : A Meta–Analysis,” vol. 157, no. 2, pp. 98–112, 2003, doi: 10.1093/aje/kwf182.
49. **Y. Jeong, J. Y. Kim, J. S. Ryu, K. Eun Lee, E. H. Ha, Et H. Park**
The Associations between Social Support, Health–Related Behaviors, Socioeconomic Status and Depression in Medical Students, *Epidemiol. Health*, vol. 32, p. e2010009, 2010, doi: 10.4178/epih/e2010009.
50. **T. Mendelson, L. D. Kubzansky, G. D. Datta, Et S. L. Buka**
Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents :
A case of double jeopardy?, vol. 66, pp. 1284–1296, 2008, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.033.
51. **P. Tempiski, P. L. Bellodi, H. B. Paro, S. C. Enns, M. A. Martins, Et L. B. Schraiber**
What do medical students think about their quality of life? A qualitative study, *BMC Med. Educ.*, vol. 12, no. 1, 2012, doi: 10.1186/1472–6920–12–106.
52. **A. N. Cuttilan, A. A. Sayampanathan, Et R. C. M. Ho**
Mental health issues amongst medical students in Asia: A systematic review [2000–2015], *Ann. Transl. Med.*, vol. 4, no. 4, 2016, doi: 10.3978/j.issn.2305–5839.2016.02.07.

53. **L. N. Dyrbye, Matthew R Thomas, William Harper, F Stanford Massie Jr, David V Power, Anne Eacker et al**
The learning environment and medical student burnout: A multicentre study,
Med. Educ., vol. 43, no. 3, pp. 274-282, 2009, doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03282.x.
54. **M. A. Kebede, B. Anbessie, Et G. Ayano**
Prevalence and predictors of depression and anxiety among medical students in Addis Ababa, Ethiopia,
Int. J. Ment. Health Syst., vol. 13, no. 1, pp. 1-8, 2019, doi: 10.1186/s13033-019-0287-6.
55. **Z. Mehanna Et S. Richa**
Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine,
Encephale., vol. 32, no. 6, pp. 976-982, 2006, doi: 10.1016/s0013-7006(06)76276-5.
56. **E. Gardier.A Et Corruble**
Dé pression: Mieux la comprendre pour la gué rir durablement.
INSERM, 2019.
57. **D. Newbury-Birch, M. White, Et F. Kamali**
Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students,
Drug Alcohol Depend., vol. 59, no. 2, pp. 125-130, 2000, doi: 10.1016/S0376-8716(99)00108-8.
58. **E. R. Jackson, T. D. Shanafelt, O. Hasan, D. V. Satele, Et L. N. Dyrbye**
Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. Medical Students,*Acad. Med.*, vol. 91, no. 9, pp. 1251-1256, 2016, doi: 10.1097/ACM.0000000000001138.
59. **C. Saravan Et R. Wilks**
Medical students' experience of and reaction to stress: The role of depression and anxiety,*Sci. World J.*, vol. 2014, 2014, doi: 10.1155/2014/737382.
60. **D. Kunwar, A. Risal, Et S. Koirala**
Study of depression, anxiety and stress among the medical students in two medical colleges of Nepal,
Kathmandu Univ. Med. J., vol. 14, no. 53, pp. 22-26, 2016.

61. **I. L. D. Moutinho, N.P Maddalena, R.K Roland, A.L.G Lucchetti, S.H.C Tibiriç À O.S Ezequiel et al**
Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters, *vol. 63, no. 1, pp. 21-28, 2017.*
62. **T. T. C. Quek, Wilson Wai-San Tam, Bach X. Tran, Min Zhang, Zhisong Zhang et al**
The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis, *Int. J. Environ. Res. Public Health, vol. 16, no. 15, 2019, doi: 10.3390/ijerph16152735.*
63. **A. M. Al-Khani, M. I. Sarhandi, M. S. Zaghloul, M. Ewid, Et N. Saquib**
A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia, *BMC Res. Notes, vol. 12, no. 1, pp. 1-5, 2019, doi: 10.1186/s13104-019-4713-2.*
64. **Z. A. Mahroon, S. M. Borgan, C. Kamel, W. Maddison, M. Royston, Et C. Donnellan**
Factors Associated with Depression and Anxiety Symptoms Among Medical Students in Bahrain, 2017, *doi: 10.1007/s40596-017-0733-1.*
65. **S. Iqbal, S. Gupta, Et E. Venkatarao**
Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates, *Indian J. Med. Res. Suppl., vol. 141, no. Mar2015, pp. 354-357, 2015, doi: 10.4103/0971-5916.156571.*
66. **M. B. Ibrahim Et M. H. Abdelreheem**
Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University, *Alexandria J. Med., vol. 51, no. 2, pp. 167-173, 2015, doi: 10.1016/j.ajme.2014.06.002.*
67. **N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui, S. Berrada, Et D. Moussaoui**
Prevalence of anxiety disorders: A population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco, *Ann. Gen. Psychiatry, vol. 6, pp. 1-6, 2007, doi: 10.1186/1744-859X-6-6.*

68. **N. Azad, A. Shahid, N. Abbas, A. Shaheen, Et N. Munir**
Anxiety And Depression In Medical Students Of A Private Medical College,
J. Ayub Med. Coll. Abbottabad, vol. 29, no. 1, pp. 123-127, 2017.
69. **R. T. Mikolajczyk, Annette E. Maxwell, Walid El Ansari, Vihra Naydenova, Christiane Stock, Snezhana Ilieva et al**
Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria,
Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., vol. 43, no. 2, pp. 105-112, 2008, doi:10.1007/s00127-007-0282-0.
70. **A. Pelissolo,**
Troubles anxieux et névrotiques,
EMC - Trait. médecine AKOS, vol. 7, no. 3, pp. 1-11, 2012, doi: 10.1016/s1634-6939(12)48040-1.
71. **Y. Mao, N. Zhang, J. Liu, B. Zhu, R. He, Et X. Wang**
A systematic review of depression and anxiety in medical students in China,
BMC Med. Educ., vol. 19, no. 1, pp. 1-13, 2019, doi: 10.1186/s12909-019-1744-2.
72. **J. A. Richman Et J. A. Flaherty**
Gender differences in medical student distress: Contributions of prior socialization and current role-related stress,
Soc. Sci. Med., vol. 30, no. 7, pp. 777-787, 1990, doi: 10.1016/0277-9536(90)90201-3.
73. **C. Saravanan Et R. Wilks**
Medical students' experience of and reaction to stress: The role of depression and anxiety,
Sci. World J., vol. 2014, 2014, doi: 10.1155/2014/737382.
74. **N. Ibrahim, D. Al-Kharboush, L. El-Khatib, A. Al-Habib, Et D. Asali**
Prevalence and predictors of anxiety and depression among female medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia,
Iran. J. Public Health, vol. 42, no. 7, pp. 726-736, 2013.

75. **M. S. Khan, S. Mahmood, A. Badshah, S. U. Ali, Et Y. Jamal**
Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan,
J. Pak. Med. Assoc., vol. 56, no. 12, pp. 583-586, 2006, doi: 10.1093/aje/163.suppl.
76. **S. Chahal, Anuradha Nadda, Nikhil Govil, Nishu Gupta, Diviyanshu Nadda Et Al**
Suicide deaths among medical students, residents and physicians in India spanning a decade (2010-2019): An exploratory study using on line news portals and Google database,
Int. J. Soc. Psychiatry, 2021, doi: 10.1177/00207640211011365.
77. **R. Coentre, C. Faravelli, Et M. L. Figueira**
Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal,
Int. J. Med. Educ., vol. 7, pp. 354-363, 2016, doi: 10.5116/ijme.57f8.c468.
78. **A. Rosiek, A. Rosiek-Kryszewska, Ł. Leksowski, Et K. Leksowski**
Chronic stress and suicidal thinking among medical students,
Int. J. Environ. Res. Public Health, vol. 13, no. 2, 2016, doi: 10.3390/ijerph13020212.
79. **A. Adhikari, A. Dutta, S. Sapkota, A. Chapagain, A. Aryal, Et A. Pradhan**
Prevalence of poor mental health among medical students in Nepal: A cross-sectional study,
BMC Med. Educ., vol. 17, no. 1, pp. 1-7, 2017, doi: 10.1186/s12909-017-1083-0.
80. **A. R. Torres, L. M. Campos, M. C. P. Lima, Et A. T. A. Ramos-Cerqueira**
Suicidal Ideation Among Medical Students: Prevalence and Predictors,
J. Nerv. Ment. Dis., vol. 206, no. 3, pp. 160-168, 2018, doi: 10.1097/NMD.0000000000000734.
81. **K. J. Gold, A. Sen, Et T. L. Schwenk**
Details on suicide among US physicians: Data from the National Violent Death Reporting System,
Gen. Hosp. Psychiatry, vol. 35, no. 1, pp. 45-49, 2013, doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005.

82. **M. Barrimi, M. Maazouzi, S. Malakt, S. Lazaar, Et H. Khaoulani**
Suicidal thoughts and suicide attempts among medical students in Morocco: Results of a multicenter study,
Ann. Med. Psychol. (Paris)., vol. 178, no. 5, pp. 481-486, 2020, doi: 10.1016/j.amp.2018.11.012.
83. **Muhammad Osama, Mohammad Yousuful Islam, Syed Ather Hussain, Syed Muhammad Zia Masroor, Muhammad Usman Burney et al**
Suicidal ideation among medical students of Pakistan: A cross-sectional study, *J. Forensic Leg. Med.*, vol. 27, pp. 65-68, 2014, doi: 10.1016/j.jflm.2014.08.006.
84. **E. E. Ayala, D. Roseman, J. S. Winseman, Et H. R. C. Mason**
Prevalence, perceptions, and consequences of substance use in medical students, *Med. Educ. Online*, vol. 22, no. 1, 2017, doi: 10.1080/10872981.2017.1392824.
85. **Haute Autorité De Santé**
cité 31 oct 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention,
p. 410178, 2020.
86. **A. Frajerman**
Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature,
Encephale., vol. 46, no. 1, pp. 55-64, 2020, doi: 10.1016/j.encep.2019.09.004.
87. **Vie Etudiante - Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Marrakech [Internet]**
[cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
http://www.fmpm.uca.ma/?page_id=299, p. 2020, 2020.
88. **Programme Tutorat Fmpm [Internet]**
[cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/f2018/5.1.pdf>, p. 2020, 2020.
89. **Cellule D'écoute - Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Marrakech [Internet].**
[cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
http://www.fmpm.uca.ma/?page_id=303, p. 2020, 2020.

90. Idrissi Kaitouni Z.

La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude.
[Fès]: Université Cadi Ayad;
2018," p. 2018, 2018.

91. Saleh D, Camart N Et Romo L.

Intervention de gestion du stress par Internet chez les étudiants : revue de la littérature.
Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.
1 avr 2017;175(4):327- 31.," vol. 175, no. 8.5.2017, p. 2017, 2017.

92. Rahat E Et Ilhan T.

CopingStyles, SocialSupport, RelationalSelfConstrual, and Resiliencein Predicting Students'
Adjustment to University Life.
Educ Sci Theory Pract. 29 févr2016;16:187-208.," p. 2016, 2016.

93. Paulhani Et Bourgeois M.L

Stresset coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité. Presses universitaires de France;
1995. 127 p., p. 1995, 1995.

94. Richard S. Lazarus Et Susan Folkman

Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company;
1984. 460 p.

95. Dominique Servant

Gestion du stress et de l'anxiété. Paris: Elsevier Masson;
2012. 248 p.

قسم الطبيب

بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَقْسِمُ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعِي فِي إِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ

وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَائِهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

نسبة انتشار وخصائص اضطرابات الإكتئاب و القلق عند طلبة الطب و الصيدلة بأكادير

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/06/30

من طرف

الآنسة نهيلة المستحفظ

المزداة في 15 فبراير 1996 بمراكش

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

إكتئاب – اضطرابات القلق – طلبة الطب

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

{

السيدة

السيد

السيد

السيد

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

إ. راموز

أستاذ في الطب النفسي

ك. مهادي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

م. أ. لافينتي

أستاذ مبرز في الطب النفسي